

Dr Justine DORCHIES
Mémoire de DIU « Santé des Migrants »
Paris XIII - 2017

**DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE
DES MUTILATION SEXUELLES FEMININES
DANS LES PASS GENERALISTES
POUR ADULTES**

Abréviations

INED institut national des études démographiques

MSF mutilations sexuelles féminines

OMS organisation mondiale de la santé

PASS permanence d'accès aux soins de santé

UNICEF fonds des nations unies pour l'enfance

Plan

Introduction

I. Rappel sur les MSF

1. Définition
2. Classification
3. Conséquences sur la santé
4. Epidémiologie
5. Aspect juridique

II. Résultats commentés de l'étude

1. Méthodologie
2. Présentation du questionnaire
3. Résultats et commentaires

III. Réflexions

1. Un dépistage possible des MSF en PASS généralistes
2. Pertinence d'un dépistage dans les PASS généralistes
3. Propositions concrètes

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Introduction

Pourquoi ce sujet ?

Médecin généraliste en PASS pour adultes et en CVI à temps partiel depuis une quinzaine d'année, la question du dépistage et de la prise en charge des MSF s'est posée à moi suite à une journée de pédiatrie tropicale sur cette thématique

Une prise de conscience s'en est suivie avec une modification de ma pratique en CVI mais pas en PASS...

Pourquoi ?

- en CVI, nous intervenons essentiellement en prévention vis à vis des filles qui retournent dans leur pays d'origine de leurs parents : les MSF sont abordées sous l'angle préventif et juridique
- en PASS, les patients rencontrés au début de mon expérience étaient plutôt des hommes, ou des femmes âgées, ou des femmes plus jeunes mais enceintes : cette thématique n'entraînait pas en jeu. Mais je me suis aperçue que désormais davantage de femmes jeunes et isolées se présentaient
- récemment l'une d'elles a consulté pour un motif autre et m'a fait part de sa demande d'asile car elle avait fui son pays pour protéger sa fille de MSF ; la grande sœur de cette dernière étant morte lors d'une excision. La maman bénéficie déjà d'un soutien psychologique dans une association et la prise en charge chirurgicale n'est pas d'actualité.
- alors comment moi-même mieux aborder ce sujet avec les patientes ? est ce le lieu ? qu'en pensent mes collègues ?

Comment ?

A la suite de plusieurs thèses de médecine décrivant la connaissance et la prise en charge des MSF chez différentes populations médicales, j'ai proposé un questionnaire aux médecins exerçant dans des PASS généralistes (prenant en charge des adultes).

I. Rappel sur les MSF :

1. Définition :

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) désignent toutes les interventions sur les organes génitaux externes de la femme sans raisons médicales.

Elles sont une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes.

2. Classification :

Selon l'OMS, il existe différents types de mutilation génitale féminine :

Type 1 – Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris et, plus rarement, seulement du prépuce.

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

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

Type 4 – Non classées : toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques (ponction, percement, scarification, cautérisation)

Les types I et II sont les plus fréquentes (> 80%). Les types III sont plus rares (15%) et très localisées.

En annexe 1, un article décrit les MSF à l'aide schémas et de photographies couleurs.

3. Conséquences sur la santé :

Elles sont liées au type de mutilation pratiquée.

L'OMS les classe en 3 catégories :

- les conséquences médicales à court terme, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'événement
- les conséquences médicales à long terme, comme les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales et souffrance fœtales), les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence
- les conséquences psychologiques, mentales et sociales comme l'altération de la sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisse, dépression)

4. Epidémiologie :

Géographique :

Les MSF sont pratiquées essentiellement dans 29 pays (4).

Groupe 1 : 8 pays à très haute prévalence (>80%) : Somalie, Guinée, Djibouti, Egypte, Erythrée, Mali, Sierra Leone, Soudan.

La grande majorité des femmes est excisées.

Groupe 2 : 5 pays à prévalence modérément élevée (entre 51 et 80%) : Gambie, Burkina Faso, Ethiopie, Mauritanie, Libéria.

Groupe 3 : 6 pays à prévalence modérée (entre 26 et 50%) : Guinée-Bissau, Tchad, Côte d'Ivoire, Kenya, Nigéria, Sénégal.

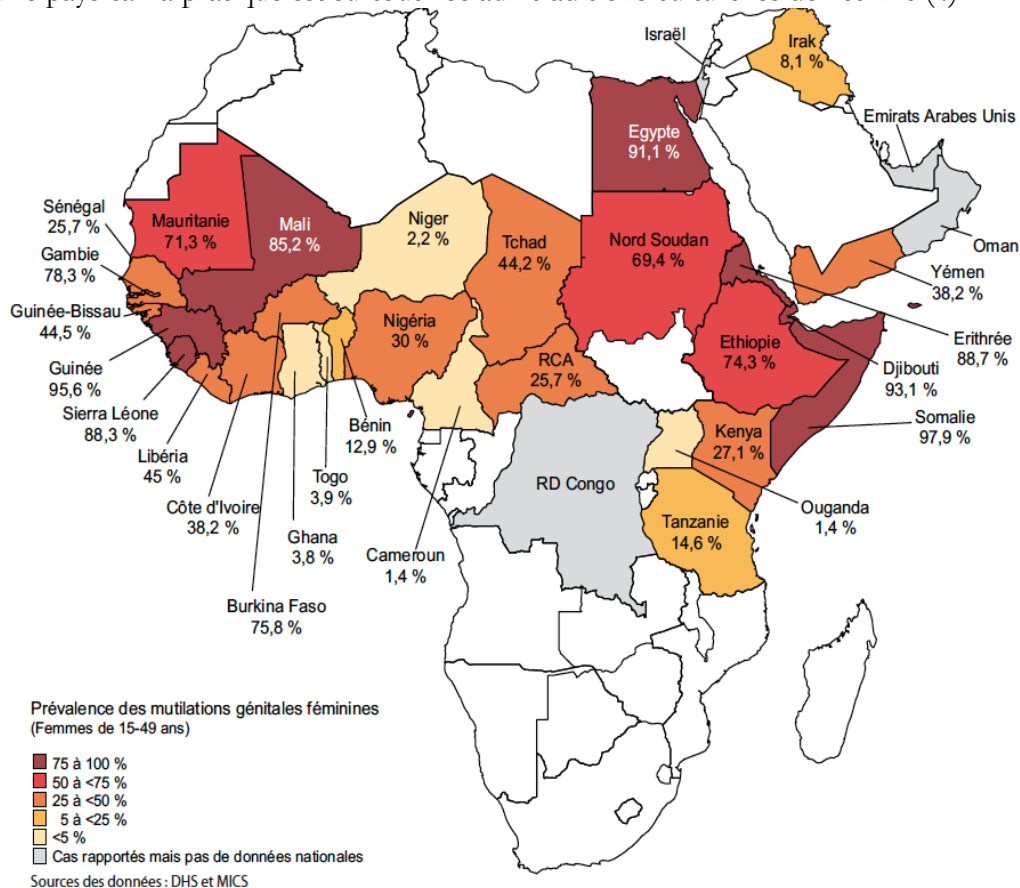
Dans les groupes 2 et 3, la proportion varie selon l'ethnie, la catégorie sociale et la génération ; seules certaines fractions de la population étant touchées.

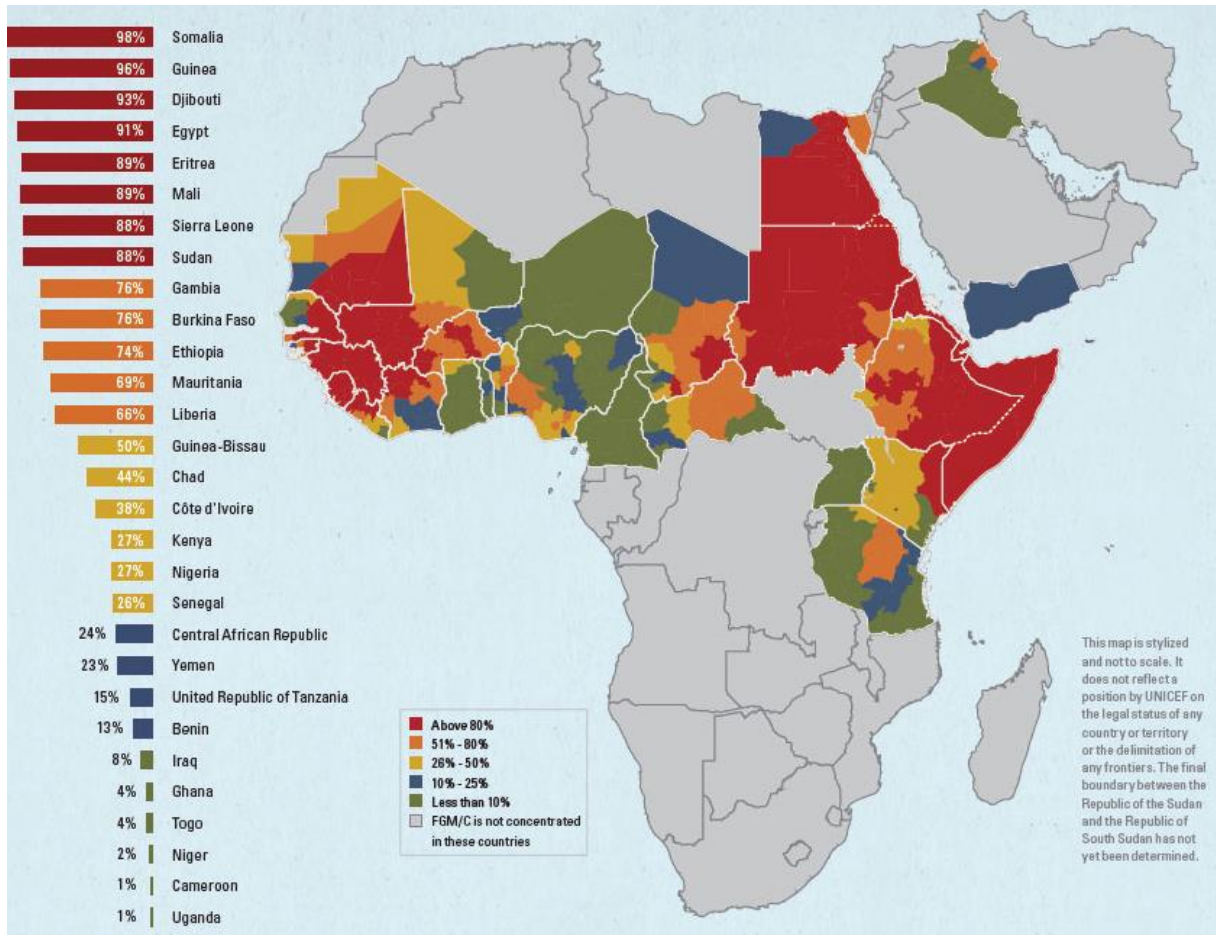
Groupe 4 : 4 pays à faible prévalence (entre 10 et 25%) : République centrafricaine, Yémen, Tanzanie, Bénin.

