

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 277

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine générale

PAR

SOULIER-VERSCHAEVE Marie

Née le 21/06/1992 à Brest

Comment améliorer le dépistage des mutilations sexuelles féminines ?
Etat des lieux des pratiques et des connaissances des médecins
généralistes en France.

Président de thèse : Professeur Chérif AKLADIOS (PU-PH)

Directeur de thèse : Docteur Victor GABRIELE (PH)

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 277

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine générale

PAR

SOULIER-VERSCHAEVE Marie

Née le 21/06/1992 à Brest

Comment améliorer le dépistage des mutilations sexuelles féminines ?
Etat des lieux des pratiques et des connaissances des médecins
généralistes en France.

Président de thèse : Professeur Chérif AKLADIOS (PU-PH)

Directeur de thèse : Docteur Victor GABRIELE (PH)



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILJA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRP0 NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPOT Anne	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ²⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzi Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO – Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail – Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie – Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO – Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie – Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences – Réanimations médicales / Centre antipoison – Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale – Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou – CETD – Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation – Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) – Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire – Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie – Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie – Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou – CETD – Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie – Service d'Imagerie 1 – Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail – Département de Santé Publique / Secteur 3 – Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDALHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale – Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie – Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie – Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO – Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation – Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP – Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou – Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) – Cspi : Chef de service par intérim – CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO – Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif – Service de Gastro-Entérologie – NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou – Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANJON François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIDU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie – Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 – Equipe IMS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 – Equipe IMS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 – Equipe IMS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pré Ass. DUMAS Claire
 Pré Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURJEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
 CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 Mme QUOK Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 MOULIN Bruno (Néphrologie)
 PINGET Michel (Endocrinologie)
 ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIÈRES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BARREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

(version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Remerciements

A Monsieur le **Professeur Chérif Akladios**, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le **Docteur Victor Gabriele**, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, merci de m'avoir si bien aiguillée tout le long de ce travail, étape par étape, d'avoir été aussi disponible et de m'avoir encouragée. Merci pour votre grande contribution à ce projet.

A Madame la **Professeure Anne Berthou**, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, votre expertise en tant que médecin généraliste me tenait à cœur.

A Madame la **Docteure Sarah Abramowicz**, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci de m'avoir accueillie une journée dans votre unité et de m'avoir permis d'être au plus proche des femmes victimes de ces mutilations, de comprendre leurs parcours, et de mieux appréhender toute la prise en charge.

A **tous les médecins et internes** qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire, sans vous ce travail n'aurait pu se faire. Merci pour tous vos commentaires d'encouragements.

A **Martin**, merci pour ton incommensurable soutien. Je n'y serais pas arrivée sans toi. Tu m'as encouragée, soutenue, poussée un peu (beaucoup) quand il le fallait. Merci d'avoir supporté mon stress et ma fatigue avec tant de compréhension. Tu m'as aidée et sauvée en t'attaquant à mes stats, un poids si lourd qui s'est envolé grâce à toi. Jusqu'au bout tu y auras consacré beaucoup du temps. Merci.

A toutes ces heures de révisions tous les deux. Quelle année nous avons passé, toi révisant ton concours, moi ma thèse. On l'aura fait, on y sera arrivé. Avec qui plus est, un déménagement en route. J'aime déjà tellement notre vie tous les deux alors qu'elle est si chargée, j'ai hâte de découvrir ce qu'elle est en prenant le temps de vivre pleinement. J'ai du mal à imaginer un tel bonheur, tellement il est déjà grand à tes côtés.

Avec tout mon amour.

A **mes parents**, à qui je dois tout, merci pour votre amour et votre soutien sans faille, depuis toujours. Je ne pouvais espérer une enfance si heureuse et une vie si comblée.

A **Maman**, que j'admire tant, ta sagesse, ta patience et ta force m'ont toujours impressionnée. Tu m'as toujours soutenue que je trouverai l'épanouissement dans ce métier, et tu avais raison. J'espère un jour être un dixième aussi forte que toi.

À **Papa**, merci d'avoir toujours été présent pour moi et de m'avoir soutenue. J'admire ta bonne humeur toujours présente, ta patience, ta façon si passionnée de partager tes anecdotes et tes tubes préférés. Merci de partager avec moi tes passions et de m'avoir tant appris.

A **tous les deux**, j'admire votre investissement dans votre métier. Inconsciemment cela m'a conduit jusqu'ici. J'espère un jour être un médecin aussi apprécié que vous l'êtes de vos patients. Votre histoire a toujours été une source d'inspiration et d'admiration.

A **mes frères et sœur**, merci d'exister, merci d'avoir animé mon enfance au fil des bagarres, des chamailleries, des vacances à Oléron, des randonnées et maintenant d'enrichir ma vie au fil des voyages, des soirées ou de simples discussions.

A **Théotime**, merci d'être arrivé dans la famille quand je commençais à trouver le temps long toute seule. Merci pour ta réassurance, ta sensibilité et tes talents culinaires et bien d'autres ! Merci pour les instants suspendus quand tu prends ta guitare.

A **Camille**, merci d'être cette personne si passionnée, pleine de vie et d'énergie. Merci de partager avec moi tes passions comme tes doutes. Merci pour tes musiques dont je ne me lasserai jamais, et ton jeu au violoncelle si captivant.

A **Anne-Fleur**, ma petite sœur tant attendue, les deux autres petits gars me donnaient du fil à retordre. Le temps est loin où je te chouchoutais encore bébé ou allais te chercher à l'école. Cette année nous étions deux coloc, et je suis heureuse d'avoir pu vivre ça avec toi et de partager des moments de complicités. Merci pour ta douceur, ta gaieté, ta créativité, ton soutien et le réconfort que tu apportes quand tu joues du piano.

A **Ambre**, ma cousine et amie, merci d'être là depuis toutes ces années. A tous ces souvenirs partagés depuis l'enfance entre les ateliers bricolages, les maisons en pain d'épice, les nuits d'horreur à la belle étoile, nos batailles de char, et plus récemment à nos passions expo et nos petits verres post slow. Merci de m'avoir fait découvrir le Krav Maga, c'est quand même grâce à toi que j'ai rencontré un certain Martin... Merci d'être toujours là, dans les bons et les mauvais moments, d'être aussi compréhensive. Merci à Jiji et Olive de m'avoir acceptée.

Et merci mille fois pour tes talents et pour tout le temps que tu as consacré à m'aider à la réalisation de l'affiche.

A **mes grands-parents**, merci pour votre chaleureux accueil depuis toujours qui nous a permis d'avoir une vie familiale si remplie, si enrichissante. Grâce à vous j'ai la tête remplie de riches souvenirs très heureux de mon enfance jusqu'à aujourd'hui, des stages de cirque, des vacances de Noël, aux étés à Beau Soleil ou à la mer.

A **Dodole** merci d'être une grand-mère incroyable. Tu m'as toujours impressionnée par ta culture et ta modernité. Entre le tennis, le piano, ta culture sériephile et ta classe, tu n'as

jamais été une grand-mère comme les autres. J'espère que je serais aussi dynamique et tendance que toi plus tard.

A **Grand Pa Marc**, merci pour tes talents de mathématiciens qui m'ont été d'une grande aide pendant mon collège et lycée, merci pour tes talents de bricoleurs et d'avoir construit ou réparé tant de jeux et de cabanes durant notre enfance, et merci pour avoir immortalisé tous ces moments de famille si précieux.

A **Séverine**, ma marraine. J'ai adoré vivre dans la même ville que toi quelques temps. Merci pour ton soutien et ta douceur toutes ces années et pour toutes ces découvertes culinaires.

A **toute ma famille**, merci à mes cousines et cousins, **Jade** à tes talents en astrologie et ton enjouement, **Gautier** à tes discussions passionnantes et passionnées sur l'histoire, à **Perrine, Sylviane** et **Pierre-Yves** merci pour tous les souvenirs partagés, vos talents culinaires, votre gaieté. Merci à mes oncles et tantes, **Guillaume** et **Claire, Jean-Manuel** et **Renate** et **Stéphane**.

A **Zabeth**, toi qui nous as quitté il y a longtemps maintenant, merci d'avoir partagé avec moi tes histoires, tes collections et tes curiosités passionnantes.

