



UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES INTERNES EN

MEDECINE GENERALE EN POITOU-CHARENTES

Mémoire présenté

Par M^{me} BONNINGUES Marine

Née le 25 mai 1994

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

Année 2018

Directeur de mémoire : Dr SARFATI Richard



UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES
ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES INTERNES EN
MEDECINE GENERALE EN POITOU-CHARENTES**

Mémoire présenté

Par M^{me} BONNINGUES Marine

Née le 25 mai 1994

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

Année 2018

Directeur de mémoire : Dr SARFATI Richard

REMERCIEMENTS

Je remercie le Docteur Sarfati, pour avoir rendu possible la réalisation de cette étude.
Merci à lui pour son implication dans la lutte contre les violences faites aux femmes !

Merci également à Madame Guinot, pour sa disponibilité, sa patience et ses relectures.

Un énorme remerciement à mes parents et ma sœur pour m'avoir permis de réaliser mon rêve : devenir sage-femme. Merci pour tous ces allers et retours à Poitiers et pour leur soutien ! Je n'y serais jamais arrivée sans leur aide.

Je remercie également mes grands-parents, oncles et tantes pour leurs encouragements continus.

Un grand merci à ma meilleure amie, Clem, qui rend la vie tellement pétillante et agréable ! Merci pour les cours de psychologie et de cuisine !

Bien sûr, merci à Vincent pour sa patience et ses encouragements.

Enfin, merci également à Caroline, qui, il y a déjà sept ans, a su accepter en stage la lycéenne que j'étais, m'a fait découvrir mon futur métier et a cru en moi.

A Papy No, parti beaucoup trop tôt ...

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Méthode.....	3
2.1.	L'objectif	3
2.2.	Le schéma d'étude	3
2.3.	La population	3
2.4.	Les critères de jugement	3
2.5.	L'outil de recueil des données	4
2.6.	Le mode de collecte des données.....	4
2.7.	L'analyse statistique	5
2.8.	Les aspects éthiques et réglementaires	5
3.	Résultats	6
4.	Discussion	14
4.1.	Résumé des principaux résultats de l'étude.....	14
4.2.	Cohérence interne	15
4.2.1.	Les faiblesses de l'étude	15
4.2.2.	Les forces de l'étude	16
4.3.	Cohérence externe	17
4.3.1.	Les caractéristiques générales.....	17
4.3.2.	Les connaissances et la pratique clinique	18
4.3.3.	Les complications médicales	18
4.3.4.	Les actions mises en place	19
4.3.5.	La justice française	19
4.3.6.	L'origine des connaissances des IMG	20
4.3.7.	Quel rôle pour le médecin généraliste ?	22
4.4.	Ouverture sur des recherches futures.....	23
5.	Conclusion	25
6.	Les références bibliographiques.....	26
7.	Les annexes	31

ABREVIATIONS

CAMS : Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ENT : Espace Numérique de Travail

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

IMG : Internes en Médecine Générale

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la Traite des Etres Humains

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

1. Introduction

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Chaque année, trois millions de femmes sont ainsi mutilées autour du globe (1) ce qui représente l'équivalent d'une excision toutes les 15 secondes dans le monde (2). La France fait partie des pays affectés par ces MSF puisque, selon l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), 53 000 femmes mutilées vivent sur son territoire (3) (4). Toutefois, ce chiffre reste très difficile à estimer en raison de l'inexistence de données statistiques nationales (5). Les femmes mutilées vont par la suite faire face à de nombreuses complications que ce soit immédiatement après leur mutilation ou à long terme (6). Ces MSF sont une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes ainsi qu'une atteinte à leur intégrité physique. En effet, la pratique de ces violences exprime une forme très avancée de discrimination à l'encontre des personnes victimes de ces coutumes ancestrales (7). En 2013 déjà, les MSF avaient été jugées par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) comme étant « ... méconnues des professionnels ... » et il était recommandé de « ... renforcer la formation initiale/continue dans les secteurs médical, judiciaire, social et éducatif ... » (8). Afin de sensibiliser la population à l'existence de ces mutilations et au danger qu'elles représentent, le six février est dorénavant une journée internationale de « Tolérance zéro pour les mutilations sexuelles féminines ». Le gouvernement français a de nouveau mis en avant l'importance de la formation des professionnels de santé sur les MSF en novembre 2016 par le lancement du cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (7) (9). Si la réparation clitoridienne est encore peu demandée en France aujourd'hui, il existe encore de l'espoir pour que cette démarche soit entreprise par plus de femmes au fil des années afin de recouvrer leur intégrité et les sensations qui leur ont été volées lors de leur mutilation (5).

En France, différentes enquêtes ont été menées auprès des professionnels de santé en devenir et diplômés. En interrogeant les étudiants sages-femmes, il a été possible de prouver une prise en charge théorique correcte avec néanmoins des difficultés à organiser un suivi multidisciplinaire par ces futurs professionnels d'où un besoin de développer la formation initiale reçue (10). Les études menées auprès des internes en médecine générale (IMG) ont mis en avant un manque de formation ainsi que des réticences à signaler les MSF bien que ce soit une obligation au vu de la loi française. Moins de 50% des IMG ont entendu parler des MSF lors de leurs études et ce, malgré l'obligation légale de formation sur ce sujet. Ces IMG semblent conscients de la fragilité de cet enseignement puisque la quasi-totalité le juge insuffisant et demande des enseignements complémentaires (11) (12). Les sages-femmes ont

été interrogées sur ce thème à plusieurs reprises. Il a ainsi été mis en lumière un manque de connaissances et des difficultés à aborder ce sujet y compris lors de l'entretien prénatal individuel (13). On peut noter le fait que d'après une étude menée en Lorraine, lorsqu'une femme mutilée donne naissance à une fille, l'équipe médicale échange avec la patiente sur la prévention de la pratique des MSF tout en rappelant son illégalité (14). Enfin, les enquêtes menées auprès des médecins généralistes ont démontré une représentation personnelle des MSF pouvant être très négative. Leur « *manque de formation* » sur un sujet si délicat les mettait en difficulté face aux patientes pour aborder la mutilation présente et provoquait chez eux un « *sentiment d'impuissance* » et une « *peur de mal faire* ». Ils étaient ainsi demandeurs de formations complémentaires sur la violence et la sexualité (15) (16) (17) (18). Nous pouvons donc avancer qu'un enseignement commun est indispensable pour un suivi idéal des patientes.

Les médecins généralistes sont fréquemment les premiers à pouvoir dépister ces mutilations ou les risques de mutilations chez une fillette, informer et orienter la patiente. Il est donc primordial que ces professionnels de santé soient qualifiés dans le dépistage et le suivi des patientes mutilées (19). De plus, l'absence de connaissances sur un sujet aussi sensible peut amener les professionnels de santé à avoir un comportement inapproprié à la situation (6).

Les IMG bénéficient de formations différentes étant à l'origine d'inégalités entre ces futurs professionnels de santé (20) (21). Le gouvernement français a rendu obligatoire l'enseignement des MSF lors des études de médecine par la circulaire interministérielle du 8 mars 2007 (22). De ce fait, il est légitime de se questionner sur la formation reçue par les IMG sur le dépistage des MSF, la chirurgie et les actions judiciaires possibles pour les femmes victimes de ces mutilations. Par répercussion, nous pouvons nous interroger sur l'efficacité de la prévention, de l'information et de l'orientation de la patiente sur les plans clinique, thérapeutique et judiciaire.

Une évaluation des connaissances des IMG permettrait par la suite d'envisager la mise en place d'un socle commun de connaissances et de formations aux différents professionnels de santé en devenir afin d'optimiser la prise en charge des patientes à l'avenir. En effet, les sages-femmes et les médecins généralistes peuvent être amenés à travailler ensemble lors du suivi gynécologique ou obstétrical d'une patiente (8).

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse suivante : la diversité des formations nécessaires à un IMG et le caractère unique des MSF ne permettent pas une connaissance suffisante du futur professionnel de santé sur ce sujet.

2. Méthode

2.1.L'objectif

L'objectif principal de cette étude nommée « Etude MedMSF » était d'évaluer les connaissances des IMG sur le sujet MSF.

L'objectif secondaire était d'établir si certains éléments pouvaient influencer une meilleure connaissance des IMG sur les MSF.

Le but de cette enquête était d'établir un programme de formation pouvant être proposé aux IMG.

2.2.Le schéma d'étude

L'étude était descriptive, transversale et monocentrique.

Elle s'est déroulée du 17 Février 2017 au 31 Octobre 2017.

2.3.La population

La population étudiée était celle des IMG inscrits à la faculté de médecine de Poitiers lors de la durée de l'étude et ce, quel que soit leur lieu de stage. Ils étaient contactés via leur adresse mail professionnelle que nous avons pu obtenir auprès de la scolarité de la faculté de médecine. Nous avons également diffusé une affiche à l'internat d'un centre de niveau 2.

Nous avons pu établir les critères d'inclusion et de non-inclusion suivants :

- Critères d'inclusion : interne en médecine générale.
- Critères de non-inclusion : interne dans une autre spécialité que médecine générale.

2.4.Les critères de jugement

Nous avons ainsi décidé d'évaluer les connaissances des IMG sur les points suivants : l'épidémiologie des MSF en France, la pratique clinique des participants, les complications médicales possibles suite à la pratique de ces mutilations, l'origine de l'existence des MSF, les actions mises en place à l'heure actuelle et les mesures de protection instaurées par la justice française.

2.5.L'outil de recueil des données

Le questionnaire de l'enquête MedMSF a été construit en se basant sur des documents et sites accessibles à tous les IMG. Pour ce faire, nous avons utilisé la déclaration interinstitutions de 2008 « Eliminer les mutilations sexuelles féminines » (23), la brochure « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » actualisé en février 2016 (1), le dépliant « Les mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi » réalisé par le gouvernement et le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (GAMS) (24), la lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes de février 2017 en lien avec le gouvernement et la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la Traite des Etres Humains (MIPROF) (7), le film Bilakoro (25), le site du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (26) (27), le site de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) (28), le site « excision parlons-en ! » (29) (30), le site du journal « Le Monde » (31) (32) (33), le site du GAMS (34) et le mémoire mené sur la clitoridoplastie par Mme Joubert, sage-femme, et le Dr Sarfati en 2009 (35).