Groupe 5 : 6 pays à très faible prévalence (<10%) : Irak, Ghana, Togo, Niger, Cameroun, Ouganda

Dans les groupes 4 et 5, seules quelques minorités ethniques sont concernées.

Il ne faut pas oublier que la prévalence nationale masque les différences entre les régions d'un même pays car la pratique est surtout liée aux traditions culturelles de l'ethnie (4).





unicef 2016



Générale :

Les femmes les plus jeunes sont plus opposées à l'excision, ainsi que celles vivant en milieu urbain (en rapport avec un niveau d'études plus élevé et un accès à l'information spécifique et à une éducation facilitée) (2).

La volonté des mères de faire exciser leur fille n'a pas une place prépondérante : caractère « collectif » de la prise de décision (clan, famille élargie) et « féminin » bien que les hommes ont une opinion non négligeable en faveur du maintien de cette pratique (2).

La pratique de l'excision existe au sein de toutes les communautés religieuses, même s'il existe globalement une prédominance au sein des communautés musulmanes dans les pays concernés (2). Néanmoins c'est une pratique rituelle n'ayant aucune justification religieuse (3).

Elle reste réalisée par les praticiens traditionnels en général. Les professionnels de la santé interviennent dans 3 pays : en Egypte (75%), au Soudan (45%) et au Nigeria (35%) (2).

La pratique recule dans la plupart des pays. Elle dépend beaucoup de la mobilisation des Etats.

En France, la tendance est également à la régression surtout depuis les années 1980 suite à la réponse judiciaire de l'Etat et préventive et informative des associations. Le risque qu'une fille dont la mère est excisée le soit à son tour si elle est née en France est de 3%. Il est surtout présent en cas de retour au pays.

5. Aspect juridique :

Législation française :

Les MSF sont interdites et punies par la loi française.

La loi protège tous les enfants qui vivent en France quelle que soit leur nationalité.

La loi française s'applique pour les mutilations commises en France comme à l'étranger.

L'auteur d'une mutilation commise à l'étranger, qu'il soit français ou étranger, peut être poursuivi en France si la victime est de nationalité française ou bien si elle est étrangère et réside habituellement en France.

Une action en justice peut être engagée 20 ans après la majorité de la victime.

Le médecin :

- doit faire un signalement en cas de constat d'une MSF chez une mineure (levée du secret professionnel)
- doit protéger en cas de menace d'excision en France ou à l'étranger (CRIP, Procureur de la République du TGI, services sociaux) (cadre de la non-assistance à la personne en danger)
- peut lever le secret professionnel si la femme est majeure et donne son accord et alerter le Procureur de la République du TGI

Situation internationale :

La lutte contre les MSF s'appuie sur des chartes et des conventions internationales.

Dès 1952, les MSF apparaissent dans une résolution de la commission des droits de l'homme des Nations Unies.

Mais ce n'est qu'en 2003 que l'ensemble des pays de l'Union Africaine adopte une charte qui interdit et condamne explicitement les MSF.

Parmi les 29 pays où se concentrent actuellement les MSF, nombreux ont une législation spécifique mais les lois sont encore rarement appliquées. L'action est axée principalement sur la prévention et l'information.

C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à soutenir les demandes d'asile pour des parents voulant protéger leur fille.

II. Résultats commentés de l'étude :

1. Méthodologie :

Un questionnaire réalisé sur Google Forms a été transmis par mail à des praticiens exerçant dans des PASS généralistes pour adultes.

La diffusion par mail s'est faite à plusieurs niveaux :

- direct : praticiens concernés de ma connaissance
- indirecte : entourage de ces praticiens
- indirecte : le collectif PASS et les coordinations régionales

Il n'est pas possible de savoir le nombre des médecins qui a reçu le questionnaire, ni si toutes les régions ont été contactées.

La diffusion du questionnaire a débuté le 6 avril 2017.

Les réponses sont échelonnées entre le 6 avril et le 3 mai 2017.

Le questionnaire a été fait volontairement court, à choix simple ou multiples, sans questions ouvertes.

Néanmoins, certains médecins m'ont contactée par mail pour me faire part de leurs remarques/questions.

2. Présentation du questionnaire :

Vingt-deux questions sont posées.

Le questionnaire se trouve en annexe 3.

- Questions concernant le praticien :
 - o niveau d'étude,
 - o sexe
 - o région géographique d'exercice
 - o exercice sans/sur RDV
- Questions générales sur les patients :
 - o proportion de « migrants »
 - o proportion de femmes
 - o origine géographique des patientes
- Questions générales sur les connaissances des praticiens sur les MSF :
 - o formation sur les MSF
 - o nombre de femmes excisées dans le monde
 - o nombre de femmes excisées vivant en France
 - o âge au moment de l'excision
 - o connaissance par les femmes de leur mutilation
 - o connaissance des complications tardives des MSF
 - o prise en charge multidisciplinaire des MSF
 - o prise en charge chirurgicale et financière des MSF

- Questions orientées sur le dépistage et la prise en charge des MSF dans leur pratique en PASS
 - thématique abordée spontanément de part et d'autre
 - prise en charge gynécologique en général
 - étiologie des symptômes génito-urinaires...
 - fréquence des consultations liées aux MSF
 - difficultés liées au dépistage
 - aide souhaitée du praticien pour la prise en charge des MSF

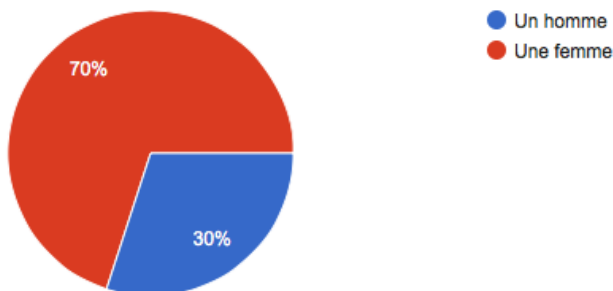
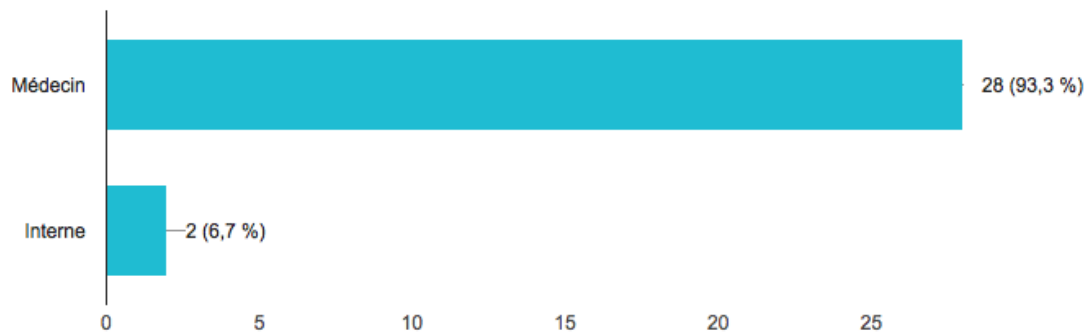
3. Résultats et commentaires :

Il s'agit d'une étude descriptive à partir des 30 réponses reçues.

Sur les 30 questionnaires, 7 n'ont pas été entièrement remplis (31,81%). Il manquait une réponse dans 5 cas, 2 réponses dans un cas et 1 réponse ne correspondait à la question posée qui a été ensuite reformulée (lieu *géographique* d'exercice)

Caractéristiques du praticien :

La majorité des praticiens est un médecin généraliste (seulement 2 internes ont répondu, ils ne pouvaient spécifier leur spécialisation, ni leur niveau), femme (21/30). Cette thématique est connue pour être plus aisément abordée entre femmes (5).



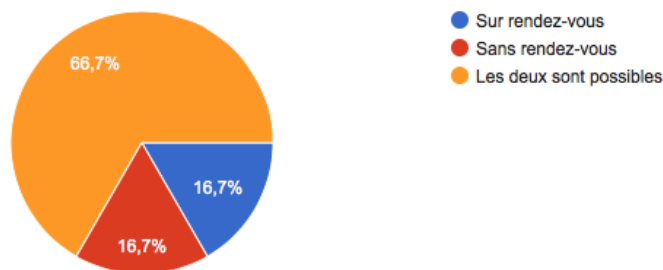
Les praticiens exercent :

- en région Ile de France pour la majorité (12/30)
- en région Rhône-Auvergne (5/30)
- en région PACA (4/30)
- divers : 2 (Ile et Vilaine et Haute Garonne)
- non répondu ou réponse erronée : 4

Il manque en particulier une participation de la Normandie et des Hauts de France qui font parties des régions où le risque de problème lié aux mutilations sexuelles est significatif (1).

