UNIVERSITE PARIS DESCARTES (PARIS 5)

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2011 N°

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par Mme Anne LAURENS DOUCOURE Née le 13 janvier 1980 à Saint Cloud (92)

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2011

Les Internes en Médecine Générale Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement.

Jury:

Président du jury : Monsieur le Pr Christian HERVE Directrice de thèse : Madame le Dr Emmanuelle PIET

Monsieur le Pr Rissane OURABAH

Madame le Dr Annie CATU-PINAULT

Remerciements

A Mr le Professeur HERVE, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter avec enthousiasme de présider ce jury de thèse.

A Mr le Professeur OURABAH, coordinateur des enseignements du DES de médecine générale d'Ile de France, pour avoir accepté sans hésitation de juger ma thèse.

A Mme le Docteur PIET, pour avoir dirigé ma thèse avec rigueur et patience.

A Mme le Docteur CATU-PINAULT, pour avoir accepté de juger mon travail.

A tous les médecins, les sages-femmes et les autres soignants, qui m'ont transmis leur passion de la médecine, une médecine humaine au service du patient. Merci en particulier au Pr Michel KAZATCHKINE et à son équipe, au Dr Elodie TAILLANDIER et à son équipe, Au Dr Chau NGUYET-PHAN, au Dr Miléna WEHENKEL, à Mme Corinne AUDINET.

A mes amies, avec lesquelles j'ai partagé ma découverte de la médecine. Merci à Anne, Nathalie, Stéphanie, Estelle, Aude, Emilya, et toutes les autres.

A mon mari pour sa présence quotidienne à mes côtés. A travers son engagement de longue date pour les droits de chaque être humain et en particulier des femmes, il a été source d'inspiration pour cette thèse et une aide précieuse lors de la rédaction. Nous avons encore tant d'actions à mener ensemble...

A Catherine, pour ses encouragements et sa relecture soigneuse de ma thèse.

A mon père pour son soutien et sa relecture attentive de ma thèse.

Table des matières

Remero	ciements	3
Table d	es matières	4
Abrévia	itions	7
Introdu	ction	8
I. Les	Mutilations Sexuelles Féminines	9
A.	Définition	9
1. 2.	Anatomie de la vulve et du clitoris Les différents types de MSF	
В.	Origines de l'excision	
1. 2.	Origines géographiques Justification idéologique (7)	13
C.	Prévalence et répartition géographique	
1. 2. D.	Prévalence (10)	15
E.	Complications (5) (12)	
1. 2. 3. 4. 5.	Complications immédiates Complications plus tardives Complications psychologiques (7) Complications sexuelles Complications obstétricales Prise en charge de la femme excisée	18 19 19 19
1. 2. 3. G.	Prise en charge médicale (15)	21 22
1. 2. 3. 4. 5.	En France, en cas de mutilation	25 26 26
1. 2. 3. I.	Les spécificités de la médecine générale française	32 33
	nodes	
Δ	Justification et objectifs	36

В.	Matériel et méthodes	36
1. 2. 3.	Type d'étude	36 37
4.	Le questionnaire (ANNEXE 2)	
5. III Résu	Sélection et traitement des donnéesltats	
A.	Caractéristiques des internes	
	•	
1. 2.	Age	
2. 3.	Année de TCEM	
3. 4.	Faculté de DCEM	
5.	Faculté de TCEM	
6.	Stages obligatoires validés	
В.	Etat des connaissances	
1.	Connaissances sur l'excision	42
2.	Attitude face à l'excision	
3.	Résultats par faculté	
C.	Evaluation de l'enseignement lors du DES de médecine générale	51
1.	Origine des connaissances	51
4.	Organisation d'un cours à la faculté	
D.	Comment améliorer l'enseignement ?	59
1.	Intérêt pour le cours	59
2.	Forme du cours	60
3.	Contenu du cours	61
Rema	rques	63
III. Discu	ussion	66
A.	Résultats principaux	66
1.	Les connaissances des IMG sur les MSF	66
2.	Enseignement reçu	69
3.	Demande des IMG en matière d'enseignement	71
B.	Forces et faiblesse du travail	73
1.	Intérêt de l'étude	73
2.	Biais et limites de cette étude	74
C.	Comparaison des résultats	74
D.	Propositions	75
2.	Développer l'enseignement	75
3.	Proposition de schéma de consultation	76
Conclus	ion	78
Bibliogr	aphie	79
Δηηργο	•	Ω1

-	ANNEXE 1 : circulaire gouvernementale	82
	ANNEXE 2 : questionnaire	
	ANNEXE 3 : résultats par faculté	
,	ANNEXE 4 : Plaquette « Agir face aux MSF »	89
	ANNEXE 5 : Associations impliquées en particulier en France dans la lutte contre ions sexuelles féminines	
,	ANNEXE 6 : listes des centres pratiquant la reconstruction vulvaire (non exhaustiv 92	/e)
,	ANNEXE 7 : Serment d'Hippocrate	94

Abréviations

AMSOPT: Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles

CI-AF : Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des

femmes et des enfants

DCEM : Deuxième cycle des études médicales

DES: Diplôme d'études spécialisées

DHS: Demographic Health Survey, programme international des enquêtes

démographiques et de santé

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

ED: enseignement dirigé

GAMS: Groupement pour l'abolition des mutilations sexuelles

IMG : interne en médecine générale

KB: Kremlin Bicètre

MSF: Mutilations sexuelles féminines

OGE : Organes génitaux externes

ONG : Organisation non gouvernementale PCEM : Premier cycle des études médicales

PIFO: Paris Ile de France Ouest

PMI: Protection maternelle et infantile

SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé

TCEM : Troisième cycle des études médicales UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Introduction

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) concernent 140 millions de filles et de femmes dans le monde. En France, on estime que 42 000 à 61 000 femmes et fillettes seraient mutilées ou menacées de l'être, soit 10 fois plus de personnes touchées que le nombre de drépanocytaires majeurs sur notre territoire, par exemple. Et pourtant, en tant que médecin, il ne m'a pas été proposé dans mon cursus de formation spécifique sur le sujet.

J'ai découvert l'existence et la pratique des mutilations sexuelles féminines en 2004, lors de discussions avec celui qui allait devenir mon mari, Sidy DOUCOURE. Il était alors étudiant en médecine au Mali et déjà engagé contre ces mutilations. C'est aussi à ce moment-là que j'ai fait mon premier stage de gynécologie-obstétrique, à l'hôpital Tenon dans le 20^{ième} arrondissement de Paris. Les patientes étaient de toutes les origines, et environ 10 à 20% des patientes étaient mutilées. J'ai alors découvert que comme moi, le personnel médical n'avait reçu aucune formation sur le sujet et ignorait ces mutilations. J'ai beaucoup parlé avec mon interne de l'époque, le Dr Miléna WEHENKEL, et petit à petit mon envie de m'engager contre ces mutilations a fait son chemin.

En parallèle s'est tenu en juin 2004 un colloque sur le sujet à l'Académie de Médecine, auquel j'ai assisté. Je découvrais d'un côté tous les aspects de ces mutilations et une volonté d'engagement de la part du monde médical, et de l'autre à Tenon une réalité de terrain très différente. Comment de tels extrêmes étaient-ils possibles ? L'idée de faire une thèse sur le sujet germait déjà...

J'ai côtoyé pendant la suite de mes études et en particulier ma spécialisation de médecine générale des internes de toutes les facultés parisiennes. Aucun n'avait reçu de formation. Pourtant, celle-ci est indispensable pour relayer cette volonté que j'avais perçue à l'Académie de Médecine.

J'ai donc décidé de centrer ma thèse sur l'enseignement dispensé aux internes en médecine générale sur les mutilations sexuelles féminines. Pour cela, j'ai d'abord testé leurs connaissances et leur attitude, puis j'ai évalué l'enseignement qu'ils ont reçu et leur propre désir de formation sur le sujet.

Cette thèse est conçue pour servir l'enseignement de la médecine. La première partie, qui reprend les principaux éléments des MSF, doit pouvoir servir de base à un cours. Les résultats de l'étude et surtout la discussion qui suit permettent d'évaluer les connaissances de bases pour pouvoir orienter le cours. Sur la base de mes résultats, je vous propose enfin un schéma de consultation de médecine générale face à une femme potentiellement mutilée.

I. Les Mutilations Sexuelles Féminines

A. Définition

1. Anatomie de la vulve et du clitoris

La vulve

L'anatomie de la vulve, organe sexuel de la femme, a été décrite en détail pour la première fois dans les années 1990. Je me suis appuyée sur deux ouvrages du Pr Pierre Kamina (Anatomie, petit bassin et périnée, 1995, et Anatomie opératoire : gynécologie et obstétrique, 2000) pour vous décrire la vulve. (1) (2) (figure 1).

En avant, la vulve est limitée par le mont du pubis, essentiellement composé d'une couche adipeuse en continuité avec celle de l'abdomen et des grandes lèvres.

Les grandes lèvres sont deux replis cutanés situés sous le mont du pubis. Leurs extrémités se réunissent en arrière pour former la commissure postérieure, distante de l'anus de 2,5 cm environ. Leur surface est composée de fibres musculaires lisses. En profondeur, le corps adipeux labial est une formation fibro-graisseuse très vascularisée, et un organe semi-érectile renforcé par les fibres élastiques qui l'amarrent aux structures anatomiques adjacentes (fascia criblé, prépuce du clitoris, centre tendineux du périnée).

Les petites lèvres délimitent le vestibule. Elles font environ 3 mm d'épaisseur, mais leur longueur est très variable. Elles se réunissent dans leurs parties antérieures en se dédoublant autour du gland du clitoris, formant ainsi en avant le prépuce clitoridien et en arrière le frein clitoridien. Leurs extrémités postérieures forment la fourchette vulvaire, dont la mobilisation, transmise au prépuce, participe à l'excitation mécanique du clitoris. Elles sont constituées de nombreuses fibres musculaires lisses qui leur donnent une possibilité d'érection au même titre que les mamelons.

Entre les grandes et les petites lèvres se situe le sillon inter labial, dans lequel on peut palper dans sa partie médiane antérieure le coude du clitoris.

La fente vulvaire est un espace virtuel situé entre les petites lèvres, qui comprend d'avant en arrière :

- le vestibule.
- le méat urétral, bordé par les orifices des glandes para-urétrales (glandes de Skene). Les glandes de Skene sont aussi appelées « prostate féminine » du fait de leur analogie de structure, de fonction et de pathologie avec la prostate masculine.

- l'orifice inférieur du vagin, fermé par l'hymen chez la vierge, repli muqueux transversal de forme et de résistance variable.

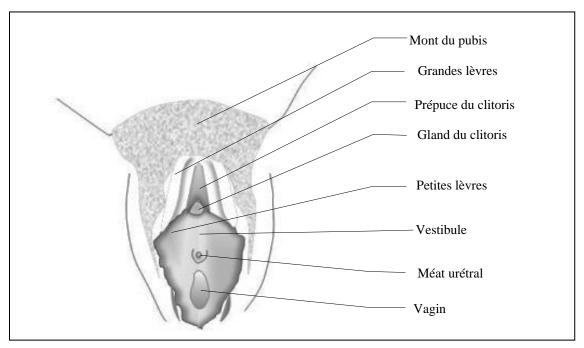


Figure 1 : anatomie de la vulve

Les corps érectiles et le clitoris

L'anatomie du clitoris est une découverte très récente. La description suivante s'appuie en particulier sur les travaux récents du Dr Odile BUISSON et du Dr Pierre FOLDES, qui ont réalisé en 2009 une série d'observations échographiques du clitoris (3) (4).

Les corps érectiles de la femme prennent anatomiquement la forme de deux arches constituées par le clitoris et les bulbes vestibulaires (figures 2 et 3).

Le clitoris est formé d'arrière en avant par :

- les corps caverneux, ou piliers du clitoris. Ces deux corps mesurent 12 à 15 cm de long et ont un diamètre de 5 à 7 mm. Ils longent les bords inférieurs du bassin osseux et sont très adhérent à l'os. Ils sont donc peu mobiles.
- Le corps du clitoris, réunion des piliers sur la ligne médiane en avant de l'urètre. Il suit initialement la direction des piliers puis se coude à 90° sous la symphyse pubienne pour donner à son extrémité le gland du clitoris. Ce coude du clitoris est rattaché à la symphyse pubienne par le ligament suspenseur. Il fait 1 à 2 cm de longueur. Lors des rapports, l'angle formé par le corps augmente, l'extrémité descend et part en avant, et le corps du clitoris vient au contact de la partie antérieure du vagin.
- Le gland du clitoris est la seule partie visible à l'œil nu. C'est une structure conique de 6 mm de longueur pour un diamètre de 7 mm.

Les bulbes vestibulaires enserrent de chaque côté les parois latérales du vagin. Ce sont deux corps spongieux de longueur variable, atteignant au moins la transversale passant par le milieu du vagin, mais pouvant arriver jusqu'au périnée postérieur. Ils sont en contact dans leur partie postérieure avec les glandes de Bartholin. Leur extrémité antérieure, mince, s'unit sur la ligne médiane où ils sont en communication avec la face dorsale du clitoris par l'intermédiaire d'un plexus veineux (ou plexus intermédiaire de Kobelt) qui solidarise la circulation veineuse des corps érectiles. Lors des rapports, les corps spongieux se gonflent et enserrent le vagin.

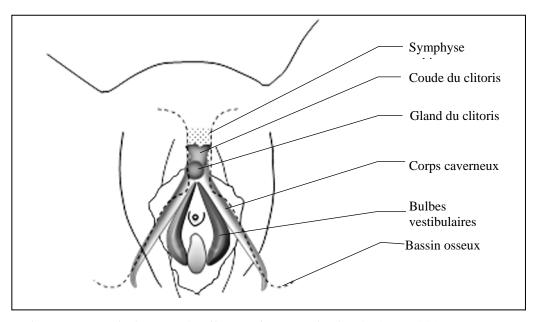


Figure 2 : anatomie des corps érectiles : section coronale (d'après O. BUISSON)

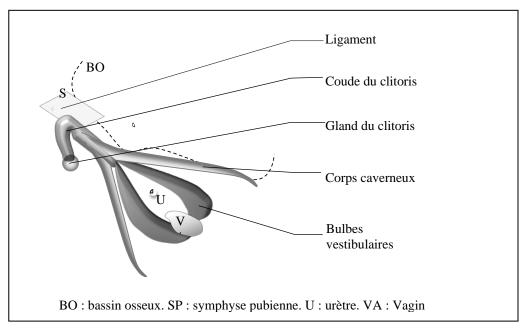


Figure 3 : anatomie des corps érectiles : section sagittale (d'après O. BUISSON)

2. Les différents types de MSF

Les MSF sont aussi appelées excision ou infibulation. Elles regroupent toutes les interventions pratiquées sur les Organes Génitaux Externes (OGE) de la femme qui les altèrent ou les lèsent, dans un but non médical.

L'OMS les classe en 4 catégories (5). Mais comme nous l'avons vu, les descriptions anatomiques de la vulve et du clitoris sont très récentes, et la classification de l'OMS est antérieure à ces définitions. Je vous présente cette classification telle-quelle. Il faut toutefois bien comprendre « ablation du gland du clitoris » et non « ablation du clitoris », et « organes sexuels féminins » et non « organes génitaux féminins ».

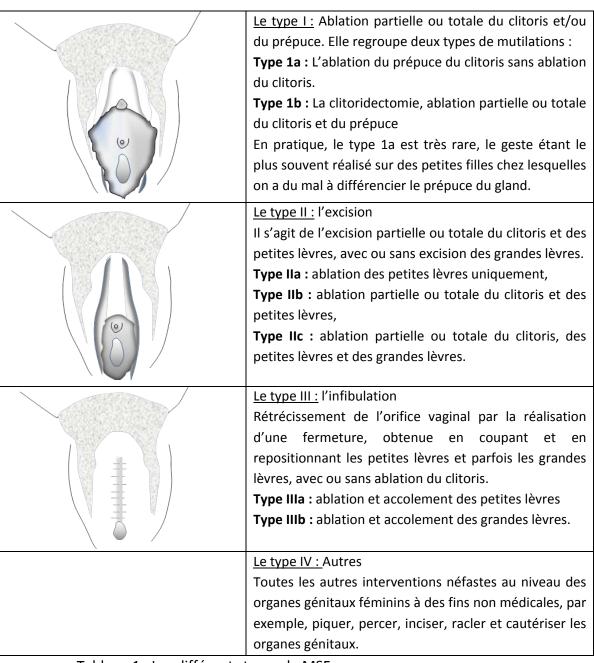


Tableau 1 : Les différents types de MSF

B. Origines de l'excision

1. Origines géographiques

Plusieurs auteurs ont étudié en détail les origines de l'excision. Je me suis appuyée en particulier sur les ouvrages du Pr Françoise COUCHARD (6) et de Mme Julie QUIQEMPOIS (7), toutes deux psychologues.

Les MSF sont des pratiques très anciennes. Hérodote, au 5^{ième} siècle avant Jésus Christ, fait mention de ces pratiques et les localise dans l'ancienne Egypte : il les évoque dans un texte intitulé *l'Enquête*.

La pratique des MSF s'est ensuite étendue en Afrique, au Moyen Orient, en Asie et en Europe. On retrouve des recommandations de médecins préconisant ces mutilations entre autres à Rome au début de notre ère, puis en France de manière récurrente depuis le Moyen Age.

En Angleterre, en France et aux Etats-Unis, des mutilations sexuelles sous diverses formes (clitoridectomie, cautérisations, infibulation) ont été réalisées jusqu'en 1920 pour «lutter contre le vice masturbatoire, l'hystérie et autres désordres mentaux ». La dernière clitoridectomie recensée en Europe « pour raison médicale » a été effectuée en 1948 en Angleterre. Cependant, il semble qu'il y ait eu quelques cas dans des couvents en France pendant la seconde guerre mondiale pour « guérir » des petites filles de la masturbation.

2. Justification idéologique (7)

Certains avancent le motif religieux pour perpétuer les MSF. Toutefois, celles-ci existaient avant l'arrivée du Christianisme et de l'Islam, et leur pratique a évolué plus en fonction du territoire que de la religion. Ainsi, des femmes appartenant aux trois religions monothéistes comme des femmes animistes ont été et sont encore mutilées.

L'expansion des MSF en Afrique s'est donc fait avant la propagation de l'Islam, mais celui-ci s'est étendu entre autres sur les territoires où elles étaient pratiquées. D'où une croyance populaire que les MSF sont prescrites par l'Islam. En fait, celles-ci ne sont pas mentionnées dans le Coran. On en trouve mention dans des Hadits, qui comportent les paroles et gestes de Mahomet. Ceux-ci rapporteraient une discussion entre une exciseuse et Mahomet, au cours de laquelle le prophète aurait dit que le fait de ne pas couper rend plus rayonnant le visage de la femme et est plus agréable pour le mari. En pratique, aucune

prescription religieuse n'oblige les musulmans à exciser leurs filles, mais peu de grands chefs religieux se positionnent contre ces mutilations.

Parmi les autres arguments couramment cités on trouve (5) (8) (9):

- La prophylaxie, comme mesure d'hygiène en « aplanissant » cette zone, pour limiter les microbes et embellir la femme. Contrairement à cette idée reçue, les mutilations exposent aux infections.
- Le renoncement à l'androgynie : nécessité d'éliminer ce micro-pénis féminin, qui pourrait pendre entre les jambes, gêner les rapports sexuels, rendre stérile, tuer l'enfant à la naissance...
- La protection de la virginité, via l'excision pour diminuer le désir et via l'infibulation pour empêcher les rapports sexuels.
 - L'intégration à la société, avec risque de rejet de la femme si ce n'est pas fait.

En pratique, il s'agit d'une mainmise sur la sexualité féminine, avec pour but la réduction du plaisir féminin et la domestication de pulsions sexuelles considérées incontrôlables.

Derrière cela se cachent plusieurs notions :

- La préservation de la chasteté des jeunes filles,
- La lutte contre la masturbation qui d'une certaine manière exclut le conjoint,
- L'angoisse de l'homme devant les incertitudes de la paternité,
- Le fantasme de la nocivité de la femme pour l'homme.

C. Prévalence et répartition géographique

1. Prévalence (10)

L'OMS estime entre 100 et 140 millions le nombre de jeunes filles et de femmes dans le monde ayant été mutilées. En Afrique, 92 millions de jeunes filles âgées de 10 ans ou plus auraient subi cette pratique, et 3 millions de jeunes filles seraient menacées d'être mutilées chaque année.

En France, l'INED estime qu'entre 42 000 et 61 000 femmes adultes seraient excisées.

2. Répartition géographique

De nos jours, les mutilations sont pratiquées essentiellement en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'Est et dans les pays où ces populations ont émigré. On les retrouve aussi dans certaines populations du sud-est asiatique en Inde, Indonésie, Malaisie et dans certaines régions du Pakistan.

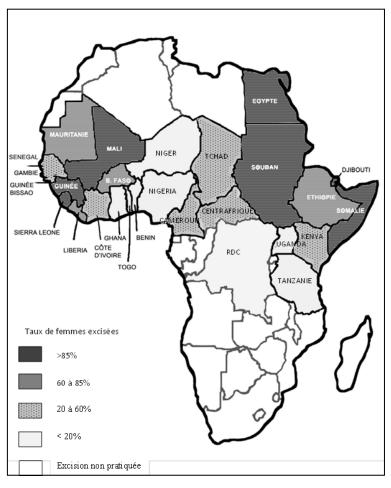


Figure 4 : Prévalence des MSF en Afrique

PAYS	PREVALENCE (%)	SOURCE/ANNEE
Somalie	98 -100	DHS/1982,1993
Djibouti	98	UNICEF
Egypte	96	DHS/2005
Guinée Conakry	96	DHS/2005
Sierra Léone	90	UNICEF/1997
Erythrée	89	DHS/2002
Soudan	89	DHS/1989,1990
Mali	85	DHS/2006
Ethiopie	80	DHS/2000
Gambie	80	OMS/1985
Burkina Faso	77	DHS/2003
Mauritanie	71	DHS/2000,2001
Libéria	60	DHS/1984
Guinée Bissau	50	OMS
Côte d'Ivoire	45	DHS/1998,1999
Tchad	45	DHS/2004
Centrafrique	43	DHS/1994,1995
Cameroun	15-45% (selon l'ethnie)	DHS/2004
Kenya	32	DHS/2003
Sénégal	28	DHS/2005
Nigeria	19	DHS/2003
Bénin	17	DHS/2001
Tanzanie	15	DHS/2004,2005
Togo	12	DHS,OMS/1996
Ghana	5	DHS/2003
RDC	5	UNICEF
Ouganda	5	OMS
Niger	2	DHS/2006

Tableau 1 : Prévalence des MSF en Afrique

D. Déroulement (7) (8) (11) (12) (13) (14)

Les MSF sont généralement pratiquées sur les filles, de la naissance à l'âge prépubère. Dans certaines coutumes, elles peuvent être pratiquées plus tard, juste avant le mariage, ou lors de la première maternité. En cas d'infibulation, celle-ci est recousue après les accouchements.