Au préalable à l'enquête, nous avons effectué une phase de test en janvier 2017 en envoyant le questionnaire aux étudiantes sages-femmes poitevines de la promotion quatrième année afin de juger de la compréhension du questionnaire. Nous avons pris soin d'interroger ces étudiantes avant qu'elles ne reçoivent le cours théorique sur les MSF afin d'avoir un retour sur la difficulté des questions chez des personnes n'ayant encore jamais reçu de formation sur ce sujet.

Au lancement de l'enquête, nous avons envoyé un questionnaire anonyme sur les boites mails des trois promotions d'internes interrogées. Il était possible de répondre au questionnaire directement en ligne mais également d'ouvrir le questionnaire en version Word ou PDF et de renvoyer le fichier à une adresse mail communiquée. Pour les internes préférant répondre en version papier, nous acceptons une impression du questionnaire anonyme et le renvoi à l'adresse postale de l'école de sages-femmes de Poitiers.

2.6.Le mode de collecte des données

La majorité des questionnaires a été recueillie en ligne et quatre questionnaires ont été renvoyés par mail. La co-investigatrice était responsable de la collecte des données. Il a été décidé d'envoyer une relance à toutes les promotions deux fois par mois tout au long de l'étude et une fois par semaine lors du dernier mois de l'enquête.

2.7.L'analyse statistique

Les données recueillies ont été rentrées dans un tableur Excel puis nous avons utilisé le logiciel Epi Info afin de pouvoir faire une analyse statistique de nos résultats.

2.8.Les aspects éthiques et réglementaires

Les données collectées ont été traitées selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la loi « Informatique et Liberté ». Seuls les sujets désirant participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- L'identité du responsable du traitement des données,
- L'objectif de la collecte des informations,
- Le caractère non obligatoire de la participation à l'étude,
- Les destinataires des informations.

Les questionnaires (Annexe I) étaient anonymes et le retour du questionnaire complété par le sujet faisait office de consentement pour participer à l'étude.

Le questionnaire était accompagné d'un courrier d'information contenant les précisions ci-dessus et personnalisé à chaque mail envoyé.

Au préalable à la distribution des questionnaires, l'accord de la direction des affaires générales a été donné.

3. Résultats

371 questionnaires ont été envoyés et 100 réponses ont été obtenues en totalité soit une participation de 26,9%.

Au final, 63% des questionnaires ont été remplis par des femmes et 37% par des hommes. 33 (27,5%) personnes en 1^{ère} année d'internat ont participé à cette enquête, 24 (19,7%) en 2^{ème} année et 43 (33,3%) en dernière année.

Le tableau I indique si les internes ayant participé à l'étude se sont retrouvés dans une situation à risque de confrontation aux MSF.

Tableau I : Renseignements généraux des participants

	Oui n (%)	Non n (%)
Réalisation d'un stage en gynécologie-obstétrique	88 (88)	12 (12)
Confrontation aux MSF au cours de la vie	18 (18)	82 (82)
Participation à une association humanitaire	21 (21)	79 (79)

8% des participants assurent se sentir capables de prendre en charge une patiente mutilée et 9% affirment avoir connaissance d'une association à conseiller à une patiente mutilée.

Sur ce dernier point, 7 personnes (77,8%) ont su donner un nom correct d'association, 1 personne (11,1%) a répondu de façon incorrecte à cette question et 1 personne (11,1%) a affirmé connaître une association mais n'a pas donné de nom particulier.

Au final, plusieurs associations nous ont été proposées : le planning familial (plusieurs réponses), HIPPO, gynécologie sans frontières, SOS femmes battues et femmes solidaires. A noter, qu'un participant nous a également notifié le commissariat de police. Nous avons refusé de considérer l'association HIPPO comme étant une réponse correcte puisque ce n'est pas dans ses attributions d'apporter de l'aide aux femmes mutilées.

Le tableau II résume les différentes réponses au questionnaire de notre étude MedMSF.

Tableau II : Réponses au questionnaire de l'échantillon global

	Population générale	
	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)
Nombre de femmes mutilées sur le territoire français	13 (13)	87 (87)
Nombre de classes de MSF définies par l'OMS	63 (63)	37 (37)
Stade clinique de l'examen clinique proposé	12 (12,5)*	84 (87,5)*
Complications post-opératoires	77 (77)	23 (23)
Complications pouvant être observées tout au long de la vie	36 (36)	64 (64)
Conséquences sexuelles	73 (73)	27 (27)
Complications obstétricales	92 (92)	8 (8)
MSF à l'origine du décès du nouveau-né	61 (61)	39 (39)
Causes des MSF	15 (15)	85 (85)
Année objectif de l'ONU pour l'arrêt de la pratique des MSF	45 (45)	55 (55)
Principes généraux de la clitoridoplastie	4 (4)	96 (96)
Pratique de la clitoridoplastie	2 (2)	98 (98)
Mesures mises en place par la justice française	4 (4)	96 (96)
Rôle du professionnel de santé	15 (15)	85 (85)

* : Pourcentages calculés sur un effectif de 96 personnes

Les participants à l'étude ont peu répondu de façon correcte aux questions portant sur les mesures mises en place par la justice française et sur le rôle du professionnel de santé. Nous avons détaillé les réponses dans les diagrammes ci-après (Figures 1 et 2).

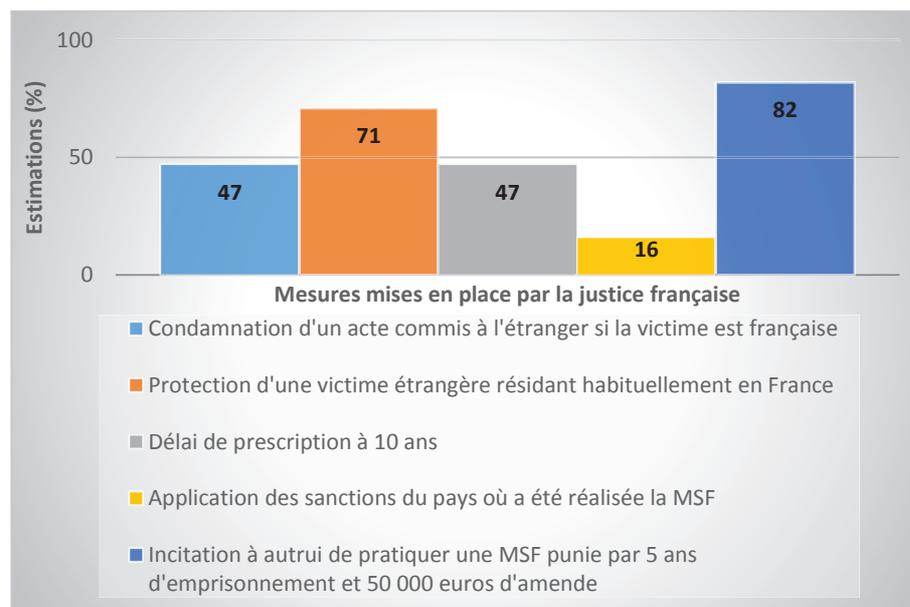


Figure 1 : Estimation des mesures mises en place par la justice française

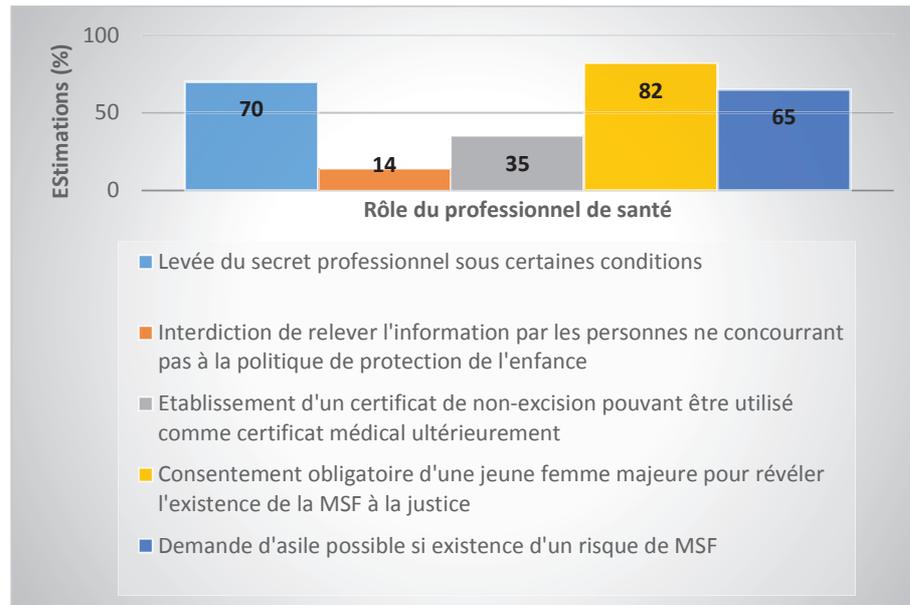


Figure 2 : Estimation des différents rôles du professionnel de santé

Nous avons voulu voir s'il existait une variation en fonction de différents sous-groupes : sexe (Tableau III), réalisation d'un stage en gynécologie-obstétrique lors de l'externat (Tableau IV), région d'origine (Tableau V), confrontation antérieure aux MSF (Tableau VI) et ressenti sur sa prise en charge (Tableau VII).