A **Mimie**, je suis heureuse d'avoir eu la chance de te connaître. A **Pépé-Jean**, je pense que tu aurais été fier de moi, ta Marie-Fleur. J'aurais aimé partager ce moment avec vous, alors je le fais ici, d'une autre manière.

A **Christine**, ma nounou, qui m'a accompagnée pendant tant d'années, et qui a été la première à m'appeler Dr Soulier. Merci pour toutes ces années heureuses.

A **Léontine**, tu n'imagines pas comme je suis heureuse de t'avoir retrouvée lors de cette première année d'internat. Ces années à Mulhouse puis en tant que coloc dans ce merveilleux appart à Strasbourg ont forgé une amitié solide et sincère. A tous nos moments partagés, entre les aprem séries, jeux, les soirées déguisées avec tous les thèmes possibles, les discussions interminables sur nos vies, sur nos cas cliniques, et sur tout le reste. Merci d'être là pour moi et de me permettre de tout partager avec toi.

A **Guillaume**, la recherche d'un simple colocataire aura mené à une grande amitié, pas le choix quand nos premières semaines de coloc tombent à l'annonce du confinement... Que ce soit pour chiller devant des animés, jouer à des jeux de sociétés, partir en vacances à la mer, s'amuser lors de soirées arrosées dont tu as le secret, ou simplement discuter, ta compagne sera toujours un précieux cadeau, j'espère ne jamais m'en séparer.

A **Blandine**, qui a partagé à peu de choses près tous ces événements, merci pour ta bienveillance et tes conseils, vous formez tous les deux un duo fort et inspirant.

A **Chloé**, merci pour ton éternelle bonne humeur et ta motivation pour tout ! Merci pour tes talents artistiques donc tu nous fais profiter.

Merci à toute la bande, **Nils, Lucie, Philippe, Eloïse, Anaïs, Jo, François** d'avoir rendu cette vie strasbourgeoise si riche et animée et si mémorable.

Merci pour tous ces souvenirs, ces soirées aux déguisements les plus fous (Nils trop d'effort), ces appartathons, ces après-midi jeux, ce voyage au Canada, et bien sûr, ces Bunny's.

A **Baptiste**, merci pour ton amitié et ta camaraderie. Ça aura été très cool de pouvoir travailler avec son meilleur pote d'abord en gynéco puis en USC. Je sais que je peux toujours compter sur toi, surtout pour un verre. A **Clémentine**, merci pour ta bienveillance et ton soutien.

Merci à toute la bande de co-tutorés devenus amis, **Mathieu, Antoine, Maxime**, toujours bien accompagnés de **Lola** et **Deborah**. A tous nos verres post tutorat qui le rendaient si attractif, à tous les moments passés ensemble les années qui ont suivi. A **Myriam, Augustine, Charlie, Jean**....

A **Claire**, merci pour ton amitié si précieuse. Nous avons partagé beaucoup de choses durant toutes nos études, de nos premières soirées P2 à la coloc poitevine et ses soirées dans notre cours. A notre voyage au Brésil, nos nombreuses escapades, jusqu'à la coloc parisienne. A ces moments de fêtes et de folie, mais aussi d'écoute, de réconfort et d'encouragement. Merci pour ton soutien si fort, tes précieux conseils, ton engagement, ta force et ton espièglerie.

A **Orane**, merci pour ton amitié, ta sincérité, ton esprit éveillé et ta culture admirable. A tous ces moments que nous avons partagés, Prague sous la pluie, tes visites à Beau Soleil, ces nombreux voyages et ces weekends remplis de découverte, de joie, de rire, de larmes et de réconfort. Et merci pour ton aide précieuse pour mon questionnaire.

A **Louis**, merci pour ton amitié et ton soutien.

A **Maxime, Paul, Théo, Adeline, Florent**, merci pour ces bons moments, à **Jd**, à **Simon**.

A **Floriane**, merci d'être là pour moi. On aura partagé tellement de choses pendant nos études, et même si l'internat nous a éloigné, ce n'est que géographiquement. Merci pour ton soutien et tes conseils si précieux.

À **Clémence**, merci pour ton amitié, ta franchise et ton rire communicatif.

A **Marion**, merci pour ton amitié tout au long des études et encore après.

À **Morgan**, merci pour ton amitié si forte après toutes ces années. Merci d'être une amie qui me fait toujours autant mourir de rire. J'admire ta force, ta volonté, ton énergie, ton application dans tout ce que tu fais, et toujours avec une pointe d'humour.

A **Justine**, merci pour ton amitié depuis la primaire, à nos années à Ici Là-bas qui je pense ont fortement contribué à la renforcer, et puis à nos années lycée et aux Nytops. J'admire ta force et ta persévérance, merci pour ton humour, ton écoute, ta sensibilité, ton sens de la fête, merci de m'avoir fait découvrir le monde des musiciens avec toi.

A **Cloé**, je suis heureuse de t'avoir retrouvée après toutes ces années et d'avoir la chance d'être la tata Sousou de la merveilleuse **Charlie**, merci à **Chris** également. A **Marine**, merci pour ton amitié durant toutes ces années de collège et de lycée, et à nos retrouvailles.

A **Sophie**, mon amie de si longue date ! Toi qui as été présente à tous mes goûters d'anniversaire depuis la maternelle. Mes années d'école ont été joyeuses grâce à ta présence, ta franchise, ta bavardise, ta sagesse et ta gentillesse.

A **Julie**, tu auras aussi été une grande amie pendant mon enfance, merci pour tout.

A **Camille**, merci d'être là depuis toujours j'ai l'impression. De la danse, au goûter après l'école, aux soirées, à Oléron. Nous avons tant partagé depuis toute petite, merci de faire toujours partie de mes amies.

A **Mathilde**, à notre amitié du collège à la colocation parisienne. C'est grâce à toi que je suis venue m'installer ici et que j'ai découvert la vie parisienne. Merci pour tous ces moments partagés depuis le collège. Merci à la Math-Ma-Cam de m'avoir accompagnée, soutenue pendant les années collège et lycée et à tous les moments de rires et de folie partagés.

A la **famille Clérin, Christine, Pierre, Francis et Capucine**, merci pour votre accueil toujours aussi chaleureux depuis toutes ces années. J'en ai passé du temps chez vous, vous êtes un peu comme ma 2ème famille.

A **Neha**, trop heureuse de t'avoir retrouvée à Paris, merci pour ton amitié, ta gaieté si contagieuse et ta bienveillance. Merci aussi pour ton soutien et ton aide pour ma thèse.

A **Domitille**, des souvenirs il n'en manque pas. On en aura passé des moments ensemble enfant, puis aux scouts, et en tant que cheffes. Merci pour tous ces moments de rires et de partage.

A **Alexis, Diane et Clotilde** qui ont marqué des années de scoutismes riches en émotions.

A **Mylène**, à cette rencontre heureuse dans le train. Ces vacances au ski resteront mémorables. Merci pour toutes ces soirées folles. Merci pour ton énergie et ta joie de vivre si contagieuse.

A mes co-internes de médecine interne, aux lyonnaises, **Sarah, Julia, Maud, Fleur**, merci pour le soutien que vous avez apporté pendant la première année d'internat si difficile. A mes co-internes des urgences de Saverne, **Emilie, Iman, Pauline, Edwin, Mathias, Laura**.

A mes nouvelles rencontres parisiennes du Krav Maga, **Isaure, Roxane, Lamia, Marie-Laure, Aurel, Thomas...** A la bande de Didot, **Clara, Brianne, Jeanne...**

A tout ceux qui m'ont aidé pendant ma thèse, pour me motiver et pour les stats, à **Martial** qui m'a pris sous son aile au tout début, à **Thomas**, à **Wei**.

A **Béatrice**, qui a pris le temps de me décortiquer Excel. Et merci à toi et à **Baptiste** de m'avoir si bien accueillie.

Au **Docteur Mihaela Sarba**, merci de m'avoir accueillie au sein de l'équipe de l'USC, de m'avoir tant appris, d'avoir eu confiance en moi. Merci pour ton soutien et ton amitié.

Au **Docteur Valérie Ternoir**, merci pour ta douceur et ta gentillesse, ton empathie et ta rigueur, j'espère un jour être à ta hauteur.

Au **Docteur Olivier Watrelot**, merci pour ton chaleureux accueil, ta présence joyeuse et pleine d'humour.