Autrefois, elles s'intégraient dans une cérémonie de passage, avec isolement des filles d'une classe d'âge, enseignement et conseils sur le rôle de femme, et cérémonie au retour des filles dans le village pour fêter leur nouveau statut.

De nos jours, l'opération est souvent pratiquée en cachette, de manière individuelle ou en regroupant quelques fillettes. L'initiative revient aux parents ou à une femme plus âgée que la mère (grand-mère, tante...). Elle peut être favorisée par le passage dans la région d'une exciseuse, ou par le fait qu'une cérémonie est déjà prévue pour d'autres fillettes. Les parents ne sont pas toujours consultés, cela peut se faire en leur absence. Mais s'ils ont fermement marqué leur opposition, et en particulier le père, ce ne sera pas fait. D'où l'importance de la prévention par le dialogue dans les familles.

Les MSF sont réalisées par des « exciseuses ». En Afrique de l'Ouest, ce sont des femmes de la classe des forgeronnes, dont c'est le métier de mère en fille (les maris font les circoncisions). Elles ont un statut particulier, sacré, au sein des villages, et sont très respectées. Elles ont souvent participé depuis leur enfance à des excisions, et ont hérité de leur mère les formules à prononcer, les cataplasmes à appliquer... En Afrique de l'Est, les infibulations sont parfois réalisées par du personnel médical ou paramédical, bien que l'OMS se soit prononcé contre la médicalisation de ces mutilations depuis les années 1980.

Le jour choisi, la fillette ne sait pas ce qui l'attend. On a pu lui parler de fête et de cadeaux. Puis elle se retrouve dans une case, avec l'exciseuse et une ou plusieurs autres femmes pour la tenir. La mère n'est généralement pas là car c'est trop dur à supporter. On déshabille la fille complètement et elle est maintenue par d'autres femmes. L'exciseuse coupe avec une lame tranchante : couteau traditionnel, lame de rasoir, voire morceau de verre ou tout autre objet tranchant, pas forcément désinfecté entre deux fillettes. Cela dure plusieurs minutes et engendre une douleur insupportable.

Lorsque c'est fini, un produit est appliqué sur la plaie, soit un désinfectant, soit des préparations traditionnelles aux compositions très diverses, souvent responsables de surinfection. La fille est ensuite isolée, éventuellement les jambes liées pour faciliter la cicatrisation, pendant 15 à 20 jours. En cas de mauvaise cicatrisation, l'opération peut être recommencée.

E. Complications (5) (12)

1. Complications immédiates

Le décès immédiat est la première des complications. Il peut être dû :

- Soit à l'hémorragie succédant à la section du plexus veineux en regard du gland du clitoris (le plexus intermédiaire de Kobelt),
- Soit aux infections aiguës, favorisées par les pansements traditionnels, les urines et les selles qui souillent la plaie. Elles peuvent entrainer des gangrènes gazeuses et des septicémies. Le tétanos peut aussi être une cause de décès.

La douleur suraiguë peut entrainer un choc neurogénique. De plus, sous cette douleur insupportable, la fillette peut avoir des mouvements de défense entrainant la blessure d'organes voisins : cuisses et ventre, urètre (rétention d'urines), périnée postérieur, rectum avec parfois fistule recto-vaginale. Elle lutte aussi contre la personne qui la maintient, ce qui peut induire des fractures des clavicules, humérus, fémur.

Enfin, l'excision est facteur de transmission des maladies infectieuses lorsque le matériel est réutilisé sans asepsie : virus des hépatites B et C, VIH.

2. Complications plus tardives

La cicatrice obtenue peut induire en elle-même des complications

- Elle peut se refermer en créant une membrane en avant du méat urétral voire du vagin, réalisant une pseudo-infibulation. En brisant le jet urinaire, elle provoque des infections urinaires. Lorsqu'elle est trop couvrante, elle peut présenter une gêne voire un obstacle aux rapports sexuels. Cette complication est d'autant plus fréquente que l'âge de la fillette est bas.
- Les cicatrices chéloïdes, fréquentes chez les africains, peuvent avoir les mêmes conséquences.
- Les kystes épidermiques, dus à l'inclusion d'épiderme dans la cicatrice ou à l'occlusion de glandes sébacées, peuvent être douloureux voire se surinfecter.

Après infibulation, les complications sont plus fréquentes et plus nombreuses, en particulier:

- sur le plan urinaire : rétention aigue d'urines, rétention chronique d'urines avec infections urinaires à répétition et insuffisance rénale.
- Sur le plan vaginal : stases menstruelles avec règles douloureuses voire hématocolpos (rétention du sang des règles entrainant une augmentation du volume de l'utérus), ou salpingite entrainant des stérilités.

- La section partielle du clitoris, organe très innervé peut aussi induire un névrome de son nerf dorsal, pouvant rendre la zone clitoridienne hyper douloureuse à l'effleurement ou simplement lors de la marche.

3. Complications psychologiques (7)

Le vécu de chaque femme est très différent et la réaction par rapport à ce traumatisme peut prendre des formes diverses.

Un sentiment de trahison, assez fréquent, peut entamer la confiance portée à l'entourage. Des dépressions, des névroses, ou un sentiment perpétuel d'angoisse peuvent résulter du traumatisme.

Ces symptômes peuvent être liés au syndrome de stress post-traumatique, qui se manifeste de plusieurs façons :

- L'intrusion : la femme revit l'évènement traumatisant, indépendamment de sa volonté, sous forme d'images projetées : flash-backs envahissants accompagnés de l'angoisse ressentie initialement la journée, cauchemars la nuit.
- L'évitement : la femme tente d'éviter les situations pouvant lui rappeler l'évènement initial. Elle évite aussi d'en parler. Cela peut prendre la forme d'une amnésie de l'évènement, ou d'un repli affectif.
- L'hyperstimulation, avec hyper vigilance, difficultés à se concentrer, insomnie, nervosité, voire comportement violent.

Suite à la mutilation nait une peur des premiers rapports sexuels, majorée en cas d'infibulation, car la femme est ouverte au couteau par le conjoint.

En France, il faut aussi aborder le cas des jeunes femmes qui apprennent par leur partenaire ou lors d'une consultation de gynécologie qu'elles ont été mutilées, parfois de manière abrupte. Ayant grandi dans une culture occidentale, elles peuvent très mal vivre cette annonce de la mutilation qu'elles ne comprennent pas, avec des réactions pouvant aller de la dépression à la révolte.

4. Complications sexuelles

Deux études récentes se sont intéressées au vécu des femmes ayant été mutilées. Il s'agit de la thèse pour le doctorat en médecine du Dr Mélanie HOROKS (17) en 2008 et de l'étude Excision et Handicap (ExH) réalisée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) (16) en 2009. Ces études ont montré que les femmes excisées avaient plus de difficultés à éprouver du désir sexuel, plus de difficulté à éprouver du plaisir, avec plus de

problèmes de sécheresse vaginale, de brûlures vaginales et de douleurs pendant les rapports.

En cas d'infibulation, ces difficultés sont majorées.

5. Complications obstétricales

Là encore, l'excision et l'infibulation ont des conséquences très différentes. Elles ont été étudiées par l'OMS en 2006 (18).

En cas d'excision, le risque principal au moment de l'accouchement est celui de déchirures péritonéales, du fait de la perte d'élasticité des tissus cicatriciels. Cela impose souvent le recours à une grande épisiotomie, mais celle-ci ne prévient pas les déchirures de la partie antérieure.

En cas d'infibulation, les risques sont majeurs. Les tissus créent un obstacle au passage de l'enfant, appelé dystocie des parties molles. Cela peut entrainer une hypoxie et la mort de l'enfant. De plus, la présence prolongée de l'enfant dans la filière génitale peut être responsable d'ischémie et de nécrose des cloisons recto-vaginales ou vésico-vaginales (« périnée complet »), source de fistules. Celles-ci sont alors responsables d'incontinence urinaire ou fécale, entrainant un risque de répudiation ultérieure.

Les tissus du périnée et de la vulve étant cicatriciels et scléreux, il y a un risque lors de l'expulsion de déchirure du sphincter anal entrainant lui aussi des incontinences.

En milieu hospitalier, une césarienne est envisageable pour sauver la mère et le bébé. Lorsque l'accouchement n'est pas médicalement assisté, il y a un risque de mort fœtale accru, et de mort maternelle soit par hémorragie soit par rétention de fœtus mort.

F. Prise en charge de la femme excisée

1. Prise en charge médicale (15)

La prise en charge médicale des conséquences de l'excision est essentiellement symptomatique. Elle repose sur un entretien guidé qui doit permettre à la femme d'évoquer des difficultés dont elle ne parlerait pas spontanément, et qu'elle ne rattache pas forcément à la mutilation.

A l'inverse, la demande médicale répétitive d'une patiente, ne faisant pas référence à l'excision, doit alerter le médecin sur la possibilité d'une mutilation, connue ou non. Il s'agit en particulier d'infections à répétitions, de douleurs menstruelles et de symptômes pouvant avoir une origine psychosomatique. Les difficultés lors des rapports sexuels sont très peu évoquées spontanément.

Les infections urinaires et génitales basses sont traitées chez la femme excisée comme chez toute femme. La répétition des symptômes, s'ils sont liés à la cicatrice, doit conduire à un avis chirurgical.

Les difficultés sexuelles (sécheresse vaginale, douleurs lors des rapports) peuvent être améliorées par l'utilisation de gel lubrifiant. De même, un massage de la cicatrice avec rééducation du périnée permettent à la fois assouplissement et réappropriation de la zone mutilée.

2. Prise en charge chirurgicale (15) (19) (20)

La prise en charge chirurgicale peut se faire dans deux indications différentes : traitement de la douleur par reprise chirurgicale de la cicatrice et des éventuels kystes, ou réparation vulvaire avec clitoridoplastie. Dans les deux cas, elle est prise en charge par la sécurité sociale.

La reprise chirurgicale a pour but de lutter contre les complications de cicatrisation : ablation des kystes dermoïdes ou reprise des cicatrices chéloïdes. Elle permet aussi une réouverture des infibulations ou pseudo-infibulations, en particulier avant l'accouchement.

Elle est le plus souvent accompagnée de réparation vulvaire avec clitoridoplastie. Cette technique, inventée par le Dr Foldès à la fin des années 90, consiste à aller chercher ce qui reste du gland ou du coude du clitoris, parfois collé en profondeur contre la symphyse pubienne, pour reformer un néo clitoris physiologique. Cette intervention, accompagnée d'une plastie vulvaire pour redonner à la vulve ses reliefs, permet d'une part de traiter

certaines complications (douleurs chroniques permanentes et/ou lors des rapports, complications urinaires et obstétricales) et d'autre part de rendre sa fonctionnalité au clitoris en terme de plaisir. Pour cela, un suivi parallèle par un psychologue et un sexologue peuvent être utiles.

3. Prise en charge psychologique (7) (20)

Les patientes ayant été mutilées peuvent avoir besoin d'une prise en charge psychologique, qu'elles aient ou non un désir de reconstruction.

En cas de désir de reconstruction vulvaire, la prise en charge psychologique, accompagnée éventuellement d'une prise en charge par un sexologue, peut être une aide. L'entretien psychologique doit clarifier les attentes de la femme par rapport à la reconstruction. Les motivations sont très diverses : être une femme à part entière, ne plus avoir de douleurs pendant les rapports, mais aussi par exemple réussir à avoir une relation stable avec un homme. La chirurgie n'est pas toujours la meilleure réponse à ces femmes, et en tout cas elle ne remplira pas toujours toutes les attentes.

La reconstruction peut être vécue comme une réminiscence du traumatisme, et entraine une modification du schéma corporel qui n'est pas forcément évidente pour la patiente.

Enfin, l'étape de la reconstruction marque physiquement une prise de position individuelle face à une société qui se veut prépondérante face à l'individu. La femme, en voulant « effacer » la marque de la société, s'isole : il peut y avoir rupture avec la famille, les parents, voire le conjoint qui peut mal voir le désir de réappropriation du corps de sa femme. Dans ce contexte, de nombreuses femmes ne parlent pas de la reconstruction à leur famille, et peuvent avoir des difficultés à vivre cet isolement.

Même lorsqu'il n'y a pas de désir de reconstruction vulvaire, la prise en charge psychologique peut être utile, en particulier quand l'état de stress post-traumatique est marqué, avec des symptômes envahissants (anxiété, dépression, cauchemars...).

G. Aspects juridiques (5) (15)

1. En France, en cas de mutilation

Législation française

Le droit français condamne les mutilations sexuelles féminines. Elles n'ont pas de qualification juridique spécifique, mais elles sont jugées comme actes de mutilation, ce qui est une qualification criminelle relevant de la cour d'assise.

L'exciseuse est l'auteur de la mutilation, mais les parents sont considérés comme complices, ayant fait appel à l'exciseuse. A ce titre, ils encourent les mêmes peines que l'exciseuse. En pratique, la mère prend souvent toute la responsabilité, taisant le nom de l'exciseuse et dédouanant le père en soutenant qu'il n'était pas au courant.

Les qualifications pénales retenues sont les suivantes :

Article 222-9 du code pénal : « Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende »

- *Circonstances aggravantes* : Article 222-10 du code pénal : lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans, la peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle ;
- Elle est portée à 20 ans de réclusion criminelle lorsque les violences sont commises sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Le délai de prescription, depuis le 04 avril 2006, est de 20 ans à compter de la majorité de la victime.

Des poursuites sont également possibles pour non-assistance à personne en danger :

Art. 223-6 du code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne s'abstient volontairement de la faire sera puni de 5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

La loi française s'applique aussi lorsque les mutilations sexuelles sont commises à l'étranger, que ce soit sur des victimes françaises ou sur des victimes mineures résidant habituellement sur le territoire français.

Possibilité de lever le secret médical (code pénal)

Les mutilations sexuelles féminines sont spécifiquement visées dans le code pénal, dans le cadre de la levée du secret médical.

Article 226-13 du code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Article 226-14 du code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou <u>autorise la révélation du secret</u>. En outre, il n'est pas applicable :

- 1- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris <u>lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles</u>, 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
- 2- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; ... Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire». En vertu de ce dernier alinéa de l'article 226-14 du code pénal, le médecin qui signale les faits dans les conditions visées, ne peut faire l'objet d'aucune poursuite ni de sanction devant le conseil de l'ordre.

Obligation de signalement (code de déontologie des médecins)

Outre le code pénal, le code de déontologie médicale détermine le cadre professionnel dans lequel le praticien intervient.

En vertu de l'article R.4127-44 du code de la santé publique (article 44 du code de déontologie) : « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, <u>il doit, sauf circonstances</u>

<u>particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités</u> judiciaires, médicales ou administratives. ».

2. En France, en cas de menace de mutilation

En cas de danger imminent et réel

Le praticien a l'obligation d'avertir les autorités compétentes, à la fois pour empêcher la commission des faits, et pour porter secours à la personne en danger. S'il ne le fait pas, il tombe sous le coup des deux premiers alinéas de l'article 223-6 du code pénal cités précédemment.

Il doit alerter:

- le procureur de la République du Tribunal de Grande Instance dont dépend le domicile de la patiente par téléphone, fax ou courrier avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.
- La cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général si la patiente est mineure. Si cette cellule n'est pas créée, le service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.
 - Eventuellement le médecin départemental de PMI.

Si le danger n'est pas imminent

Il n'a pas d'obligation à intervenir ni à signaler, mais il peut agir au titre de la prévention.

À nouveau, le code de déontologie médicale oriente la démarche professionnelle du médecin face à l'enfant en danger :

L'article 43 (article R.4127-43 du code de la santé publique) précise : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

Il peut alerter de nouveau ces deux instances qui mettront en place une surveillance adaptée.

Si le risque concerne une patiente majeure, le médecin devrait informer la patiente des risques sanitaires de la mutilation et des conséquences juridiques, et l'orienter vers des unités de gynécologie pluridisciplinaires (cf. Annexe 6).

3. Evolution des condamnations

Le premier procès a eu lieu en 1979 suite à la mort d'une enfant de 3 ans : l'exciseuse a été condamnée à 1 an de prison avec sursis pour homicide involontaire.

Depuis, plus d'une trentaine de procès ont eu lieu, avec des condamnations s'intensifiant. En 1991, une exciseuse est condamnée pour la première fois à 5 ans de prison ferme. En 1993, une mère est condamnée à 1 an de prison ferme. En 2004, des parents ont été condamnés à verser des dommages et intérêts à leurs filles excisées.

Les procès actuels aboutissent à la condamnation des parents jusqu'à 5 ans de prison en général assortis de sursis, avec versement de dommages et intérêts.

4. A l'étranger

De nombreuses chartes et convention internationales luttent contre les mutilations sexuelles féminines, parmi lesquelles :

- La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, entrée en vigueur le 13 janvier 1984 et ratifiée par la France et par de nombreux pays africains.
- La charte africaine des droits de l'homme et des peuples, entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte.
- La convention internationale sur les droits de l'enfant, entrée en vigueur le 6 septembre 1990 et ratifiée par tous les Etats exceptés les Etats-Unis et la Somalie
- La charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée en juillet 1990, ratifiée par une cinquantaine d'Etats africains et entrée en vigueur en 1999.
- Le protocole de Maputo complétant la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes, adopté par l'Union Africaine le 11 juillet 2003, entré en vigueur le 25 novembre 2005 après sa signature par 15 Etats. Article 5: "Les Etats interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les Etats prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment :
 - Sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et des programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication;
 - Interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation sexuelle féminine, la scarification, la médicalisation et la para médicalisation des mutilations sexuelles féminines et toutes les autres pratiques néfastes"

En Europe, aux Etats-Unis et en Australie, la plupart des pays ont adopté une législation interdisant les MSF. La France et le Burkina Faso sont actuellement les seuls pays à effectivement poursuivre et condamner pénalement ces pratiques.

En Afrique, une quinzaine de pays ont interdit les mutilations, mais la loi n'est pas toujours appliquée :

Année	Pays	Prévalence (chiffres	Type MSF pratiquée
d'interdiction		arrondis)	
1946	Soudan	89 %	III
1953	Sierra Leone	90 %	l et II
1966	Centrafrique	43 %	l et II
1978	Somalie	98 %	III
1982	Kenya	32 %	I, II et III
1987	Burkina Faso	77 %	l et II
1994	Liberia	60 %	l et II
1994	Ghana	5 %	l et II
1995	Djibouti	98 %	I, II et III
1997	Egypte	96 %	I, II et III
1998	Côte d'Ivoire	45 %	l et II
1998	Sénégal	28 %	l et II
1998	Tanzanie	15 %	II et III
1998	Togo	12 %	II
2001	Guinée Conakry	96 %	l, ll et lll
2003	Bénin	17 %	II
2007	Erythrée	89 %	II et III

Tableau 3 : Prévalence des MSF dans les pays les ayant interdits.

5. La prévention sur le plan international

Le Comité Inter -Africain (CI-AF) de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants, créé en 1984, centralise sur le plan international les actions menées contre les MSF. Le CI-AF compte 27 comités nationaux à l'œuvre dans chacun des pays africains ayant pour coutume les MSF ainsi que dans plusieurs pays d'immigration africaine.

En France et en Belgique, il existe des sections du GAMS, faisant partie du CI-AF. Le GAMS est le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants.

A travers ces comités, les Africaines mettent au point différentes stratégies et agissent activement pour l'élimination des MSF. Le CI-AF coordonne et impulse en collaboration avec de nombreuses autres instances de très nombreux programmes mis en œuvre pays par pays en utilisant de multiples moyens:

- campagnes d'information en ville et en milieu rural: programmes radiophoniques, émissions télévisées, expositions, débats,
- organisation de sessions de sensibilisation pour les personnels de santé, les professionnels sociaux, les enseignants ainsi que les leaders traditionnels et religieux,
 - actions de reconversion des exciseuses,
- organisation et suivi de consultations de nourrissons avec en priorité la prévention des MSF,
- diffusion de matériel d'information: débats accompagnant la projection du film "La Duperie", pièces de théâtre, tracts, affiches et plaquettes d'information,
- organisation de rencontres locales, régionales, nationales régulières pour évaluer l'action, coordonner et impulser les initiatives,
- soutien apporté aux initiatives villageoises par exemple lors de l'organisation de cérémonies d'abandon de la pratique de l'excision.

Deux exemples de mise en œuvre de programmes de lutte contre les MSF

1. TOSTAN, au Sénégal : Un programme d'éducation de base original

En partenariat avec l'UNICEF et d'autres ONG, Tostan a développé un « programme de renforcement des capacités communautaire ». Le programme de Tostan s'étend sur 30 mois et se décompose en phases et en modules. Mené en 2009 en 16 langues nationales dans huit pays africains (Sénégal, Mauritanie, Gambie, Guinée Conakry, Guinée-Bissau, Mali, Somalie, Djibouti), le programme vise à outiller les adultes et les adolescents, ayant souvent peu fréquenté l'école formelle, pour qu'ils deviennent les agents de leur propre développement.

Tostan, afin de se dissocier des systèmes d'apprentissage plus autoritaires, appelle les enseignants des *facilitateurs* et les apprenants des *participants*. Les facilitateurs vivent dans le village, font partie du même groupe ethnique que les participants, et déroulent les modules du programme dans la langue nationale de la communauté, utilisant des méthodes traditionnelles de communication (le théâtre, la poésie, la chanson, les contes...).

La première phase du programme, appelée *Kobi* (qui signifie *préparer le sol pour le rendre fertile*, en langue mandinka) est consacrée aux modules sur la démocratie, les droits humains, le processus de résolution de problèmes, l'hygiène, la santé.