Tableau III : Réponses au questionnaire selon le sexe des participants

	Filles		Garçons	
	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)
Nombre de femmes mutilées sur le territoire français	6 (9,5)	57 (90,5)	7 (18,9)	30 (81,1)
Nombre de classes de MSF définies par l'OMS	39 (61,9)	24 (38,1)	24 (64,9)	13 (35,1)
Stade clinique de l'examen clinique proposé	9 (15)*	51 (85)*	3 (8,3)**	33 (91,7)**
Complications post-opératoires	52 (82,5)	11 (17,5)	25 (67,6)	12 (32,4)
Complications pouvant être observées tout au long de la vie	26 (41,3)	37 (58,7)	10 (27)	27 (73)
Conséquences sexuelles	47 (74,6)	16 (25,4)	26 (70,3)	11 (29,7)
Complications obstétricales	60 (95,2)	3 (4,8)	32 (86,5)	5 (13,5)
MSF à l'origine du décès du nouveau-né	37 (58,7)	26 (41,3)	24 (64,9)	13 (35,1)
Causes des MSF	10 (15,9)	53 (84,1)	5 (13,5)	32 (86,5)
Année objectif de l'ONU pour l'arrêt de la pratique des MSF	28 (44,4)	35 (55,6)	17 (45,9)	20 (54,1)
Principes généraux de la clitoridoplastie	4 (6,3)	59 (93,7)	0 (0)	37 (100)
Pratique de la clitoridoplastie	1 (1,6)	62 (98,4)	1 (2,7)	36 (97,3)
Mesures mises en place par la justice française	3 (4,8)	60 (95,2)	1 (2,7)	36 (97,3)
Rôle du professionnel de santé	8 (12,7)	55 (87,3)	7 (18,9)	30 (81,1)

* : Pourcentages calculés sur un effectif de 60 personnes

** : Pourcentages calculés sur un effectif de 36 personnes

Sur les 37 hommes ayant participé à l'enquête, 6 (16,2%) ont été confrontés aux MSF et 3 (8,1%) se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée.

Parmi les 63 femmes ayant participé à l'enquête, 12 (19%) ont déjà été confrontées aux MSF et 5 (7,9%) se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée.

Tableau IV : Réponses au questionnaire en fonction de la réalisation ou non d'un stage en gynécologie-obstétrique lors de l'externat

	Stage en gynécologie-obstétrique lors de l'externat		Pas de stage en gynécologie- obstétrique lors de l'externat	
	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)
Nombre de femmes mutilées sur le territoire français	11 (12,5)	77 (87,5)	2 (16,7)	10 (83,3)
Nombre de classes de MSF définies par l'OMS	56 (63,6)	32 (36,4)	7 (58,3)	5 (41,7)
Stade clinique de l'examen clinique proposé	9 (10,7)*	75 (89,3)*	3 (25)	9 (75)
Complications post-opératoires	69 (78,4)	19 (21,6)	8 (66,7)	4 (33,3)
Complications pouvant être observées tout au long de la vie	33 (37,5)	55 (62,5)	3 (25)	9 (75)
Conséquences sexuelles	64 (72,7)	24 (27,3)	9 (75)	3 (25)
Complications obstétricales	81 (92)	7 (8)	11 (91,7)	1 (8,3)
MSF à l'origine du décès du nouveau-né	55 (62,5)	33 (37,5)	6 (50)	6 (50)
Causes des MSF	15 (17)	73 (83)	0 (0)	12 (100)
Année objectif de l'ONU pour l'arrêt de la pratique des MSF	39 (44,3)	49 (55,7)	6 (50)	6 (50)
Principes généraux de la clitoridoplastie	4 (4,5)	84 (95,5)	0 (0)	12 (100)
Pratique de la clitoridoplastie	2 (2,3)	86 (97,7)	0 (0)	12 (100)
Mesures mises en place par la justice française	3 (3,4)	85 (96,6)	1 (8,3)	11 (91,7)
Rôle du professionnel de santé	14 (15,9)	74 (84,1)	1 (8,3)	11 (91,7)

* : Pourcentages calculés sur un effectif de 84 personnes

Parmi les IMG ayant effectué un stage en gynécologie-obstétrique lors de leur externat, 16 (18,2%) ont été confrontés aux MSF au cours de leur vie et 7 (8%) se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée.

Pour les IMG n'ayant jamais fait de stage en gynécologie-obstétrique lors de leur externat, 2 (16,7%) ont déjà été confrontés aux MSF et 1 (8,3%) se sent capable de prendre en charge une patiente mutilée.

Les femmes mutilées ou à risque de l'être vivent majoritairement en Ile-de-France, en Seine-Maritime, dans l'Eure, dans l'Oise, dans le Nord et dans les Bouches-du-Rhône. Au final, neuf participants à notre enquête MedMSF, viennent d'universités situées dans des régions où les femmes mutilées, ou à risque de l'être, vivent en plus grand nombre (Amiens, Rouen, Paris et Lille).

Tableau V : Réponses au questionnaire réparties selon la région d'origine des internes

	IMG venant de région abritant une forte population de femmes mutilées		IMG ne venant pas d'une région abritant une forte population de femmes mutilées	
	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)
Nombre de femmes mutilées sur le territoire français	0 (0)	9 (100)	13 (14,3)	78 (85,7)
Nombre de classes de MSF définies par l'OMS	6 (66,7)	3 (33,3)	57 (62,6)	34 (37,4)
Stade clinique de l'examen clinique proposé	4 (57,1)*	3 (42,9)*	8 (9)**	81 (91)**
Complications post-opératoires	6 (66,7)	3 (33,3)	71 (78)	20 (22)
Complications pouvant être observées tout au long de la vie	2 (22,2)	7 (77,8)	34 (37,4)	57 (62,6)
Conséquences sexuelles	6 (66,7)	3 (33,3)	67 (73,6)	24 (26,4)
Complications obstétricales	8 (88,9)	1 (11,1)	84 (92,3)	7 (7,7)
MSF à l'origine du décès du nouveau-né	6 (66,7)	3 (33,3)	55 (60,4)	36 (39,6)
Causes des MSF	0 (0)	9 (100)	15 (16,5)	76 (83,5)
Année objectif de l'ONU pour l'arrêt de la pratique des MSF	5 (55,6)	4 (44,4)	40 (44)	51 (56)
Principes généraux de la clitoridoplastie	0 (0)	9 (100)	4 (4,4)	87 (95,6)
Pratique de la clitoridoplastie	0 (0)	9 (100)	2 (2,2)	89 (97,8)
Mesures mises en place par la justice française	1 (11,1)	8 (88,9)	3 (3,3)	88 (96,7)
Rôle du professionnel de santé	1 (11,1)	8 (88,9)	14 (15,4)	77 (84,6)

* : Pourcentages calculés sur un effectif de 7 personnes

** : Pourcentages calculés sur un effectif de 89 personnes

Parmi les IMG venant d'universités situées dans des régions abritant de nombreuses femmes mutilées, 2 (22,2%) ont déjà été confrontés aux MSF et 1 (11,1%) se sent capable de prendre en charge une patiente mutilée.

Pour les IMG ne venant pas de ces régions, 16 (17,6%) ont déjà été confrontés aux MSF et 7 (7,7%) se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée

Tous les participants ayant déjà vu des MSF ont spécifié que c'était au cours d'un stage sauf une personne n'ayant pas précisé le cadre de la confrontation à la MSF.

Tableau VI : Réponses au questionnaire réparties selon la confrontation antérieure ou non aux MSF

	Confrontés aux MSF		Non-confrontés aux MSF	
	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)
Nombre de femmes mutilées sur le territoire français	3 (16,7)	15 (83,3)	10 (12,2)	72 (87,8)
Nombre de classes de MSF définies par l'OMS	11 (61,1)	7 (38,9)	52 (63,4)	30 (36,6)
Stade clinique de l'examen clinique proposé	2 (11,1)	16 (88,9)	10 (12,8)*	68 (87,2)*
Complications post-opératoires	9 (50)	9 (50)	68 (82,9)	14 (17,1)
Complications pouvant être observées tout au long de la vie	5 (27,8)	13 (72,2)	31 (37,8)	51 (62,2)
Conséquences sexuelles	12 (66,7)	6 (33,3)	61 (74,4)	21 (25,6)
Complications obstétricales	18 (100)	0 (0)	74 (90,2)	8 (9,8)
MSF à l'origine du décès du nouveau-né	14 (77,8)	4 (22,2)	47 (57,3)	35 (42,7)
Causes des MSF	5 (27,8)	13 (72,2)	10 (12,2)	72 (87,8)
Année objectif de l'ONU pour l'arrêt de la pratique des MSF	8 (44,4)	10 (55,6)	37 (45,1)	45 (54,9)
Principes généraux de la clitoridoplastie	2 (11,1)	16 (88,9)	2 (2,4)	80 (97,6)
Pratique de la clitoridoplastie	1 (5,6)	17 (94,4)	1 (1,2)	81 (98,8)
Mesures mises en place par la justice française	2 (11,1)	16 (88,9)	2 (2,4)	80 (97,6)
Rôle du professionnel de santé	3 (16,7)	15 (83,3)	12 (14,6)	70 (85,4)

* : Pourcentages calculés sur un effectif de 78 personnes

Il est intéressant de noter que sur les 18 personnes ayant été confrontées aux MSF, 4 se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée soit un total de 22,2%.

Sur les 82 personnes n'ayant jamais été confrontés aux MSF, 4 se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée soit un total de 4,9%

Nous avons spécifié qu'être capable de prendre en charge une patiente victime de MSF signifiait savoir l'informer et l'orienter sur les plans clinique, thérapeutique et judiciaire.