Mode de consultation :

Les patients sont reçus sur les deux modes avec et/ou sans rendez-vous.



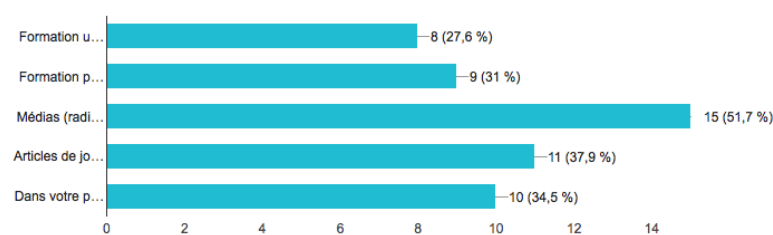
Connaissances des médecins sur les MSF :

Partant du principe que les termes « excision » ou « MSF » sont connus par tous les médecins (4), il n'est pas proposé « aucune connaissance » à la question à choix multiples « quelles sont vos sources sur les MSF ? ».

Cela peut être une explication au fait que cette question soit restée sans réponse dans un questionnaire.

Quelles sont vos sources concernant vos connaissances sur les MSF (plusieurs réponses possibles):

29 réponses



La première source citée est celle, sans surprise, des médias (15/30).

Pour l'illustrer, deux exemples récents :

- le Paris Match daté du 30 mars au 5 avril 2017 consacrait 4 pages sur cette thématique « Excision et maintenant les adolescentes... »
- une affiche dans un abribus du 18^e le 20 avril 2017 « alerte excision »



Les informations proviennent en général de sources multiples (16/30) et lorsqu'elle est unique (13/30) les médias viennent en premier (8/13), suivis des formations universitaires et postuniversitaires (5/13).

En 2004, l'Académie nationale de médecine française a établi des recommandations visant l'éradication des MSF. Elle recommande particulièrement l'amélioration des connaissances des MSF (dépistage, prise en charge, clinique) au sein du corps médical (études médicales et FMC) :

- aucun professionnel de santé, conformément aux directives de l'OMS de doit pratiquer une forme de mutilation sexuelle féminine quelle qu'elle soit
- penser à une complication d'une MSF lors d'une consultation pour troubles urinaires ou gynécologiques chez une patiente originaire d'un pays à risque
- lors d'une consultation d'une femme ayant subi une MSF : l'informer si nécessaire de sa mutilation, des conséquences possibles, de la possibilité d'une chirurgie réparatrice, de l'interdiction légale pour ses filles éventuelles et rechercher des séquelles
- lors d'une consultation d'une famille exposée au risque de MSF, il faut examiner la vulve de la fille et parler des complications médicales et pénales
- la constatation d'une MSF chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement auprès du Procureur de la République

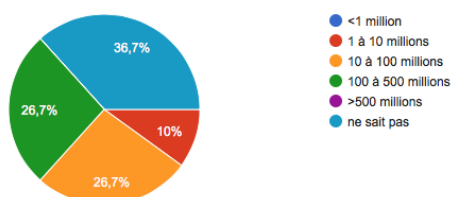
En 2007, une circulaire interministérielle a rendu obligatoire l'enseignement des MSF lors du Deuxième Cycle des Médicales et du Troisième Cycle des Etudes médicales des médecins généralistes.

Il existe un certain nombre de guides (remis régulièrement à jour et téléchargeable en ligne), de sites spécialisés et même une formation en ligne.
Une liste non exhaustive sera proposée dans la 3ème partie.

Plusieurs questions épidémiologiques sont ensuite posées.
Concernant le nombre de femmes excisées dans le monde, les réponses sont à peu près réparties de manière égale avec : un tiers de bonne réponse (8/30), un tiers sous évaluant le nombre (11/30) et un tiers ne prononçant pas (11/30).
En effet, selon le dernier rapport de l'UNICEF en 2016, plus de 200 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi une MSF.

Selon vous, combien de femmes dans le monde sont excisées ?

30 réponses

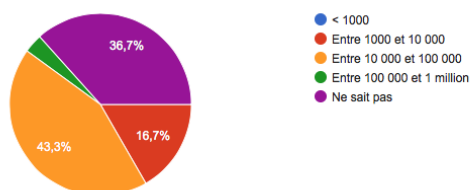


Concernant le nombre de femmes excisées en France, la même tendance est retrouvée : un tiers de bonne réponse (13/30), un tiers sous voire sur évaluant le nombre (6/30) et un tiers de sachant pas (11/30).

En 2004, il y avait un peu plus de 50 000 femmes adultes excisées en France d'après l'INED.
La connaissance de ces chiffres permet de prendre conscience de l'importance de ces pratiques.

Selon vous, combien de femmes vivant en France sont excisées ?

30 réponses



Concernant l'âge de l'excision, les deux réponses bonnes possibles sont « moins de 2 ans » et « entre 2 et 5 ans ».

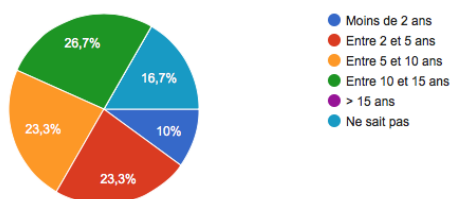
En effet, les enfants mutilés sont de plus en plus jeunes et la majorité des MSF sont pratiquées entre 0 et 4 ans (2).

Tous les praticiens notent une seule réponse possible : au moins une des deux bonnes réponses sont retrouvées pour un tiers (10/30). La moitié (15/30) pense qu'elles ont lieu entre 5 et 15 ans.

Dans le cadre de la consultation de PASS adulte, cette connaissance peut sembler superficielle. Pourtant, savoir que les femmes puissent être excisées bébés permet de comprendre qu'elles puissent le découvrir à l'âge adulte, par comparaison à d'autres femmes, au cours d'une consultation médicale, au moment d'une grossesse, par les médias... Cela joue aussi un rôle dans la prévention.

Selon vous, à quel(s) âge(s) l'excision est-elle le plus souvent réalisée ?
(plusieurs réponses possibles)

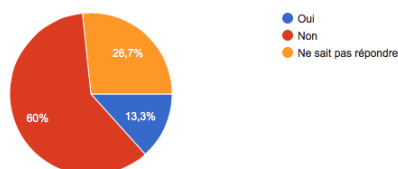
30 réponses



En effet, concernant la connaissance par la femme elle-même de sa mutilation : plus de la moitié des praticiens répond non (18/30), un peu moins d'un tiers oui (8/30) et le reste ne sait pas (4/30).

Selon vous, les femmes concernées sont-elles toujours au courant de leur mutilation ?

30 réponses



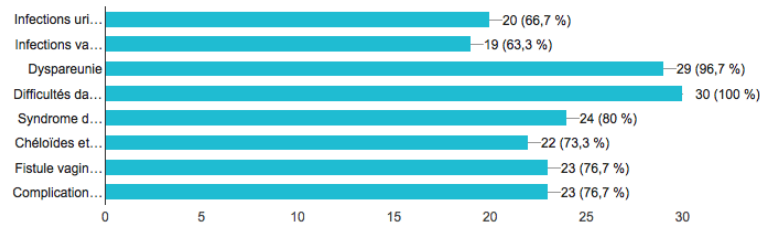
Sur le plan médical, la connaissance des complications tardives est évaluée dans une question à choix multiples (8) ; toutes les réponses sont possibles. Chaque médecin a coché au moins 3 réponses. Le trio gagnant est : difficultés dans la sexualité (30/30), dyspareunie (29/30) et syndrome de stress post traumatique (24/30). Ce résultat montre que les praticiens ont bien intégré la dénomination « mutilations féminines sexuelles » plutôt que « mutilations génitales » ou « excision » avec une approche globale de cette thématique (anatomique, psychique).

La revue de la littérature dont l'étude ExH met en évidence :

- des complications infectieuses avec des infections urinaires et génitales plus fréquentes (mais ne concerne pas les IST)
- des difficultés pour uriner (risque de rétention urinaire chronique), marcher, porter certains vêtements (qui peuvent être dues à une cicatrice chéloïde,, un kyste épidermique, un névrome du nerf dorsal du clitoris)
- une infertilité
- des complications obstétricales (risque plus important de déchirure, pas d'autres risques du fait de l'importance de la médicalisation importante de l'accouchement en France)
- des complications psychologiques (anxiété) et psychiatriques (syndrome de stress post traumatique)
- des complications d'ordre sexuel principalement (baisse du désir sexuel, dyspareunies)

Selon vous, les affections suivantes peuvent-elles être des complications tardives des mutilations sexuelles ? (plusieurs réponses possibles)

30 réponses



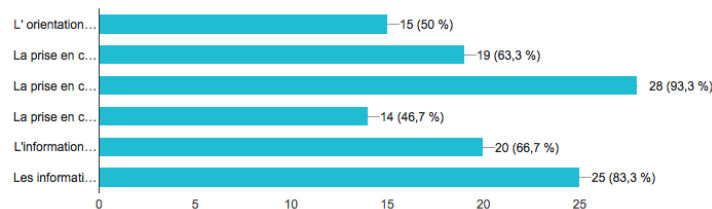
Dans le même sens, concernant la prise en charge des femmes excisées, l'approche multidisciplinaire est préconisée par la majorité des praticiens (28/30) qui cochent au moins 3 possibilités. L'accompagnement psychologique est plébiscité (28/30), alors que la chirurgie réparatrice n'est pas toujours envisagée (19/30), même par les médecins connaissant son existence (9/24) et pas seulement à cause du remboursement.