La seconde phase, appelée *Aawde* (qui signifier *semer* en langue pulaar) est dédiée à l'alphabétisation, au calcul et à la gestion, et s'appuie sur les apprentissages de la phase précédente à travers des séances et des cahiers interactifs.

Parallèlement, Tostan forme dans chaque village les membres d'un Comité de Gestion communautaire destiné à assurer la pérennité des acquis du programme et à mener

à bien des projets déterminants pour le développement de la communauté (projets générateurs de revenus comme des prêts de microcrédit ou des coopératives d'élevage, et activités de mobilisation sociale comme les campagnes pour l'augmentation des taux de vaccinations infantiles et d'enregistrement des naissances).

2. AMSOPT au Mali

L'AMSOPT (Association malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles) mène depuis 10 ans son combat contre l'excision. Les équipes de cette association travaillent dans la région de Bamako ainsi que dans celle de Kayes, au sud-ouest du pays. Elles parcourent les villages et expliquent les conséquences néfastes de l'excision sur la santé des femmes. Elles informent à l'aide d'un mannequin très réaliste composé d'éléments mobiles, fourni par le GAMS, ce qu'est un sexe non-excisé, excisé, infibulé. Elles montrent des photos, réalisées par un de leurs militants, le Dr Touré, gynécologue.

Après les réunions, dans chaque village sont nommés des jeunes, "personnes-relais volontaires", chargés de vérifier que les informations ont été bien comprises, transmises à tous les habitants et débattues au conseil des chefs. L'équipe reviendra quelque temps après pour connaître la décision du village.

L'association ne se contente pas de faire de la sensibilisation, elle prend aussi en charge financièrement les opérations pour les femmes souffrant de complications médicales.

L'AMSOPT a également créé des activités génératrices de revenus pour plus de 25 exciseuses qui ont "posé le couteau". Elles animent une petite coopérative de fabrication de savon et de teinture et elles font à leur tour de la sensibilisation.

D'autres associations mènent un travail similaire, soutenues par le Ministère de la Famille et de l'Enfant, et par des bailleurs de fonds internationaux. Cependant, dans ce pays profondément traditionaliste et musulman, le chantier est vaste, sachant que la confusion entre excision et religion est grande. Le travail des associations est donc aussi d'informer les chefs religieux et de les convaincre de prêcher contre les MSF. Le Mali a voté et ratifié le protocole de Maputo. Des associations, des députés, des personnalités poussent leurs dirigeants à voter une loi interdisant enfin l'excision, mais il n'y a pas d'engagement de l'Etat malien pour l'instant.

Des premiers résultats

Les engagements des gouvernements et le travail des associations dans les pays touchés portent lentement leurs fruits. On observe une régression du taux de MSF dans certains pays.

Au Sénégal, d'après les données de l'EDS 2005, le taux de mutilation est passé de 31% dans le groupe de 45-49 ans, à 25% dans le groupe 15-19 ans.

Au Mali, le taux de mutilation des 15-49 ans est passé de 94% en 1996 à 85% en 2006.

Au Burkina Faso, le taux de prévalence de l'excision chez les fillettes de 0 à 20 ans est passé de 66% en 1996 à 25% en 2005.

H. Médecine générale et excision

1. Les spécificités de la médecine générale française

La médecine générale est une médecine de famille, prenant en charge toutes les générations. A ce titre, le médecin généraliste est particulièrement bien placé pour le dépistage et la prévention des MSF.

Certains médecins généralistes assurent le suivi gynécologique des femmes, mais c'est un choix individuel, motivé aussi par la fréquence des gynécologues dans la région. De plus, le choix de se faire suivre sur le plan gynécologique par son médecin généraliste est un choix de la patiente, qui peut préférer voir un gynécologue en parallèle. Cependant, devant la diminution de nombre de gynécologues médicaux, la spécialité n'étant plus enseignée, les médecins généralistes vont être de plus en plus amenés à assurer le suivi gynécologique de leurs patientes.

Le dépistage des MSF se fait donc en général lors d'une consultation dont le motif peut être très varié. En médecine générale, les excisions sont rarement constatées cliniquement. Le dépistage se fait plus par l'interrogatoire, qui peut être complété après accord de la patiente par un examen clinique. Mais ce dépistage peut ne pas être efficace. Les femmes voulant cacher que cette pratique est perpétuée dans leur famille peuvent le faire. Et certaines femmes peuvent ne pas être au courant de leur excision, en particulier si celle-ci a été réalisée très jeune.

Les médecins généralistes sont amenés à suivre aussi les enfants. Ce suivi peut se limiter à la prise en charge des maladies, lorsque le suivi régulier est effectué en parallèle par la PMI (Protection Maternelle et Infantile). Il peut aussi être le seul à suivre les enfants, en particulier dans les départements où la PMI a peu d'influence. Dans tous les cas, le suivi par la PMI s'arrête à 6 ans.

Le rôle de prévention du médecin généraliste est essentiel, il est souvent le seul acteur médical pouvant prévenir les mutilations. Il doit se renseigner sur les coutumes des deux familles des parents, ainsi que sur leurs intentions. Pour cela, il faudra connaître la prévalence des mutilations dans les pays d'origine des parents. Dans tous les cas, l'interrogatoire doit être accompagné d'une information sur ce qu'est la mutilation, ses conséquences, l'interdiction de la loi française.

De plus, quelle que soit la réponse des parents, le médecin doit réaliser le dépistage direct des MSF par l'examen des organes sexuels externes des fillettes. Cet examen montre aussi aux parents qu'on s'intéresse à cette zone et qu'on verra si une mutilation est pratiquée. L'examen peut se révéler délicat, en particulier lorsque la fille grandit (il n'est pas évident de déshabiller complètement une fille pré-pubère qui vient pour une angine).

Toutefois, le mode d'exercice en cabinet libéral ne permet pas d'imposer un suivi. Les patientes sont libres de venir ou non consulter, et de changer de médecin si elles préfèrent. D'où la crainte de certains médecin d'aborder un sujet qu'ils jugent « délicat ».

2. Attitude des médecins généralistes

Jusqu'en 2007, le thème des MSF n'étaient pas abordé dans la formation initiale des médecins, et aucune étude n'avait fait le lien entre médecine générale et MSF. En 2007, le Dr Miléna WEHENKEL a écrit sa thèse de doctorat sur les attitudes des médecins généralistes de 4 arrondissements parisiens (12, 18, 19 et 20^{ième} arrondissements) en matière de dépistage et de prévention des MSF (21). En voici les principaux résultats.

Une grande majorité des médecins (70% des hommes, 82% des femmes) se sentent concernés par le sujet. Mais ils regrettent l'absence de formation et seraient intéressés si on leur en proposait une (60% des hommes, 70% des femmes).

En cas de découverte de mutilation, 43% des hommes et 68% des femmes en parlent avec la patiente. S'ils ne le font pas, c'est principalement par peur de manquer de respect à la patiente (51%) ou par manque de formation (40%).

Sur le plan des connaissances, seuls 13% disent avoir reçu une formation sur les MSF. Toutefois, la majorité des médecins a des connaissances de base :

- 89% connaissent l'origine des femmes excisées,
- 51% pensent connaître les différents types de MSF,
- 50% des hommes et 61% des femmes pensent savoir diagnostiquer les MSF,
- 65% des hommes et 77% des femmes connaissent les complications des MSF,
- 72% des médecins savent qu'il existe une chirurgie réparatrice mais seulement la moitié de ceux-là savent qu'elle est remboursée par la sécurité sociale.

Ces chiffres, s'ils sont bons pour des professionnels n'ayant pas reçu de formation, sont largement insuffisants pour la prise en charge active et efficace des patientes.

Lorsque l'attitude vis-à-vis des femmes est étudiée, il en ressort que lorsqu'une femme est potentiellement concernée, 25% des hommes et 44 % des femmes recherchent activement une MSF, par l'interrogatoire ou par l'examen clinique.

Si une MSF est mise en évidence,

- 22% des hommes et 33% des femmes interrogent la femme sur le retentissement de la mutilation sur la vie de couple et la sexualité,
- 45% des hommes et 30% des femmes savent orienter vers une prise en charge spécialisée,
- 37% des hommes et 54% des femmes notent les MSF comme antécédent dans le dossier médical.

Quant à l'attitude vis-à-vis des fillettes :

- 37% des hommes et 51 % des femmes sont plus « attentifs » si la mère a été mutilée,
- 38% des hommes et 61% des femmes sont plus attentifs si les parents viennent de pays où se font les MSF,
 - 29% des médecins examinent de façon systématique les OGE des enfants.

Enfin, en cas de menace de MSF ou de MSF effectivement pratiquée sur une mineure, plus des ¾ des médecins (hommes et femmes confondus) discutent avec les parents et leur rappellent la loi française, et 49% (si mutilation effectuée) à 58 %(si menace) font un signalement.

Ces résultats, très détaillés, nous montrent que dans des arrondissements parisiens à forte prévalence migratoire, moins de la moitié des médecins cherchent les mutilations chez les femmes originaires des pays concernés, et encore moins en recherchent les complications. Environ la moitié des médecins se disent attentifs pour les fillettes, sans que soit précisé de quelle manière.

Comme nous l'avons vu, les freins à la prise en charge des MSF évoqués par les médecins sont dus au manque de formation mais surtout à l'idée que c'est un sujet trop délicat et tabou.

3. Attente des femmes excisées (17)

Le Dr Mélanie HOROKS s'est penchée un an plus tard sur le vécu des femmes excisées (17). L'un des buts de sa thèse était de savoir si les femmes acceptaient de parler de leur mutilation à un médecin.

Les femmes étaient recrutées lors de consultation en planning familial ou en PMI. Il leur était alors proposé un questionnaire reprenant les différents aspects des MSF : histoire de l'excision, premier rapport sexuel, vie sexuelle en général, sentiment sur la pratique.

Cette étude a montré que la grande majorité des femmes parlent facilement des MSF pourvus qu'elles soient abordées simplement. Pourtant, 39% n'avaient jamais parlé à quiconque de leurs difficultés sexuelles. Et pour celles qui en avaient parlé, seule la moitié s'était confiée à un médecin. A la fin de l'entretien, 84% des femmes donnaient un avis positif sur le fait d'avoir parlé de leur excision.

L'étude a aussi montré une méconnaissance importante des femmes, que ce soit par rapport à ce qu'elles ont subi, sur les raisons de la pratique, ou sur les possibilités de réparation chirurgicale.

Au total, les femmes acceptent facilement d'aborder le sujet de leur excision avec un médecin, et pensent majoritairement que c'est utile pour elles, mais une bonne partie ne le fait pas spontanément. C'est donc au médecin d'intégrer systématiquement ces questions.

I. Recommandations de l'Académie de Médecine française

En 2004, l'Académie Nationale de Médecine a décidé de s'impliquer dans la lutte contre les Mutilations Sexuelles Féminines. Elle a commencé par faire adopter cette nouvelle appellation, « sexuelles » à la place de « génitales », pour que soient bien pris en compte les enjeux de telles mutilations.

Puis un colloque a été organisé en juin 2004, réunissant dans les locaux de l'Académie de Médecine tous les acteurs de la lutte contre les MSF, sur le plan médical et chirurgical, psychologique, socio-culturel et juridique. (5)

A l'issue de ce colloque, des recommandations ont été adoptées :

Recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines (MSF)

1°/Améliorer les connaissances

- Sur l'ampleur et les caractéristiques des mutilations sexuelles féminines (MSF)
 constatées en France (observations médicales, sociales, judiciaires)
- Favoriser les recherches et enquêtes dans les différents pays sur les MSF
- Inscrire les MSF dans la nomenclature internationale des maladies de l'OMS (CIM)
- Inscrire les conséquences des MSF au programme des études médicales, de la FMC et, plus généralement, de l'enseignement de tous les personnels de santé

2°/Favoriser la diffusion des connaissances au sein du corps social

- Notamment auprès des professionnels appartenant aux secteurs concernés : santé, éducation, action sociale, justice, médias
- Développer la publicité autour des décisions de justice : sanctions pénales et dommages et intérêts
- Faire connaître les mesures éducatives et répressives prises dans les pays d'origine pour éradiquer les MSF
- Impliquer dans cette lutte les personnalités influentes au sein des communautés
- Faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans ce domaine

3°/Renforcer et améliorer les pratiques médicales.

- Conformément aux directives de l'OMS aucun professionnel de santé ne doit pratiquer une forme de mutilation sexuelle féminine quelle qu'elle soit
- 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 de la consultation d'une femme ayant subi une mutilation :
 - l'informer de l'existence de la mutilation et évoquer avec elle les divers aspects (risques, interdit légal, protection des enfants à naître, évolution dans les pays d'origine vers l'abolition)
 - rechercher les séquelles : douleurs, infection, troubles de la sexualité
 - l'informer sur la possibilité d'envisager une réparation chirurgicale

- Lorsque la consultante est enceinte ou vient d'accoucher d'une fille rappeler les dispositions légales concernant les MSF
- A l'occasion de tout examen médical dans une famille exposée à ce risque informer les parents des procédures de protection de l'enfant (signalement à la justice) en insistant sur les risques et les séquelles des MSF
 - ➤ Ne pas omettre l'examen de la vulve
 - Rappeler aux parents l'interdiction légale et les conséquences judiciaires de la mutilation.
 - Rappeler ses effets délétères sur la santé

La constatation d'une MSF chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement auprès du Procureur de la République (articles 434.3, 113.7, 226.14 du Code pénal)

Trois ans plus tard, ces recommandations ont été concrétisées par la publication d'une circulaire interministérielle (circulaire DGS/SD 2 C no 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 (ANNEXE 1).

Cette circulaire introduit et rend obligatoire l'enseignement des MSF lors du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM), l'intégrant dans la découpe par modules des enseignements du second cycle (commun à tous les étudiants en médecine, quelle que soit la spécialité choisie par la suite).

Elle introduit de même cette problématique au sein des enseignements du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM), tout particulièrement dans les spécialités concernées, dont la médecine générale.

II. Méthodes

A. Justification et objectifs

Les connaissances des médecins généralistes sont insuffisantes pour pouvoir prendre en charge les femmes mutilées. Or nous avons vu leur rôle pivot dans la prise en charge des MSF et la prévention des mutilations chez les fillettes.

En 2007, une circulaire interministérielle demande aux facultés d'organiser un enseignement sur les MSF, en DCEM et en TCEM, en particulier lors du Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) de médecine générale. Trois ans après la publication de cette circulaire, j'ai voulu étudier son application dans les facultés parisiennes.

Mon objectif principal était donc triple :

- -Evaluation des connaissances des Internes en Médecine Générale (IMG) sur les MSF.
- -Evaluation de l'enseignement reçu, au cours des second et troisième cycles de médecine générale
- -Evaluation de la demande en matière d'enseignement et des moyens pour améliorer cet enseignement.

Mon objectif secondaire était la sensibilisation des internes en médecine générale, via le questionnaire et par la remise d'une plaquette didactique à l'issu du remplissage du questionnaire (Plaquette « Agir face aux mutilations sexuelles », ANNEXE 4).

B. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée à partir de 400 questionnaires collectés auprès d'IMG d'Ile de France.

2. Mode de recrutement des internes

J'ai choisi de distribuer les questionnaires lors des 3 jours de choix de stage hospitalier à la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociale), en avril 2010. En effet, tous les IMG effectuant un stage hospitalier de mai 2010 à octobre 2010 en lle de France doivent se rendre à cette cession de choix.

Ce mode de choix exclu les internes effectuant pendant cette période un stage chez le praticien. Ce sont des internes essentiellement de deuxième année et quelques-uns de troisième année.

3. Mode de distribution et de recueil des questionnaires

Les questionnaires ont été distribués aux internes à l'entrée de la salle de choix. Ils étaient réclamés à l'issue du choix, avec possibilité de les remplir à ce moment-là sur une table à l'écart, les IMG étant dans un certain état de stress tant que leur choix n'est pas effectué.

Le premier jour, 3 questionnaires de thèse étaient proposés aux internes, ce qui faisait beaucoup. Certains n'ont donc pas pris le temps de le remplir. Le jour suivant, nous n'étions plus que deux, puis j'étais seule le dernier jour.

Le premier jour correspond aux internes les plus anciens (TCEM3), et le dernier aux internes les plus jeunes (TCEM1).

4. Le questionnaire (ANNEXE 2)

J'ai élaboré le questionnaire avec le Dr Piet. Ce questionnaire se veut didactique, composé de questions fermées détaillant les principaux aspects des MSF.

Le questionnaire est anonyme. Il tient sur une page recto verso. Après une brève introduction sur mon travail, le questionnaire est divisé en quatre parties :

- la première partie permet d'établir le profil de l'interne en 6 questions : âge, sexe, facultés de DCEM et TCEM, année de TCEM, stages obligatoires validés.
- La seconde partie évalue les connaissances des IMG, à travers 14 questions reprenant les aspects principaux des MSF, certaines simples et certaines à choix multiples. Ces questions précisent aussi l'attitude des IMG face aux MSF.
- La troisième partie évalue l'enseignement reçu. Elle est composée de 7 questions, la première précisant l'origine des connaissances de l'interne, la seconde demandant si sa faculté dispense un cours. Les questions suivantes précisent la forme et le contenu de ce cours, ainsi que la participation éventuelle de l'interne à ce cours.
- La dernière partie a pour but de pouvoir améliorer l'enseignement, à travers 6 questions. Celles-ci mettent en évidence les préférences des IMG en matière d'organisation du cours, ainsi que les aspects sur lesquels il leur semble important d'insister.

Un espace à la fin du questionnaire permet un commentaire libre.

5. Sélection et traitement des données

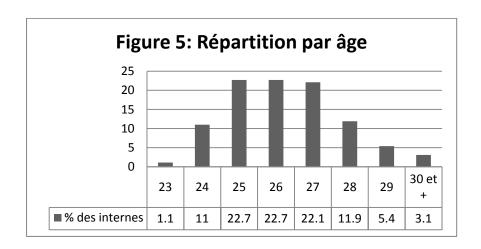
J'ai collecté 407 questionnaires sur les 600 questionnaires distribués, soit un taux de réponde de 2/3. Je n'en ai retenu que 400 sur les 407 afin de faciliter l'étude. Les 7 questionnaires éliminés étaient des questionnaires partiellement remplis.

J'ai entré les données après codage sur EPI Data, les ai analysées à l'aide d'EPI Info, et ai transféré certains résultats sur Excel pour illustrer les résultats avec des graphiques plus explicites. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide d' EPI Info et du site internet BiostatTGV.

III. Résultats

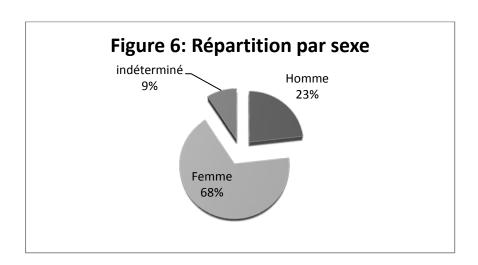
A. Caractéristiques des internes

1. Age



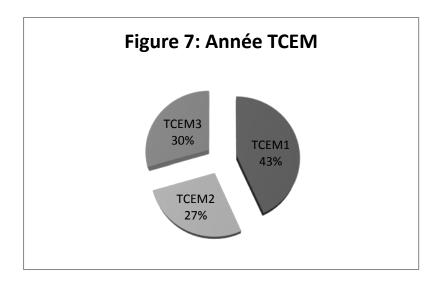
La majorité des internes ont entre 24 et 28 ans.

2. Sexe



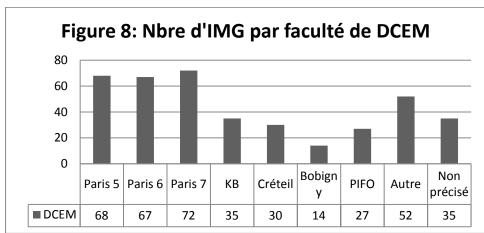
60% des questionnaires ont été remplis par des femmes, 23% par des hommes, et 9% n'ont pas précisé leur sexe. Sur les internes ayant répondu à la question, 74% sont des femmes. Cette proportion correspond au taux de femmes parmi les internes en médecine générale.

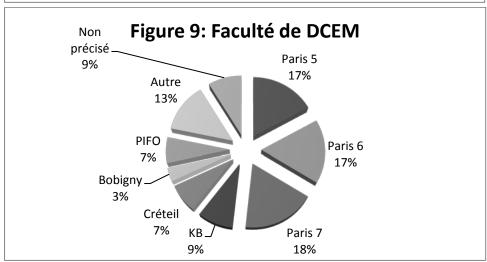
3. Année de TCEM



Des internes des trois années de TCEM ont répondu au questionnaire, avec 43% de TCEM1, 27% de TCEM2 et 30% de TCEM3.

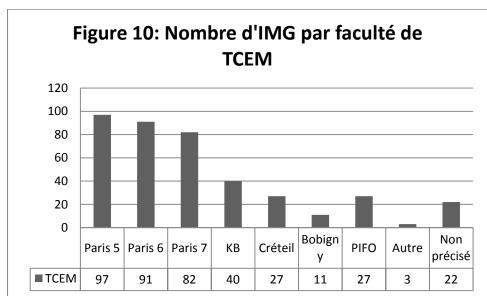
4. Faculté de DCEM

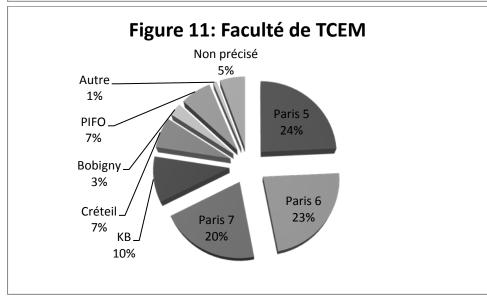




La plupart des IMG ont suivi leur second cycle dans les trois facultés parisiennes Paris 5 (René Descartes), Paris 6 (Pierre et Marie Curie) et Paris 7 (Diderot). L'ensemble des facultés parisiennes est représenté, l'étude incluant des internes originaires des facultés du Kremlin Bicêtre (KB), Paris 11 ; de Créteil, Paris 12 ; de Bobigny, Paris 13 et de Paris Ile de France Ouest (PIFO). 52 internes viennent d'une faculté de province, et 35 internes n'ont pas précisé leur faculté d'origine.