Tableau VII : Réponses au questionnaire selon le ressenti des IMG

	Se sentant capable de prendre en charge une patiente mutilée		Ne se sentant pas capable de prendre en charge une patiente mutilée	
	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)	n bonne réponse (%)	n mauvaise réponse (%)
Nombre de femmes mutilées sur le territoire français	0 (0)	8 (100)	13 (14,1)	79 (85,9)
Nombre de classes de MSF définies par l'OMS	5 (62,5)	3 (37,5)	58 (63)	34 (37)
Stade clinique de l'examen clinique proposé	1 (14,3)*	6 (85,7)*	11 (12,4)**	78 (87,6)**
Complications post-opératoires	5 (62,5)	3 (37,5)	72 (78,3)	20 (21,7)
Complications pouvant être observées tout au long de la vie	3 (37,5)	5 (62,5)	33 (35,9)	59 (64,1)
Conséquences sexuelles	6 (75)	2 (25)	67 (72,8)	25 (27,2)
Complications obstétricales	7 (87,5)	1 (12,5)	85 (92,4)	7 (7,6)
MSF à l'origine du décès du nouveau-né	4 (50)	4 (50)	57 (62)	35 (38)
Causes des MSF	0 (0)	8 (100)	15 (16,3)	77 (83,7)
Année objectif de l'ONU pour l'arrêt de la pratique des MSF	4 (50)	4 (50)	41 (44,6)	51 (55,4)
Principes généraux de la clitoridoplastie	1 (12,5)	7 (87,5)	3 (3,3)	89 (96,7)
Pratique de la clitoridoplastie	0 (0)	8 (100)	2 (2,2)	90 (97,8)
Mesures mises en place par la justice française	0 (0)	8 (100)	4 (4,3)	88 (95,7)
Rôle du professionnel de santé	1 (12,5)	7 (87,5)	14 (15,2)	78 (84,8)

* : Pourcentages calculés sur un effectif de 7 personnes

** : Pourcentages calculés sur un effectif de 89 personnes

Parmi les internes se sentant capables de prendre en charge une patiente mutilée, 4 ont déjà été confrontés aux MSF soit 50%.

Parmi les étudiants ne se sentant pas capables de prendre en charge une patiente mutilée, 14 ont déjà été confrontés aux MSF soit 15,2%

4. Discussion

4.1. Résumé des principaux résultats de l'étude

Après 8 mois d'études, nous avons remarqué un manque de connaissances des IMG concernant les MSF. Cependant, ils ont montré un intérêt certain pour ce sujet dans les mails qu'ils nous ont envoyés (Annexe II).

Il est important de retenir que 82% des participants à l'enquête n'avaient jamais été confrontés aux MSF et que 8% se sentaient capables de prendre en charge une patiente mutilée. 87,5% des étudiants ayant participé à notre enquête étaient dans l'impossibilité d'identifier le stade de mutilation d'une patiente et donc par conséquent, d'identifier les complications qui peuvent y être associées. Si les complications résultant de telles pratiques semblaient être plus ou moins bien connues, il apparaît que les raisons pour lesquelles elles soient encore d'actualité étaient encore inconnues pour 85% d'IMG. Le sujet de la clitoridoplastie ne semblait pas être maîtrisé des participants à l'enquête et il semblerait exister des méconnaissances quant aux procédures instaurées par la justice française.

Les femmes sembleraient plus à même de définir le type de mutilation observée ainsi que les conséquences en résultant.

Il semblerait qu'avoir fait un stage en gynécologie-obstétrique lors de l'externat permettrait une meilleure connaissance des stades de MSF définis par l'OMS mais ne permettrait pas une meilleure reconnaissance de la MSF à l'examen clinique. Cela permettrait une meilleure connaissance des complications post-opératoires et au long court ainsi que des causes à l'origine de telles pratiques.

Visiblement, venir d'une université se situant dans une région où vivent beaucoup de femmes mutilées permettrait une meilleure reconnaissance de la mutilation à l'examen clinique. En revanche, cela ne permettrait pas une meilleure connaissance des raisons à l'origine des MSF ni une meilleure connaissance de la clitoridoplastie.

Au vu des résultats, il semblerait qu'avoir été confronté aux MSF ne permettrait pas une meilleure reconnaissance de la MSF à l'examen clinique, ni des complications qui en résultent, mais à une meilleure prise de conscience des conséquences obstétricales et fœtales qui peuvent avoir lieu chez une femme mutilée. De plus, nous avons observé une meilleure connaissance des causes à l'origine de telles pratiques mais aussi de la clitoridoplastie et de la justice française. Il est intéressant de noter que sur les 18 personnes ayant été confrontées aux MSF, 22,2% d'entre elles se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée et que sur les 82 personnes n'ayant jamais été confrontées aux MSF, 4,9% d'entre elles se sentent capables

de prendre en charge une patiente mutilée. Avoir été confrontés aux MSF permettrait ainsi aux futurs médecins généralistes de prendre confiance en eux quant à leur prise en charge.

Cependant, les participants ayant répondu se sentir capables de prendre en charge une patiente mutilée seraient plus à l'aise, lors d'un examen clinique, mais n'auraient pas de meilleures connaissances que leurs confrères quant aux complications résultants de telles pratiques. Ils ne sembleraient pas connaître les raisons mises en avant pour la réalisation de telles mutilations ainsi que les différents aspects de la loi française quant à son application et le rôle à jouer par les professionnels de santé.

Les résultats sembleraient similaires entre les hommes et les femmes sur le fait de se sentir capable de prendre en charge une patiente mutilée (8,1% et 7,9%) ; tout comme le fait d'avoir fait ou non un stage en gynécologie-obstétrique lors de l'externat (8% et 8,3%).

4.2. Cohérence interne

4.2.1. Les faiblesses de l'étude

4.2.1.1. Une participation modérée

Malgré de nombreuses relances émises par la co-investigatrice, le directeur de mémoire et la tutrice ainsi qu'une affiche diffusée à l'internat d'un centre de niveau 2 afin d'inciter les potentiels participants à répondre à l'enquête, la participation à cette étude est restée modérée (26,9%).

4.2.1.2. Les problèmes informatiques

Le fait de transférer automatiquement leurs mails professionnels sur leur boîte mail personnelle permet aux internes de ne plus aller régulièrement sur l'espace numérique de travail (ENT). Ceci combiné à un échec du transfert automatique de nos mails et relances a contribué à l'ignorance de l'existence de l'enquête pour bon nombre de potentiels participants.

4.2.1.3. Le choix de faire un questionnaire informatique

L'utilisation d'un questionnaire informatique implique le risque qu'une personne puisse répondre plusieurs fois à l'enquête bien que nous ayons spécifié dans nos différents mails que nous ne demandions qu'une seule réponse par interne.

4.2.2. Les forces de l'étude

4.2.2.1.L'intérêt de certains internes en médecine générale pour l'enquête

Tout au long de l'enquête, nous avons reçu des mails d'IMG nous faisant part de leur intérêt pour l'enquête, nous demandant les réponses au questionnaire ou encore nous informant avoir débuté des recherches sur les MSF afin d'être plus performant dans leur prise en charge (Annexe II). Nous leur avons envoyé les réponses à la fin de l'étude.

4.2.2.2.L'intérêt des professionnels de santé pour l'enquête

L'enquête ayant fait l'objet de conversation entre certains co-internes, nous avons été contactés par un praticien hospitalier afin de nous faire part de son intérêt face au « manque de formation » et de l'attente de la parution du mémoire.

4.2.2.3.Une étude originale

Nous avons choisi d'interroger les IMG en nous appuyant sur le fait que les médecins généralistes sont en première ligne pour le dépistage, l'information et l'orientation des femmes et fillettes victimes de ces mutilations sexuelles.

4.2.2.4.Une enquête régionale

Mener cette étude au niveau régional nous a permis de questionner des personnes venant de toute la France pour faire leur internat en Poitou-Charentes et ainsi avoir une vision globale des connaissances des IMG.

4.2.2.5.Un questionnaire complet et synthétique

Etant donné le peu de temps que les IMG avaient à nous consacrer, nous avons choisi d'établir un questionnaire ne demandant que peu de temps pour y répondre et nous permettant de faire un état des lieux complet de leurs connaissances.

4.2.2.6.L'absence de choix « Je ne sais pas » dans le questionnaire

Parmi les différentes réponses proposées aux questions, aucun choix « Je ne sais pas » n'était disponible afin que les participants soient dans l'obligation de réfléchir à la question posée en faisant appel à leurs connaissances professionnelles et personnelles.

4.3. Cohérence externe

Il est important d'analyser les différents résultats en gardant en tête le contexte dans lequel les professionnels de santé sont confrontés aux MSF.

Après plusieurs études menées auprès des professionnels de santé, il a été décrit qu'une meilleure compréhension des MSF et une meilleure connaissance de la loi permettraient aux praticiens de mieux prendre en charge les patientes que ce soit au niveau physique ou au niveau psychique (36).

4.3.1. Les caractéristiques générales

Le Dr Chenniour Bibi a démontré plusieurs faits en menant une étude auprès des étudiants en médecine générale de trois universités parisiennes (12) : le sexe a une influence significative sur l'abord du thème en consultation. En effet, les femmes abordent plus les MSF que leurs confrères de sexe masculin.

Nos questionnaires ont été remplis à 63% par des IMG de sexe féminin montrant ainsi l'intérêt des celles-ci pour la problématique des MSF. La féminisation du métier nous permet d'espérer un abord du thème plus important en consultation (37). Elle a également prouvé qu'avoir été confronté antérieurement aux MSF en pratique influençait de façon positive l'abord du thème en consultation. D'après notre enquête, il semblerait que les femmes soient plus à même de définir le type de mutilation observée ainsi que des conséquences en résultant.

Le Dr Laurens Doucoure a mis en évidence que parmi son échantillon d'IMG exerçants en Ile-de-France, 21,8% avaient été confrontés aux MSF et que parmi eux, 81% pensaient savoir reconnaître une MSF. Dans cette enquête, 77% des IMG se disent incapables de prendre en charge une patiente mutilée (11).