D'après l'étude ExH, la chirurgie réparatrice est surtout envisagée chez des femmes plutôt jeunes (moins de 35 ans) afin d'améliorer leur vie sexuelle, voire retrouver leur intégrité de femme. Par contre chez les femmes récemment arrivées en France et dans une grande précarité (matérielle et psychologique) la chirurgie n'est pas la priorité. Savoir qu'elle est remboursée par la sécurité sociale permet de la rendre accessible si les patientes obtiennent une couverture maladie.

Il est important de remarquer que l'aspect préventif chez les petites filles (25/30) et législatif sur l'interdiction (20/30) tient une place importante chez ces praticiens.

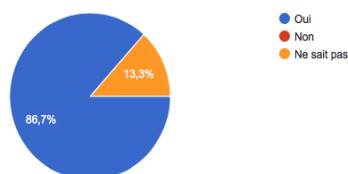
Selon vous, quelles sont les interventions importantes pour la prise en charge d'une femme ayant été excisée ?

30 réponses



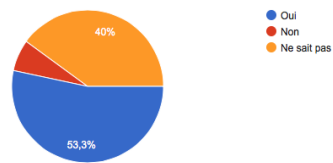
Selon vous, une chirurgie de reconstruction est-elle possible ?

30 réponses



Si oui, est-elle prise en charge par la sécurité sociale ?

30 réponses



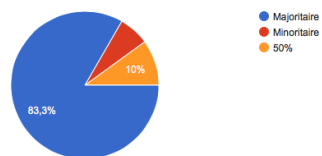
Caractéristiques des patients :

Dans la moitié des cas, les PASS reçoivent autant d'homme que de femmes et les femmes ne sont que très rarement majoritaires. Nous pouvons donc très approximativement estimer à un tiers le nombre de femmes consultant.

Sans surprise, la majorité des patients sont des « migrants » (83,3%).

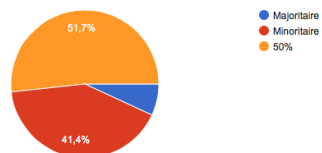
La proportion de "migrants" dans votre patientèle:

30 réponses



Proportion de femmes dans votre patientèle:

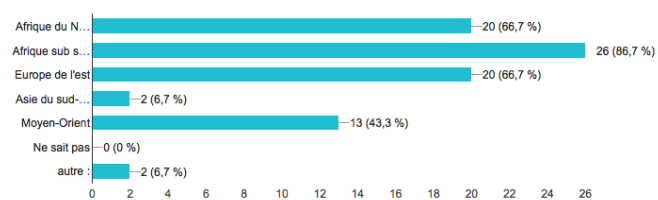
29 réponses



Leur origine géographique est diverse mais concerne principalement l'Afrique subsaharienne (87%), suivie de l'Afrique du Nord et de l'Europe du nord (67%).

De quelle(s) origine(s) géographique(s) viennent principalement vos patientes ? (maximum 3 réponses)

30 réponses



Prise en charge des MSF en consultation :

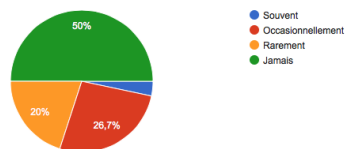
Si les femmes n'abordent pas (15/30) ou très rarement (14/30) le sujet spontanément ; la plupart des praticiens (18/30) ne posent pas la question même si la patiente vient d'un pays concerné alors tous connaissent leur origine géographique (la précision ethnique venant dans un second temps).

Ils ont déjà été confrontés à la prise en charge des conséquences d'une excision au moins une fois dans la plupart des cas (25/30) et savent reconnaître plusieurs symptômes compatibles avec une complication des MSF, qu'elle soit locale (douleurs vulvaires : 28/30 ; dysurie : 21/30) ou d'ordre psychique (anxiété : 25/30 ; troubles affectifs : 26/30).

Enfin, le dépistage gynécologique fait partie de la pratique médicale courante. Les 2/3 des praticiens le proposent systématiquement (12/30) et occasionnellement (13/30). Il n'est pas possible de préciser si c'est le médecin lui-même qui le réalise ou s'il adresse la patiente vers un spécialiste.

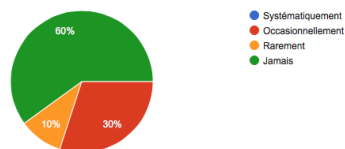
Des femmes ont-elles déjà abordé le sujet de l'excision spontanément lors de votre consultation ?

30 réponses



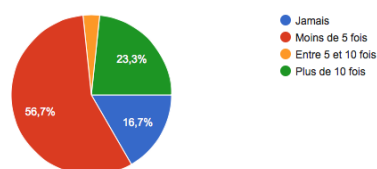
Abordez-vous ce sujet lors de votre consultation si la patiente vient d'une origine géographique concernée ?

30 réponses



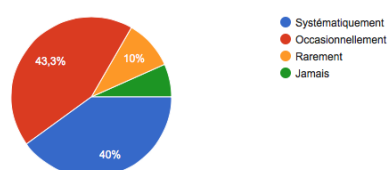
Selon vous, combien de fois avez-vous été confronté à un problème d'excision ?

30 réponses



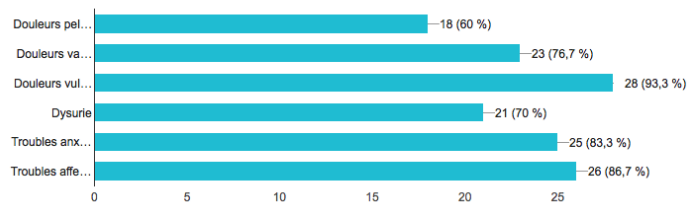
D'une manière générale, proposez-vous une prise en charge gynécologique (FCV...) ?

30 réponses



Selon vous, quels symptômes chez une femme sont compatibles avec une complication d'une MSF ? (plusieurs réponses possibles)

30 réponses



Pourquoi le sujet est-il si peu abordé ? Quelques éléments sont apportés par les réponses aux difficultés rencontrées pour faire un examen gynécologique de dépistage.

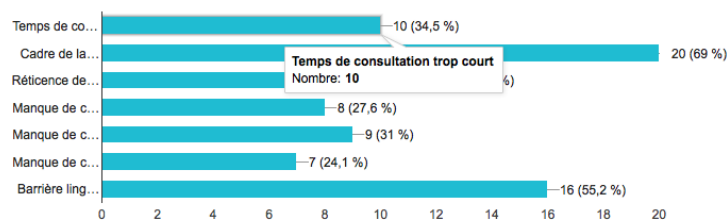
Clairement le premier frein cité (20/30) est le lieu même de la consultation. Le terme « cadre » employé dans la question est malheureusement trop générique : est-ce une contrainte d'ordre physique ou est-ce la décision du praticien que ce n'est pas son rôle dans le cadre de la PASS ? La barrière de la langue est sans surprise citée en deuxième position (16/30). Sujet délicat car touchant à l'intimité, il est évidemment difficile à aborder sans les termes appropriés.

Viennent ensuite les réticences de la patiente (12/30) qui s'expliquent par les deux premières raisons (en effet dans d'autres études, les femmes regrettent le silence sur cette question), puis le temps bref de la consultation (10/30). Ce dernier item apparaît très secondaire car seulement 4 praticiens choisiront ensuite ce facteur comme facilitant la prise en charge.

Enfin, sont retrouvés les motifs concrets des connaissances cliniques et thérapeutiques : manque de connaissance pour la prise en charge d'une MSF (9/30), insuffisance de repères pour un diagnostic clinique (8/30) et absence de réseau /réfèrent (7/30).

Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer pour un examen gynécologique de dépistage des MSF ? (plusieurs réponses possibles)

29 réponses



Dans la dernière question, les attentes des médecins sont interrogées.

Leur souhait pour la majorité (22/30) est un listing des centres multidisciplinaires. Pourtant, à l'heure de la diffusion rapide et de l'accès facile des informations, il est actuellement impossible de répondre à cette demande. Ces listes n'existent qu'à la fin des thèses médicales sur le sujet ! Ce problème est lié à l'interdiction par la législation française de faire de la publicité pour un médecin (les associations veulent donner des informations fiables : formation agréée, remboursement) et la mise à jour des données !

Avoir une personne référent sur son lieu d'exercice qui arrive en 3^e position (17/30) semble une alternative plus simple à mettre en place.

Une formation est l'outil demandé pour les 2/3 des praticiens (19/30). Chez les 3 praticiens qui ont déjà bénéficié d'au moins deux enseignements (un universitaire et un post universitaire), un seul souhaiterait avoir un apprentissage supplémentaire. Tous ceux (4) qui ont bénéficié seulement de cours pendant leur cursus la demande. Ceux qui ont eu un enseignement post universitaire se partagent entre les deux. Enfin chez les 16 praticiens qui n'en ont pas bénéficié, 10 la souhaitent contre 6.

L'enseignement sur les MSF pendant le cursus des études médicales est obligatoire mais semble insuffisante. Elle doit être renforcée au moins dans certaines spécialités, en épidémiologie mais aussi dans son aspect pragmatique. Il n'a été demandé si le praticien savait reconnaître une excision et si oui son type. Les types I et II sont à traiter de la même manière ; les infibulations par contre sont pourvoyeuses des complications plus fréquentes et sévères.