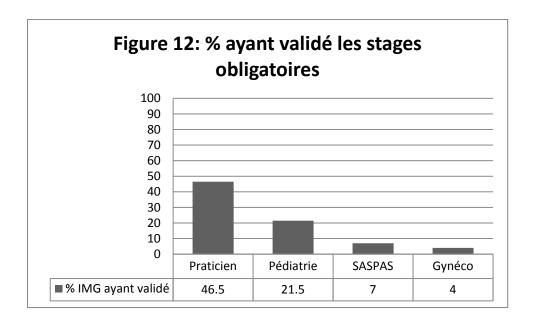
5. Faculté de TCEM





Là encore, les internes viennent essentiellement des trois facultés parisiennes Paris 5, Paris 6 et Paris 7. 22 internes n'ont pas précisé leur faculté d'origine.

6. Stages obligatoires validés



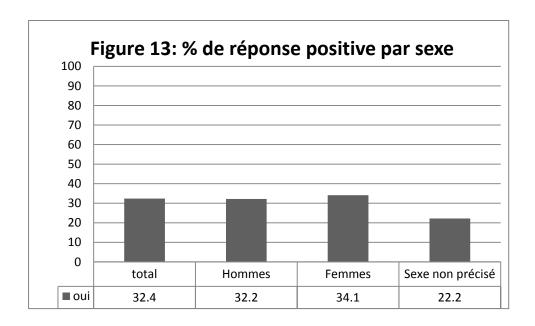
Lors du troisième cycle des études médicales, certains stages sont obligatoires :

- Stage chez le praticien, généralement réalisé en deuxième année. 46% des internes interrogés l'ont réalisé.
- Stage de pédiatrie ou de gynécologie, au choix. 21% des internes ont effectué le stage de pédiatrie, et 7% le stage de gynécologie.
- Le SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé, n'est pas obligatoire. C'est un deuxième stage chez le praticien pendant lequel l'interne a une autonomie croissante, tout en continuant à bénéficier de la supervision d'un maitre de stage médecin généraliste. Il donne aussi la possibilité de découvrir en tiers temps un autre mode d'exercice tel que la PMI ou le Planning familial. 4% des internes l'ont effectué.

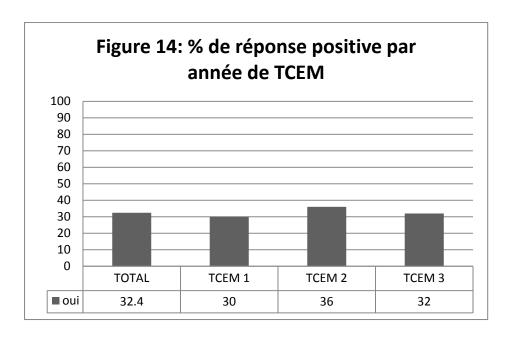
B. Etat des connaissances

1. Connaissances sur l'excision

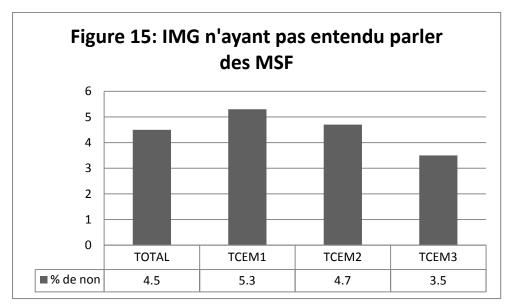
« Savez-vous que le clitoris est formé par deux corps caverneux de 10-12 cm de long ? »



Un tiers des internes connaissent l'anatomie du clitoris. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes (p=0.86).



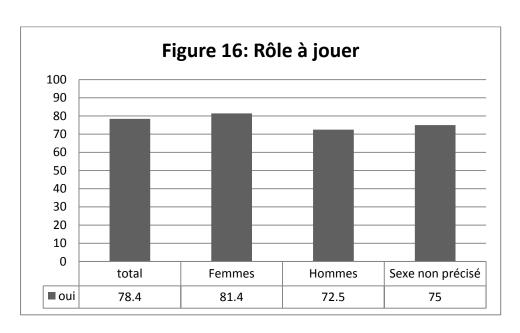
Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction de l'année de l'internat (p=0.54).



P=0.79

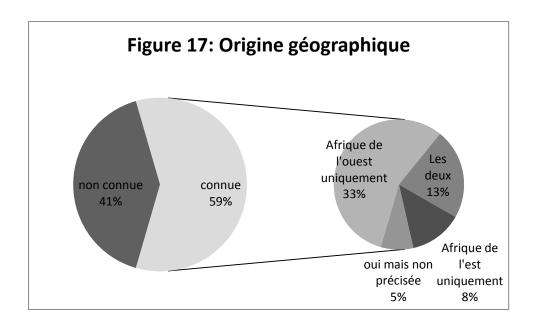
95.5% des internes ont entendu parler des MSF, et 4.5% ne connaissent pas le sujet. Il n'y a pas de différence par sexe (4.4% des hommes et 4.5% des femmes). Si on regarde en fonction des années, 5.3% des TCEM1, 4.7% des TCEM2 et 3.5% des TCEM3 ne connaissent pas le sujet.

« Pensez-vous avoir un rôle à jouer face aux MSF? »



78% des IMG pensent avoir un rôle à jouer face aux MSF, soit 81% des femmes et 72% des hommes. Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement représentative (p=0.17).

« Connaissez-vous l'origine géographique des femmes concernées ? »



59% des IMG disent connaître l'origine géographique des femmes mutilées, et 41% des IMG disent ne pas les connaître.

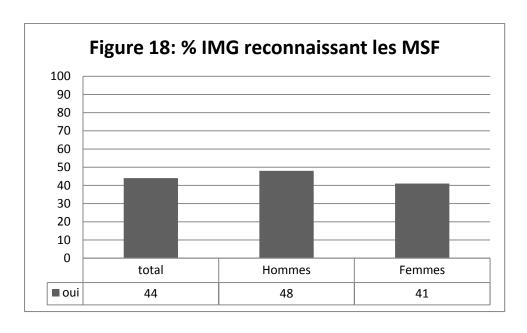
Parmi les personnes disant connaitre l'origine :

- -56% citent l'Afrique de l'Ouest uniquement (soit 33% de l'ensemble des IMG),
- -13% citent l'Afrique de l'Est uniquement (soit 8% de l'ensemble des IMG),
- -23% citent les deux (soit 13% de l'ensemble des IMG),
- -8% ne précisent pas l'origine (soit 5% de l'ensemble des IMG).

« Connaissez-vous les différents types de MSF? »

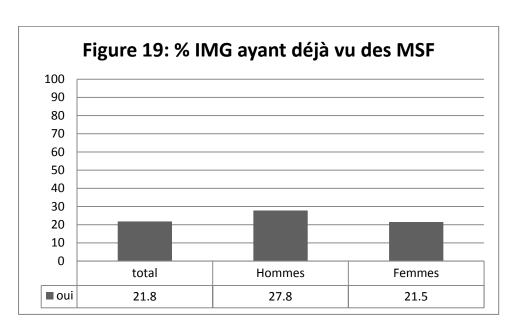
20% des internes disent connaître les différents types de MSF. Il n'y a pas de différence selon le sexe (Femmes 18.5%, Hommes 25.3%, NP 16.7% p=0.33) ni selon l'année de TCEM (TCEM 1 : 17.2%, TCEM 2 : 21.7%, TCEM 3 : 23.5%, p=0.39).

« Pensez-vous savoir reconnaître les MSF à l'examen clinique ? »



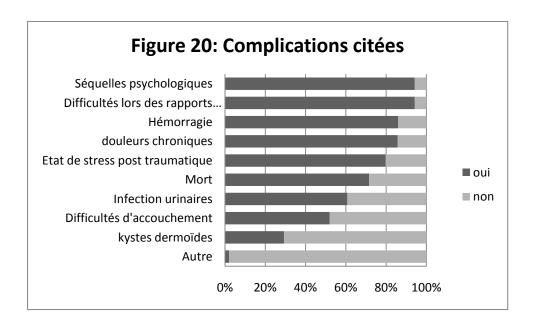
44% des internes pensent savoir reconnaître les MSF à l'examen clinique. Il n'y a pas de différence entre les hommes (48%) et les femmes (41%) (p 0.31).

« En avez-vous déjà vu ? »



21.8% des IMG ont déjà vu des MSF, sans différence par sexe (p=0.28) ni par année de TCEM (p=0.73). Parmi les personnes ayant déjà vu des MSF, 81% pensent pouvoir les reconnaître.

« Connaissez-vous les complications des MSF? »



94% des internes citent les séquelles psychologiques et les difficultés lors des rapports sexuels.

86% des internes citent les hémorragies et les douleurs chroniques.

80% citent l'état de stress post-traumatique

71% citent la mort

61% citent les infections urinaires

52% citent les difficultés d'accouchement

29% citent les kystes dermoïdes

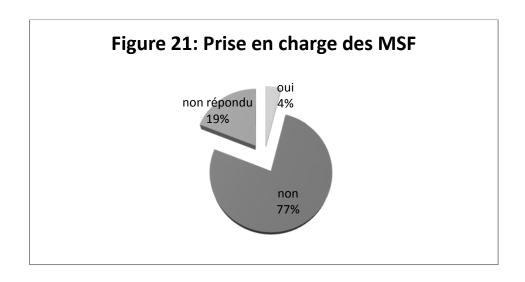
Parmi les autres complications spontanément citées, 3 internes ont cité les infections, et 2 internes ont cité la stérilité.

« Savez-vous prendre en charge les MSF?»

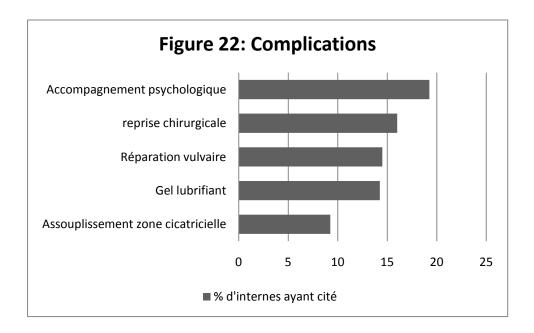
Initialement, la question était posée comme la précédente. Mais à la demande des internes, j'ai rajouté en cours de distribution des questionnaires la possibilité de répondre par « oui » ou « non ».

Les réponses sont donc données de la manière suivante :

- « Non » inclut l'option où aucune proposition n'a été cochée
- « Oui » quand cette case a été cochée
- « Non répondu » si ni la case oui ni la case non n'ont été cochées, ou si le choix n'était pas proposé et qu'au moins une réponse était donnée.

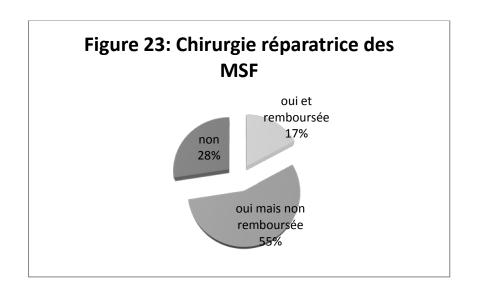


77% des internes disent ne pas savoir prendre en charge les MSF.



Devant une femme mutilée, 19% des internes pensent à l'accompagnement psychologique, 16% à la reprise chirurgicale, 14% au gel lubrifiant et à la réparation vulvaire, 9% à l'assouplissement de la zone cicatricielle.

« Savez-vous qu'il existe une chirurgie réparatrice des MSF ? Et qu'elle est prise en charge par la sécurité sociale ?»



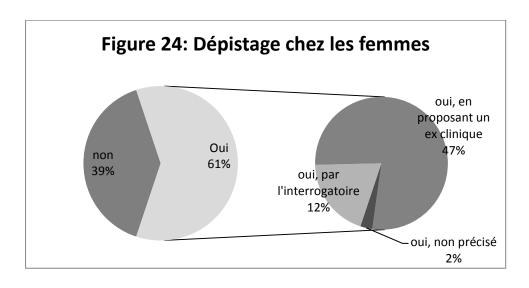
72% des IMG savent qu'il existe une chirurgie des MSF, et 28% ne le savent pas. Parmi les 72% connaissant cette chirurgie, seulement ¼ savent qu'elle est prise en charge par la sécurité sociale, soit 17% de l'ensemble des internes.

« Savez-vous que les MSF sont interdites chez les fillettes nées en France, même si elles ne sont pas françaises et que le geste est effectué à l'étranger (vacances...) ? »

80% des IMG sont au courant de cette interdiction.

2. Attitude face à l'excision

« Vous pensez-vous prêt à dépister ces mutilations en consultation chez les femmes? »

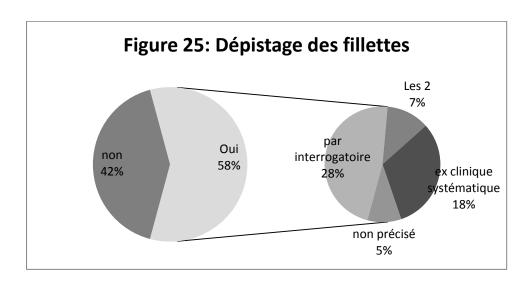


61% sont prêts à le dépister, soit par l'interrogatoire (12%) soit par l'interrogatoire et en proposant un examen clinique (47%). Cela représente 62% des femmes et 53% des

hommes. Parmi les IMG se sentant prêts à dépister par l'examen clinique, seuls 57% se disaient capables de reconnaitre des MSF à l'examen clinique.

39% des internes ne se pensent pas prêts à dépister les MSF chez les femmes.

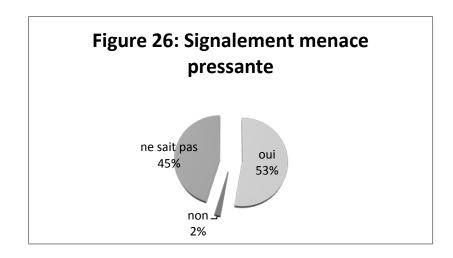
« Vous pensez-vous prêt à rechercher les mutilations ou la menace de mutilation chez les fillettes ? »

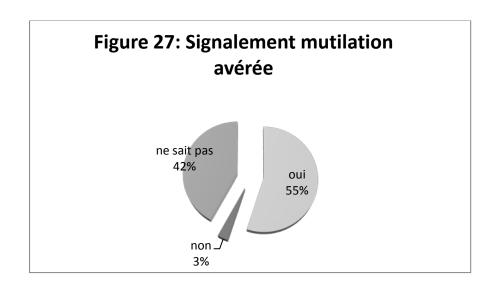


58% des internes se sentent prêts à dépister les MSF chez les fillettes. 35% dépisteraient par l'interrogatoire, et 25% par l'examen clinique systématique. Seuls 7% combineraient les deux.

42% des internes ne sont pas prêts à dépister les MSF chez les fillettes.

« Effectuerez-vous un signalement en cas de menace pressante de mutilation ? Et en cas de mutilation avérée ?»

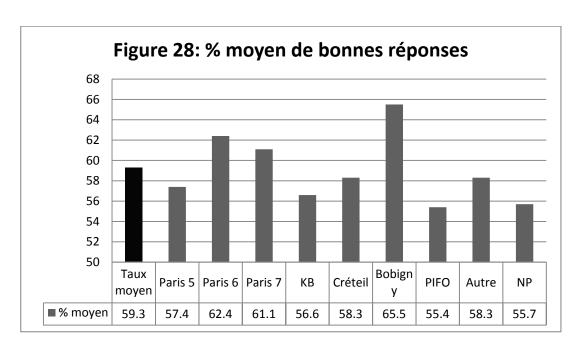




Un peu plus de la moitié des internes se disent prêts à effectuer un signalement en cas de menace de mutilation ou de mutilation avérée. 2 à 3% ne le feraient pas, les autres ne savent pas.

3. Résultats par faculté

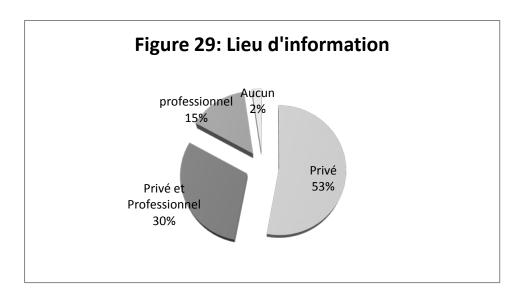
Les tableaux 6 et 7 en annexe (ANNEXE 3) détaillent le nombre de bonnes réponses à chaque question par faculté, ainsi que le % de réponses positives par question au sein de chaque faculté. De ces valeurs, j'ai tiré un % moyen de bonnes réponses total et par faculté, présenté ci-dessous.



C. Evaluation de l'enseignement lors du DES de médecine générale

1. Origine des connaissances

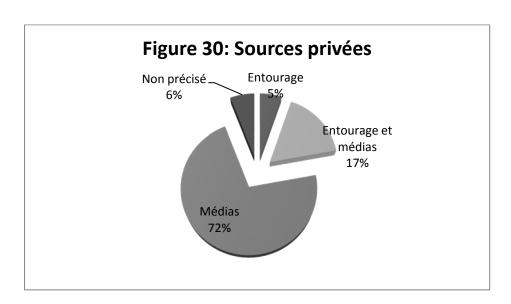
« Si vous avez déjà entendu parler des MSF, cela était-il dans le domaine privé ou professionnel ? »



53% des internes n'ont entendu parler des MSF que dans le domaine privé. 30% en ont entendu parler dans le domaine privé et par l'intermédiaire d'une formation professionnelle (soit en tout 83% en ayant entendu parler dans le privé).

45% ont entendu parler des mutilations lors de leur formation professionnelle, dont 15% uniquement lors de celle-ci.

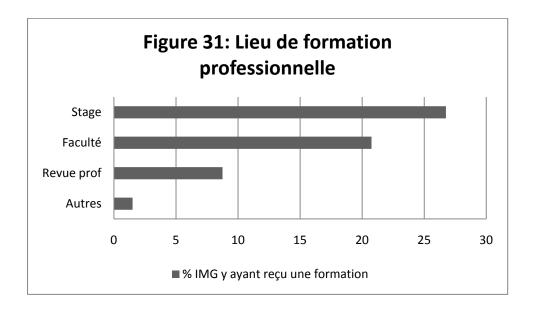
Sources d'information dans le domaine privé



Lorsque l'information a été transmise dans le domaine privé, c'est à 89% via les médias et à 22% via l'entourage (17% ont cité les deux.). 71% de l'ensemble des internes questionnés ont reçu des informations via les médias.

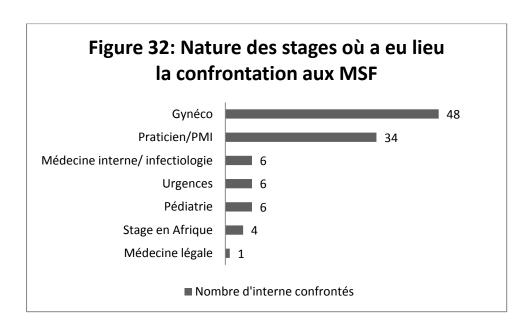
Sources d'information dans le domaine professionnel

45% des internes ont reçu une formation sur les MSF.

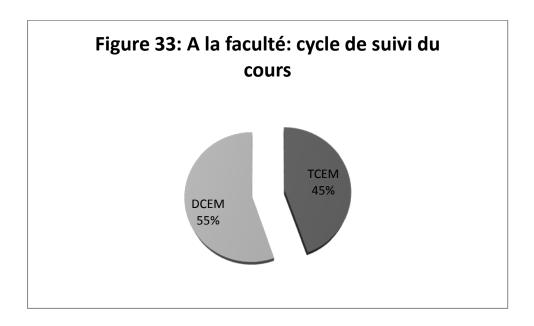


27% de l'ensemble des IMG ont reçu une formation au cours d'un stage, 21% à la faculté et 9% dans une revue professionnelle. Certains ont donné plusieurs réponses.

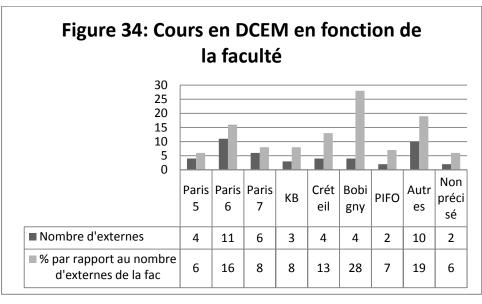
Parmi les autres lieux de formation cités, 3 internes citent la participation à un congrès, 3 internes citent une présentation de thèse, et 1 interne cite l'apprentissage via un autre interne.



- 48 internes, soit 12% de l'ensemble des internes, ont été confrontés aux MSF pendant leur stage de gynécologie.
 - 34 internes soit 8.5% pendant leur stage chez le praticien ou en PMI.
- 6 internes (soit 1.5%) dans chacun des stages suivants : infectiologie, urgences, pédiatrie.
 - 4 internes (1%) lors d'un stage en Afrique.
 - 1 interne lors d'un stage de médecine légale.

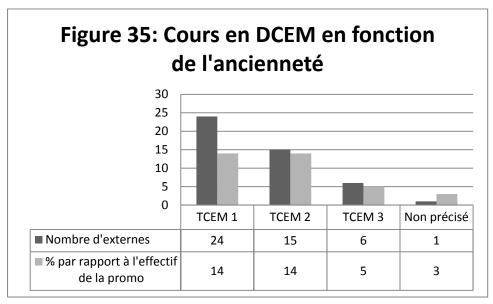


21% des internes ont reçu une formation à la faculté. Celle-ci était dispensée dans 55% des cas en DCEM et dans 45% des cas en TCEM.



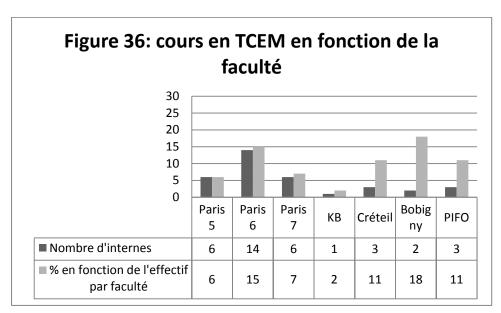
P=0.16

Les externes sont les étudiants de second cycle. Toutes les facultés sont représentées, avec des pourcentages allant de 6% (paris 5) à 28% (Bobigny).