Dans notre étude MedMSF, 18% des IMG avaient été confrontés aux MSF et seulement 8% des participants à l'enquête nous ont dit se sentir capables de prendre en charge une patiente victime de MSF. En revanche, 22,2% des IMG ayant été confrontés aux MSF se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée contre 4,9% des IMG n'ayant jamais été confrontés aux MSF. Nous avons spécifié que savoir prendre en charge une patiente signifiait savoir l'informer et l'orienter sur les plans clinique, thérapeutique et judiciaire.

4.3.2. Les connaissances et la pratique clinique

Dans l'étude menée par le Dr Chenniour Bibi, 45,8% des étudiants en médecine générale s'estimaient capables de reconnaître une MSF à l'examen clinique (12).

Pour le Dr Laurens Doucoure, 20% des IMG répondaient de façon positive à la question de connaissance des différents types de MSF et 44% affirmaient reconnaître une MSF lors d'un examen clinique (11).

Le Dr Wehenkel a interrogé des médecins généralistes à Paris. Dans son enquête, 51% des participants affirmaient connaître les différents types de MSF (38).

Lors de notre enquête MedMSF, nous avons choisi de vérifier leurs connaissances en leur demandant le nombre de stades défini par l'OMS et en leur proposant un examen clinique d'une patiente ce qu'aucune autre enquête n'avait fait jusqu'à maintenant. Nous avons mis en évidence que si 63% des IMG connaissaient le nombre de classes de MSF définies par l'OMS, seulement 12,5% des IMG étaient en mesure de reconnaître le type de MSF présentée.

4.3.3. Les complications médicales

Il est important de mettre en avant que selon l'étude d'Allam et Al., ignorer les complications engendrées par les MSF constituerait « *un facteur corrélé à l'indulgence vis-à-vis de cette pratique* » (12). En effet, il a été démontré par cette étude qu'une « *éducation plus active à la base est nécessaire pour faire changer les choses* » (39).

Lors de l'étude du Dr Laurens Doucoure, il était demandé aux IMG de citer des complications dues à ce genre de mutilation et parmi les plus citées, nous retrouvions les séquelles psychologiques et les difficultés lors des rapports sexuels, les hémorragies, les douleurs chroniques, l'état de stress post-traumatique et la mort (11).

Le Dr Wehenkel a demandé aux médecins généralistes s'ils connaissaient les complications liées à la pratique de ces mutilations. Il en ressort que 65,3% des hommes et 77,2% des femmes affirmaient en avoir connaissance.

Notre enquête MedMSF a ressorti des résultats quasi similaires puisque la quasi-totalité des internes étaient conscients du risque hémorragique, des dyspareunies, d'un psychotraumatisme et du possible décès de la patiente. Cependant, il semblerait que les complications pouvant être observées juste après « l'opération » soient plus connues des IMG que les complications pouvant être observées à tout moment de la vie de la patiente.

4.3.4. Les actions mises en place

L'étude du Dr Chenniour Bibi a montré que peu d'IMG proposaient aux patientes d'entamer des démarches pour une réparation chirurgicale (1% des IMG) (12).

Le sujet de la clitoridoplastie était également abordé dans l'enquête du Dr Laurens Doucoure. 72% des IMG avaient connaissance de l'existence de cette chirurgie réparatrice et parmi eux, seulement 25% avaient notion du remboursement de cette opération.

71,7% des participants à l'enquête du Dr Wehenkel connaissaient l'existence de la clitoridoplastie mais seulement 37,5% avaient notion du remboursement de cette chirurgie (38).

Notre étude MedMSF s'est intéressée aux principes et à la pratique de la clitoridoplastie.

Nous avons notifié le fait qu'aucun participant à notre étude n'ait cité la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS) ou la fédération GAMS comme association pouvant être conseillée à une patiente mutilée bien que toutes les deux soient très engagées dans la lutte contre les MSF.

4.3.5. La justice française

L'étude menée par le Dr Chenniour Bibi a montré que les connaissances sur la partie judiciaire des MSF semblaient être un aspect peu connu des IMG puisque la plupart des réponses étaient «... *erronées* ...» ou «... *incomplètes* ...». Il semble important que les IMG sachent quel est leur rôle au regard de la justice française et dans quelle mesure la patiente est protégée par ces lois. Il a ainsi été montré en 2011 que 82,2% des répondants classaient les MSF à la juridiction pénale mais que seulement 57,2% avaient connaissance que ce soit un crime. Seulement 40% des IMG signalaient la situation au procureur de la république et aux services sociaux malgré l'obligation légale de signalement sous peine de poursuite (12).

Lors de l'enquête du Dr Laurens Doucoure, 80% des IMG avaient notion de l'interdiction de mutiler une fillette née en France même si elle n'avait pas la nationalité française et que l'acte était pratiqué à l'étranger. En cas de menace pressante de MSF sur une patiente, 53% des participants auraient effectué un signalement contre 55% en cas de mutilation avérée bien que ce soit une obligation légale (11).

Lors de l'enquête menée par le Dr Wehenkel, en cas de découverte de MSF chez une mineure, 49% des médecins généralistes feraient un signalement au procureur et/ou à la PMI. En cas de menace de MSF, 58% des praticiens feraient un signalement à ces mêmes personnes (38).

Notre étude MedMSF a mis en avant que 71% des IMG avaient notion qu'une victime étrangère résidant habituellement en France était protégée par la loi française. En revanche, seulement 47% des participants avaient notion de la possible condamnation d'un acte commis à l'étranger sur une victime française. 82% des participants avaient conscience de l'obligation du praticien de recueillir le consentement d'une patiente majeure mutilée pour révéler cette information aux autorités judiciaires et 14% des IMG interrogés ont pensé que tout professionnel de santé ne concourant pas directement à la politique de protection de l'enfance était dans l'interdiction de révéler l'information aux personnes concernées.

4.3.6. L'origine des connaissances des IMG

Comme dans l'enquête du Dr Chenniour Bibi, les IMG étaient interrogés sur leur sentiment de posséder des connaissances théoriques sur les MSF mais également sur leur ressenti à suivre une patiente victime de MSF. Le Dr Chenniour Bibi a mis en lumière deux faits :

La formation théorique dispensée dans une faculté prévaut sur son implantation géographique et influence l'attitude des étudiants et que les étudiants ayant acquis des connaissances théoriques sur les MSF pendant les études médicales semblent plus enclins à aborder ce thème avec leurs patientes que les étudiants ayant acquis les informations à travers les médias (12).

Ainsi, dans son étude, 58,8% des étudiants ont cité les médias comme mode d'acquisition des connaissances des MSF devant la formation dispensée par leur faculté de médecine. Cette facilité d'abord du thème avec les patientes l'est aussi lorsque le médecin a déjà été confronté aux MSF. Ainsi, «... le sentiment de manque de formation et de compétence des étudiants ...» constitue «... un frein important à l'abord futur du sujet ...». Nous pouvons donc établir un lien probable entre une meilleure formation des professionnels et une meilleure communication avec les patientes. Il aurait été prouvé qu'avoir fait un stage en gynécologie ou chez le praticien libéral en niveau 2 influençait significativement l'abord du thème en consultation de par la confrontation plus importante aux MSF lors de ces stages. Lors de l'étude du Dr Chenniour Bibi, 63,7% des participants invoquaient un « manque de formation » et un « sentiment d'incompétence » comme origine au non-abord du thème des MSF en consultation et 30% des IMG envisageait d'aborder la question avec une patiente à risque de MSF.

Notre enquête demandait aux participants de préciser leur lieu de formation d'origine. Nous avons pu ainsi démontrer que 9% de participants venaient de régions abritant un grand nombre

de femmes mutilées et donc plus enclin à voir des MSF dans le cadre de leur pratique professionnelle. Après analyse des résultats, il semblerait qu'avoir été confronté aux MSF ne permettrait pas une meilleure reconnaissance des MSF à l'examen clinique ni des complications qui en résultent mais une meilleure prise de conscience des conséquences obstétricales et fœtales qui peuvent avoir lieu chez une femme mutilée. 22,2% des participants ayant été confrontés aux MSF se sentent capables de prendre en charge une patiente mutilée contre 4,9% des participants n'ayant jamais été confrontés à ces mutilations. Nous pouvons donc établir un lien probable entre la confrontation antérieure aux MSF et une plus grande confiance en soi quant à sa prise en charge.

Si on se fie à la thèse du Dr Chenniour Bibi, la formation théorique joue un rôle important dans la prise en charge par le professionnel de santé. Ainsi, un IMG venant d'une région où les professionnels de santé sont peu confrontés aux MSF pourrait être plus à l'aise dans l'abord du thème des MSF avec une patiente mutilée que son confrère venant d'une région où les MSF sont plus courantes.

Le Poitou-Charentes n'est pas considéré comme étant un territoire abritant un grand nombre de femmes mutilées. Cependant, une formation adéquate des IMG pratiquant dans cette région permettrait une prise en charge idéale des patientes parfois peut être meilleure que celle de leurs confrères pratiquant dans des régions abritant un plus grand nombre de femmes mutilées mais tirant leurs connaissances de leur vie personnelle et non d'une formation professionnelle comme une majorité des participants à l'enquête du Dr Chenniour Bibi.