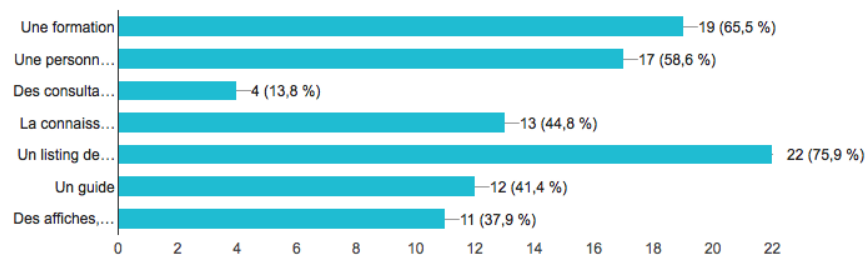
La formation post universitaire est importante comme base de réflexion. Elle est proposée de manière aléatoire dans des congrès, DIU... et peut s'organiser avec l'aide d'associations comme le GAMS. Elle existe même en ligne avec l'UEFGM.

Les associations spécialisées arrivent en 4^e position (22/30). Elles sont sans peine identifiables sur le net et dans les publications gouvernementales. Une liste non exhaustive est proposée en 3^e partie.

Les guides, affiches, dépliants clôturent la liste des propositions et sont plébiscités pour plus d'un tiers des participants. Le guide rencontre le problème des mises à jour mais sont facilement téléchargeables. Les plaquettes et dépliants sont aussi aisément accessibles. Ils en existent à destination spécifique du corps médical et paramédical et d'autres de sensibilisation du grand public avec des visuels dépassant la barrière linguistique. Un poster et des plaquettes en accès en libre dans les salles d'attente et/ou de consultation sont un moyen simple d'aborder le sujet.

Qu'est ce qui vous aiderait pour mieux prendre en charge les MSF:

29 réponses



III. Réflexions :

1. Un dépistage possible des MSF en PASS généralistes :

La consultation de médecine générale en PASS est souvent l'occasion de proposer en plus d'un examen clinique (possibilité d'un examen gynécologique), un bilan de dépistage infectieux et métaboliques (biologie, radiographie thoracique) et une mise à jour de la vaccination. Dans le cadre de cette consultation, il paraît tout à fait envisageable d'y inscrire le dépistage des MSF :

° la population rencontrée dans les PASS en terme épidémiologique est susceptible d'avoir subi une MSF :

- il y a une proportion non négligeable de femmes et nous savons que la migration féminine et plutôt jeune augmente
- elles viennent de zones géographiques concernées

La connaissance épidémiologique sommaire avec les prévalences des MSF en fonction des pays semble une base pour le dépistage des MSF en PASS.

° les praticiens des PASS sont souvent les premiers médecins rencontrés par des femmes ayant subi une MSF dans leur parcours de soin. La prise en charge de leur mutilation n'apparaît pas comme un motif de consultation directe mais peut être sous-jacente : séquelles physiques (infections génitales et urinaires à répétition, difficultés urinaires, douleurs chroniques avec retentissement dans la vie quotidienne : gêne à la marche, au port de vêtement) ; séquelles psychiques (syndrome de stress post traumatique, anxiété, perte de vitalité) ; contexte juridique (demande d'asile pour protéger sa fille).

° les médecins présentent globalement des connaissances cliniques et thérapeutiques satisfaisantes et peuvent parfois bénéficier d'interprétariat.

° la mise en place d'un réseau pour une prise en charge multidisciplinaire est facilitée par rapport à un médecin généraliste ou gynécologue en ville, surtout si la prévalence est faible et si l'accès au médecin est rare (désertification médicale). Il peut se faire simplement par un référent (tout médecin en particulier gynécologue spécialisé dans cette thématique).

2. Pertinence d'un dépistage des MSF dans les PASS :

La limite de cette étude est le manque d'exhaustivité numérique et qualitatif.

Les trente participations reçues en un mois sont satisfaisantes mais restent faibles pour obtenir une ébauche de consensus. Il aurait été souhaitable également d'avoir des questions plus précises et d'autres plus ouvertes afin de mieux comprendre les attentes des praticiens sur cette thématique.

De plus, les PASS généralistes ont chacune leur propre fonctionnement ; le questionnaire s'est inspiré des thèses sur ce sujet avec en arrière-plan l'organisation de la PASS de Bicêtre.

° La mission même de la PASS.

Les conséquences des MSF sont évidentes mais secondaires dans un contexte de grande précarité des patients qui consultent. Leurs besoins sont sociaux et médicaux mais ces derniers sont

priorisés. Le dépistage et surtout la prise en charge des MSF seront exceptionnellement mise en œuvre en urgence (stress post traumatique sévère secondaire, protection de l'enfant). Ils ne doivent pas se faire au détriment des autres actions.

° Le médecin de famille semble plus apte à aborder ce sujet, par la relation de confiance qu'il a avec la patiente, par la multiplicité des rencontres et la variété des motifs de consultation. Les patientes excisées habitant généralement dans les mêmes secteurs géographiques, les médecins généralistes sont souvent formés et ont un réseau de prise en charge.

° Le manque de connaissance épidémiologique par les praticiens des PASS et leur manque d'aisance pour le diagnostic clinique (ces lacunes sont faciles à corriger). Le praticien doit être aussi prêt à répondre aux questions qui suivront l'annonce et parfois à rédiger un certificat.

3. Propositions concrètes :

° montrer que le praticien est disponible pour aborder le sujet : dépliants et poster ; lors de l'interrogatoire des antécédents, poser la question « avez-vous été coupée, excisée ? » (mieux que « mutilée »)

° noter dans le dossier médical la présence de la mutilation permet de la mettre en rapport avec des symptômes ressentis et d'en faire part au médecin qui prendra le relais.

° établir un carnet d'adresse : référent dans le service de gynécologie, adresse de centres multidisciplinaires et d'associations proches

° formation personnelle : en ligne, dans le cadre d'un colloque, à organiser de sa propre initiative dans sa PASS

Les listes suivantes sont non exhaustives.

Il y a également beaucoup de publications de l'OMS et de l'UNICEF sur le sujet.

Sites web :

gynsf.org
federationgams.org
stop-violences-femmes.gouv.fr (mutilations-sexuelles-feminines)
excisionparlonsen.org
uefgm.org

Guides en ligne :

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

http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Le_praticien_face_aux_mutilations_sexuelles_feminines_-_Fevrier_2016-2.pdf

Associations :

GAMS : groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles

GSF : gynécologie sans frontière

CAMS : commission pour l'abolition des mutilations sexuelles

MFPPF : mouvement français pour le planning familial

Conclusion

L'objectif pour le professionnel de santé vis à vis des MSF est double :

Il faut prendre en charge les femmes qui souffrent de leurs conséquences et prévenir de la répétition des pratiques chez les filles.

Pour cela, 4 éléments entrent en compte :

- savoir dépister une femme à risque de MSF en connaissant les pays où se concentrent ces pratiques
- savoir identifier une MSF et ses complications (locales, sexuelles et psychiques)
- organiser une prise en charge multidisciplinaire
- prévenir du risque de MSF chez les filles

Dans le cadre de la PASS, ce dépistage pose la question de la prise en charge ultérieure : lourde car multidisciplinaire et consommatrice de temps.

Si les conditions d'un dépistage sont réunies, l'urgence de la gestion des conséquences reste exceptionnelle.

Une sensibilisation de la patiente semble pourtant envisageable pour elle-même et préventivement pour ses filles.

Elle peut se faire simplement lors de l'interrogatoire et par une consultation classique de dépistage gynécologique menée par un médecin concerné par cette thématique.

Néanmoins, ce dépistage ne semble pas prioritaire.

Une connaissance sommaire (épidémiologique et clinique) des MSF paraît souhaitable car la population rencontrée lors de ces consultations est à haut risque d'avoir subi une excision. Elle doit se faire de manière concrète afin sensibiliser les praticiens et leur donner les moyens d'utiliser les données sur le web qui sont faciles d'accès mais très nombreuses.

Finalement, l'écriture de ce mémoire me permet d'évoluer dans ma pratique (sans la révolutionner !) mais aussi de rencontrer des acteurs nouveaux (praticiens spécialisés en clinique et/ou chirurgie dans cette thématique) dans mes lieux d'exercice professionnel.

Bibliographie

- (1) ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E. : Volet quantitatif et Rapport final de l'étude Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice, 2009.
- (2) GYNECOLOGIE SANS FRONTIERES : Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, 2010.
- (3) PIET E. : Développement et santé, numéro 205 Spécial Excision, 2014-2015.
- (4) TANTET C. : « Les mutilations sexuelles féminines, évaluation des connaissances des médecins généralistes d'Ile de France » - thèse médicale, 2017.
- (5) WEHENKEL M. : « Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale » - thèse médicale, 2007.
- (6) UNICEF : Mutilations génitales féminines/excision : bilan statistique et examen des dynamiques du changement, 2013.
- (7) Académie Nationale de Médecine. Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité. Connaître, prévenir, agir, juin 2004.
- (8) HOROKS M. : « Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale », - thèse médicale, 2008.
- (9) VILLALON E. : « Dépistage, prévention et prise en charge des MSF par les médecins des centres de PMI de Seine Saint Denis : description des pratiques. »- thèse médicale, 2014.

Annexes

1. Female genital mutilation : a visual and reference learning tool for health care professionals
2. Rapport UNICEF sur les MSF, 2016
3. Questionnaire utilisé pour le mémoire
4. A venir : une liste des centres pluridisciplinaires

Annexe 1 :

Female genital mutilation : a visual and reference learning tool for health care professionals

Fig. 1. Female genital mutilation type I: partial or total removal of the clitoris or the prepuce or both. A. Female genital mutilation type Ia: removal of the prepuce of the clitoris or clitoral hood (female circumcision). B. Female genital mutilation Ib: removal of the clitoris with the prepuce (clitoridectomy). In the World Health Organization (WHO) classification, when there is reference to removal of the clitoris, only the glans or the glans with part of the body of the clitoris is removed (C).¹³ The recognition of type Ia can be difficult. As shown in A, an asymmetry of the prepuce can be noticed. Illustrations in panels A and B reprinted from: World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. Copyright 2016.¹⁴ Illustration in panel C modified from https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Clitoris_anatomy_labeled-en.svg. Abdulcadir. Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation. Obstet Gynecol 2016.