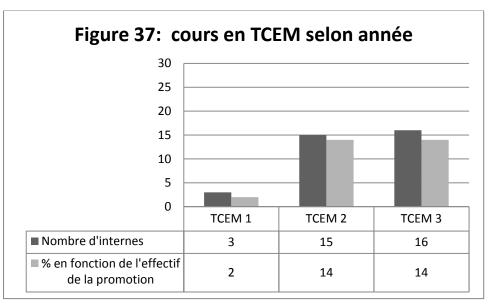
P = 0.04

14 % des internes de première et seconde année se souviennent avoir reçu des cours en second cycle, pour 5% des troisième année.



P=0.14

Des internes de toutes les facultés disent avoir reçu un enseignement à la faculté, avec des pourcentages par promotion de 2% (KB) à 18% (Bobigny).

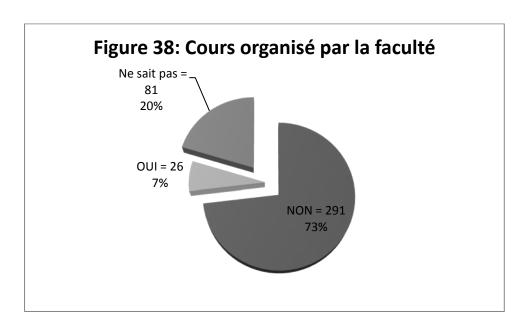


P = 2.19

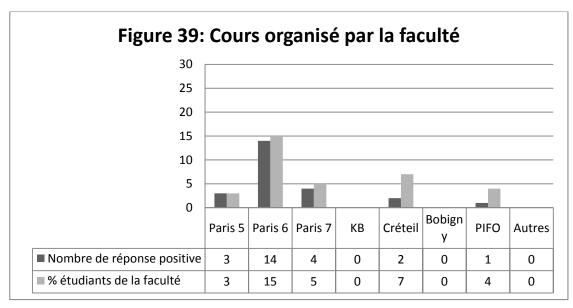
2% des TCEM1 ont reçu un enseignement à la faculté, contre 14% en TCEM 2 et en TCEM3.

4. Organisation d'un cours à la faculté

« Votre faculté organise-t-elle un cours sur les MSF? »



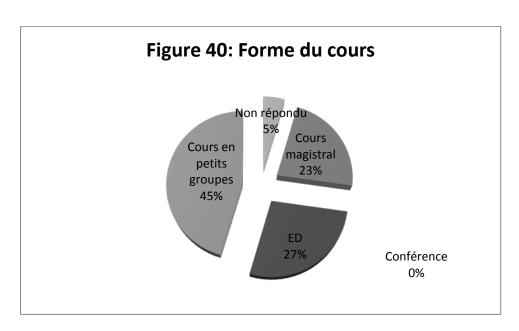
7% des IMG disent qu'un cours est organisé dans leur faculté, et 93% pensent qu'il n'y a pas de cours organisé ou ne savent pas.



P=0.01

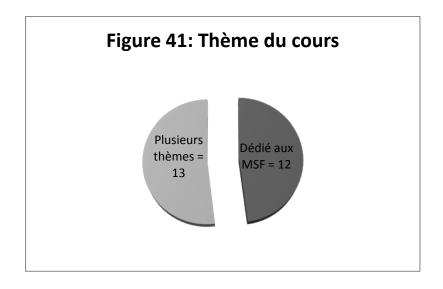
15% des internes de Paris 6 disent qu'un cours est organisé dans leur faculté. Pour les autres facultés, 3% des IMG de Paris 5, 5% de Paris 7, 7% de Créteil, 4% de PIFO. Dans les autres facultés (KB et Bobigny), aucun cours n'est dispensé.

« Sous quelle forme le cours est-il dispensé ? »



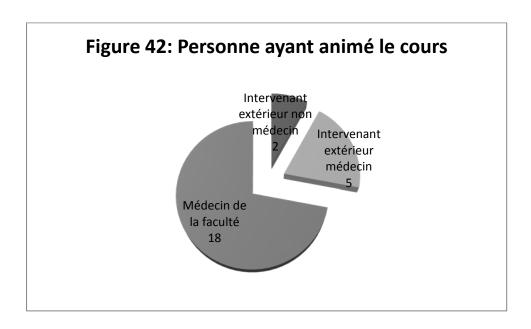
Les cours sont essentiellement dispensés en cours en petit groupe (45%) et Enseignements Dirigés (ED), qui sont aussi en groupes (27%). Dans 23% des cas, ce sont des cours magistraux.

« Ce cours est-il dédié aux MSF ou regroupe-t-il plusieurs thèmes ? »

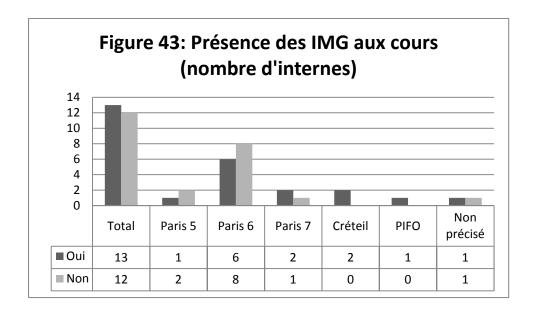


La moitié des cours étaient dédiés aux MSF. Les autres thèmes cités sont Sexualité (1), Santé de la femme (1), Violences faites aux femmes (1), Violences sexuelles (1), Maltraitance (1), Enfants en danger (1), Migrants (1).

« Par qui était-il animé ? »



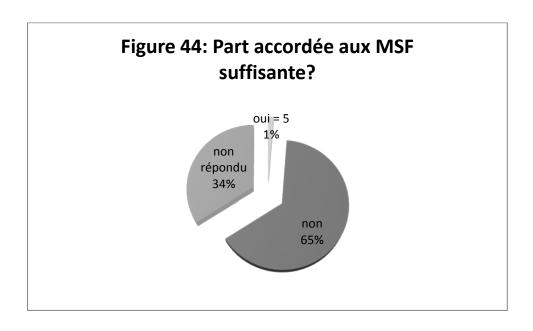
La plupart des cours étaient animé par un médecin de la faculté. Parmi les intervenants extérieurs sont précisés: Interne (1), gynécologue obstétricien (3), médecin légiste (1), sage-femme (1).



La moitié des internes ont participé au cours dispensé par la faculté, soit 13 internes. Cela représente 3.25% de l'ensemble des internes interrogés.

Lorsque les internes n'ont pas participé au cours, les raisons données sont que le cours était prévu pour une autre année que celle de l'interne (8 fois) ou que l'interne n'a pas pu se libérer de son stage (2 fois).

« La part accordées aux MSF est-elle suffisante ? »

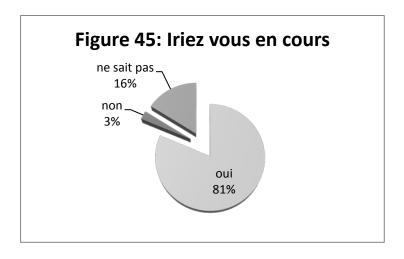


Cette question était initialement destinée aux internes ayant répondu qu'un cours était organisé à la faculté. Toutefois, 2/3 des internes y ont répondu : 65% des internes trouvent que la part est insuffisante. 1% trouvent que la place accordée aux MSF est suffisante, ce qui représente 5 internes, dont un seul ayant assisté aux cours.

D. Comment améliorer l'enseignement?

1. Intérêt pour le cours

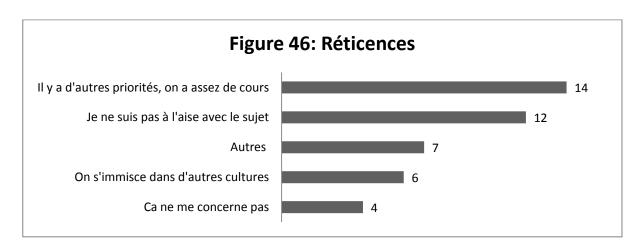
« Si un cours était dispensé, y iriez-vous ? »



81% des internes iraient au cours si celui-ci était dispensé, 16% ne savent pas, et 3% (10 internes) n'y iraient pas.

« Avez-vous des réticences vis-à-vis de cet enseignement ? »

9% des internes ont des réticences par rapport à cet enseignement. Les raisons données se répartissent ainsi :



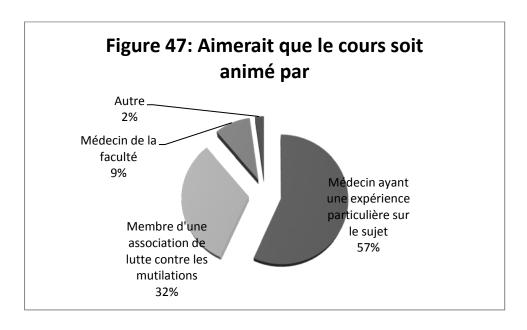
Les autres raisons données sont les suivantes :

- -C'est rare dans les stages
- -Faible pourcentage de patientes, et difficultés de prise en charge
- -sujet difficile

- -objectif SMUR
- -A intégrer dans un cours multi-thèmes

2. Forme du cours

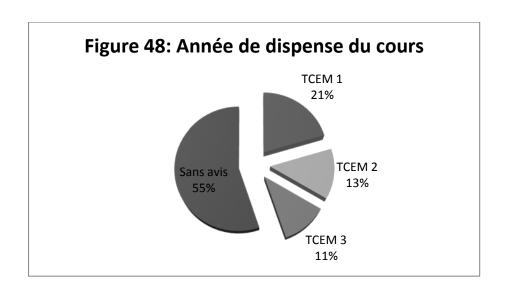
« Par qui aimeriez-vous que le cours soit animé ? »



57% des internes aimeraient que le cours soit animé par un médecin ayant une expérience particulière, et 32% par un membre d'une association spécialisée. 9% aimerait que le cours soit animé expressément par un médecin de la faculté.

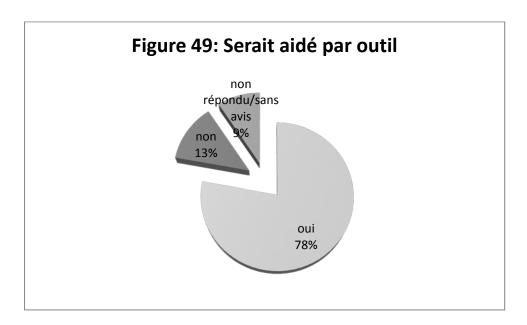
Parmi les autres intervenants cités, on note : spécialiste (1), médecin exerçant dans un pays concerné (1), généraliste (1), victime (7).

« En quelle année doit-il être dispensé ? »



55% des internes n'ont pas d'avis sur la question. Parmi ceux qui ont un avis, plus d'internes préfèreraient que ce soit en TCEM 1 (21%, intervalle de confiance 16.4% à 24.7%) ou en TCEM 2 (13%, interv. conf. 9.9% à 16.9%) qu'en TCEM 3 (11%, interv. conf. 9% à 15.7%).

« Pensez-vous qu'un outil pour vous guider dans la consultation vous aiderait? »



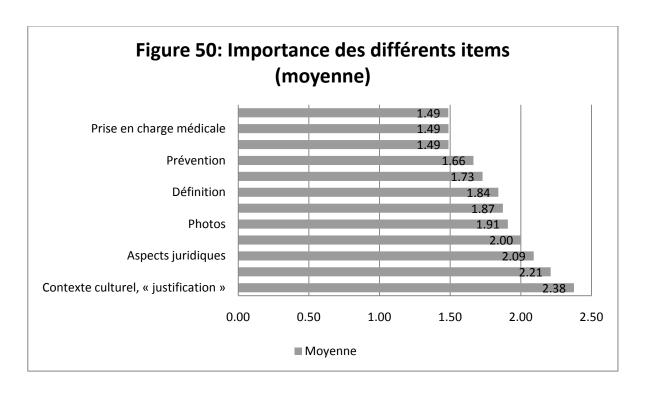
Les ¾ des internes pensent pouvoir être aidés par un outil. 13% n'en voient pas l'utilité. 9% n'ont pas d'avis.

3. Contenu du cours

« Quel est l'importance à donner aux points suivants lors du cours ? »

	Très importantPas important				ortant	Sans avis
	1	2	3	4	5	/non
						répondu
Définition	187	86	63	18	10	36
Conséquences médicales	249	85	25	9	5	27
Photos	162	114	73	11	11	29
Prise en charge médicale	240	104	16	6	7	27
Prise en charge psychologique	249	90	22	4	9	26
Prise en charge chirurgicale	113	121	93	28	14	31
Contexte culturel, « justification »	103	111	86	46	21	33
Prévention	214	87	48	11	7	33
Aspects juridiques	134	109	100	22	8	27
Signalement	193	106	53	11	6	31
Coordonnées d'assoc. de référence	174	106	64	18	9	29
Support pour la consultation	142	114	81	25	4	34

Tableau 4 : importance des différents items (Nombre de réponses par case)



Les items les plus importants sont pour les internes la prise en charge médicale et psychologique, ainsi que les conséquences médicales.

Viennent après les notions de prévention et de signalement.

Les aspects purement théoriques semblent un peu moins importants : définition, photos, coordonnées d'associations de référence, supports pour la consultation, aspects juridiques.

La prise en charge chirurgicale intéresse moins les IMG.

Enfin le contexte culturel est la notion la moins importante aux yeux des IMG.

Remarques

Etant présente lors de la distribution et la collecte des questionnaires, j'ai eu

beaucoup de commentaires à l'oral. Parmi ceux-là, beaucoup de commentaires très positifs, d'internes trouvant le sujet intéressant et voulant en savoir plus. Quelques commentaires

négatifs, surtout concernant la longueur du questionnaire.

Voici les commentaires qui ont été écrits dans la dernière partie de mon

questionnaire, « remarques »:

Femme, TCEM2, Paris 6 : « Il faut insister sur la prévention plus que sur la répression

et la délation car nous n'avons pas le droit de juger les pratiques culturelles des autres. Nous

ne sommes pas mieux... »

Femme, TCEM2, Paris 7: « Thème important (surtout si on exerce dans une zone où

la population est touchée) où les connaissances sont vagues. »

Femme, TCEM1: «TB»

Femme, TCEM3, Paris 5: « Le cours doit être dispensé après le stage chez le

praticien. »

Femme, TCEM3, Créteil: « L'ethnopsychologie n'est absolument pas abordée dans

nos études, il n'est pas étonnant qu'on ne sache pas prendre en charge les patientes de

cultures différentes. »

Femme, TCEM3, Bichat: « Les questions ne sont pas claires parfois (questions 4, 8,

12, 13...). Les réponses sont déjà données, donc on est tenté de dire qu'on connaissant la réponse quand ce n'était pas le cas. Ca donne un biais. Il fallait laisser plus de questions

ouvertes (complications, prise en charge...), même si les questions ouvertes sont plus

compliquées à traiter statistiquement. »

Femme, TCEM3, Bichat: « Très bon sujet trop souvent tabou. Pas de cours dans ma

faculté. Lu dans prescrire. »

Homme, TCEM3, PIFO: « La circoncision dans tout ça? Mutilation sexuelle? Moi je

ne crois pas, parole de circoncis! »

Femme, TCEM3, Paris 5: « Bon sujet, bien trop peu enseigné »

63

Homme, TCEM3, KB: « Trop long questionnaire »

Femme, TCEM1, Paris 5: « Bonne idée »

TCEM1, Paris 5 : « Avoir répondu à ce questionnaire me donne envie d'avoir un cours sur ce sujet. »

Homme, TCEM1 : « Les médecins généralistes ne font pas de TR (toucher rectal) pour le dépistage du cancer de la prostate ; je reste perplexe sur la réalisation d'un tel dépistage et/ou prise en charge en médecine générale. Probablement mieux en gynécologie. »

Femme, TCEM1, Paris 7: « Intéressant, sujet peu abordé en cours. »

Femme, TCEM1, Paris 11: « Très bonne initiative, questionnaire très intéressant. »

Femme, TCEM1, KB: « A ma connaissance, aucun cours théorique n'a été dispensé durant notre cursus. »

Femme, TCEM1, Paris 6 : « Sujet intéressant. Je ne suis vraiment pas callée sur le sujet et ton questionnaire m'a déjà permis de me poser beaucoup de questions. »

Homme, TCEM1, Paris 5 : « Merci de mettre en évidence le manque d'enseignement vis-à-vis de ce problème de santé publique. »

Homme, TCEM1, Paris 5 : « Il est temps de se former mais je n'ai aucune idée des statistiques en France (fréquence ?). »

Femme, TCEM1, Paris 6: « Très bon sujet mais très restreint au niveau de la population. Peu d'éléments et d'informations à disposition. Reste très incisif dans les relations interfamiliales ; risques de violences ? »

Femme, TCEM1, Paris 7 : « Jamais eu de cours sur le sujet. J'ai constaté des cas d'excision en gynécologie lors d'examens cliniques. »

Femme, TCEM1, Paris 5: « Très bon sujet de thèse, très intéressant. »

Femme, TCEM1, Paris 7: Concernant le signalement : « Mais comment signaler ? A qui ? »

Femme, TCEM1, Paris 5 : « Sujet de thèse très intéressant ! »

Femme, TCEM3, Paris 7: « Difficile de lutter contre les mentalités des femmes persuadées que c'est bon pour la femme : 'Je remercie ma mère d'avoir fait ça, comme ça je n'ai pas besoin des hommes, je suis indépendante.' Selon cette Malienne l'excision est un facteur de progrès social : pas de plaisir sexuel, donc elle s'affranchit des hommes. »

Femme, TCEM3, Paris 7: « Très bon sujet de thèse. »

Femme, TCEM3, Paris 7 : « A l'issue de ce questionnaire, je me rends compte qu'il est nécessaire pour moi, future généraliste, de connaître ce thème. C'est dommage que dans notre séminaire de gynécologie à la faculté, ce thème n'ait pas du tout été abordé. »

Femme, TCEM3, Paris 7: « Sujet intéressant très peu évoqué au cours de notre formation. »

TCEM3 : « Sujet non abordé durant le DES de médecine générale »

TCEM3, PIFO: « questionnaire trop long »

Homme, TCEM3, Créteil: « voir le GAMS »

Homme, TCEM3, Paris 7: « Sujet très intéressant. Les MSF ont été un motif pour obtention de séjour en France pour certaines femmes: vu au cours d'une consultation de médecine générale pour certificat. Difficulté d'être formel sur le diagnostic même avec un enseignement théorique (risque médico-légal). Au final, patiente adressée à une consultation de gynécologie spécialisée. »

Homme, TCEM2, Créteil : « Questionnaire très fourni. Question pertinente, qui nous met face à notre ignorance face à ce problème très sérieux. »

Homme, TCEM1, Paris 6 : « Sujet peu abordé si pas de confrontation dans l'exercice personnel. »

Homme, TCEM2, PIFO: « intéressant »

Homme, TCEM2, KB: « Sujet intéressant mais je pense que très peu de médecins sont confrontés à des femmes ayant été mutilées. »

III. Discussion

A. Résultats principaux

1. Les connaissances des IMG sur les MSF

Des IMG qui veulent jouer un rôle face aux MSF

Les ¾ des internes pensent avoir un rôle à jouer face aux MSF, les femmes étant plus impliquées que les hommes. Peu de notions semblent acquises par cette proportion d'internes. Cela signifie que malgré leurs lacunes et leur méconnaissance du sujet, il y a une réelle volonté d'implication.

Des IMG qui ont été confrontés aux MSF

22% des internes ont déjà vu des MSF et 27% y ont été confrontés lors des stages, hospitaliers ou chez le praticien (18% de ceux qui ont effectué ce stage y ont été confronté aux MSF). Ce n'est donc pas quelque chose de si rare en médecine générale. D'autant plus qu'il est très probable qu'ils y aient été confronté sans les reconnaitre. En effet, les MSF ne se remarquent pas toujours lors de l'examen gynécologique si on ne prend pas le temps d'examiner la vulve.

Des connaissances médicales nettement insuffisantes

Plus de la moitié des internes n'ont pas les connaissances médicales de base indispensables à la prise en charge des MSF :

- 1 interne sur 3 connait l'anatomie du clitoris,
- 1 interne sur 9 sait localiser les MSF dans l'ensemble de l'Afrique (AE + AO)
- 1 interne sur 5 connait les différents types de mutilation
- Moins d'1 interne sur 2 sait les reconnaitre
- Les complications sont dans l'ensemble reconnues
- Mais 1 interne sur 4 sait les prendre en charge...
- 1 interne sur 6 sait que la chirurgie est remboursée

L'anatomie est enseignée en médecine lors du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM). La méconnaissance de l'anatomie du clitoris montre une lacune de l'enseignement dans cette matière. Dans mon cas, l'anatomie du clitoris ne m'a pas été enseignée dans le détail. Lors de mes études, le clitoris ne m'a été présenté que sur un schéma présentant une photo des OGE de la femme en position gynécologique. Pendant mes stages de gynécologie, cette notion n'a pas été approfondie. Il en est apparemment de même pour 2/3 des internes.

Plus de la moitié des internes savent citer partiellement l'origine géographique des femmes mutilées. L'Afrique de l'Ouest a été la plus citée, ce qui s'explique par la fréquence des femmes originaires de cette région en France. L'Afrique de l'Est a été citée par 1 interne sur 5. Je pense qu'une partie de ces réponses s'expliquent par le fait que mes questionnaires ont été distribués peu après la sortie du film « Fleur du Désert » traitant de la lutte contre les MSF menée par Waris Dirie, originaire de Somalie.

Peu d'internes ont su détailler les différents types de MSF. C'est une question purement médicale. C'est aussi la seule question qui n'inclut pas la réponse, celle-ci étant trop longue pour être intégrée dans le questionnaire. Cela explique peut-être que c'est une des questions ayant le taux le plus bas de réponse positive. Ce taux augmente suivant que les internes tirent leurs connaissances du domaine privé (17.3%) ou du domaine professionnel (26.4%).