Au **Docteur Cristian Prelipcean**, merci pour ton soutien et ta bienveillance.

A toute l'équipe de USC de Sélestat, vous avez été incroyables, j'ai adoré faire partie de votre équipe, merci pour votre humanité et votre accueil chaleureux.

A tous les praticiens que j'ai croisés durant mon externat et mon internat, en médecine interne et en pédiatrie à Colmar, aux urgences de Saverne, en gynécologie et en neurovasculaire à Hautepierre, aux médecins généralistes qui m'ont accueillie et formée.

A tous les médecins que j'ai croisé pendant mes remplacements, **Adriana, Jessica, Caroline, Marc, Camille, Thibault...**

A tous ceux qui ont marqué mes études de médecine, **Audrey, Quentin, JM, Matthieu, Arnaud...**

A tous ceux de l'internat de Mulhouse, **Charlène, Alex, Margaux, Émilie, Clément, Alistair, Matthieu, Maxime...**

A **Dune** et **Louve** pour tout le réconfort que vous m'avez apporté.

A tous ceux que je n'ai pas cité mais qui ont croisé mon chemin, pendant mon enfance, mes études, mon internat ou plus tard, à Saintes, à Poitiers, à Strasbourg ou à Paris.

Table des matières

Serment d’Hippocrate.....	14
Remerciements.....	15
I/ Introduction.....	28
1. Contexte.....	28
2. Définitions.....	31
a. Classification des MSF.....	31
b. Epidémiologie.....	33
c. Origines des MSF.....	36
d. Conséquences sur la santé physique et psychologique.....	38
e. Législation.....	40
f. Associations.....	43
3. Objectifs de l’étude.....	44
II/ Matériels et Méthodes.....	44
1. Type d’étude.....	44
2. Population d’étude et recueil de données.....	44
3. Réalisation du questionnaire.....	44
4. Diffusion du questionnaire et récupération des données.....	45
5. Période d’étude.....	46
6. Analyse de données.....	46
7. Aspects réglementaires.....	47
III/ Résultats.....	47
1. Description de l’échantillon.....	47
a. Le sexe.....	49
b. L’âge.....	49
c. Le statut.....	50
d. L’activité complémentaire.....	53
e. Le lieu d’exercice.....	54
f. Stage de gynécologie pendant les études de médecine.....	56
g. Stage de pédiatrie pendant les études de médecine.....	59
h. La formation complémentaire.....	61
i. Activité gynécologique ou pédiatrique en consultation.....	63
j. L’activité en tant que maître de stage.....	64
k. La sensibilisation des médecins généralistes aux MSF.....	64
l. Les biais de sensibilisation.....	65
2. Les connaissances cliniques d’une MSF par les médecins généralistes.....	66
a. Savoir reconnaître une MSF lors d’un examen gynécologique.....	66
b. Description clinique d’une MSF de type de II.....	67
c. Reconnaissance des différents types de MSF sur photos.....	68
d. Reconnaissances des différents types de MSF sur schémas.....	69
e. Analyse statique concernant les questions de connaissances cliniques.....	71

3. Les connaissances théoriques des médecins généralistes concernant les MSF.....	72
a. Le nombre de femmes/filles ayant subi des MSF qui vivent en France.....	72
b. Le risque pour une fille vivant en France de subir une MSF si elle ou sa famille est originaire d'un pays qui pratique les MSF.....	73
c. Les pays à risque de pratiquer les MSF.....	73
d. Le contexte qui doit faire évoquer un risque de MSF.....	74
e. Les complications chez les femmes victimes de MSF.....	75
f. Les solutions à apporter chez les femmes victimes de MSF.....	76
g. La prise en charge par la sécurité sociale.....	77
h. La législation.....	77
i. Les associations ou services.....	78
j. Les recommandations de la HAS 2020.....	79
4. Dans la pratique.....	79
a. Proportion de femmes et filles à risque dans la patientèle des participants.....	79
b. Rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des MSF.....	80
c. La question des MSF est-elle systématiquement abordée en consultation ?.....	80
d. Qu'ont fait les médecins généralistes qui ont été confrontés à une patiente victime de MSF ?.....	81
e. Se sentent-ils prêt à aborder le sujet ?.....	83
f. Pour quelles raisons se sentent-ils réticents à aborder le sujet ?.....	85
g. Avis concernant une consultation dédiée aux violences faites aux femmes, valorisée par la sécurité sociale.....	85
h. Aborder le sujet si une telle consultation existait.....	86
5. Remarques des participants.....	87
IV/ Discussion.....	87
1. Etat des lieux des connaissances.....	87
a. La question des mutilations sexuelles féminines n'est pas abordée en consultation.....	87
b. Le dépistage par l'examen clinique est insuffisant.....	89
c. Des connaissances théoriques mitigées.....	92
d. Mais un intérêt des médecins généralistes.....	96
2. Points forts et limites de l'étude.....	96
a. Points forts.....	96
b. Limites.....	98
3. Comment améliorer le dépistage ?.....	99
a. La sensibilisation et la formation.....	99
b. Axer la formation sur le dépistage.....	100
c. Consultation dédiée aux violences.....	102
V/ Conclusion.....	104
Annexes.....	106
Bibliographie.....	136
Attestation sur l'honneur.....	140

Liste des Annexes :

Annexe 1 : Carte de la répartition de la population cible sur le territoire métropolitain.....	106
Annexe 2 : Tableau de la HAS résumant les peines encourues si pratique de MSF.....	107
Annexe 3 : Certificat médical : formulaire d'Informations Préoccupantes.....	108
Annexe 4 : Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée ou de risque imminent sur une mineure.....	110
Annexe 5 : Modèle de certificat médical de non-excision pour une patiente mineure (en vue d'un voyage).....	112
Annexe 6 : Modèle de certificat médical de non-excision ou d'excision pour une patiente majeure.....	113
Annexe 7 : Questionnaire.....	114
Annexe 8 : Répartition des réponses en fonction des départements.....	122
Annexe 9 : Remarques des participants.....	125
Annexe 10 : Résultats statistiques.....	131
Annexe 11 : Flyer à destination des professionnels de santé.....	134
Annexe 12 : Affiche à destination des patientes.....	135

Liste des figures :

Figure 1 : Schéma d'une mutilation sexuelle féminine de type I.....	31
Figure 2 : Schéma d'une mutilation sexuelle féminine de type II.....	32
Figure 3 : Schéma d'une mutilation sexuelle féminine de type III.....	33
Figure 4 : Prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde.....	34
Figure 5 : Répartition de la population à risque sur le territoire métropolitain.....	35
Figure 6 : Diagramme de flux.....	47
Figure 7 : Répartition des âges des participants.....	49
Figure 8 : Activité gynécologique ou pédiatrique des participants.....	63
Figure 9 : Les différents biais de sensibilisation aux MSF des participants.....	65
Figure 10 : Description clinique à partir d'une photo de MSF de type II.....	67
Figure 11 : Réponses des participants concernant le risque pour une fille vivant en France de subir une MSF.....	73
Figure 12 : Réponses des participants concernant les pays à risque de pratiquer des MSF....	74
Figure 13 : Contexte devant faire évoquer un risque de MSF.....	75
Figure 14 : Complications à rechercher chez une patiente victime de MSF.....	76
Figure 15 : Solutions à apporter à une patiente victime de MSF.....	77
Figure 16 : Patientèle à risque chez les participants.....	79
Figure 17 : Prise en charge des 139 participants ayant été confrontés à une patiente victime de MSF.....	83
Figure 18 : Disposition des médecins quant à l'abord du sujet des MSF avec leur patiente....	84
Figure 19 : Avis des médecins concernant une consultation dédiée aux violences faites aux femmes.....	86
Figure 20 : Disposition des médecins à aborder les MSF si existence d'une consultation dédiée aux violences faites aux femmes.....	86

Liste des tableaux :