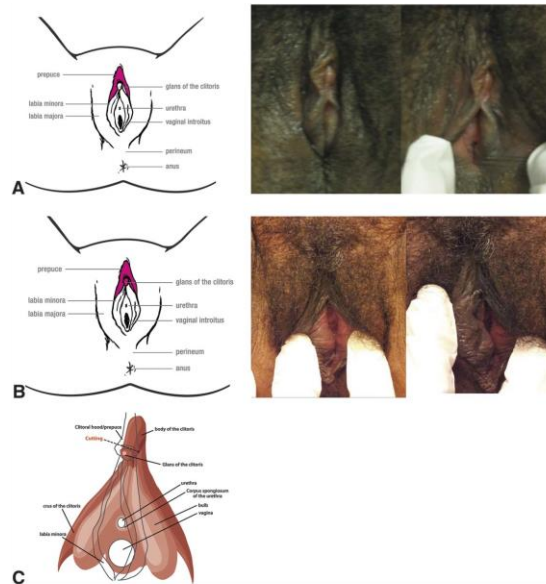
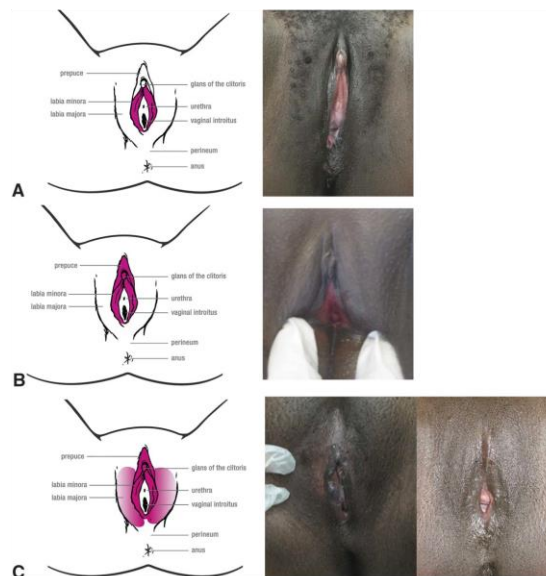


Fig. 2. Female genital mutilation type II: partial or total removal of the clitoris and the labia minora with or without excision of the labia majora (excision). A. Female genital mutilation type IIa: removal of the labia minora only. B. Female genital mutilation type IIb: partial or total removal of the clitoris and the labia minora. C. Female genital mutilation type IIc: partial or total removal of the clitoris, the labia minora, and the labia majora. In the World Health Organization (WHO) classification, when there is reference to removal of the clitoris, only the glans or the glans with part of the body of the clitoris is removed.¹³ The examiner should be aware that the physiologic female anatomy of the labia minora can vary largely. The labia minora can physiologically overcome the labia majora or be asymmetric. Illustrations in panels (A–C) reprinted from: World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. Copyright 2016.¹⁴ Abdulcadir. Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation. Obstet Gynecol 2016.



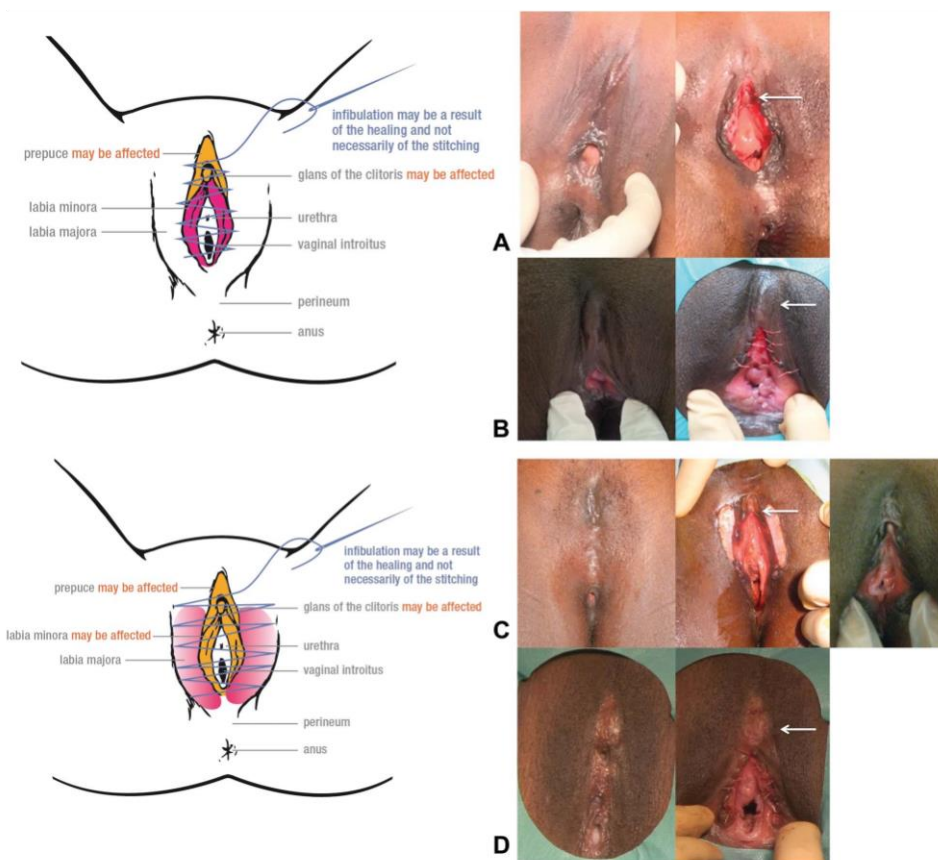


Fig. 3. Female genital mutilation type III: narrowing of the vaginal orifice with creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or the labia majora or both, with or without excision of the clitoris (infibulation). A. Female genital mutilation type IIIa without cutting of the clitoris before and after defibulation. Arrow: intact clitoris uncovered after defibulation. B. Female genital mutilation type IIIa with cutting of the clitoris before and after defibulation. Arrow: clitoral stump visible under the scar. C. Female genital mutilation type IIIb without cutting of the clitoris before and after defibulation. Arrow: intact clitoris uncovered after defibulation. D. Female genital mutilation type IIIb with cutting of the clitoris before and after defibulation. Arrow: clitoral stump visible under the scar. When the clitoris is excised, the clitoral stump is palpable and sometimes visible under the scar. When the clitoris is not excised, it lies under the scar and is re-exposed during defibulation. Illustrations reprinted from: World Health Organization (WHO). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016. Copyright 2016.¹⁴ Abdulcadir. Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation. Obstet Gynecol 2016.

into subtypes (Box 1).¹ Female genital mutilation can be responsible for physical² and psychosexual³ consequences. However, the available evidence on complications according to the female genital mutilation type and subtype is limited, in particular for type I. Most studies included all forms of female genital

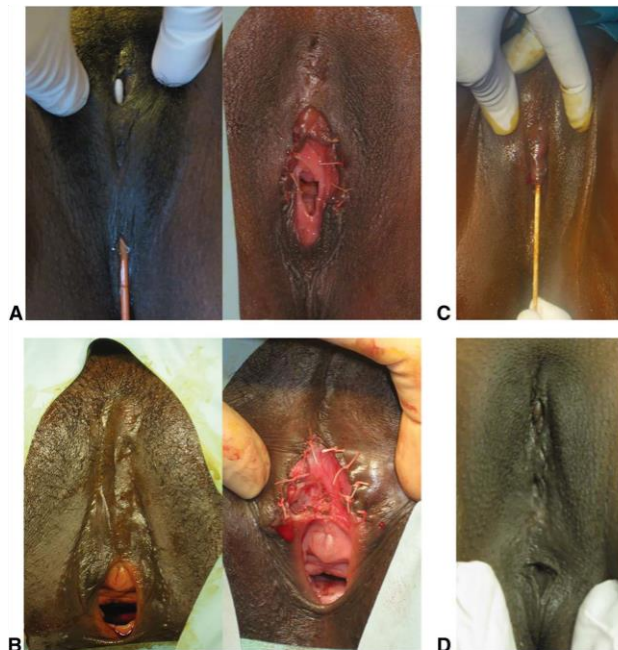
mutilation without looking separately at the consequences of each type. Obstetric complications have been found to be more associated with type II and type III.⁴

We provide a visual reference and learning tool for health care professionals based on the WHO



Fig. 4. Other examples of female genital mutilation type III. A. Female genital mutilation type IIIb without cutting of the clitoris before and after debulbation. B. Female genital mutilation type IIIb with cutting of the clitoris before and after debulbation. C. Female genital mutilation type IIIa. D. Female genital mutilation type IIIb. The same type-subtype can vary: as shown, the vaginal narrowing of infibulation can be more or less severe depending on the degree of the stitching of the labia. Also, some forms of female genital mutilation can fall between two types. In addition, the type can change during the life of the woman. Female genital mutilation type III can become female genital mutilation type II or I once opened (eg, surgically by debulbation or spontaneously after delivery). Female genital mutilation type II or I can become type III if the woman delivers in a country where postpartum re-infibulation is performed.

Abdulcadir. Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation. Obstet Gynecol 2016.