Le Dr Laurens Doucoure s'est intéressé à l'origine des connaissances des IMG : 15% des IMG tiraient leur connaissance uniquement du milieu professionnel et 30% du milieu privé et professionnel. Parmi les lieux de formation professionnelle nous retrouvons surtout les stages, la faculté de médecine et les revues professionnelles. Les stages où les IMG étaient le plus confrontés aux MSF étaient le stage en service de gynécologie et le celui chez le praticien libéral. 73% des participants répondaient de façon négative à la question de savoir si leur faculté organisait un cours sur les MSF. Si un tel cours était organisé, il était dans la moitié des cas dédié à plusieurs thématiques et n'avait été suivi que par la moitié des IMG. 65% des IMG pensaient que la part accordé aux MSF était insuffisante et 81% des IMG affirmaient que si un tel enseignement était dispensé, ils iraient à ce cours. Ils étaient majoritairement en demande d'un enseignement portant sur la prise en charge médicale et psychologique, les conséquences médicales ainsi que par des notions de signalement et de prévention. La prise en charge chirurgicale et le contexte culturel étaient des notions moins demandées. Nous pouvons

établir un parallèle avec nos questions portant sur la clitoridoplastie (4% et 2% de réponses correctes)

Pour les médecins généralistes ayant participé à l'enquête du Dr Wehenkel, la recherche de formation antérieure a été faite : 87% des médecins n'avaient pas eu de formation sur les MSF. 57,9% des hommes et 68,4% des femmes regrettaient l'absence de formation sur ce sujet. De plus, 60% des hommes et 70,2% des femmes étaient intéressés par une formation médicale continue.

Le Dr Poulain a prouvé en Seine-Saint-Denis que lorsqu'un praticien hospitalier a suivi une formation, les actions de prévention entreprises sont significativement différentes de leurs collègues n'en n'ayant pas reçu (rappel de la loi française, explication de l'interdiction et renseignements sur les intentions d'excision) (40).

4.3.7. Quel rôle pour le médecin généraliste ?

Plusieurs études se sont intéressées au ressenti des professionnels de santé en devenir et diplômés.

Ainsi, 78% des IMG participant à l'enquête du Dr Laurens Doucoure estimaient que les médecins généralistes avaient un rôle à jouer face à la pratique des MSF. S'agissant du dépistage de telles mutilations, 61% des IMG se disaient prêt à dépister une excision lors d'une consultation que ça soit lors d'un interrogatoire ou d'un examen clinique et 58% des IMG étaient prêts à « *rechercher les mutilations ou la menace de mutilation chez les fillettes* » (11).

En Ile-de-France, le Dr Schwarz met également en avant le rôle primordial du médecin généraliste dans le dépistage de telles mutilations ainsi que dans l'information et l'orientation de la patiente. Il explique l'importance de l'expérience du professionnel pour remplir au mieux son rôle pivot auprès de la patiente mutilée :

C'est lors de cette première consultation que le médecin généraliste, comme les autres professionnels de santé concernés, ont un rôle important. C'est une consultation qui demande du temps ainsi que de l'expérience qui s'acquière au fil des rencontres avec les femmes victimes d'excision. Le praticien doit avoir une bonne connaissance à la fois clinique, anatomique, culturelle et sexologique des MSF (20).

Le Dr Wehenkel s'est également intéressé au ressenti des médecins généralistes. 82,5% des femmes et 70,5% des hommes se sentaient « *concernés* » par les MSF. De plus, 45,2% des

hommes et 29,8% des femmes pensaient savoir orienter les patientes vers une prise en charge spécialisée (38).

Le Dr Horoks a mis en lumière le fait qu'aborder sa mutilation avec un professionnel de santé a eu des conséquences pour une majorité de femmes mutilées en Seine-Saint-Denis : demande de lubrifiant, demande de chirurgie réparatrice, établissement de certificat de contre-indications aux rapports sexuels ... (41).

Dans notre étude, nous avons proposé une question regroupant cinq items sur le rôle du professionnel de santé. 15% des participants ont su répondre de façon correcte à cette question mais la proportion de bonnes réponses diffère de façon importante entre les différents items. Si 82% des IMG ont notion de l'obligation du recueil du consentement d'une femme majeure pour révéler l'existence de la MSF, il n'y a que 35% des participants qui ont connaissance du possible établissement d'un certificat de non-excision pouvant être utilisé comme certificat médical ultérieurement.

4.4. Ouverture sur des recherches futures

Ce travail est un premier pas dans l'élaboration d'une mise en place d'une formation commune entre les différents professionnels de santé.

Cette étude descriptive a été menée au niveau du Poitou-Charentes. Avec l'intégration de ces quatre départements dans la région Nouvelle-Aquitaine, il serait intéressant de refaire cette enquête au niveau de cette nouvelle région afin d'avoir une meilleure participation et mener une étude analytique afin de savoir si les différents facteurs observés (sexe, région d'origine, confrontation antérieure aux MSF ...) ont une influence significative ou non.

Malgré ses points forts, il est nécessaire de mener d'autres études auprès de tous les professionnels de santé en devenir pouvant être en contact au cours de leur profession avec une femme mutilée et ce, afin d'améliorer la prise en charge des patientes victimes de MSF (dépistage, information et orientation).

Il serait appréciable qu'un questionnaire unique soit distribué à tous ces futurs professionnels de santé afin de pouvoir avoir un point de vue global sur leurs formations et leurs niveaux de connaissances.

Afin de mener une étude aussi complète que possible, il serait judicieux d'établir un formulaire d'enquête en s'appuyant sur les questions posées au cours des différentes études déjà parues, en priorisant les questions ayant un rôle décisif dans la prise en charge des MSF telles que le sexe, l'âge, la connaissance des conséquences résultant de la pratique des MSF, la

connaissance des mesures de protection instaurées par la justice française et l'orientation professionnelle du futur professionnel de santé. En effet, selon la thèse menée par le Dr Chenniour Bibi, cette orientation joue un rôle décisif puisque les étudiants se destinant à une activité libérale en cabinet aborderaient moins le sujet que leurs collègues envisageant une carrière en milieu hospitalier ou mixte (12).

Suite à cette enquête, nous avons élaboré un programme de formation pouvant être proposé aux IMG afin de pouvoir prendre en charge de façon optimale une patiente mutilée (Annexe III).

En comparant les performances de nos praticiens aux médecins européens, nous pouvons observer que les praticiens généralistes suisses sont dans la même situation que nos médecins français. En effet, face à la «... *méconnaissance* ...» des médecins sur ce sujet, il a été décidé d'élaborer « *un document d'information faisant également office de code de conduite pour les professionnels de santé* » (6). A Londres, la formation des médecins fait aussi défaut sur ce sujet sensible (42).

Une étude observationnelle qualitative et prospective est actuellement menée par une étudiante sage-femme de l'école de Poitiers auprès des médecins généralistes et des sages-femmes libérales de Poitiers. Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la proportion de professionnels de santé pratiquant le diagnostic des MSF et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors du diagnostic et de la prise en charge des MSF. De plus, cette étude va également identifier les besoins des professionnels de santé afin de perfectionner le diagnostic et la prise en charge des MSF.

5. Conclusion

Le 8 mars 2007, messieurs Xavier Bertrand et Gilles de Robien ont signé la circulaire interministérielle N°DGS/SD2C/2007/98 relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations féminines à application immédiate. Il est stipulé dans cette circulaire que :

La formation des professionnels de santé et notamment des médecins, des sages-femmes, (...) constitue un élément essentiel de la prévention de nouvelles mutilations sexuelles et de la qualité de l'accompagnement des femmes mutilées » et que « 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, (...) C'est pourquoi, nous souhaitons que cette problématique relative aux mutilations sexuelles féminines soit une thématique intégrée systématiquement dans la formation des médecins ... (22).

Ce texte juridique met ainsi en avant que la formation des médecins mais aussi des sages-femmes doit contenir la prévention et le dépistage de telles pratiques mais également leurs conséquences médicales, la possibilité de chirurgie réparatrice et le cadre judiciaire français.

Notre étude MedMSF met en lumière un manque de formation des IMG. Or, ces derniers seront en première ligne pour le dépistage, l'information et l'orientation des patientes mutilées. Le manque de formation constaté laisse craindre un défaut de prise en charge de ces femmes mutilées et de leurs filles. Rappelons que notre enquête a montré que 82% des participants n'avaient jamais été confrontés aux MSF, 12,5% des IMG se sentaient capables de définir le type de mutilation observé et 8% se disaient capables de prendre en charge une patiente mutilée.

Au vu des résultats, il semblerait qu'avoir été confronté aux MSF ne permette pas une meilleure reconnaissance de la MSF à l'examen clinique ni des complications qui en résultent confirmant ainsi les résultats émis par la thèse du Dr Chenniour Bibi sur l'importance de la formation théorique dispensée à la faculté de médecine. Cependant, une confrontation antérieure à ces mutilations permettrait aux médecins généralistes de demain d'acquérir une meilleure confiance en soi quant à leur prise en charge.

Une proposition de programme de formation a été établie suite à l'enquête MedMSF (Annexe III). Il serait judicieux de le tester auprès de plusieurs promotions d'IMG et d'en faire une évaluation afin de le faire évoluer si cela s'avère nécessaire.

6. Les références bibliographiques

1. Ministère de la santé et des sports. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2016 [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf>
2. Peinchaud E. Mutilations Sexuelles Féminines [Internet]. Paris, France: Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme; 2013 nov [cité 10 nov 2017] p. 1. Disponible sur: http://www.cncdh.fr/sites/default/files/cp_msf_cncdh_291113_0.pdf
3. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Les mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi [Internet]. [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/depliant_Mutilations_sexuelles_feminines_VF_web.pdf
4. Andro A, Cambois E, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2009 [cité 31 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/mutilations-sexuelles-france/>
5. Andro A, Cambois E, Cirbeau C, Lesclingand M. Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice [Internet]. Paris, France: INED; 2009 mars [cité 25 nov 2017] p. 116. Disponible sur: https://www.univ-paris1.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf
6. Hohlfeld P, Thierfelder C, Jäger F. Mutilations génitales féminines : Recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé [Internet]. 2005 [cité 10 oct 2017] p. 9. Disponible sur: https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/FGM-Guidelines_f_FMH.pdf
7. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, Mission interministerielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2017 [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/02/Lettre-ONVF-11-MSF-fev-17.pdf>
8. D Y-M. Mutilations sexuelles : former les professionnels de santé. Option Bio. avr 2015apr. J.-C.;26(524):4.
9. Lahalle M. Trois millions de femmes sont victimes de mutilations génitales chaque année dans le monde. Le Figaro. 6 févr 2018apr. J.-C.;1.