Tableau I : Différences du score de connaissance en fonction de la classe d'âge.....	50
Tableau II : Statut des participants.....	52
Tableau III : Différences du score de connaissance en fonction du statut.....	52
Tableau IV : Activité complémentaire des participants.....	53
Tableau V : Différences du score de connaissance en fonction des activités complémentaires.....	54
Tableau VI : Différence du score de connaissance en fonction de la part de population cible dans le département d'exercice.....	56
Tableau VII : Réalisation de stages en gynécologie au cours des études de médecine.....	57
Tableau VIII : Différences du score de connaissance en fonction des terrains de stage en gynécologie.....	58
Tableau IX : Réalisation de stages en pédiatrie au cours des études de médecine.....	60
Tableau X : Différences du score de connaissance en fonction des terrains de stage en pédiatrie.....	61
Tableau XI : Formations complémentaires réalisées par les participants.....	62
Tableau XII : Différences du score de connaissance en fonction des formations complémentaires.....	62
Tableau XIII : Différences du score de connaissance en fonction de l'activité gynécologique et pédiatrique.....	64
Tableau XIV : Biais de sensibilisation des participants aux MSF.....	66
Tableau XV : Reconnaissance clinique des MSF sur des photos par les participants.....	69
Tableau XVI : Reconnaissance clinique des MSF sur des schémas par les participants.....	70
Tableau XVII : Différences du score de connaissance clinique en fonction de la pratique de gynécologie et de l'auto-évaluation des participants quant à leur l'aptitude à identifier une MSF.....	72
Tableau XVIII : Réponses des participants concernant la levée du secret médical et le signalement auprès du procureur de la République ou de la CRIP.....	78
Tableau XIX : Prise en charge des participants confrontés ou non à une patiente victime de MSF.....	82
Tableau XX : Raisons de la réticence à aborder le sujet des MSF.....	85

Liste des abréviations :

ADISP : Archives de Données Issues de la Statistique Publique

AGNU : Assemblée Générale des Nations Unies

AME : Aide Médicale d'Etat

CAMS : Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CFPD : Centre Fédératif Prévention Dépistage

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPP : Commission de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIGE : Institut Européen pour l'Égalité entre les Hommes et les Femmes

EQUIPOP : Équilibres & Populations

FMC : Formation Médicale Continue

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

GALCE : Groupe Alsacien de Lutte Contre l'Excision

GSF : Gynécologie Sans Frontières

HAS : Haute Autorité de Santé

HCDH : Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QCM : Questions à Choix Multiples

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UNAVI : Unité d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USLD : Unité de Soins Longue Durée

WS&C : Women Safe & Children

I/ Introduction

1. Contexte

Les mutilations sexuelles féminines sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme recouvrant toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme, ou toute autre lésion des organes génitaux féminins, qui sont pratiquées pour des raisons non médicales (1).

Historiquement, les mutilations sexuelles féminines se pratiquent majoritairement sur le continent africain. Mais aujourd'hui, il existe des femmes et des filles victimes de ces mutilations sur tous les continents, notamment dans les pays d'immigration comme l'Europe.

La France est l'un des pays les plus concernés au niveau européen par les mutilations sexuelles féminines en effectif absolu. D'après une étude de santé publique réalisée en 2019, on estime à 125 000 le nombre de femmes adultes ayant subi des mutilations sexuelles féminines qui vivent en France, soit 0,5% de la population féminine française (2). Alors que la pratique de ces mutilations a quasiment disparu sur le territoire français depuis une vingtaine d'années à la suite des procès d'exciseuses à la fin des années 1990, la population féminine adulte excisée vivant en France a doublé en l'espace de 10 ans. Cela s'explique en partie par l'arrivée en France de nouvelles femmes migrantes originaires de pays pratiquant les mutilations sexuelles féminines (3).

Les mutilations sexuelles féminines sont réalisées aujourd'hui pour des raisons traditionnelles ou sociétales. Elles n'ont aucun bénéfice connu pour la santé, elles sont préjudiciables, douloureuses et traumatisantes. L'ablation de tissus génitaux normaux et sains, ou les dommages causés à ces tissus, entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin responsables de conséquences immédiates ou durables sur la santé (4).

Les mutilations sexuelles féminines sont internationalement considérées comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes. Elles sont le reflet d'une profonde inégalité entre les sexes et constituent une forme extrême de discrimination envers les femmes et d'une volonté de contrôler leur sexualité. Ces pratiques violent également le droit à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique, le droit d'être à l'abri de la torture et de traitements cruels, inhumains ou dégradants, ainsi que dans les cas extrêmes, le droit à la vie (1). Malgré les lois qui interdisent la pratique des mutilations sexuelles féminines dans de nombreux pays, de nombreuses femmes et filles en sont encore victimes ou à risque de l'être.

En 2019, le gouvernement français lance un plan d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines. Il vise notamment à sensibiliser et former les professionnels de santé pour mieux prévenir, et améliorer la santé des femmes victimes de ces mutilations (5).

La Haute Autorité de Santé (HAS) publie en 2020 des recommandations de bonnes pratiques adressées aux professionnels de santé de premier recours, concernant la prise en charge des mutilations sexuelles féminines (MSF). Ces recommandations ont pour objectifs de favoriser les connaissances, d'aider au dépistage et à la prévention et de favoriser une meilleure prise en charge des jeunes filles et des femmes victimes de MSF (3).

Parmi les professionnels de santé en première ligne pour lutter contre les MSF, le médecin généraliste joue un rôle clé pour dépister ces mutilations chez les patientes à risque et leur proposer une prise en charge adaptée.

Différentes études régionales, antérieures aux recommandations de la HAS, ont évalué les connaissances des médecins généralistes et ont retrouvé une insuffisante connaissance des MSF (6,7). Mais la thèse récente du Dr A. Fasel réalisée en 2024 comparant les connaissances des médecins généralistes sur trois départements – la Seine-Saint-Denis, le Rhône et les

Alpes-Maritimes où le niveau de prévalence des MSF diffèrent – a retrouvé des résultats similaires, malgré les nouvelles recommandations (8).

D'autres études se sont intéressées au ressenti des patientes victimes de mutilations sexuelles féminines et ont mis en évidence que celles-ci étaient demandeuses d'informations concernant les MSF et leurs possibilités de prise en charge, qu'elles soient psychologique, chirurgicale ou sexologique (9). Le médecin généraliste a une place privilégiée auprès des patientes pour les informer et les orienter vers une prise en charge adaptée si elles le souhaitent.

Le rôle du médecin généraliste va au-delà du dépistage. D'après une étude réalisée en 2018 par l'Institut Européen pour l'égalité des hommes et des femmes (EIGE), entre 12 et 21% des filles originaires de pays à risque et vivant en France seraient à risque d'être victimes de MSF (10). La prévention a donc un intérêt majeur dans la lutte contre cette pratique.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude s'intéressant aux pratiques et aux connaissances des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire français, ainsi qu'au défaut de dépistage des MSF par les médecins généralistes. Si les études régionales ont montré un faible niveau de connaissance sur le sujet, nous souhaitons orienter notre travail sur les pratiques actuelles des médecins généralistes concernant les MSF en France, et identifier les axes d'amélioration du dépistage et de prise en charge des patientes.

Ce sujet étant souvent méconnu de nombreux professionnels de santé, il nous a semblé important de définir les différents types de MSF ainsi que leurs origines, leur épidémiologie et leurs conséquences, qu'elles soient médicales ou psychologiques, ainsi que leur aspect législatif.