Moins de la moitié des internes pensent être capables de reconnaitre les MSF. Cela m'a beaucoup étonné. En effet, tout médecin devrait être capable de reconnaitre l'intégrité (et donc la modification) des OGE tels qu'ils les ont étudiés au cours de leurs études. J'émets deux hypothèses par rapport à ce résultat :

- soit les internes ne connaissent pas l'anatomie externe de la vulve (au cours de l'examen gynécologique, on n'enseigne pas l'inspection de celle-ci avant la pose du spéculum),
- soit les internes ne savent pas ce que sont les mutilations. Je n'ai pas précisé dans mon questionnaire qu'il s'agissait de l'ablation du clitoris +/- les petites lèvres +/- les grandes lèvres.

Les complications sont dans l'ensemble reconnues, en priorité celles qui tombent sous le bon sens médical : séquelles psychologiques, difficultés lors des rapports sexuels, hémorragies, douleurs chroniques, état de stress post-traumatique. Ce dernier est moins cité que les séquelles psychologiques, comme si celles-ci étaient plus liées aux conséquences de l'excision qu'au geste lui-même.

Les difficultés d'accouchement sont moins citées, seulement par la moitié des internes. Toutefois, ce taux augmente chez les internes ayant déjà vu des mutilations (64%) et chez les internes connaissant les différents types de MSF (75%). Les internes connaissant les conséquences cliniques des MSF citent plus facilement leurs complications.

Les ¾ des internes disent ne pas savoir prendre en charge les MSF. Parmi les éléments de prise en charge proposés vient d'abord la prise en charge psychologique, puis chirurgicale, et en dernier seulement la prise en charge médicale. Alors que les difficultés lors des rapports sexuels étaient citées comme complication dans 94% des cas, seuls 14% des internes proposeraient du gel lubrifiant.

3 internes sur 4 connaissent l'existence de la chirurgie, mais peu en connaissent le remboursement. La médiatisation de cette technique explique probablement sa connaissance.

Une vigilance à intensifier en matière de dépistage

6 internes sur 10 se disent prêts à dépister les MSF chez leurs patientes.

Chez les femmes, le dépistage se ferait essentiellement par l'interrogatoire avec proposition d'examen clinique (47% des internes).

Pour les fillettes, le dépistage se ferait essentiellement par l'interrogatoire. L'examen clinique systématique des OGE des fillettes reste une notion peu envisagée, par seulement 18% des internes. Il n'y a pas de différence selon que les internes pensent savoir reconnaître les MSF ou non.

Je pense que ce taux de réponse bas s'explique par les difficultés de ce type d'examen chez l'ensemble des fillettes, en particulier lorsqu'elles grandissent.

Des dispositions législatives connues mais des réticences

80% des internes connaissent la loi française interdisant la pratique des MSF chez l'ensemble des fillettes résidant sur le territoire français, même si celles-ci sont pratiquées à l'étranger.

La question du signalement reste toutefois quelque chose de plus vague. Un peu plus de la moitié des internes effectueraient un signalement si besoin (53% en cas de menace pressante, 55% en cas de mutilation avérée). Très peu s'y opposent formellement, l'autre moitié déclarant qu'elle « ne sait pas ».

Les aspects juridiques de la médecine sont inégalement enseignés pendant les études de médecine. Les internes sont largement prévenus des conséquences de manquements en ce qui concerne le secret médical ou de tenue du dossier médical. Par contre, ils sont peu informés de l'obligation et des modalités de signalement, et souvent mal à l'aise vis-à-vis de celui-ci.

Pas de différence flagrante entre les facultés

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les réponses données à chaque question par faculté. Toutefois, en calculant le pourcentage moyen de réponses positives, on peut obtenir le classement suivant :

- Bobigny 65.5%
- Paris 6 62.4%

- Paris 7 61.1%
- Créteil 58.3%
- PIFO 58.3%
- Paris 5 57.4%
- KB 56.6%

La faculté qui a le plus grand taux de bonnes réponses est celle de Bobigny. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle est située dans un département peuplé par beaucoup de personnes issues de l'immigration. Les internes sont donc plus confrontés aux MSF, que ce soit dans leur entourage ou à travers les patients rencontrés en stage. De plus, il existe en Seine Saint Denis un centre de réparation chirurgicale, dans lequel les internes peuvent avoir réalisé des stages.

La seconde faculté est celle de paris 6. Il y a depuis peu des cours dispensés lors du DES de médecine générale à Paris 6. Cela explique les bons résultats.

La troisième faculté est Paris 7. Cette faculté est rattachée à l'hôpital Bichat qui pratique la réparation chirurgicale.

Créteil vient en quatrième position, avec la faculté Paris Ile de France Ouest. Le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil CHIC réalise pourtant des opérations de réparation chirurgicale (service du Dr PANIEL). Et le centre hospitalier de Saint Germain en Laye accueille le Dr Foldès, précurseur de la reconstruction. Ces deux facultés auraient donc des médecins spécialistes qui pourraient intervenir lors d'éventuels cours.

Les dernières facultés sont Paris 5 et le Kremlin Bicêtre. Ces deux facultés sont pourtant rattachées à des services intéressés par les MSF :

- L'université paris 5 est rattachée au CHU de Cochin qui est un centre de réparation chirurgicale des MSF
- l'hôpital du Kremlin Bicêtre accueille un service important de maladie tropicale et de conseils aux voyageurs.

2. Enseignement reçu

Des connaissances issues de la vie privée

83% des internes disent tirer leurs connaissances, exclusivement ou entre autres, de la vie privée. Les médias jouent un rôle important, puisqu'ils ont servi de source d'information à 89% de ceux-là. Cela témoigne du rôle prépondérant qu'ont les médias dans la sensibilisation et l'information. Ce sont aussi les sources d'information des populations concernées, d'où l'importance de ce rôle. Les revues professionnelles font l'objet d'une question à part et ne sont donc pas inclues dans celle-ci.

La deuxième source d'information privée est l'entourage dans 22% des cas. Donc un interne sur 5 a un entourage intéressé ou concerné par le sujet. Cela prouve une fois de plus que le sujet est loin d'être méconnu et est source de débats.

Un sujet parfois abordé en stage et à la faculté, avec une progression des cours en DCEM

Un peu moins de la moitié des internes, 45%, ont entendu parler des MSF lors de leurs études.

La plupart de ces internes ont été confrontés aux MSF pendant leurs stages, cela représente 27% des internes.

Cela a eu lieu le plus souvent pendant le stage de gynécologie obligatoire de DCEM, très peu d'internes ayant réalisé celui de TCEM.

Le deuxième lieu de stage source de confrontation est le stage chez le praticien ou la PMI. Cela représente 18% des internes ayant effectué un stage chez le praticien. C'est important à préciser. De nombreux médecins pensent que le sujet n'intéresse pas la médecine générale. Montrer que 1 interne sur 5 y a été confronté lors de son stage de 6 mois en cabinet et éventuellement en PMI me semble essentiel.

Les autres lieux de stage où le sujet des MSF a été abordé sont la pédiatrie, l'infectiologie, les stages en Afrique et la médecine légale. Il est intéressant de les citer pour montrer la diversité des disciplines impliquées.

21% des internes ont reçu une formation dans leur faculté. Cela était un peu plus souvent en second cycle qu'en troisième cycle. Cela peut s'expliquer par le fait que tous les internes n'ont pas fini leur troisième cycle.

Si seulement 1 interne sur 10 a reçu un enseignement à la faculté en second cycle, on note cependant une amélioration : les internes ayant quitté le deuxième cycle depuis 2008 sont plus nombreux à avoir reçu un enseignement que ceux l'ayant quitté auparavant (p=0.04). Ce résultat est très encourageant. La position de l'Académie de Médecine et la circulaire gouvernementale en résultant semblent trouver un écho au sein des facultés.

En troisième cycle, on note une augmentation des cours reçus selon l'année de TCEM, mais celle-ci n'est pas significative. Elle s'explique tout simplement par le fait que les TCEM1 n'ont peut-être pas encore eu le cours prévu...

Encore une fois, il n'y a pas de différence significative entre les facultés.

Très peu de cours en TCEM

Seuls 7% des internes savent qu'un cours est organisé dans leur faculté, soit 26 internes. Plus de la moitié de ceux-ci sont de la faculté Paris 6.

Sur les 37 internes disant avoir eu des cours à la faculté en TCEM, seuls 15 disent qu'un cours est organisé dans leur faculté. Cela s'explique à mon avis par le fait qu'une partie des cours dispensés sont des « groupes d'échange de pratique », où les internes exposent un diaporama sur un cas rencontré en stage. Ce ne sont pas des cours dont le thème est programmé par la faculté.

Les cours sont plutôt organisés pour des petits groupes, ce qui est bien car ça permet le débat. Dans la moitié des cas, ces cours sont dédiés aux MSF. Sinon, les MSF sont intégrées dans une problématique de violences faites aux femmes ou aux enfants.

Les cours sont essentiellement dispensés par des médecins de la faculté, ce qui est effectivement le mode de fonctionnement des facultés et permet de rester centré sur la médecine générale.

3. Demande des IMG en matière d'enseignement

Un enseignement jugé nettement insuffisant

Seuls 5 internes sur 261 (2%) pensent que la part accordée aux MSF est suffisante, dont un seul ayant assisté à un cours. Nous avions vu que les internes pensent avoir un rôle à jouer face aux MSF, mais ont des lacunes importantes. Je vais maintenant présenter leurs demandes en matière d'enseignement.

Des internes prêts à aller en cours avec peu de réticences

4 internes sur 5 iraient au cours si celui-ci était dispensé. Seuls 3% soit 10 internes opposent un non catégorique.

J'ai voulu explorer les réticences éventuelles des internes face à un tel enseignement. Les réponses sont de deux types :

- Cours non prioritaire : il y a déjà assez de cours (14), cela ne concerne pas l'interne ou il n'y a pas assez de patientes (7).
- Malaise vis-à-vis du sujet (12), et sensation de s'immiscer dans d'autres cultures (6), sujet « difficile » (2).

Peu d'internes émettent des réticences par rapport à l'enseignement (9%). Plusieurs réponses étaient possibles.

Dans la moitié des cas, les internes ne se sentent pas assez concernés pour qu'un cours sur les MSF soit intégré parmi leurs cours (5%).

Dans l'autre moitié des cas, cela résulte plutôt d'un malaise (5%). Celui-ci s'explique à mon avis par plusieurs aspects :

- La sensation de toucher à quelque chose de culturel et non de médical. D'où l'importance d'un cours pour rappeler les complications des MSF.
- L'absence de connaissances : il est difficile pour un médecin d'aborder le sujet s'il ne sait pas quels aspects rechercher ni quelle aide proposer.
- Le malaise vis-à-vis du signalement, souvent vécu comme une « dénonciation », une trahison vis-à-vis de ses patients. Mais dans ce cas, fermer les yeux n'est-il pas une trahison vis-à-vis des fillettes ?

Peu de préférences sur la forme

Les cours de DES de médecine générale sont toujours animés par un médecin de la faculté. Toutefois, celui-ci peut être assisté d'une personne ayant des compétences particulières sur le sujet.

89% des internes aimeraient qu'une personne spécialiste participe au cours : dans 57% des cas un médecin spécialiste du sujet, et dans 32% des cas un membre d'une association de lutte contre les mutilations. Je pense qu'effectivement, lorsque les médecins généralistes enseignants n'ont pas d'expérience particulière sur le sujet ou n'ont pas reçu de formation, il est intéressant de faire appel à une personne complémentaire. La plupart des facultés sont rattachées à des services prenant en charge d'une manière ou d'une autre les femmes mutilées. Il serait intéressant qu'elles s'en rapprochent. Si ce n'est pas le cas, les associations de référence peuvent intervenir.

La plupart des internes n'ont pas de préférence sur l'année pendant laquelle le cours doit être dispensé. Quand ils en ont, ils préfèrent que ce soit plutôt au début de l'internat qu'à la fin (TCEM 1 ou TCEM 2). Je pense qu'il est effectivement intéressant d'avoir eu le cours quand on effectue le stage chez le praticien (en TCEM 2 généralement), ou de l'avoir au plus tard à ce moment-là.

78% des internes seraient aidés par un outil pour guider la consultation. Toutefois, si on met en parallèle cette question avec la suivante, ce n'est pas le point essentiel si un cours était dispensé.

Un cours qui devrait être centré sur la prévention, la prise en charge médicale et psychologique

Les items les plus importants sont, pour les internes, les conséquences médicales ainsi que la prise en charge médicale et psychologique. On est au cœur de la médecine générale : les internes veulent avant tout pouvoir proposer quelque chose aux femmes mutilées, dans le domaine médical.

Viennent après les notions de prévention et de signalement, qui sont parmi les rôles essentiels des médecins généralistes, comme nous l'avons vu précédemment.

Les aspects purement théoriques semblent un peu moins importants : définition, photos, coordonnées d'associations de référence, supports pour la consultation, aspects juridiques. Pourtant, ce sont des points essentiels. On a vu que les internes manquent de connaissance dans ces domaines, qui doivent donc être repris lors des cours.

La prise en charge chirurgicale intéresse moins les IMG, ce qui s'explique par le fait qu'ils ne sont pas chirurgiens. Comme pour les autres opérations, il est essentiel d'avoir des notions pour pouvoir expliquer aux patientes le déroulement de l'intervention, mais celles-ci ne doivent pas forcément être approfondies.

Enfin le contexte culturel et la justification sont les notions les moins importantes aux yeux des IMG. Cette réponse m'a surprise, je pensais que c'était quelque chose qui les interrogeait. Je pense qu'ils veulent marquer ainsi qu'ils se positionnent avant tout comme médecins et ne veulent pas rentrer dans un débat culturel.

L'importance de chaque item est à peu près inversement proportionnelle aux taux de bonnes réponses de la première partie : les internes souhaitent que le cours mette l'accent sur les aspects sur lesquels ils ont le plus de lacunes.

B. Forces et faiblesse du travail

1. Intérêt de l'étude

Aucune étude auparavant n'avait interrogé les internes en médecine générale face aux MSF, et une seule avait interrogé les médecins généralistes.

Les questionnaires ont été distribués aux internes en médecine générale d'Ile de France, qui est une région cible de l'immigration en France, avec des répartitions assez variables selon les départements. Le choix d'avoir interrogé les internes à la DRASS et non au sein d'une faculté permet de donner une meilleure représentabilité des internes.

Le taux de réponse est de 2/3, ce qui est très bien. Il est dû à notre présence sur les lieux et au fait que les questionnaires devaient être rendus immédiatement. Lorsque plusieurs questionnaires étaient proposés aux internes, ceux-ci les remplissant de manière égale, sans tenir compte du sujet. Le biais dû au fait que seuls les internes intéressés par le sujet répondent au questionnaire est donc réduit. De même, sur les internes ayant répondu à la question, 74% étaient des femmes. Selon les données de la DRASS pour 2007, 73% des internes étaient des femmes (22). On peut donc supposer que le sexe n'a pas influencé la réponse au questionnaire.

Cette étude a été réalisée 3 ans après la circulaire gouvernementale demandant l'organisation de l'enseignement pendant les études médicales. Cet intervalle de temps est intéressant. D'une part, il est suffisamment important pour donner le temps aux facultés d'organiser cet enseignement et permet d'obtenir des résultats significatifs. D'autre part, il est suffisamment court pour que ces résultats puissent servir à redonner une dynamique aux facultés.

2. Biais et limites de cette étude

Le principal biais de cette étude est l'élaboration de ce questionnaire. J'ai voulu qu'il soit pédagogique, afin qu'à l'issue du questionnaire l'interne ait acquis des connaissances, et ait pris conscience de ses lacunes, afin que ça lui donne envie de chercher plus loin. De ce fait, j'ai détaillé les principaux points sur lesquels je voulais tester les connaissances. Cela a probablement induit un taux de réponses positives plus élevées que ce qu'il aurait dû être. En particulier, on remarque que la seule réponse non détaillée « connaissez-vous les différents type de MSF » est aussi celle qui a le plus petit taux de réponses positives.

J'aurais voulu plus insister sur les résultats par faculté. Mais les effectifs d'internes sont très variables d'une faculté à l'autre. Il est de ce fait très difficile de comparer les différentes facultés.

De même, très peu d'internes ont eu des cours ou savent que des cours sont organisés par faculté. Par exemple, je sais que des cours sont organisés à Paris 6 en TCEM. Pourtant, seuls 14 internes sur 91 ont répondu que c'était le cas. Cela a considérablement limité le nombre des résultats détaillant le type de cours, rendant cette série de questions peu exploitable.

Toutefois, l'objectif de cette étude me semble rempli, et les résultats suffisamment éloquents pour redynamiser l'enseignement des MSF.

C. Comparaison des résultats

Seule l'étude du Dr Miléna WEHENKEL s'est intéressée au dépistage et à la prévention des MSF et de leurs complications en médecine générale (21). Elle étudiait les connaissances et l'attitude des médecins généralistes de certains arrondissements parisiens. Bien que les populations ne soient pas les mêmes, certains points communs peuvent être comparés :

	Etude	Etude 2007		étude	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Pensent avoir un rôle à jouer	82%	70%	81%	72%	
Connaissent l'origine géographique	89	9%	59%		
Connaissent les différents types de MSF	51	L%	20%		
Savent reconnaitre cliniquement les MSF	61%	50%	41%	48%	
Savent que chirurgie réparatrice existe	72	2%	72%		
Savent qu'elle est remboursée	35		17	7 %	
Cherchent MSF chez femmes	44%	25%	62%	53%	
Examinent systématiquement OGE des enfants	29	9%	18%		
Signalent si menace pressante	58%		53%		
Signalent si mutilation	49%		55	5%	

Tableau 5 : Comparaison d'études

La motivation des internes est la même que celle des médecins généralistes exerçant en cabinet. Toutefois, les connaissances des internes semblent être plus faibles, en particulier sur l'origine géographique des femmes mutilées, les différents types de MSF et la reconnaissance clinique des MSF.

De même, si autant de praticiens connaissent l'existence de la chirurgie réparatrice dans chaque groupe, les médecins généralistes sont plus nombreux à en connaitre le remboursement.

Ces différences peuvent s'expliquer à mon avis de deux manières :

- D'une part les médecins qui exercent ont plus été confrontés aux MSF et ont donc acquis plus de connaissances,
- D'autre part le biais de l'étude précédente, qui interrogeait des médecins généralistes exerçant dans des arrondissements cibles de l'immigration, et avait un taux de réponse de 1/3. Cela peut laisser penser que ce sont les personnes les plus intéressées qui ont participé.

Pour ce qui est de l'attitude des médecins, les internes sont plus enclins à rechercher les MSF que les médecins exerçant. Toutefois, ils examinent moins les OGE des enfants. En cas de menace pressante de MSF, ils signalent moins, mais en cas de mutilations signalent plus.

Je crois qu'il faut garder à l'esprit que la réponse des médecins est basée sur leur expérience, alors que celle des internes sur une intention d'exercer. Toutefois, il faut s'appuyer sur ce dynamisme, sur cette volonté d'agir, et leur donner les outils qui leur permettront de s'impliquer.

D. Propositions

2. Développer l'enseignement

On constate dans les trois dernières années une amélioration de l'enseignement dispensé en DCEM. Toutefois, cet enseignement reste très peu développé, que ce soit en DCEM ou en TCEM.

Il est temps que les facultés s'impliquent, à l'instar de l'Académie de Médecine et du gouvernement, dans la lutte contre les MSF. Des cours doivent être organisés pour que les étudiants en médecine, les futurs médecins généralistes, puissent prendre en charge leurs patientes.

Cela commence dès la première année de médecine : lors des cours d'anatomie, l'anatomie du clitoris doit être enseignée au même titre que celle de la verge. En DCEM et TCEM, un cours spécifique aux MSF doit être organisé, reprenant aussi la problématique du signalement qui pose problème à de nombreux internes.

3. Proposition de schéma de consultation

Le sujet des mutilations sexuelles féminines peut sembler difficile à aborder lors d'une consultation de médecine générale, par méconnaissance et par « gêne ». Introduire le sujet progressivement peut aider le médecin comme la femme à aborder la question dans une consultation dont ce n'était pas le motif.

Je vous propose donc un schéma de consultation qui, à l'aide des connaissances acquises en cours, doit aider à mener l'entretien (Figure 49). Celui-ci n'a pas forcément lieu en une fois, on peut demander à la patiente de revenir (en particulier pour l'examen si elle est accompagnée d'enfants).

Ce schéma doit être assez systématique pour n'oublier ni les mères ni les filles. Les filles à partir d'un certain âge doivent de leur côté comprendre qu'elles peuvent trouver une protection auprès du médecin.

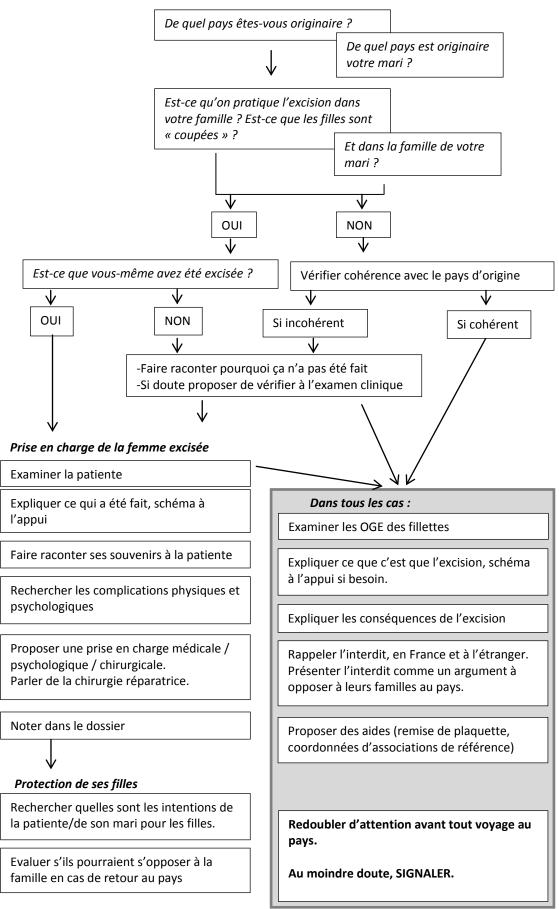


Figure 49 : schéma de consultation

Conclusion

En France, 42 000 à 61 000 femmes et fillettes ont subi des mutilations sexuelles féminines ou risque d'en subir. Ces mutilations ont des conséquences médicales, psychologiques et obstétricales graves. Il est donc du devoir des médecins de prendre en charge ces femmes qui souffrent, mais aussi de protéger les fillettes qui risquent d'être elles-aussi mutilées.