10. Gherici N. Les mutilations sexuelles féminines : évaluation de la formation des étudiants sages-femmes. Lyon; 2015.
11. Laurens Doucoure A, Piet E. Les Internes en Médecine Générale Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement [Internet]. [Faculté de Médecine Paris Descartes]: Université Paris Descartes (Paris 5); 2011 [cité 30 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.docteurmilie.fr/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/THESE.pdf>
12. Cheniour Bibi S. Mutilations sexuelles féminines : connaissances, pratiques et déterminants de l'abord du thème en consultation chez les étudiants en médecine générale [Internet]. [Faculté de médecine Pierre et Marie Curie]: Université Paris VI; 2011 [cité 25 oct 2017]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cheniour_these.pdf
13. Remy M. Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien prénatal individuel dans la prévention des mutilations sexuelles féminines [Internet]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2008 [cité 28 juin 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2008_REMY_MARLENE.pdf
14. Rettel V. Mutilations sexuelles féminines et accouchement : Pour une prise en charge adaptée [Internet]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2009 [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_RETTEL_VIRGINIE.pdf
15. Tatin H, Zouzouo M. Comportements des lors de la prise en charge des mutilations génitales féminines à Toulouse. [Internet]. [Toulouse]: Université de Toulouse III; 2016 [cité 30 oct 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1130/1/2015TOU31089%2D1090.pdf>
16. Tisserand C, Jean-Damien A. Mutilations sexuelles féminines : évaluation des connaissances et de la prise en charge chez les praticiens de Côte d'Or et de Saône-et-Loire. Université de Bourgogne; 2015.
17. Boulet P, Morisse-Sanson M. Les mutilations sexuelles féminines : étude qualitative sur les ressentis et besoins en formation des médecins généralistes de Haute-Normandie. [Rouen]; 2012.
18. Lecalvez L, Remy A. Analyses des pratiques des médecins généralistes face aux mutilations sexuelles féminines : enquête dans le département de Seine-et-Marne. Université Pierre et Marie Curie Paris; 2009.

19. Ivorra-Deleuze D. Mutilations sexuelles de la femme : y avez-vous été confronté ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juill 2009;37(7–8):683.
20. Schwarz F, Piketty M. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines : Quel est le rôle du médecin généraliste en Centre de Planification Familiale? [Internet]. [CPEF Asnières-sur-Seine]; 2013 [cité 3 août 2016]. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/memoirecpef.pdf>
21. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. Lyon; 2013 déc [cité 15 mai 2017] p. 20. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
22. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire interministerielle relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations féminines [Internet]. N°DGS/SD2C/2007/98 mars 8, 2007 p. 4. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_formation_medicale_mutilations_sexuelles.pdf
23. HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNFPA, et al. Eliminer les mutilations sexuelles féminines - Déclaration interinstitutions [Internet]. OMS. 2008. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441_fre.pdf
24. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Ce que dit la loi - Mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Mutilations-sexuelles-feminines.html>
25. Bedeau J. BILAKORO - vidéo Dailymotion [Internet]. 2006 [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.dailymotion.com/video/x55boeg>
26. Sharpe M, Foley R, La Rose T. Selon l'UNICEF, une majorité d'hommes et de femmes est opposée à la mutilation génitale féminine dans les pays où persiste cette pratique [Internet]. UNICEF. 2016 [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/media/media_91902.html
27. UNICEF. UNICEF - Protection de l'enfant contre la violence et les mauvais traitements - Mutilation génitale féminine/excision [Internet]. [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/protection/index_genitalmutilation.html
28. OMS. OMS | Mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2016 [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>

29. UNHCR. L'asile : ultime protection contre les mutilations génitales féminines | Excision, parlons-en ! [Internet]. Excision parlons-en ! 2013 [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.excisionparlonsen.org/hcr-lasile-ultime-protection-contre-les-mutilations-genitales-feminines/>
30. OMS. Quels sont les risques liés aux mutilations sexuelles féminines ? [Internet]. Excision, parlons-en ! 2008 [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.excisionparlonsen.org/quels-sont-les-risques-lies-aux-mutilations-sexuelles-feminines/>
31. Le Monde. 200 millions de victimes de mutilations génitales dans le monde. Le Monde.fr. 2016;1.
32. Habibbi A. L'AFRIQUE INTIME « Rien dans le Coran n'exige l'excision des filles ». Le Monde.fr. juill 2016;1.
33. Jah Njiké A. L'AFRIQUE INTIME Femme noire, femme blanche, ensemble contre l'excision. juill 2016;1.
34. Alet C. Exciser la souffrance, Libération cite le GAMS [Internet]. Fédération GAMS. 2012 [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: <http://federationgams.org/2012/11/06/exciser-la-souffrance-liberation-cite-le-gams/>
35. Joubert E, Sarfati R. Chirurgie réparatrice du clitoris après mutilation sexuelle: suivi des premières patientes de l'unité du chu de Poitiers. [France]: Poitiers; 2009.
36. Kelly E, Hillard P. Female genital mutilation. In: PubMed [Internet]. 2005 [cité 30 nov 2017]. p. 1. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16141763>
37. Loiselet-Doulcet B, Bourillet-Lambert C. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995 [Internet]. [Faculté de Médecine de Brest]: Université de Bretagne Occidentale; 2008 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: http://www.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/These_Benedicte_Loiselet-Doulcet.pdf
38. Wehenkel M, Castanedo G. Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale [Internet]. [Faculté de Médecine Saint-Antoine]: Université Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2007 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/wehenkel_these_mutilations-2.pdf
39. Gadallah MA, Sallem M, Tag-Eldin MA, Mansour E, Abdel-Aty M, Al-Tayeb MN. Prevalence of female genital cutting among Egyptian girls [Internet]. [Egypte]: Faculty of Medicine, Ain Shams University; 2008 [cité 15 nov 2017]. Disponible sur:

https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0042-96862008000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

40. Poulain A-C, Piet E. Les mutilations sexuelles féminines: les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis [Internet] [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2007 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: <http://doxa.scd.univ-paris12.fr/theses/th0487183.pdf>
41. Horoks M, Piet E. Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale [Internet]. [Faculté de médecine Pierre et Marie Curie]: Université Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2008 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/these-oroks_sans_annexes.pdf
42. Relph, Yoong W, Inamdar R, Singh H. Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. In: PubMed [Internet]. 2013 [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23434403>

7. Les annexes

7.1. Le questionnaire de notre étude MedMSF (Annexe I)

Les réponses correctes sont en gras.

Mutilations sexuelles féminines (MSF) : ressentis et besoins en formation des internes en médecine générale (Etude MedMSF)

ATTENTION : tous les mots écrits ont leur importance !

I- Renseignements généraux

Êtes-vous : A- Un homme B- Une femme

Dans quelle ville se situe votre faculté de médecine d'origine (avant ECN) ? :

Avant votre internat, avez-vous effectué un stage dans un service de gynécologie-obstétrique ?

A- Oui B- Non

Combien de semestre d'internat avez-vous effectué jusqu'à aujourd'hui (en comptant le semestre actuel) ?

Dans quelle ville êtes-vous actuellement en stage ?

Dans quel service êtes-vous actuellement en stage ?

Avez-vous déjà été confronté(e) aux mutilations sexuelles féminines ?

A- Oui B- Non

Si oui, dans quel cadre y avez-vous déjà été confronté(e) (stage, cadre personnel ...) ?
.....

Avez-vous déjà fait partie d'une association humanitaire ?

A- Oui B- Non

Pensez-vous être capable de suivre une patiente ayant subi une MSF (l'informer et l'orienter sur les plans clinique, thérapeutique, judiciaire ...) ?

A- Oui B- Non

II- Connaissances générales et pratique clinique

Si le continent africain est le plus touché par les MSF, la France est elle aussi affectée par ces pratiques. Selon l'INED, combien de femmes mutilées vivent actuellement en France ?

A- Entre 500 et 800

B- Entre 1 500 et 2 000

C- Entre 20 000 et 25 000

D- Entre 50 000 et 60 000

E- Entre 90 000 et 100 000

L'OMS a classé les MSF en différents stades. Combien en existe-t-il ?

A- 2

B- 3

C- 4

D- 5

E- 6

Lors d'un examen clinique, vous observez chez votre patiente une ablation du clitoris ainsi qu'une ablation totale des petites lèvres génitales. A quel stade de mutilation génitale cela correspond-t-il (donnez le chiffre) ? **Stade 2**

III- Les complications médicales

Parmi les complications citées ci-dessous, lesquelles peuvent être observées chez une femme mutilée sexuellement juste après son « opération » ?

- A- **Douleur intense**
- B- Hémorroïdes
- C- **Infections**
- D- **Hémorragies**
- E- **Décès**

Parmi les complications citées ci-dessous, lesquelles peuvent être observées chez une femme mutilée à tout moment de la vie ?

- A- **Infections**
- B- Rectorragies
- C- **Dyspareunies**
- D- Hématuries
- E- **Psychotraumatisme**

Concernant les conséquences sexuelles :

- A- La majorité des femmes mutilées ont encore la possibilité de connaître l'orgasme
- B- **Pour certaines femmes, avoir des rapports sexuels devient impossible**
- C- **Pour certaines femmes, une diminution de la libido est visible**
- D- Le vaginisme n'est pas une conséquence sexuelle des MSF
- E- **Suite à leur mutilation, certaines femmes perdent toute leur sensibilité sexuelle**

Existe-t-il des complications obstétricales suite à la pratique des MSF ?

- A- **Oui**
- B- Non

Ces MSF peuvent-elles être à l'origine du décès du nourrisson ?