2. Définitions

a. Classification des mutilations sexuelles féminines

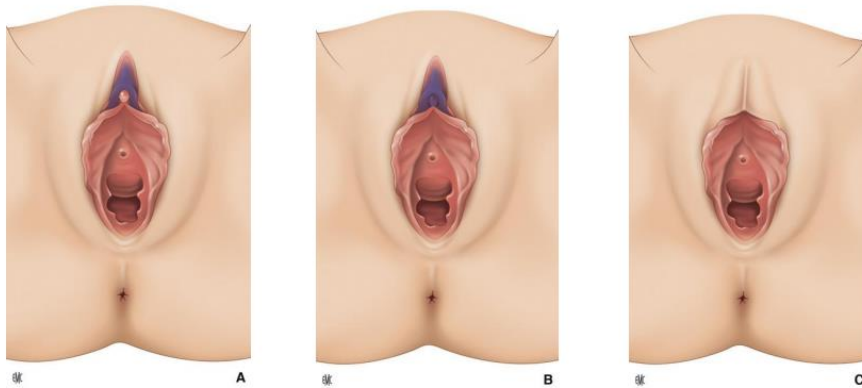
L'OMS définit quatre types de MSF (2023) (1) :

- **Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)**

(Figure 1)

Type Ia : ablation du prépuce/capuchon clitoridien (circoncision)

Type Ib : ablation du clitoris et du prépuce (clitoridectomie)



A. Excision du prépuce.

B. Excision du prépuce et du clitoris

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

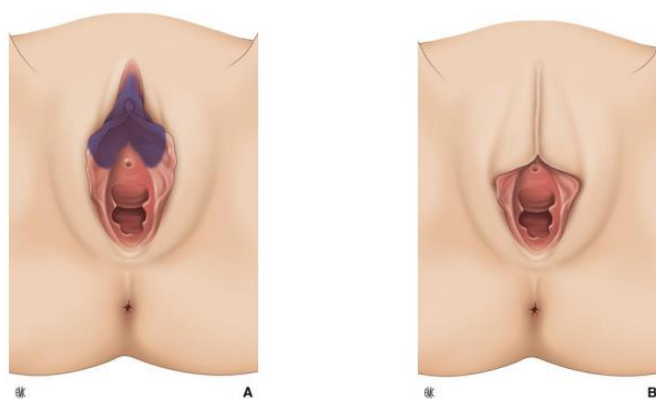
Figure 1 : Schéma d'une mutilation sexuelle féminine de type I (11)

- **Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) (Figure 2)**

Type IIa : ablation des petites lèvres uniquement

Type IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres

Type IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres



A. Avant excision du clitoris et des petites lèvres

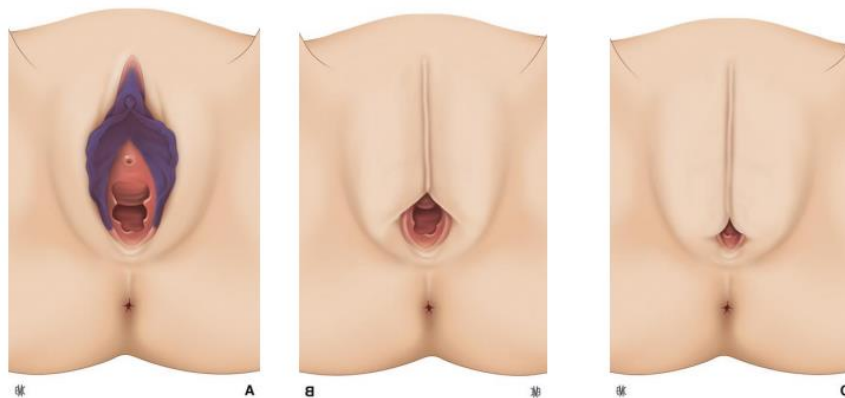
B. Après excision du clitoris et des petites lèvres

Figure 2 : Schéma d'une mutilation sexuelle féminine de type II (11)

- **Type III : 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 (infibulation) (Figure 3)**

Type IIIa : ablation et accolement des petites lèvres avec ou sans excision du clitoris

Type IIIb : ablation et accolement des grandes lèvres avec ou sans excision du clitoris



A. Avant infibulation

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

Figure 3 : Schéma d'une mutilation sexuelle féminine de type III (11)

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

b. Epidémiologie

Aujourd'hui dans le monde, 200 millions de femmes et de filles ont subi une forme de MSF. Il est estimé qu'en Europe, 500 000 femmes et filles sont mutilées, ou exposées au risque de

mutilation. Si ces pratiques sont historiquement plus répandues sur le continent africain, on les observe aujourd'hui dans d'autres régions, notamment des pays d'immigration. La France est l'un des pays d'Europe les plus exposés aux MSF.

Ces pratiques sont majoritairement réalisées en Afrique de l'Ouest (Côte-d'Ivoire, Guinée, Burkina Faso, Mali, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo...), en Afrique de l'Est (Somalie, Erythrée, Soudan), et en Egypte. Mais elles sont également pratiquées en Asie (Indonésie, Malaisie ou Thaïlande du Sud), au Proche et Moyen Orient (Irak, Iran, Yémen), ainsi que dans les pays occidentaux d'immigration (Europe, Amérique du Nord, Australie) (Figure 4) (5). En France, les filles qui risquent de subir des MSF sont majoritairement originaire du Mali, de Guinée, de Côte d'Ivoire et d'Egypte (10).

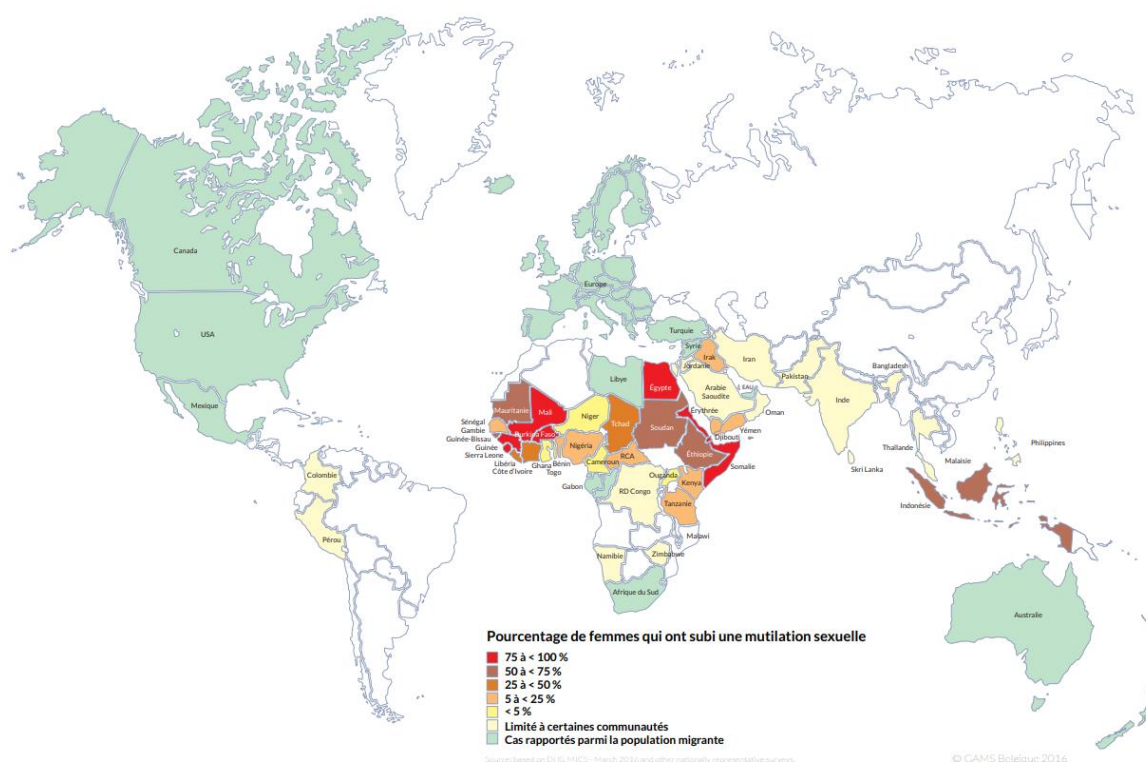
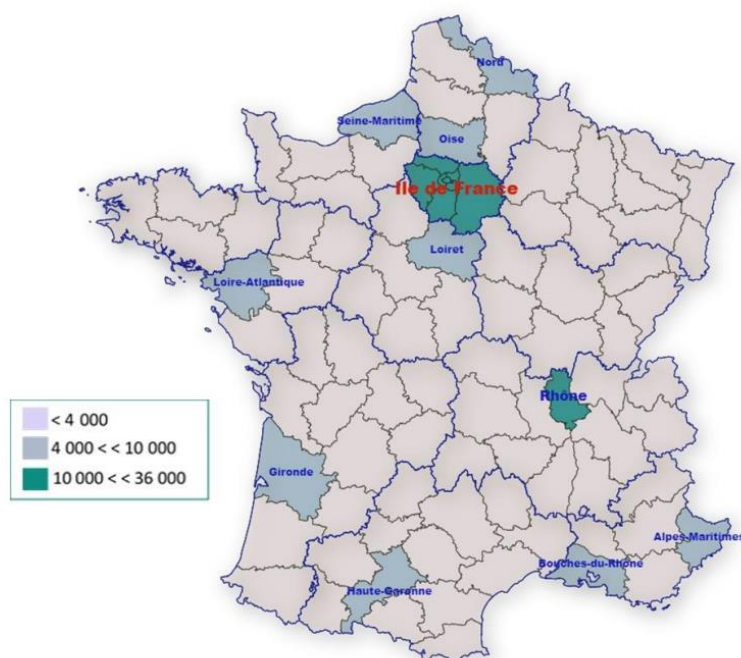


Figure 4 : Prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde (12)

La répartition de la population à risque sur le territoire français est très inégale. Par sa population immigrée, on estime que les régions et départements les plus concernés par les MSF sont l’Ile de France (notamment les départements de la Seine-Saint-Denis et de Paris), le département du Rhône ainsi que les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, de Gironde, de Haute-Garonne, de Loire-Atlantique, du Loiret, du Nord, de l’Oise et de Seine-Maritime (Figure 5) (Annexe 1).