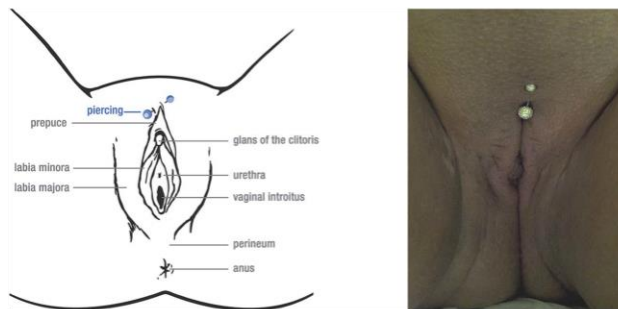
classification. An agreed-upon classification of female genital mutilation is important for clinical practice and management as well as for research on prevalence, trends, and consequences of female genital mutilation.¹⁵ Health care providers for women and girls living with female genital mutilation have reported difficulties in recognizing, classifying, and recording female genital mutilation,⁹⁻⁷ which can adversely affect treatment of

complications and discussions of the prevention of the practice in future generations. Furthermore, recording and reporting female genital mutilation in minors has been made mandatory for caregivers in some countries,⁸ making it essential that the classification system is accurately applied.

Although some pictorial and training tools are available,⁹⁻¹¹ they are not in line with WHO's

Fig. 5. Female genital mutilation type IV: unclassified. All other harmful procedures to female genitalia for non-medical purposes, for example pricking, piercing (in the figure), incising, scraping, and cauterization. Illustration reprinted from: World Health Organization (WHO). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. Copyright 2016.¹⁴

Abdulcadir. Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation. Obstet Gynecol 2016.



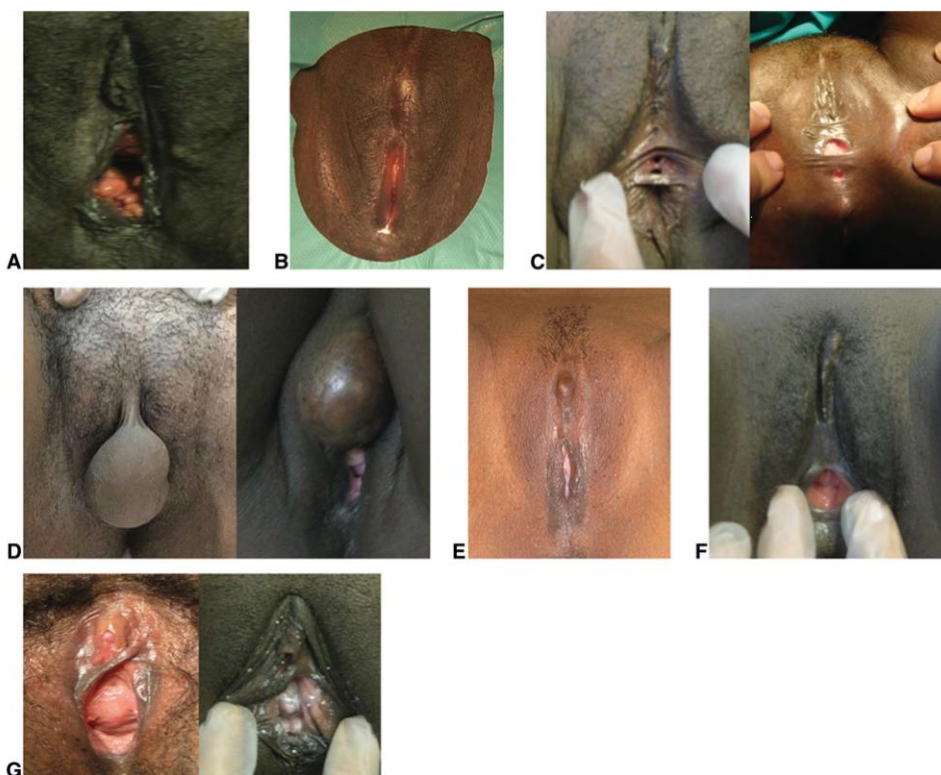


Fig. 6. Long term complications of female genital mutilation. A. Obstetric perineal complication. B. Fourchette's scar tissue resulting from recurrent perineal trauma during sexual intercourse. C. Obstructed, Painy micturition. D. Epidermoid cysts. E. Neuroma of the clitoris. F. Hypertrophic scar or keloid. G. Bridles. Panel (E) is reprinted from: Abdulcadir J, Pusztaszni M, Vilarino R, Dubuisson JB, Vlastos AT. Clitoral neuroma after female genital mutilation or cutting: a rare but possible event. *J Sex Med* 2012;9:1220-6. Copyright 2012, with permission from Elsevier.

Abdulcadir. Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation. *Obstet Gynecol* 2016.

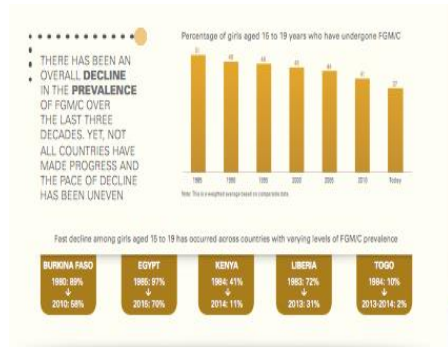
recommended classification. For example, Néter's *Obstetrics and Gynecology* has inaccuracies. It uses "female circumcision," "infibulation," and "female genital mutilation" synonymously. Also, type IV is illustrated as severe type III.¹⁰ A different classification for female genital mutilation has been used by UNICEF in surveys among women. The UNICEF classification is as follows: 1) cut, no flesh removed, nicked; 2) cut, some flesh removed; 3) sewn, closed; 4) type not determined, not sure, or does not know.¹¹ Such classification has been proposed for surveys based on self-reporting. Women were not examined

and used their own language to describe their genital cutting.¹¹ However, the type that is self-reported does not always correspond to the real form of female genital mutilation of the woman, who may be unaware that she is circumcised or of the type she has.¹² The WHO classification offers a more precise anatomical description, allowing for more precise recording and reporting of female genital mutilation by caregivers. This is important from an epidemiologic, clinical, surgical, and legal point of view.

The tool we present is a reference containing pictures and drawings of the different types and



Annexe 2 : Rapport UNICEF sur les MSF, 2016



There has been an overall decline in the prevalence of FGMC over the last three decades. Yet, not all countries have made progress and the pace of decline has been uneven.

Fast decline among girls aged 15 to 19 has occurred across countries with varying levels of FGMC prevalence.

Current progress is insufficient to keep up with increasing population growth. If trends continue, the number of girls and women undergoing FGMC will rise significantly over the next 15 years.

BURUNDI 1980: 80% / 2010: 58%
EGYPT 1986: 87% / 2016: 70%
KENYA 1984: 41% / 2014: 11%
LIBERIA 1982: 72% / 2013: 31%
TOGO 1981: 10% / 2013-2014: 2%

UNICEF'S DATA WORK ON FGM/C

SUPPORT FOR DATA COLLECTION

UNICEF supports the collection of nationally representative data on FGM/C through the Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). The MICS is a household survey programme that was developed by UNICEF to assist with monitoring the health and well-being of women and children. The surveys are designed and implemented by national counterparts – mainly national statistical offices – with continuous technical support from UNICEF. Over the last 20 years, close to 300 MICS have been carried out in more than 100 countries, generating one of the largest sources of statistically sound and internationally comparable data on women and children worldwide. A module on FGM/C was first included in the 2005 MICS in the Central African Republic, Chad and Sudan. Since then, more than 50 MICS have collected information on FGM/C in 19 countries. The latest round of MICS MICS5, conducted mainly from 2013 to 2016 will provide updated data on FGM/C for around eight countries.

DATA ANALYSIS AND DISSEMINATION

UNICEF maintains a global database on several FGM/C indicators that include comparative data from nationally representative household surveys such as the Demographic and Health Surveys (DHS), MICS and other national surveys.

UNICEF's data analysis work on FGM/C seeks to highlight trends, emphasize patterns found within the data and strategically inform policy, advocacy and programme efforts to end the practice. The data compiled and analyzed by UNICEF are disseminated in a variety of ways including through its annual flagship publication, the State of the World's Children, and in a number of data-driven publications and country profiles. The findings drawn on data from more than 50 nationally representative surveys making it the most up-to-date compilation of statistics on FGM/C.

All of UNICEF's resources on FGM/C statistics can be found at: data.unicef.org/16/production/fgm-c.html

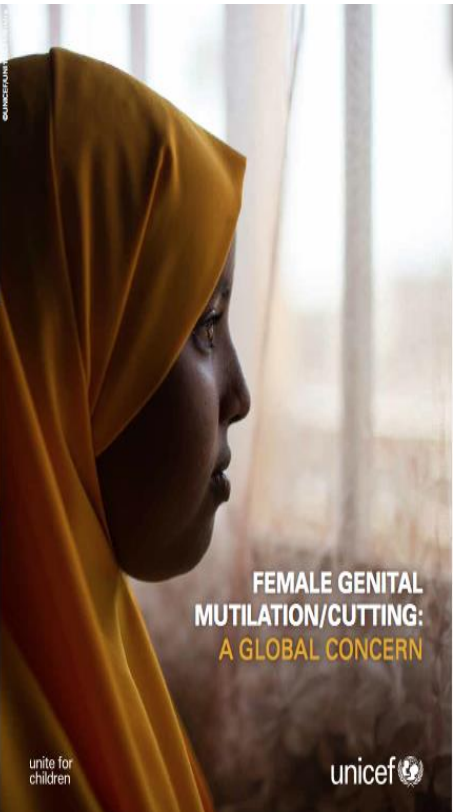
Female genital mutilation/cutting (FGM/C) is a human rights issue that affects girls and women worldwide. As such, its elimination is a global concern. In 2012, the United Nations General Assembly adopted a milestone resolution calling on the international community to intensify efforts to end the practice. More recently, in September 2015, the global community agreed to a new set of development goals – the Sustainable Development Goals (SDGs) – which includes a target under Goal 5 to eliminate all harmful practices, such as child, early and forced marriage and FGM/C, by the year 2030. Both the resolution and the SDG framework signify the political will of the international community and national partners to work together to accelerate action towards a total, and final, end to the practice in all continents of the world. More and better data are needed to measure progress towards this common goal.