Cependant, malgré l'engagement de l'Académie de Médecine et des instances gouvernementales, il y a peu d'évolution de l'enseignement dispensé aux étudiants en médecine sur le sujet. Celui-ci reste très faible, comme en témoignent les lacunes de ces derniers sur le sujet et leurs hésitations sur l'attitude à avoir en consultation.

Toutefois, les internes en médecine générale pensent avoir un rôle à jouer. Ils veulent que des cours leur soient dispensés, et qu'ils soient centrés sur la prise en charge médicale, psychologique, et la prévention. L'acquisition de ces connaissances est indispensable pour que l'abord des MSF se fasse vraiment sur le plan médical, et l'inclusion systématique de cours sur le sujet dans le cursus est indispensable pour que les médecins se sentent légitimes dans leur démarche. En effet, si le médecin se sent dans son rôle de soignant, il aura moins de réticence à rechercher les MSF chez ses patientes.

J'espère que ce travail aura les répercussions attendues en matière d'enseignement. Que cette thèse provoquera une prise de conscience des facultés de l'importance d'organiser un enseignement sur les mutilations sexuelles féminines. Et que son contenu, orienté en fonction des demandes des internes, sera un support sur lequel les enseignants pourront s'appuyer pour préparer leurs cours.

Bibliographie

- (1) KAMINA P., Anatomie, petit bassin et périnée, Tome 2:71-121. éd Maloine (Paris), 1995.
- (2) KAMINA P., Anatomie opératoire : gynécologie et obstétrique, éd. Maloine (Paris), 2000.
- (3) BUISSON O., Qui a peur du point G?, Ed Jean-Claude Gawsewitch, 2011,
- (4) FOLDES P., BUISSON O., The Clitoral Complex: A Dynamic Sonographic Study, J Sex Med 2009;6:1223–1231,
- (5) Académie Nationale de médecine, Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité. Connaitre, prévenir, agir. Supplément au *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2004, n.6, séance du 10juin 2004
- (6) COUCHARD F., L'excision, collection que sais-je? PUF 2003
- (7) QUIQUEMPOIS J., L'Excision peut-elle être réparée ?, éd. Publibook, 2009
- (8) BELLAS CABANE C., LA COUPURE, L'excision ou les identités douloureuses, éd La dispute, 2008
- (9) HENRY N., WEIL-CURIEL L., Exciseuse, City éditions, 2007
- (10) ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population et Sociétés, Octobre 2007, N°438,
- (11) LANGE B., VOINCON D., Cicatrice, Un village et l'excision, Lausane, éd. Favre, 2004
- (12) MANRESA K., The Day Kadi lost part of her life, éd Pinifex press, 1998
- (13) Khady, Mutilée, Oh! Editions, 2005
- (14) BAH D. On m'a volé mon enfance, éd Anne Carrière, 2006
- (15) Gynécologie sans Frontière, Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, Ministère de la santé et des sports, 2010. Disponible sur le site :

http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf

(16) ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E., CIRBEAU C., Volet quantitatif, Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice, INED, mars 2009. Disponible sur le site:

http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf

- (17) HOROKS M., Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale 93p., Thèse Doctorat en médecine, Paris 6, 2008, N. 2008PA06G035
- (18) OMS, Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains, 2006
- (19) PROLONGEAU H., Victoire sur l'excision, éd Albin Michel, 2006
- (20) ARRAS M-N., Entière ou la réparation de l'excision, éd Chèvre feuille étoilée, 2008
- (21) WEHENKEL M., Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale-116p., Thèse Doctorat en médecine, Paris 6, 2007, N. 2007PA06G057
- (22) DRASS, Les affectations en lle de France après l'examen national classant de 2007, STAT'IF, n.24, Décembre 2007

Annexes

Sommaire des annexes

- 1. Circulaire DGS/SD 2 C no 2007-98 du 8 mars 2007
- 2. Questionnaire
- 3. Résultats par faculté
- 4. Plaquette « Agir face aux mutilations sexuelles »
- 5. Coordonnées des associations de référence
- 6. Liste des centres pratiquant la reconstruction vulvaire
- 7. Serment d'Hippocrate

ANNEXE 1: circulaire gouvernementale

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Direction générale de l'enseignement supérieur

Service des formations et de l'emploi Sous-direction des formations post licence Bureau des formations de santé MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS Sous-direction de la qualité du système de santé Bureau des formations des professions de santé Sous-direction santé et société Bureau santé des populations, précarité et exclusion

Circulaire interministérielle DGS/SD 2 C n° 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

NOR: *SANP0730157C*

Date d'application: immédiate.

Références:

Décret nº 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ;

Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisés de médecine ;

Arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes : néant.

Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche à Mesdames et Messieurs les présidents d'université (s/c des recteurs d'académie, chanceliers des universités [pour exécution]); Mesdames et Messieurs les doyens ; (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales, directions de la santé et du développement social [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des affaires sanitaires et Sociales (pour information).

Le Gouvernement français s'est engagé dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines (MSF) dans le but de mettre fin à ces pratiques qui portent gravement atteinte à l'intégrité des femmes et d'améliorer leur prise en charge.

La formation des professionnels de santé et notamment des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture constitue un élément essentiel de la prévention de nouvelles mutilations sexuelles et de la qualité de l'accompagnement des femmes mutilées.

Ce phénomène d'ampleur touche dans le monde environ 130 millions de femmes et les conséquences de telles pratiques sur la santé des femmes et celle des enfants nés de femmes mutilées sont gravissimes et varient selon le type d'acte pratiqué. Elles sont d'ordre physique (douleurs, hémorragies, ulcérations, lésions des tissus adjacents ...), obstétrical (complications à l'accouchement, déchirure périnéale, ...) et psychologique (traumatisme, dépression...).

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines comme « toutes interventions faites sur les organes génitaux externes des femmes sans motif médical » et distingue quatre types de mutilations :

- type 1 : excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris ;
- type 2 : excision du clitoris et ablation totale ou partielle des petites lèvres ;
- type 3 : excision totale ou partielle des organes génitaux externes avec suture des deux moignons des grandes lèvres entraînant un rétrécissement de l'orifice vaginal ;
- type 4 : toute autre intervention sur les organes génitaux externes comme les piqûres, les étirements et les perforations.

Tous les Etats d'Europe occidentale sont concernés par ce phénomène du fait de l'accueil de populations africaines, mais on retrouve également ces pratiques aux Etats-Unis, au Canada et en Australie. En France, l'émergence de la question des mutilations sexuelles remonte à la fin des années 70, moment où les premières femmes d'étrangers travaillant en France sont arrivées dans le cadre du regroupement familial. Par ailleurs, si la France n'a jamais disposé de loi spécifique sur ce sujet, elle a été pendant un certain temps, le seul pays au monde à poursuivre les femmes concernées en justice. La loi française, qui empêche toute mutilation sur quiconque, a toujours été appliquée.

Tous les médecins doivent être formés à reconnaître ces actes assimilables à des actes de tortures et tout particulièrement ceux qui interviennent dans le champ de la médecine générale, de la gynécologie obstétrique ou médicale, de la pédiatrie et/ou de la santé publique. C'est pourquoi, nous souhaitons que cette problématique relative aux mutilations sexuelles féminines soit une thématique intégrée systématiquement dans la formation des médecins.

1. Formation des médecins

La prévention, le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines recoupent différents aspects de la formation des médecins tels que :

- la prévention de la survenue de nouvelles mutilations sexuelles et le dépistage de cellesci ;
- les conséquences médicales des différents types de mutilations sexuelles, notamment les conséquences obstétricales ;
 - la prise en charge pluridisciplinaire des femmes ayant subi une mutilation sexuelle ;
 - les modalités de recours à la chirurgie réparatrice ;
 - le cadre juridique et déontologique des MSF.

Cette problématique figure à plusieurs titres dans l'enseignement du 2^e cycle des études médicales :

- du module 1 : « Apprentissage de l'exercice médical », notamment dans le contexte d'apprentissage de la relation médecin-patient et d'apprentissage du contexte médico-légal ;
- du module 2 : « De la conception à la naissance » pour la prise en charge sur le plan gynécologique, le suivi d'une grossesse et de ses complications ainsi que les risques liés à l'accouchement ;
- du module 3 : « Maturation et vulnérabilité » et notamment l'item n° 37 figurant au programme des études médicales, et intitulé « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile » afin de permettre :
 - de repérer un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant ou

l'adolescent;

- de connaître la démarche médicale et administrative pour faire face à cette situation ;
- du module 7 : « Santé et environnement maladies transmissibles », notamment l'étudiant doit intégrer cette problématique sous l'angle de la santé publique afin de constater les priorités sanitaires et les différentes mesures à mettre en oeuvre pour lutter contre ce problème.

De même, il convient d'introduire cette problématique au sein des enseignements du 3^e cycle des études médicales suivis par les internes et tout particulièrement dans les spécialités mentionnées ci-dessus, à savoir la médecine générale, la gynécologie obstétrique ou médicale, la pédiatrie et la santé publique.

2. Associations et contacts

Afin de faciliter l'organisation des interventions sur le thème des mutilations sexuelles féminines, vous trouverez ci-après une liste non exhaustive d'associations et de contacts auxquels vous pouvez vous adresser :

- association Gynécologie sans frontières (AGSF) : présidée par le professeur Henri-Jean Philippe, www.gynsf.org ;
- Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS) : 66, rue des Grands-Champs 75020 Paris,tél : 01-43-48-10-87, fax : 01-43-48-00-73, courriel : association.gams@wanadoo.fr, site internet : http://perso.orange.fr/..associationgams/. Permanences GAMS : Seine-Maritime : 06-30-36-42-42 ; Yvelines : 06-70-83-31-73 ; Marne : 06-88-44-41-28 ; PACA : 06-73-43-96-33.
- Mouvement français pour le planning familial (MFPF), 4, square Saint-Irénée, 75011 Paris, tél : 01-48-07-29-10, site internet : www.mfpf@planning-familial.org;
- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) : 6, place Saint-Germain, 75006 Paris, site inernet :www.cams-fgm.org.

Nous vous serions obligés de bien vouloir nous communiquer les difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Gilles de Robien

ANNEXE 2 : questionnaire

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je fais une étude sur les connaissances et l'enseignement reçu par les internes de médecine générale sur les <u>Mutilations Sexuelles Féminines (MSF</u>), aussi appelées « excision » et « infibulation ». Le but de cette étude est d'améliorer cet enseignement, pour que les médecins généralistes puissent mieux intervenir dans leur dépistage et l'accompagnement de ces femmes et fillettes.

Anne DOUCOURE
Faculté de DCEM :, de TCEM :,
Année de TCEM : TCEM 1 TCEM 2 TCEM3 Age :ans. Sexe : F M
Stages validés : praticien , SASPAS , gynécologie , pédiatrie
PREMIERE PARTIE : ETAT DES CONNAISSANCES
1. Savez-vous que le clitoris est formé par deux corps caverneux de 10-12 cm de long ? oui non
2. Avez-vous déjà entendu parler des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) ? oui non .
3. Pensez-vous avoir un rôle à jouer face aux MSF? oui non non non non non non non
Afrique de l'Ouest (Mali 92% des femmes, Sénégal 30%, Mauritanie 70%)
Afrique de l'Est (Egypte 97%, Somalie 97%, Djibouti 94%)
5. Connaissez-vous les différents types de MSF ? oui non
6. Pensez-vous savoir reconnaitre les MSF à l'examen clinique ? oui non. En avez-vous déjà vu ? oui non
7. Connaissez-vous les complications des MSF ? (plusieurs réponses possibles)
☐ Mort ☐ Difficultés lors des rapports sexuels (douleur,
Hémorragie sécheresse, absence de sensations)
☐ Infections urinaires ☐ Difficultés d'accouchement
☐ Douleurs chroniques ☐ Séquelles psychologiques
☐ Kystes dermoïdes ☐ Etat de stress post-traumatique ☐ Autres
8. Savez-vous prendre en charge les MSF
Accompagnement psychologique
Gel lubrifiant pour faciliter les rapports
Assouplissement/rééducation de la zone cicatricielle
Reprise chirurgicale de la cicatrice et des éventuels kystes
Réparation vulvaire
9. Savez-vous qu'il existe une chirurgie réparatrice des MSF ? oui non non
 10. Et qu'elle est prise en charge par la sécurité sociale ? oui non non non non non non non non non no
geste est effectué à l'étranger (vacances) ? oui non
12. Vous pensez-vous prêt à dépister ces mutilations en consultation chez les femmes? oui non non
Si oui : par l'interrogatoire seulement, ou par l'interrogatoire et en proposant un examen clinique
13. Vous pensez-vous prêt à rechercher les mutilations ou la menace de mutilation chez les fillettes ? oui non
Si oui : par l'interrogatoire par l'examen clinique systématique de la vulve des fillettes
14. Effectuerez-vous un signalement en cas de menace pressante de mutilation ? oui non je ne sais pas.
Et en cas de mutilation avérée ? oui non je ne sais pas
SECONDE PARTIE : EVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT LORS DU DES DE MEDECINE GENERALE
15. Si vous avez déjà entendu parler des mutilations, cela était-il :
Dans le domaine privé
☐ Dans votre entourage : vous/votre famille/ des amies ☐ Médias
Sur le plan professionnel
A la faculté : pendant le deuxième cycle, pendant le troisième cycle.
☐ En stage : ☐ chez le praticien, ☐ à l'hôpital : spécialité du stage :
Dans une revue professionnelle
☐ Autre :
<u>16.</u> Votre faculté organise-t-elle un cours sur les MSF ? oui ☐ non ☐ je ne sais pas ☐. Si un cours est organisé
17. Sous quelle forme ? Cours magistral, Cours en petit groupe, ED, Conférence.
18. Ce cours est-il dédié aux MSF ou regroupe-t-il plusieurs thèmes ? Dédié aux MSF Autres thèmes

	orévu pour i e n'ai pas pi e sujet ne n		 nnée que la de mon sta prioritaire/	mienne : T1 ge essentiel		atientes ? oui
TROISIEME PARTIE : COMMENT AMELIORER L'ENSE	IGNEMENT					
22. Si un cours était dispensé, y iriez-vous ? oui	non[<u> </u>	Je ne sais	pas		
23. Avez-vous des réticences vis-à-vis de cet enseign	_					
☐ II y a d'autres priorités, on a déjà assez d	de cours					
On s'immisce dans d'autres cultures						
☐ Je n'y serai pas confronté dans mon exe	ercice/ ça ne	concerne p	as la médeo	ine général	e	
Je ne suis pas à l'aise avec le sujet						
Autres :						
24. Par qui aimeriez vous que le cours soit animé ? (plusieurs ré	ponses poss	ibles)			
Médecin de la faculté	٠ دا س دسلا	.:				
☐ Médecin ayant une expérience particuli ☐ Membre d'une association de lutte con		-				
Autre:						
25. En quelle année doit-il être dispensé : TCEM 1			R □ Sans a	 vis		
26. Pensez vous qu'un outil pour vous guider dans la					on \square	
27. Quel est l'importance à donner aux points suivar						
		rtant	Pa	s important		Sans avis
	1	2	3	4	5	
Définition						
Conséquences médicales						
Photos						
Prise en charge médicale						
Prise en charge psychologique						
Prise en charge chirurgicale						
Contexte culturel, « justification »						
Prévention						
Aspects juridiques						
Signalement						
Coordonnées d'associations de référence						
Support pour la consultation						

Avez-vous des remarques par rapport à ce sujet ou à ce questionnaire ?

Je vous remercie, Anne DOUCOURE

ANNEXE 3 : résultats par faculté

Questions	Paris 5	Paris 6	Paris 7	КВ	Créteil	Bobigny	PIFO	Autre	NP	TOTAL
Effectif (nbre)	97	91	82	40	27	11	27	3	22	400
Anatomie clitoris	34	28	26	18	5	4	8	0	6	129
Entendu parler MSF	91	90	78	37	27	10	26	3	20	382
Rôle à jouer	76	80	67	27	22	9	18	2	12	313
Origine géographique	47	60	52	24	17	9	11	3	13	236
Afrique de l'ouest AO	29	26	29	14	11	5	6	3	10	133
Afrique de l'est AE	3	10	6	5	3	1	3	0	0	31
AO et AE	11	17	13	3	3	3	2	0	1	53
Types de MSF	19	17	17	3	9	4	5	0	6	80
Reconnaitre les MSF	42	41	39	16	9	7	8	1	12	175
Déjà vu les MSF	20	19	26	4	6	4	5	0	2	86
Complications : - mort	73	69	62	26	17	6	16	2	15	286
-Hémorragie	82	80	76	34	20	10	21	3	18	344
-Infection urinaire	58	61	48	28	20	5	9	2	12	243
-Douleurs chroniques	84	83	66	34	21	9	26	2	18	343
-Kystes dermoïdes	27	32	23	9	9	2	8	0	7	117
-Difficultés rapports sexuels	93	90	78	37	23	11	23	2	20	377
-Difficultés accouchement	47	49	45	18	18	7	14	1	9	208
-Séquelles psychologiques	93	87	78	38	23	10	25	3	20	377
-Stress post-traumatique	69	77	68	36	20	10	20	2	17	319
-Autre	1	1	3	2	0	1	0	0	0	8
Prendre en charge les MSF	23	21	22	6	8	3	6	0	3	92
Accompagnement psy	20	19	19	6	4	3	4	0	2	77
-Gel lubrifiant	11	18	18	5	2	1	1	0	1	57
-Assouplissement zone cicatricielle	11	10	9	3	1	0	2	0	1	37
-Reprise chirurgicale	16	17	18	4	3	1	4	0	1	64
-Réparation vulvaire	13	16	14	4	4	3	3	0	1	58
Existance reconstruction	69	67	63	26	20	10	19	2	14	290
recontruction prise en charge	18	10	18	2	5	4	5	1	5	68
MSF interdites chez fillettes	76	77	64	33	20	11	20	3	16	320
Dépister MSF chez femmes	52	63	52	25	11	6	19	2	11	241
-par l'interrogatoire	12	8	13	4	3	1	5	0	1	47
_par l'interrogatoire et l'examen clinique	39	54	37	19	7	5	14	2	10	187
Prêt à dépister MSF chez les fillettes	44	65	50	20	16	7	17	3	11	233
-par l'interrogatoire	27	35	40	11	9	5	8	0	3	138
-par l'examen clinique systématique	16	34	17	9	6	2	9	2	6	101
Signalement si menace mutilation	47	47	44	19	15	7	15	3	14	211
Signalement si mutilation avérée	52	49	41	23	17	8	15	2	13	220

Tableau 6 : nombre de bonnes réponses

Questions	Paris 5	Paris 6	Paris 7	КВ	Créteil	Bobigny	PIFO	Autre	NP	TOTAL
Effectif (nbre)	97	91	82	40	27	11	27	3	22	100
Anatomie clitoris°	35,1	30,8	31,7	45,0	18,5	36,4	29,6	0,0	27,3	32,3
Entendu parler MSF°	93,8	98,9	95,1	92,5	100,0	90,9	96,3	100,0	90,9	95,5
Rôle à jouer°	78,4	87,9	81,7	67,5	81,5	81,8	66,7	66,7	54,5	78,3
Origine géographique°	48,5	65,9	63,4	60,0	63,0	81,8	40,7	100,0	59,1	59,0
Afrique de l'ouest AO	29,9	28,6	35,4	35,0	40,7	45,5	22,2	100,0	45,5	33,3
Afrique de l'est AE	3,1	11,0	7,3	12,5	11,1	9,1	11,1	0,0	0,0	7,8
AO et AE	11,3	18,7	15,9	7,5	11,1	27,3	7,4	0,0	4,5	13,3
Types de MSF°	19,6	18,7	20,7	7,5	33,3	36,4	18,5	0,0	27,3	20,0
Reconnaitre les MSF°	43,3	45,1	47,6	40,0	33,3	63,6	29,6	33,3	54,5	43,8
Déjà vu les MSF°	20,6	20,9	31,7	10,0	22,2	36,4	18,5	0,0	9,1	21,5
Complications : - mort°	75,3	75,8	75,6	65,0	63,0	54,5	59,3	66,7	68,2	71,5
_Hémorragie°	84,5	87,9	92,7	85,0	74,1	90,9	77,8	100,0	81,8	86,0
_Infection urinaire°	59,8	67,0	58,5	70,0	74,1	45,5	33,3	66,7	54,5	60,8
_Douleurs chroniques°	86,6	91,2	80,5	85,0	77,8	81,8	96,3	66,7	81,8	85,8
_Kystes dermoïdes°	27,8	35,2	28,0	22,5	33,3	18,2	29,6	0,0	31,8	29,3
_Difficultés rapports sexuels°	95,9	98,9	95,1	92,5	85,2	100,0	85,2	66,7	90,9	94,3
_Difficultés accouchement°	48,5	53,8	54,9	45,0	66,7	63,6	51,9	33,3	40,9	52,0
_Séquelles psychologiques°	95,9	95,6	95,1	95,0	85,2	90,9	92,6	100,0	90,9	94,3
_Stress post-traumatique°	71,1	84,6	82,9	90,0	74,1	90,9	74,1	66,7	77,3	79,8
-Autre	1,0	1,1	3,7	5,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	2,0
Prendre en charge les MSF°	23,7	23,1	26,8	15,0	29,6	27,3	22,2	0,0	13,6	23,0
_Accompagnement psy	20,6	20,9	23,2	15,0	14,8	27,3	14,8	0,0	9,1	19,3
-Gel lubrifiant	11,3	19,8	22,0	12,5	7,4	9,1	3,7	0,0	4,5	14,3
-Assouplissement zone cicatricielle	11,3	11,0	11,0	7,5	3,7	0,0	7,4	0,0	4,5	9,3
-Reprise chirurgicale	16,5	18,7	22,0	10,0	11,1	9,1	14,8	0,0	4,5	16,0
-Réparation vulvaire	13,4	17,6	17,1	10,0	14,8	27,3	11,1	0,0	4,5	14,5
Existance reconstruction°	71,1	73,6	76,8	65,0	74,1	90,9	70,4	66,7	63,6	72,5
recontruction prise en charge°	18,6	11,0	22,0	5,0	18,5	36,4	18,5	33,3	22,7	17,0
MSF interdites chez fillettes°	78,4	84,6	78,0	82,5	74,1	100,0	74,1	100,0	72,7	80,0
Dépister MSF chez femmes°	53,6	69,2	63,4	62,5	40,7	54,5	70,4	66,7	50,0	60,3
-par l'interrogatoire	12,4	8,8	15,9	10,0	11,1	9,1	18,5	0,0	4,5	11,8
_par l'interrogatoire et l'examen clinique	40,2	59,3	45,1	47,5	25,9	45,5	51,9	66,7	45,5	46,8
Prêt à dépister MSF chez les fillettes°	45,4	71,4	61,0	50,0	59,3	63,6	63,0	100,0	50,0	58,3
-par l'interrogatoire	27,8	38,5	48,8	27,5	33,3	45,5	29,6	0,0	13,6	34,5
-par l'examen clinique systématique	16,5	37,4	20,7	22,5	22,2	18,2	33,3	66,7	27,3	25,3
Signalement si menace mutilation°	48,5	51,6	53,7	47,5	55,6	63,6	55,6	100,0	63,6	52,8
Signalement si mutilation avérée°	53,6	53,8	50,0	57,5	63,0	72,7	55,6	66,7	59,1	55,0
Pourcentage moyen de bonnes réponses (questions °)	57,4	62,4	61,1	56,6	58,3	65,5	55,4	58,3	55,7	59,3

Tableau 7 : % de bonnes réponses

ANNEXE 4: Plaquette « Agir face aux MSF »



Quand il constate une excision ou une autre forme de mutilation, le professionnel, comme tout citoyen, est tenu de le signaler à la justice :

La victime peut engager une action en justice jusqu'à 20 ans après

ment en France (Article 222-16-2 du Code pénal).

sa majorité; soit 38 ans. (Article 7 du Code de procédure pénal).