Carte 1. Répartition de la population cible sur le territoire métropolitain



Carte réalisée avec Magrit

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP.

Figure 5 : Répartition de la population à risque sur le territoire métropolitain (13)

Une récente étude MSF-Préval datant de 2021 a estimé pour la première fois de manière directe la prévalence des MSF sur 3 départements, dont les niveaux de prévalence attendus étaient différents : la Seine-Saint-Denis, le Rhône et les Alpes-Maritimes. En Seine-Saint-Denis, la proportion de femmes adultes excisée est de 7,2% (environ 22 500 femmes), dans le

département du Rhône elle est de 1% (environ 3600 femmes), et dans le département à la plus faible population à risque, les Alpes-Maritimes, la proportion de femmes adultes excisées est de 0,7% (soit environ 1100 femmes) (13).

c. Origines des mutilations

Les MSF seraient apparues il y a près de 6000 ans en Egypte antique, bien avant la naissance du christianisme, du judaïsme et de l'islam. Des cicatrices de mutilations génitales évocatrices d'infibulation ont été observées sur le corps de deux momies provenant d'Egypte à l'époque pharaonique, découvertes au début des années 1990. Le terme d'« excision pharaonique » est d'ailleurs utilisé par certaines communautés pour décrire l'infibulation.

De nombreux mythes et croyances existent autour des MSF, dont le sens diffère selon la culture et les peuples qui les pratiquent.

Pour certains, le clitoris représenterait la partie masculine de la femme, qui doit donc être retiré, de même que le prépuce chez l'homme représenterait la partie féminine. L'excision du clitoris (et la circoncision chez les hommes) serait un rituel de différenciation sexuelle pour devenir un adulte complet et fécond. D'autres cultures considéreraient le clitoris dangereux pour l'homme ou le nouveau-né. L'excision peut être pratiquée dans certaines communautés pour des raisons de beauté ou d'hygiène.

Pour de nombreuses ethnies, la pratique de MSF constitue un rite de passage à l'âge adulte, nécessaire pour accéder au statut de femme. L'excision favoriserait l'éligibilité au mariage, car une femme non excisée serait considérée comme « impure » ou « obscène ». Dans certaines cultures on ne peut donc marier sa fille et obtenir une dote si elle n'est pas excisée. D'autres raisons justifiant ces pratiques sont de diminuer le désir sexuel de la femme, afin de préserver la virginité et la fidélité (1).

Il peut s'agir également d'un rite protecteur, assurant « la socialisation » de la femme, l'acceptation sociale, afin de ne pas être rejetée par sa communauté.

Souvent associées à des coutumes religieuses et à l'islam, les MSF ne sont pourtant ni recommandées ni citées par aucun texte religieux tels que la Bible ou le Coran. Certaines sociétés justifient la pratique des MSF sous couvert d'une obligation religieuse, mais l'excision est une coutume bien antérieure à l'apparition des grandes religions monothéistes (14,15). On retrouve des pratiques de MSF aussi bien dans des pays musulmans comme le Mali ou le Soudan que dans des pays chrétiens comme la République Démocratique du Congo ou l'Ethiopie. Il existe également de nombreux pays musulmans ne pratiquant pas les MSF, comme le Maroc ou l'Algérie. Il s'agit plus souvent d'une tradition ethnique, avec de fortes disparités au sein d'un même pays.

Au XIXème siècle et début du XXème, la « clitoridectomie » était réalisée en Europe et aux Etats-Unis pour traiter les troubles psychiques féminins tels que l'histrionisme, la masturbation, ou l'homosexualité. Cette pratique a perduré aux Etats-Unis jusqu'en 1937.

Pour ces diverses justifications des MSF précédemment citées, l'âge des mutilations varie d'une communauté ethnique à l'autre. Les MSF peuvent être pratiquées dans toutes les catégories socio-professionnelles, et concernent majoritairement des enfants de moins de 15 ans. La majorité des MSF se pratique entre 0 et 4 ans, puis entre 5 et 9 ans, mais elles peuvent aussi être pratiquées à l'adolescence, avant le mariage, au cours de la grossesse ou suite au premier accouchement (3,4,16). On constate une pratique chez des enfants de plus en plus jeunes dans une dizaine de pays, notamment au Burkina Faso où la pénalisation des MSF a

entraîné la pratique de l'excision chez les nourrissons afin d'éviter une dénonciation par les filles elles-mêmes (17,18).

En France, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) assurent une prévention et une information au sein des familles originaires de pays à risque mais également un suivi et un dépistage régulier des MSF chez les filles jusqu'à leurs 6 ans. A la levée de cette surveillance le risque de pratique de MSF lors d'un retour au pays ne doit pas être méconnu.

d. Conséquences sur la santé physique et psychologique

Les MSF sont le plus souvent pratiquées par des exciseuses sans formation médicale, réalisées sans anesthésie et dans de mauvaises conditions d'hygiène. Les outils utilisés peuvent être des lames de rasoirs, des couteaux, des bouts de verres non désinfectés... L'hémostase se fait par des compositions à base d'herbes, de terre ou de cendre appliquées directement sur la plaie afin de favoriser la cicatrisation. Les jambes de la fille peuvent être attachées pendant des jours pour éviter la réouverture de la plaie (19,20).

Dans certains pays, les MSF peuvent être pratiquées par des professionnels du secteur de la santé, faisant penser à tort que réalisées dans ces conditions, elles sont mieux vécues et ne sont pas sources de complications. Cette pratique est dénoncée par l'OMS, rappelant que ces mutilations sont des pratiques préjudiciables et craignant que la médicalisation les perpétue (4).

Conséquences médicales immédiates :

Les conséquences immédiates peuvent être le décès par hémorragie, la septicémie, un état de choc, des fractures de membres en lien avec la contention, des troubles urinaires, la transmission de maladies telles que le VIH, le tétanos, les hépatites B et C...

Conséquences psychologiques :

Les MSF peuvent entraîner des conséquences psychologiques telles qu'un état de stress post traumatique, de l'anxiété, une dépression.

Conséquences uro-gynécologiques :

Les complications peuvent être multiples, des douleurs chroniques vulvaires et pelviennes, une mauvaise qualité de cicatrisation avec des cicatrices chéloïdes et des névromes cicatriciels. Les MSF peuvent entraîner des infections génitales chroniques, une infertilité, des infections urinaires récidivantes, une insuffisance rénale chronique.

Conséquences sexuelles :

Elles comprennent des dyspareunies, des anorgasmies, des troubles du désir, des difficultés dans la vie de couple, des pénétrations vaginales impossibles du fait des brides cicatricielles, des vaginismes...

Conséquences obstétricales :

Des complications obstétricales graves sont décrites dans des pays en voie de développement telles que des déchirures périnéales complexes pouvant se compliquer de fistules voire de cloaque.

Chez l'enfant, l'obstruction vaginale due à la mutilation peut entraîner une dystocie d'expulsion, avec anoxie néonatale, séquelles neurologiques, décès néonatal.

Une opération de « chirurgie réparatrice » des MSF a été mise au point par le Dr Pierre Foldès, chirurgien urologue français, dans les années 2000. Elle consiste à rouvrir la cicatrice de l'excision, et de reconstruire un néo-gland clitoridien en libérant le corps du clitoris (21).