Data sources: UNICEF global database, DHS based in Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other nationally representative surveys, 2005–2015. For more information on the data sources, please visit data.unicef.org/16/production/fgm-c.html

References:

- (1) United Nations Population Fund, *Project Evidence: An assessment of data change to evidence female genital mutilation in Somalia*. Addis Ababa, UNFPA, December 2015. <http://unfpa.org/16/production/fgm-c.html>
- (2) Shalaby, A. *Misfit for 'Fit'*. The practice of female circumcision among Somali Muslims. *Research on Religion & Theology*, October 2011. <http://www.researchonreligionandtheology.com/2011/10/10/fgm-c.html>
- (3) Shalaby, A. and A. Bassi. *Female Circumcision: A Human Rights Issue*. *Journal of Human Rights*, vol. 13, no. 3, 2014. <http://www.jhr.org/issue13no3/20140301/fgm-c.html>
- (4) Smith, A. and J. Sauti. *Stripping a veil from female genital mutilation: A global perspective on the practice of female genital mutilation*. *Journal of Human Rights*, vol. 13, no. 3, 2014. <http://www.jhr.org/issue13no3/20140301/fgm-c.html>
- (5) United Nations Children's Fund, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. UNICEF, New York, 2015.

UNICEF
 Data and Analytics Section
 Director of Data, Research and Policy
 3 United Nations Plaza
 New York, NY 10017, USA
 Telephone: +1 212 359 3000
 E-mail: data@unicef.org
data.unicef.org



THE PREVALENCE OF FGM/C VARIES GREATLY ACROSS COUNTRIES

Percentage of girls and women aged 15 to 49 years who have undergone FGM/C, 2004–2015

Prevalence rate for girls aged 15 to 19 who have undergone FGMC since their first coitus. The rate can be as high as 95% in some areas, but it can be as low as 0% in others.

AS THE AVAILABILITY OF REPRESENTATIVE DATA ON THE EXTENT OF FGM/C INCREASES, SO DOES THE NUMBER OF GIRLS AND WOMEN KNOWN TO HAVE UNDERGONE THE PRACTICE

Available data from large-scale representative surveys show that the practice of FGMC is highly concentrated in a small number of countries from the Atlantic coast to the Horn of Africa, in areas of the Middle East such as Iraq and Yemen and in some countries in Asia (e.g. Indonesia). However, FGMC is a human rights issue that affects girls and women worldwide. Evidence suggests that FGMC exists in some places in South America (such as Colombia) and elsewhere in the world including in India, Malaysia, Oman, Saudi Arabia and the United Arab Emirates, which have large variations in terms of the type performed, circumstances surrounding the practice and rate of the affected population groups. In these contexts, however, the available evidence comes from non-representative small-scale studies or anecdotal accounts, and there are no representative data as yet on prevalence. The practice is also found in pockets of Europe and in Australia and North America which, for the last several decades, have been destinations for migrants from countries where the practice still occurs. Some studies, conducted mainly in Europe, have attempted to quantify the number of immigrant girls and women who have undergone the practice or are at risk of undergoing it, but such efforts have not been systematic in all affected countries.

To date, the primary sources of nationally representative data on FGMC have been household surveys. An understanding of the practice has grown, so have efforts to undertake data collection in countries where there has been widespread recognition that it is taking place. For instance, it was widely acknowledged for some time that FGMC was being practiced in the Kurdish region of Iraq and, in 2011, the first-ever national household survey that collected data on the practice in the country was conducted. Similarly, in 2013, the Ministry of Health in Indonesia included questions on the prevalence of FGMC among the youngest girls in one of its household surveys, thus producing national prevalence data on the issue for the first time.

More data collection in countries where no such data currently exist is needed in order to present a more reliable and complete picture of the practice.

MORE THAN HALF LIVE IN JUST THREE COUNTRIES: INDONESIA, EGYPT AND ETHIOPIA

OF THESE 200 MILLION... 44 MILLION ARE GIRLS BELOW AGE 15

WHILE THE EXACT NUMBER OF GIRLS AND WOMEN WORLDWIDE WHO HAVE UNDERGONE FGM/C REMAINS UNKNOWN, AT LEAST 200 MILLION GIRLS AND WOMEN IN 30 COUNTRIES HAVE BEEN SUBJECTED TO THE PRACTICE

THE MAJORITY OF PEOPLE IN COUNTRIES WITH DATA THINK THE PRACTICE SHOULD END

Percentage of girls and women aged 15 to 49 years who have heard about FGMC and think the practice should end, 2000–2015

Percentage of boys and men aged 15 to 49 years who have heard about FGMC and think the practice should end, 2000–2015

IN GUINEA AND SIERRA LEONE, BOYS AND MEN ARE MORE LIKELY TO OPPOSE THE PRACTICE THAN GIRLS AND WOMEN

Country	Girls 15–49 (%)	Boys 15–49 (%)
Guinea	91	95
Sierra Leone	89	94

Note: The prevalence data for each country are presented in the main text. The 2015 MICS data in Ghana could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Nigeria could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Tanzania could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Uganda could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Zambia could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Zimbabwe could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Malawi could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Mozambique could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Rwanda could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Senegal could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Sierra Leone could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Somalia could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Sudan could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Togo could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Uganda could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Zambia could not be used as prevalence data for 2015. The 2015 MICS data in Zimbabwe could not be used as prevalence data for 2015.

Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour le mémoire

Mutilations sexuelles féminines: quelle approche dans les PASS généralistes?

Dans le cadre de mon mémoire de DIU de médecine des migrants, je vous invite à remplir ce questionnaire. Il permettra de réfléchir aux possibilités de dépister et de prendre en charge cette pathologie dans le cadre de la consultation PASS.

Votre profession:

- Médecin
- Interne

Vous êtes:

- Un homme
- Une femme

⋮
Dans quel département géographique exercez-vous ?

Réponse courte
.....

Recevez-vous:

- Sur rendez-vous
- Sans rendez-vous
- Les deux sont possibles

La proportion de "migrants" dans votre patientèle:

- Majoritaire
- Minoritaire
- 50%

Proportion de femmes dans votre patientèle:

- Majoritaire
- Minoritaire
- 50%

De quelle(s) origine(s) géographiques(s) viennent principalement vos patientes ?
(maximum 3 réponses)

- Afrique du Nord
- Afrique sub saharienne et centrale
- Europe de l'est
- Asie du sud-est
- Moyen-Orient
- Ne sait pas
- autre :

Quelles sont vos sources concernant vos connaissances sur les MSF (plusieurs réponses possibles):

- Formation universitaire
- Formation post universitaire (congrès, DU, DIU...)
- Médias (radio, internet, presse)
- Articles de journal médical
- Dans votre pratique (famille, confrère...)

Selon vous, combien de femmes dans le monde sont excisées ?

- <1 million
- 1 à 10 millions
- 10 à 100 millions
- 100 à 500 millions
- >500 millions
- ne sait pas

Selon vous, combien de femmes vivant en France sont excisées ?

- < 1000
- Entre 1000 et 10 000
- Entre 10 000 et 100 000
- Entre 100 000 et 1 million
- Ne sait pas

Selon vous, à quel(s) âge(s) l'excision est-elle le plus souvent réalisée ? (plusieurs réponses possibles)

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- > 15 ans
- Ne sait pas

Selon vous, les femmes concernées sont-elles toujours au courant de leur mutilation ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas répondre

Selon vous, les affections suivantes peuvent-elles être des complications tardives des mutilations sexuelles ? (plusieurs réponses possibles)

- Infections urinaires récurrentes
- Infections vaginales récurrentes
- Dyspareunie
- Difficultés dans la sexualité
- Syndrome de stress post traumatique
- Chéloïdes et fibroses
- Fistule vaginale
- Complications obstétricales

Des femmes ont-elles déjà abordé le sujet de l'excision spontanément lors de votre consultation ?

- Souvent
- Occasionnellement
- Rarement
- Jamais

Abordez-vous ce sujet lors de votre consultation si la patiente vient d'une origine géographique concernée ?

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Rarement
- Jamais

Selon vous, combien de fois avez-vous été confronté à un problème d'excision ?

- Jamais
- Moins de 5 fois
- Entre 5 et 10 fois
- Plus de 10 fois

D'une manière générale, proposez-vous une prise en charge gynécologique (FCV...) ?

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Rarement
- Jamais

Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer pour un examen gynécologique de dépistage des MSF ? (plusieurs réponses possibles)

- Temps de consultation trop court
- Cadre de la consultation non approprié
- Réticence de la part de la patiente
- Manque de connaissance pour reconnaître une MSF
- Manque de connaissance de la prise en charge des MSF
- Manque de contact pour adresser une patiente en cas de dépistage positif
- Barrière linguistique

Selon vous, quels symptômes chez une femme sont compatibles avec une complication d'une MSF ? (plusieurs réponses possibles)

- Douleurs pelviennes,
- Douleurs vaginales
- Douleurs vulvaires
- Dysurie
- Troubles anxieux
- Troubles affectifs

Selon vous, une chirurgie de reconstruction est-elle possible ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, est-elle prise en charge par la sécurité sociale ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Selon vous, quelles sont les interventions importantes pour la prise en charge d'une femme ayant été excisée ?

- L'orientation vers une association
- La prise en charge chirurgicale
- La prise en charge psychologique
- La prise en charge sexuelle
- L'information que l'excision est interdite
- Les informations pour prévenir des MSF chez ses filles

Qu'est ce qui vous aiderait pour mieux prendre en charge les MSF:

- Une formation
- Une personne référente
- Des consultations plus longues ou rapprochées
- La connaissance d'associations spécialisées
- Un listing des centres de prise en charge pluridisciplinaire
- Un guide
- Des affiches, dépliants...