- A- **Oui**
- B- Non

IV- Les causes

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

- A- La religion musulmane encourage la pratique des MSF
- B- Le respect des coutumes est en grande partie responsable de la persistance des MSF**
- C- La pratique des MSF a pour but de s'assurer de la fidélité conjugale**
- D- Dans les pays où les MSF persistent, une majorité d'hommes et de femmes se positionnent contre la pratique de ces MSF**
- E- Afin de justifier le maintien de ces MSF, certaines personnes mettent en avant que le clitoris peut être dangereux pour l'homme et le bébé à naître**

V- Les actions mises en place

L'ONU s'est fixé pour objectif l'arrêt de la pratique de ces MSF dans le monde. Pour quelle année cet objectif est-il visé ?

- A- 2020
- B- 2030**
- C- 2040
- D- 2050
- E- 2060

Aujourd'hui, il existe une chirurgie réparatrice du clitoris : la clitoridoplastie. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

- A- Si on définit un tissu sain comme étant un tissu vascularisé et innervé, on peut affirmer que, selon le type de mutilation pratiquée, des tissus sains ne sont pas toujours présents en profondeur
- B- L'intervention chirurgicale se fait obligatoirement sous anesthésie générale
- C- La technique utilisée lors de cette opération fait appel à des principes simples de chirurgie plastique**
- D- La France est le seul pays au monde où cette opération est remboursée**
- E- Une prise en charge multidisciplinaire des patientes est indispensable**

Concernant la clitoridoplastie, quelles propositions sont justes ?

- A- La durée de l'intervention se situe entre 60 et 80 minutes
- B- La durée de l'hospitalisation est d'une nuit**
- C- Les suites opératoires sont souvent simples**
- D- Le suivi opératoire comprend des rendez-vous à 15 jours, 1 mois, 2 mois et 8 mois et 1 an
- E- Une des complications possibles est l'hématome**

Connaissez-vous une association que vous pourriez conseiller à une femme ayant subi une MSF ?

- A- Oui
- B- Non

Si oui, pouvez-vous nous donner le nom de cette association ?

CAMS, GAMS, MFPP, CNIDFF, Femmes solidaires, Le Planning Familial, Gynécologie sans frontières, SOS Femmes Battues

VI- La justice

Aujourd'hui, que dit la loi française ?

- A- Elle permet la condamnation d'un acte commis à l'étranger si la victime est française**
- B- Elle protège une victime étrangère résidant habituellement en France**
- C- Une femme mutilée dispose d'un délai de 10 ans après sa majorité pour porter plainte
- D- Si la mutilation a été faite à l'étranger, la justice française prévoit l'application des sanctions du pays où a été réalisée la MSF
- E- Le fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sexuelle est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 50 000 euros d'amende

Quel rôle pour le professionnel de santé ?

- A- Le code pénal autorise la levée du secret professionnel sous certaines conditions**
- B- Les professionnels de santé ne concourant pas directement à la politique de protection de l'enfance ne sont pas autorisés à révéler l'information préoccupante au président du conseil départemental mais ont l'obligation de tout mettre en œuvre pour que le danger cesse
- C- Si une famille demande à être aidée pour protéger une fillette d'un risque d'excision (notamment à l'occasion d'un voyage dans leur pays d'origine), il est possible d'établir un certificat de non-excision (ce document pouvant être utilisé comme un certificat médical ultérieurement)**
- D- Pour une jeune femme majeure, le praticien doit recueillir le consentement de sa patiente avant de révéler l'existence de la MSF à l'autorité judiciaire**
- E- Les mineures étrangères étant menacées de MSF dans leur pays d'origine peuvent déposer une demande d'asile à la France sous ce motif**

7.2. Réactions des internes suite au lancement de l'enquête MedMSF (Annexe II)

« Bonjour,

Serait-il possible d'avoir la réponse aux questions du formulaire ? Le sujet est très intéressant. Bon courage pour votre mémoire !

Cordialement »

« Bonjour,

Je viens de répondre à votre questionnaire.

Ce sujet est particulièrement intéressant mais malheureusement méconnu.

C'est pour cela que je pense qu'il aurait fallu dans ce questionnaire, une possibilité de réponse libre ou de cocher " ne sait pas".

Pour ma part, beaucoup de question ont été répondues au hasard ... mais du coup je suis allée consulter le site de l'OMS qui possède un article sur le sujet.

Bon courage pour la suite,

Bien cordialement »

« Salut !

Je suis interne en médecine, je viens de répondre à ton questionnaire. J'aurais aimé avoir les réponses, ça te dérangerait ?

Si ça te prend trop de temps, je les trouverai sur le net.

Bonne journée »

« *Serait-il possible d'avoir les réponses justes à ce questionnaire? C'est vraiment intéressant et frustrant de ne pas avoir les réponses!*

Merci

Bon courage pour la thèse,

Cordialement »

« *Voici mes réponses, n'hésitez pas à m'envoyer un cours sur le sujet ainsi que l'étude une fois terminée.*

Cordialement »

7.3. Programme de formation pouvant être proposé aux internes en médecine générale (Annexe III)

I- Un cours théorique

- Les différents types de mutilations selon l'OMS
- Epidémiologie à l'échelle mondiale, européenne et française
- Les données socio-culturelles à l'origine de la pratique des MSF
- Les conséquences de la pratique des MF : médicales, obstétricales, sexuelles et psychologiques selon le type de mutilation
- La chirurgie réparatrice : avantages et limites
- Le droit français
- Les associations et ONG
- Visualisation du film « Bilakoro » de J. Bedeau

II- Un cours plus centré sur la pratique

- Analyse de la brochure « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines »

III- Une séance de travaux pratiques

- Séance pratique sur un mannequin féminin pour reconnaître les différents types de mutilations

RESUME

Introduction : Les mutilations sexuelles féminines sont un problème de santé publique à l'échelle mondiale et la France n'est pas épargnée par ces pratiques. Il était donc intéressant de s'interroger sur les connaissances des futurs médecins sur un sujet aussi sensible.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale afin de faire un état des lieux des connaissances des internes en médecine générale de la région Poitou-Charentes. Notre questionnaire a été élaboré en nous basant sur des sites officiels accessibles à tous et sur des thèses. Il était disponible en ligne et en version papier.

Résultats : 87.5% des étudiants ayant participé à notre enquête sont dans l'impossibilité d'identifier le stade de mutilation d'une patiente. Les étudiants de sexe féminin semblent plus à même de définir le type de mutilation observé tout comme les étudiants venant de région abritant un grand nombre de femmes mutilées. Avoir été confronté aux mutilations ne permettrait pas une meilleure reconnaissance de la mutilation à l'examen clinique mais une meilleure confiance en soi quant à sa prise en charge. 82% des participants à l'enquête n'ont jamais été confrontés aux mutilations et 8% se disent capables de prendre en charge une patiente mutilée.

Conclusion : Un manque de connaissance des internes a été mis en évidence. Il serait intéressant de tester le programme de formation proposé suite à cette enquête et mener une étude analytique à plus grande échelle afin de savoir si les paramètres étudiés (sexe, stage en gynécologie lors de l'externat, région d'origine, confrontation antérieure aux mutilations et ressenti sur sa prise en charge) ont une influence significative ou non.

Mots-clés :

BDSP : appareil génital féminin ; excision ; évaluation connaissance ; internat

ABSTRACT

Introduction : Female genital mutilation is a public health matter worldwide and France hasn't been spared from these practices. It was interesting to assess the knowledge of future doctors [and health professionals] about such a sensitive topic.

Method : We elaborated a transversal descriptive investigation to create an inventory of future doctors' knowledge in Poitou-Charentes. We elaborated our topic based on official websites and dissertations. They were available online and also in hard copy versions.

Results : 87.5% of the students who participated in our study were unable to identify the mutilation stage of a patient. Female students were more apt to define the mutilation stage as well as students who came from areas where a large number of mutilated women resided. A past encounter with mutilation does not allow better recognition of mutilation during a physical examination but, [on the other hand], provides more self-confidence concerning how it should be managed. 82% of the participants had never seen a form of female genital mutilation and 8% said they felt capable of managing a mutilated patient's case.

Conclusion : The interns' lack of knowledge about this topic was highlighted. It would be interesting to test the training program that was offered at the end of our investigation and do an analytical study on a larger scale to find out whether the parameters that were studied (sex, gynecological training during internships, regional origin, past encounters with mutilations and feelings related to their management) have a significant influence or not.

Keywords :

MeSH : circumcision female ; health knowledge, attitudes, practice ; female genital ; students, medical

RESUME

Introduction : Les mutilations sexuelles féminines sont un problème de santé publique à l'échelle mondiale et la France n'est pas épargnée par ces pratiques. Il était donc intéressant de s'interroger sur les connaissances des futurs médecins sur un sujet aussi sensible.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale afin de faire un état des lieux des connaissances des internes en médecine générale de la région Poitou-Charentes. Notre questionnaire a été élaboré en nous basant sur des sites officiels accessibles à tous et sur des thèses. Il était disponible en ligne et en version papier.

Résultats : 87.5% des étudiants ayant participé à notre enquête sont dans l'impossibilité d'identifier le stade de mutilation d'une patiente. Les étudiants de sexe féminin semblent plus à même de définir le type de mutilation observé tout comme les étudiants venant de région abritant un grand nombre de femmes mutilées. Avoir été confronté aux mutilations ne permettrait pas une meilleure reconnaissance de la mutilation à l'examen clinique mais une meilleure confiance en soi quant à sa prise en charge. 82% des participants à l'enquête n'ont jamais été confrontés aux mutilations et 8% se disent capables de prendre en charge une patiente mutilée.

Conclusion : Un manque de connaissance des internes a été mis en évidence. Il serait intéressant de tester le programme de formation proposé suite à cette enquête et mener une étude analytique à plus grande échelle afin de savoir si les paramètres étudiés (sexe, stage en gynécologie lors de l'externat, région d'origine, confrontation antérieure aux mutilations et ressenti sur sa prise en charge) ont une influence significative ou non.

Mots-clés :

BDSP : appareil génital féminin ; excision ; évaluation connaissance ; internat