Depuis 2003, la Sécurité Sociale prend en charge cette opération. L'Aide Médicale d'Etat (AME) et la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (anciennement Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)) offrent également une prise en charge à 100% (3,21). La France est le premier pays à rembourser les frais chirurgicaux de réparation liées aux MSF (18).

e. Législations :

Quelques dates historiques :

- **1952** : découverte des MSF par l'Organisation des Nations Unies (ONU), qui se penche pour la première fois sur le problème de l'excision sur les territoires, à l'époque encore sous tutelle coloniale. Dans ce contexte d'oppression, cette remise en cause de l'excision est considérée comme une agression à la culture et aux valeurs traditionnelles des pays africains concernés (14).
- **1979** : les MSF sont pour la première fois reconnues néfastes pour la santé des femmes et des enfants (14).
- **1983** : la France est le premier pays à pénaliser cette pratique : les mutilations sexuelles sont réprimées au sein du Code pénal au titre de « violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente » constituant par conséquent un crime (22,23). Le détail des peines encourues est présenté en Annexe 2.
- **1994** : le statut de réfugié s'étend aux femmes menacées ou victimes de mutilation (14).

- **1997** : déclaration de l’OMS, des Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et des Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) dénonçant les MSF (1,24).
- **2003** : Signature par 37 Etats africains du « Protocole de Maputo » adopté par l’Union africaine, amenant les Etats signataires à garantir le droit des femmes et la fin des MSF (25).
- **2006** : Elargissement de la pénalisation des MSF, applicable aux mineures de nationalité étrangère résidant habituellement en France et victimes de MSF à l’étranger (23).
- **2008** : L’Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) accorde le droit d’asile pour les filles menacées de MSF.

Déclaration interinstitutions sur l’élimination des MSF par l’OMS et de nombreuses institutions des Nations Unies comme le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), l’Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et l'UNICEF (24).

Plusieurs actions internationales sont régulièrement mises en place par l’OMS, l’Assemblée Générale des Nations Unies (AGNU), l’UNICEF, l’UNFPA et le Conseil de l’Europe (2010, 2012, 2013, 2016, 2018) (1).

A ce jour, 26 pays d’Afrique et du Moyen-Orient ont adopté des lois ou des décrets contre les MSF, notamment le Bénin, le Burkina Faso, la République centrafricaine, le Tchad, la Côte d’Ivoire, l’Egypte, l’Erythrée, l’Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau,

le Kenya, la Mauritanie, le Niger, le Nigeria, le Sénégal, le Soudan, la Tanzanie, le Togo, et l'Ouganda (19,26).

Cependant, malgré une législation de plus en plus sévère rendant punissables les MSF, la pratique de ces mutilations persiste dans plusieurs de ces pays.

Une journée mondiale d'action et de lutte contre les MSF est organisée tous les ans le 6 février.

Signalement :

Dans la pratique du professionnel de santé, trois cas de figure nécessitant un signalement avec levée du secret professionnel peuvent se présenter. Ils sont décrits dans les recommandations de la HAS (3) :

Si risque non imminent de MSF chez une patiente mineure :

- ⇒ Rédiger une information préoccupante à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (27) (Annexe 3)

Si risque imminent chez une patiente mineure :

- ⇒ Faire un signalement en urgence auprès du procureur de la République du tribunal de grande instance (28) (Annexe 4).
- ⇒ Adresser une copie de ce document à la CRIP du conseil départemental.

Si découverte d'une MSF chez une patiente mineure :

- ⇒ Faire un signalement sans délai auprès du procureur de la République

Certificats :

Chez une patiente mineure, un certificat de non-excision en vue d'un voyage peut être réalisé par le médecin (Annexe 5).

Cependant, le certificat médical de non-excision chez une mineure pour une demande d'asile auprès de l'OFPRA doit être réalisé au sein d'une structure médicolégale (l'Unité Médico-Judiciaire ou UMJ).

Chez une patiente majeure, le médecin généraliste peut être amené, à la demande de la patiente, à réaliser un certificat d'excision ou de non-excision, pour appuyer un dossier (Annexe 6).

f. Associations :

Il existe de nombreuses associations sur le territoire français qui luttent pour l'abolition des MSF, dont voici les principales :

- Le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS)
- La Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS)
- Excision, Parlons-en !
- Gynécologie Sans Frontières, (GSF)
- Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)
- Institut Women Safe & Children (WS&C)
- Les Orchidées Rouges
- Équilibres & Populations (EQUIPOP)

3. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les pratiques et les connaissances des médecins généralistes et des internes de médecine générale en France concernant les MSF.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les caractéristiques des participants, leurs formations, leur sensibilisation aux MSF, d'évaluer les critères en lien avec une meilleure connaissance du sujet et d'identifier les axes d'amélioration du dépistage des MSF.

II/ Matériel et méthodes

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative transversale par questionnaire.

2. Population d'étude et recueil de données :

La population cible correspondait à l'ensemble des médecins généralistes installés, remplaçants ou hospitaliers ainsi que l'ensemble des internes de médecine générale en France.

3. Réalisation du questionnaire :

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide du Dr Victor Gabriele (Annexe 7).

Il a été conçu sous forme de Questions à Choix Multiples (QCM) et comportait quarante-deux items répartis en trois groupes :

- « Votre profil » : première partie du questionnaire permettant d'établir le profil du médecin généraliste.
- « Vos connaissances concernant les mutilations sexuelles féminines » : deuxième partie ayant pour but d'évaluer les connaissances générales des médecins généralistes concernant les MSF : prévalence, origines, facteurs de risques, clinique, complications, prise en charge, législation, associations...
- « Votre pratique » : troisième et dernière partie ayant pour but d'évaluer leur pratique concernant les MSF, leurs problématiques et leurs attentes.

Les médecins n'avaient pas la possibilité de revenir en arrière pour modifier leurs réponses.

Le questionnaire a initialement été testé par trois médecins généralistes de différents profils afin d'en améliorer la pertinence.

4. Diffusion du questionnaire et récupération des données :

Pour permettre une diffusion électronique, le questionnaire a été réalisé avec la plateforme LimeSurvey. Un mail avec un descriptif de l'étude ainsi que le lien permettant de répondre au questionnaire électroniquement a été envoyé à destination des médecins généralistes et des internes de médecine générale de France.

Pour cela nous sommes passés par l'intermédiaire des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de chaque région, de toutes les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), et des ordres de médecins départementaux. Les facultés de médecines, les départements de médecine générale des facultés ainsi que les syndicats de plusieurs internes de médecine générale, ont également été contactés.

Nous avons également mis en ligne le questionnaire accompagné d'un texte explicatif sur les réseaux sociaux, notamment sur les groupes Facebook de remplacements en médecine

générale de chaque département et région, et d'autres groupes Facebook destinés aux médecins généralistes, médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou internes de médecine générale.

5. Période d'étude :

La diffusion du questionnaire s'est étalée sur 2 mois et demi du 17 mai au 31 juillet 2024.

6. Analyse des données :

Les données ont été traitées avec le logiciel Microsoft Excel, les analyses statistiques ont également été faites sur Excel et vérifiées avec le logiciel de statistiques StaTGV. L'analyse des données quantitatives a été réalisée avec les tests de Student et de Welch. Un test de Mann-Whitney a été réalisé pour les effectifs inférieurs à 30.

Pour analyser et comparer les connaissances en fonction des caractéristiques des participants, nous avons établi un score sur les questions de connaissances en considérant qu'une réponse juste sélectionnée par le participant équivalait à un point. Certaines propositions de réponses étant fausses, une réponse fausse non cochée par le participant équivalait également à un point. Le participant n'avait pas de point s'il cochait une réponse fausse, ou s'il n'avait pas coché une réponse juste. Nous avons pu établir un score pour chacune des questions ainsi qu'un score global de 51 points pour l'ensemble des questions de connaissances concernant les MSF que nous nommerons « score de connaissance ».

7. Aspects réglementaires :

Cette étude étant une évaluation des pratiques professionnelles, elle ne relève pas d'une décision de Commission de Protection des Personnes (CPP), selon l'article 1121-1 du code de la santé publique (Loi Jardet).

III/ Résultats

1. Description de l'échantillon

Sur un total de 756 questionnaires reçus, 218 ont été exclus car sans réponse ou incomplets, et un questionnaire a été exclu devant de très nombreuses incohérences dans les réponses. Au total, 537 réponses ont pu être exploitées pour notre étude. Le diagramme de flux est représenté dans la figure 6.