La loi française s'applique à l'acte commis à l'étranger si la victime est de nationalité française ou si, étrangère elle réside habituelle

adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

(Article 222-10 du Code pénal).

mutilation est commise par un ascendant légitime, naturel ou

Cette peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur un mineur de quinze ans et à 20 ans lorsque la

l'exercice de ses fonctions acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes ert tenu d'en donner avis sans délai au Procureur de la République et de qui y sont relatifi." Article 434-3 du Code de procédure pénale.

mutilations sexuelles) dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un Le secret professionnel, y compris médical, est levé pour "celui qui informe les autontes judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations (y compris lonqu'il s'agit d'atteintes ou mineur (...) Article 226-14 du Code pénal.

Le signalement effectué dans ces conditions ne peut donner lieu à aucune sanction disciplinaire. Le délit de non-assistance à personne en danger s'applique

d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ghana, Guinee Conakry, Kenya, Liberia, Nigeria (Etat d'Edo), Senégal, Sierra Leone, Soudan, Togo, Tanzanie....des lois interdisent les mutilations sexuelles feminines. En Afrique aussi, notamment au Burkina-Faso, Centre-Afrique, Cote ne signale pas le danger qu'encourt une fillette menacée à toute personne, professionnel ou simple citoyen, qui de mutilation sexuelle ; que celle-ci soit prévue en France ou à l'étranger. Article 223-6 du Code pénal

Des parents et des exciseuses ont été condamnés et emprisonnés,

Groupe de femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)

ASSOCIATIONS LUTTANT CONTRE LES **MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES**

Institutions de protection de l'enfance

violences ayant entraîne une mutilation ou une infirmité permanente

sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000€ d'amende ».

(Article 222-9 du Code pénal).

France quelle que soit sa nationalité même si

l'excision a eu lieu à l'étranger.

La loi s'applique à toute personne vivant en

excision du clitoris, infibulation...

toutes les pratiques de mutilation

sexuelle féminine :

La loi condamne et sanctionne

FIL SANTÉ JEUNES O 800 235 236 Numero d'urgence gratuit 24 h/24

Permanences telephoniques nationales ALLO ENFANCE MALTRAITÉE 119

Jui contacter

66 rue des Grands Champs 75020-PARIS - Tel : 01.43.48.10.87

Le GAMS est a section française du Comité interAfricain. Il regroupe des ferrimes fairaines et françaises, EGAMS privilégie l'information des familles et des professionnels de santé, travallaurs sociaux et enseignants pour prevenir les mutilations assuvalies férrimines et les maragés forces.

Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)

Fax. 01.45.49.16.71 - www.cams/gm.ofg.
L'association robe en 1982 par une Sineglablee Awa Thiam auteure de «La pancie aux
negresses ava son action sur l'aspect juridque des mutilations sexuelles l'éminines.
L'association se ponce pante civile dans les proces de mutilation sexuelle. 6 place Saint-Germain des Près 75006 PARIS - Tel: 01 45 49 04 00

ernent ferrintise d'éducation populaire le MFPF accueille et informe le public, notami les ferrinnes le tels jeunse comme organisme itels fers presonnés concernés par ces themes, il lutie aux inveaux mondais européen Mouvement français pour le planning familial M.EPF. www.planning-familial.org et national pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.

Pour les professionnels qui souhaltent faire appel à des interpretes médiateurs MINER SERVICE MIGRANTS.
25 True Fautocury SanichMartin. 75010 Paris Tat.: 0.1 53 26 52 50
En Afrique: le Connid Interafricain est présent dans 28 pays d'Afrique. Le formé interafricain est présent dans 28 pays d'Afrique. In the trait our les protections ayant effet sur la sania des fermies et des enfants: swww.lab.claf.org

Que sont les mutilations sexuelles féminines?

L'EXCISION

petites lèvres. Cette mutilation est surtout le fait d'ethnies vivant en Afrique de l'Ouest. On peut la comparer à la section du pénis chez le C'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des

L'INFIBULATION

L'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par la section des grandes lèvres dont les deux moignons sont rapprochés bord à bord de telle façon qu'il ne persiste qu'une minuscule ouverture cicatrice très dure la remplace qu'il faudra couper au moment du mariage et de la naissance d'un enfant. L'infibulation est surtout pour l'écoulement des urines et des règles. La vulve a disparu et une pratiquée en Afrique de l'Est. Un type particulier d'infibulation peut être observé en Afrique de Ouest : les grandes lèvres sont laissées intactes mais les petites lèvres sectionnées sont rapprochées l'une de l'autre pour fermer presque complètement le vagin.

des mutilations sexuelles féminines? Quelles sont les raisons

- ON DIT que les mutilations sexuelles rendent les femmes plus
- L'accouchement peut être plus difficile et même, parfois, entraîner ■ EN RÉALITÉ les mutilations sexuelles féminines n'augmentent pas la fécondité et elles peuvent au contraire rendre stérile. la mort du nouveau-né et de sa mère.
- ON DIT que les mutilations sexuelles sont imposées par la
- sexuelles féminines. Leur origine relève de coutumes pré-existantes ■ EN RÉALITÉ : aucune religion n'impose les mutilations aux religions. Le Coran n'en parle pas.
- ON DIT qu'il faut assurer la pureté et la virginité d'une fille ainsi que la fidélité d'une épouse
 - EN RÉALITÉ : la conduite d'un être humain relève de qualités d'esprit et de coeur et non pas d'une blessure.
- ON DIT qu'il faut respecter coutumes et traditions.
- EN RÉALITÉ il existe des coutumes et des traditions bénéfiques pour la santé (par exemple l'allaitement maternel ou le port des nourrissons sur le dos). Il en existe d'autres qui sont très dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines.

L'ÉPANOUISSEMENT DOIVENT ETRE ENCOURAGÉES CELLES QUI ATTENTENT A LA VIE ET A L'INTÉGRITÉ D'UN ÉTRE HUMAIN DOIVENT DISPARAÎTRE. LES TRADITIONS OU COUTÛMES QUI CONTRIBUENT À

D'EXCISION ET AUTRES PRATIOUES DE MUTILATION SEXUELLE. AGISSONS POUR PROTÉGER LES PETITES FILLES MENACÉES

ou d'une autre mutilation sexuelle qu'il s'agisse : Vous êtes confronté(e) au risque d'une excision

de votre patiente de votre cousine de votre voisine de votre soeur de votre élève de vous-même de votre fille d'une amie...

VOUS POUVEZ AGIR POUR PRÉVENIR CETTE VIOLENCE

Quand il s'agit d'un risque, d'une menace, d'une probabilité liée à l'origine de la famille

Dans un premier temps

CHERCHER DE L'AIDE ET DU SOUTIEN auprès des personnes qui agissent pour prévenir les mutilations sexuelles en Afrique et en France (voir adresses au dos)

- Elles pourront vous aider à convaincre les familles qui croient encore à la nécessité de ces pratiques. Elles peuvent aussi vous aider dans d'autres circonstances comme les mariages forcés.
- Elles rencontreront la famille concernée et lui expliqueront le danger de ces pratiques pour la fillette et le risque de sanction pénale pour ses deux parents et l'exciseuse.

la démarche de persuasion ne suffit pas AYEZ RECOURS A LA LOI

- elle interdit et sanctionne les mutilations sexuelles
 - elle protège les enfants
- elle soutient les pères et les mères qui refusent d'infliger cette blessure leurs fillettes et s'opposent à la perpétuation d'une coutume néfaste.

que faire si on redoute qu'une fillette soit PROCHAINEMENT MUTILÉE?

Toute personne, médecin ou simple citoyen, qui a connaissance d'un tel risque a le devoir de signaler que cette fillette est en danger. Pour cela appeler soit:

- le parquet des mineurs du tribunal de grande instance le service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE)

Dans ce cas le secret professionnel est levé pour les personnels qui y sont par ailleurs soumis.

QUE FAIRE SI ON SAIT QU'UNE FILLETTE DOIT ÊTRE EMMENÉE EN AFRIQUE POUR Y ÊTRE MUTILÉE ?

Fillettes ou adolescentes peuvent d'ailleurs à cette occasion être données en mariage contre leur gré.

Dans un premier temps

Chercher de l'aide et du soutien auprès des personnes qui luttent pour prévenir les mutilations sexuelles (voir adresses au dos)

- Elles tenteront de dissuader les parents d'accomplir ce projet. Les animatrices du GAMS (Groupe de femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) travaillent en relation avec les Comités de lutte agissant dans les pays africains.
 - Elles mettront les parents en contact avec des organismes qui, au pays d'origine, aideront à faire respecter leur décision de ne
- pas mutiler leur fille.

 Si la fillette part sans son père, ce dernier peut mettre en garde la famille au village par un message écrit, ou oral sur une cassette audiophonique

Si la démarche de persuasion ne suffisait pas AYEZ RECOURS A LA LOI

Faites appel soit

- au parquet des mineurs du tribunal de grande instance
 au service départemental de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)
- dès lors que la santé et la sécurité du mineur sont en danger (Article 375 du Code Civil). Ces instances saisiront le juge des enfants, celui-ci est compétent

comme toute autre mutilation, est un crime passible de la cour d'assises. Si la fillette doit être envoyée à l'étranger pour subir la muti-Ce juge convoquera les parents et leur expliquera que l'excision, lation, pour la protéger le juge peut interdire sa sortie du territoire Le recours au juge des enfants peut être précieux dans ce cas.

QUE FAIRE SI ON CONSTATE UNE EXCISION OU TOUTE AUTRE MUTILATION SEXUELLE?

pratiquée. Le silence peut être compris comme une tolérance tacite qui nuit à la protection d'autres fillettes de la même famille ou du tout citoyen, sont tenus par la loi de signaler qu'une mutilation a été Il n'y a pas d'alternative : médecins et autres professionnels comme même groupe social. Le signalement doit être adressé au procureur de la République.

La loi protège tous les enfants résidant en France quel que soit le pays d'origine de leurs parents.

Désormais pour les personnes majeures, une intervention chirurgi cale de restauration du clitoris existe qui permet au minimum de supprimer les douleurs. Cette intervention est remboursée par la sécurité sociale.

ANNEXE 5 : Associations impliquées en particulier en France dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines

GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)

67, rue des Maraîchers 75020 Paris - T/ 01 43 48 10 87 – F/ 01 43 48 00 73 En cas d'urgence seulement : 06 74 16 77 38 Permanences : Seine-Maritime Le Havre (06 30 36 42 42) ; Seine Maritime Rouen (06 78 04 40 29) ; Les Yvelines (06 70 83 31 73) ; Marne (06 32 22 79 99) ; PACA (06 73 43 96 33) ; Rhône (06 07 89 48 62)

Courriel: association.gams@wanadoo.fr

Site Internet : www.federationgams.org *Le G.A.M.S.* est une association loi 1901, constituée de femmes africaines et françaises ayant des compétences dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.

CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles)

6, place Saint Germain des Prés - 75006 Paris T/ 01 45 49 04 00 - F/ 01 45 49 16 71 Courriel : linda.weilcuriel@cams-fgm.org - Site : http://www.cams-fgm.org/ En plus du domaine de la formation, la CAMS mène son action sur le terrain judiciaire. Elle peut se porter partie civile en France lorsque des cas d'excision sont connus.

GSF (Gynécologie Sans Frontières)

Faculté de Médecine de Nantes, 1, rue Gaston Veil 44053 Nantes Cx 1 Tel : 02 40 41 29 92 Courriel : admin.gynsf@gmail.com Site Internet : http://www.gynsf.org *Gynécologie Sans Frontières est une association loi 1901 constituée de médecins gynécologues, obstétriciens, et de sages femmes s'impliquant dans l'amélioration de la santé des femmes dans le monde. Concernant les mutilations sexuelles féminines, elle s'investit tout particulièrement dans la formation des professionnels de santé sur ce sujet. Un certain nombre de ressources sont en ligne sur son site internet.*

MFPF (Mouvement Français pour le planning familial) 4, square Saint Irénée 75011 Paris T/ 01 48 07 29 10

Courriel: mfpf@planning-familial.org

Site : http://www.planning-familial.org *Le MFPF accueille et informe le public sur les questions de sexualité et de santé reproductive.*

Equilibres & Populations

75, rue des Saints Pères 75006 Paris T/ 01 53 63 80 40 – F/ 01 53 63 80 50

Site: http://www.equipop.org/ Organisation de plaidoyer, Equilibres & Populations a coorganisé avec l'Académie nationale de médecine deux colloques qui ont débouché sur un plan d'action "ici et là-bas" et sur les recommandations faites officiellement par l'Académie au gouvernement. En Afrique, elle a participé à la mobilisation de nombreux parlementaires dans les pays "du fleuve". Elle soutient depuis plusieurs années les programmes menés avec succès par l'association malienne AMSOPT dans la région de Kayes"

AME (Association contre la mutilation des enfants)

BP 220 - 92108 Boulogne cx

Courriel: ame@enfant.org

Site: http://enfant.ovh.org L'AME effectue des recherches sur les différentes mutilations d'enfants et publie les résultats.

ANNEXE 6 : listes des centres pratiquant la reconstruction vulvaire (non exhaustive)

Centres pluridisciplinaires (chirurgien, psychologue, sexologue, assistant social)

Ville	Etablissement	Chirurgien	Contact téléphone
Chartres (28)	Hôpital Louis Pasteur 4, rue	Dr Olivier GUILBAUD	T/ 02 37 30 30 30
	Claude Bernard 28630 Le		
	Coudray		
Lille (59)	Hôpital Saint-Philibert –	Dr Richard Matis	T/ 03. 20.22. 52.87 ou 52.88
	GHICL Rue du Grand But		
	B.P. 249 59462 Lomme		
	Cedex		
Marseille (13)	Hôpital Nord Chemin des	Pr Boubli Dr Florence	T/ 04 91 96 46 58
	Bourelly 13915 Marseille	Bretelle	
Montreuil (93)	CHI André Grégoire 56, Bd	Dr Emmanuelle Antonetti-	Secrétariat : T/ 01 49 20 31
	de la Boissière 93105	Ndaye	05
	Montreuil Cedex		
Nantes (44)	CHU Nantes 38, Bd Jean	Pr Henri-Jean Philippe	UGOMPS: T/ 02 40 08 30 32
	Monnet 44000 Nantes		
Paris 12 ^{ème}	Hôpital Armand Trousseau	Pr Jean-Louis Benifla	Mme Dominique Louboutin
	26, av Arnold Netter 75012		(sage femme) T/ 01 44 73
	Paris		51 42
Poitiers (86)	CHU Poitiers 2, rue Milétrie	Dr Richard Sarfati	Mme Lorraine Douhaud
	86000 Poitiers		(sage femme) T/ 05 49 44
			48 31
Rouen (76)	CHU Rouen 1, rue de	Dr Benoît Resch Dr Hubert	Secrétariat consultations :
	Germont 76000 Rouen	Bugel	T/ 02 32 88 82 44
Strasbourg (67)	Strasbourg CMCO 9 square	Dr Olivier GARBIN	T/03 88 62 83 00
	Louis Pasteur 67300		
	Schiltigheim		

Sites pratiquant la réparation des MSF

Angers (49)	CHU d'Angers 4, rue Larrey 49933 Angers Cedex 9	Dr Sébastien Madzou	Secrétariat Dr Madzou : T/ 02 41 35 44 59	Rencontre avec psychologue à l'issue de l'opération.
Bagnolet (93)	Clinique de la Dhuys 1-9, rue Pierre et Marie Curie 93170 Bagnolet	Dr Pierre Becache	Sécrétariat Dr Becache : T/ 01 48 97 50 13	, , , , , , , ,
Créteil (94)	CHI de Créteil 40, avenue de Verdun 94010 Créteil	Pr Bernard-Jean Paniel	Secrétariat du Pr Paniel T/ 01 45 17 55 51	Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente
Dijon (21)	CHU Dijon 1, Bd Jeanne d'Arc – 21079 Dijon Cedex	Dr Isabelle Reynaud	03 80 29 30 31	
Evry (91)	Clinique de l'Essonne Bd des Champs Elysées 91024 Evry Cedex	Dr B. Cristalli	0160878681	
Langon (33)	Centre hospitalier Pasteur de Langon Rue Paul Langevin 33212 Langon	Dr Hélène Tissot	05 56 76 57 35	
Lille (59)	Hôpital Jeanne de Flandre 2, av Oscar	Dr Denis Vinatier	03 20 44 66 41	

	Lambret 59037 Lille			
Lyon (69)	Hôpital de la Croix Rousse 103, Grande Rue de la Croix Rousse 69317 Lyon Cedex 04	Dr Gil Dubernard Pr Daniel Raudrant	Secrétariat : T/ 04 72 07 24 18	
Nantes (44)	Clinique Brétéché 3, rue de la Béraudière 44046 Nantes Cedex 1	Dr Eric Hermouet Dr Pascal Guihard	08 90 71 07 11	
Paris 12ème	Hôpital Saint Antoine 184, rue Du Fbg St Antoine 75012 Paris	Dr Bruno Carbonne	01 49 28 27 45	
Paris 14ème	Hôpital Cochin 27, rue du Fbg St Jacques 75014 Paris	Dr Franck Léonard	Secrétariat service gynécologie T/ 01 58 41 18 81	Rencontre au cas par cas avec un psychologue ou assistante sociale
Paris 18ème	Hôpital Bichat 46, rue Henri Huchard - 75018 Paris	Dr Philippe Faucher	Secrétariat T/ 01 40 25 70 19	Rencontre avec sexologue
Paris 19ème	Hôpital Robert Debré 48, Bd Sérurier - 750019 Paris	Pr Jean-François Oury	01 40 03 21 70	
Paris 20ème	Hôpital Tenon 4, rue de la Chine - 75020 Paris	Dr Emile Darai	01 56 01 73 18	
St Germain en Laye (78)	Clinique Louis XIV 4, place Louis XIV 78100 Saint Germain en Laye	Dr Pierre Foldès	Secrétariat du Dr Foldes T/ 01 39 10 26 03	Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente
	CHI Poissy Saint Germain	Dr Pierre Foldès	Secrétariat du Dr Foldes T/ 01 39 27 42 41	
Toulouse (31)	Hôpital Paule de Viguier 330, av de Grande Bretagne 31059 Toulouse cx 9	Pr Xavier Monroziès	T/ 05-67-77-11-04	
	Clinique Ambroise Paré 387, Route de St Simon 31100 Toulouse	Dr J Thévenot	T/ 05 61 50 16 19	

ANNEXE 7 : Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Entre 42000 et 61000 femmes en France sont concernées par les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF), avec des conséquences médicales, sexuelles et psychologiques importantes. Face à ces mutilations, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel de dépistage, de prise en charge et de prévention. Afin de concrétiser ce rôle, la circulaire interministérielle DGS/SD 2 C n° 2007-98 du 8 mars 2007 demande l'introduction de l'enseignement des MSF dans le cursus médical.

Cette étude se penche sur l'état des connaissances des Internes en Médecine Générale (IMG) sur les MSF, l'enseignement reçu, et celui qu'ils aimeraient recevoir.

Il s'agit d'une étude descriptive qui repose sur l'analyse de 400 questionnaires remplis par les IMG d'Ile de France, récoltés lors des choix hospitaliers en avril 2010.

Il en ressort que les IMG veulent jouer un rôle face aux MSF. Leurs connaissances médicales sont insuffisantes et ils doivent intensifier leur vigilance en matière de dépistage. Ils connaissent les dispositions législatives mais ont des réticences à les appliquer. Leurs connaissances sont essentiellement issues de la vie privée, même si le sujet a parfois été abordé en stage ou à la faculté. Très peu d'internes ont reçu de cours sur les MSF, mais on note une progression du nombre de ces cours depuis deux ans pendant le deuxième cycle des études médicales. Les IMG jugent l'enseignement reçu insuffisant et iraient en cours si on leur en proposait un sur les MSF. Ils ont peu de préférence sur la forme que devrait prendre ce cours, mais aimeraient qu'il soit centré sur la prévention et la prise en charge médicale et psychologique.

L'enseignement des MSF aux étudiants en médecine et en particulier aux IMG doit être généralisé pour une meilleure prise en charge des patientes. Un schéma de consultation, proposé au décours de cette étude, doit aider à aborder le sujet en consultation de médecine générale.

DISCIPLINE: MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : Mutilations sexuelles - Excision — Enseignement - Internes médecine générale - clitoris.

UFR:

UNIVERSITE DE MEDECINE PARIS V 15, rue de l'école de médecine 75006 Paris