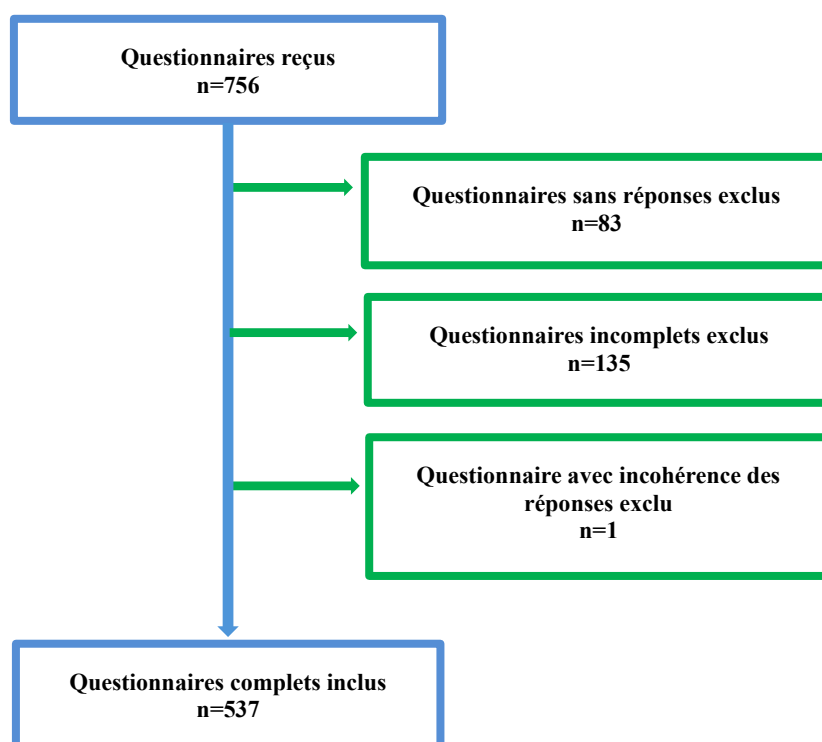


Figure 6 : Diagramme de flux

Corrections :

Nous avons relevé quelques incohérences dans les réponses des participants. Nous avons décidé de les traiter en respectant au mieux les déclarations des médecins.

Nous avons relevé les incohérences suivantes :

- 3 participants qui ont déclaré en commentaire être médecin de PMI, médecin de centre de santé sexuelle ou médecin de PMI et de Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) et qui n'ont pas sélectionné les réponses correspondantes à la question « avait vous une activité complémentaire ? ». Nous avons choisi de modifier leur réponse « non » en réponse « oui » à l'activité citée par le médecin.
- 2 participants ont répondu avoir une activité complémentaire en PMI et au sein d'une CPTS, et qui ont également sélectionné la proposition « aucune de ses proposition ». Nous avons pris la décision de modifier leur réponse « oui » à « aucune de ces propositions » par la réponse « non » et privilégier le choix de l'activité par le participant.
- 2 participants ont répondu avoir réalisé un stage en gynécologie pendant l'externat ou l'internat et ont également répondu n'avoir réalisé aucun stage en gynécologie. De la même manière que précédemment nous avons modifié leur réponse « oui » à « aucun stage réalisé » par la réponse « non ».
- 1 participant a répondu n'avoir réalisé aucune formation complémentaire mais a ajouté en commentaire avoir réalisé un DU de Gériatrie. Nous avons donc modifié sa réponse en « oui » pour « Autre formation complémentaire » et « non » pour « formation complémentaire non réalisée ».
- 2 participants ont répondu ne jamais avoir été sensibilisés aux MSF, puis à la question « si oui, par quel(s) biais », l'un a répondu « Etudes de médecine » et « jamais été sensibilisé » et l'autre participant a répondu « Autre » et « jamais été sensibilisé ».

Nous avons modifié les réponses « oui » en réponse « non » pour les biais de sensibilisation « Etudes de médecine » et « Autre » pour préserver la déclaration « jamais été sensibilisé ».

a. Le sexe

Sur les 537 participants, 411 étaient des femmes (76,5%), 125 étaient des hommes (23,3%) et un participant n'a pas souhaité se prononcer (0,2%).

Le score de connaissance des femmes (36,92) était significativement supérieur à celui des hommes (35,46) avec $p=0,003$.

b. L'âge

396 participants (73,7%) avaient moins de 40 ans et 141 participants (26,3%) avaient plus de 40 ans. La répartition des âges est décrite dans la figure 7.

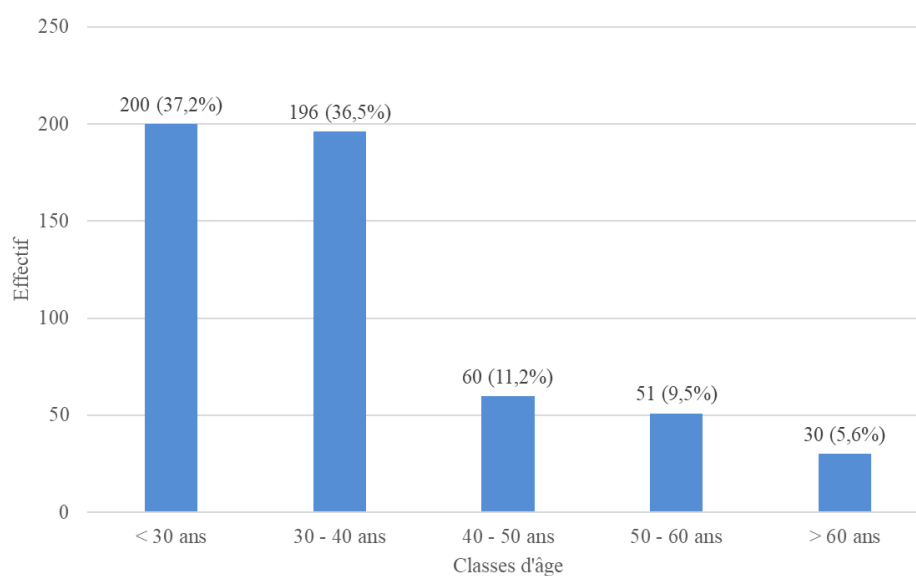


Figure 7 : Répartition des âges des participants

Après comparaison des différentes classes d'âge, un seul résultat significatif a été observé : le score de connaissance des participants de moins de 40 ans (37,22) était significativement supérieur à celui des participants de plus de 40 ans (34,86), avec $p < 0,001$ (Tableau I).

Tableau I : Différences du score de connaissance en fonction de la classe d'âge

Classe d'âge	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
<40 ans	396	37,22	3,97	<0,001*	Test de Welch
>40 ans	141	34,86	5,57		
< 30 ans	200	37,39	3,83	0,389	Test de Student
Entre 30 et 40 ans	196	37,05	4,10		
Entre 40 et 50 ans	60	34,57	5,85	0,926	Test de Student
Entre 50 et 60 ans	51	34,67	5,35		
Entre 50 ans et 60 ans	51	34,67	5,35	0,381	Test de Welch
> 60 ans	30	35,77	5,46		

*différence significative

c. Le statut

Les participants avaient le choix entre plusieurs modes d'exercice, « Interne », « Remplaçant », « Installé », « Hospitalier » et « Autre » et avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses. Par souci de lisibilité, nous avons rassemblé en une seule sous-catégorie nommée « activité mixte » tous les participants ayant coché plusieurs réponses (Tableau II).

Les participants qui ont sélectionné le statut « Hospitalier » (n=31) pouvaient préciser en commentaire leur service. Les services étaient : service de maladies infectieuses et tropicales (n=4), gynécologie médicale (n=2), Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) (n=2),

services des urgences (n=2), médecine polyvalente (n=2), service d'addictologie (n=2), service de soins en milieu pénitentiaire (n=2), Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) (n=1), Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD) (n=1), service Unité de Soins Longue Durée (USLD) (n=1), service de médecine (n=1), service de nutrition (n=1), service de médecine du sport (n=1), service de gériatrie (n=1), service d'exploration fonctionnelle (n=1), orthogénie (n=1), service d'algologie (n=1).

Les participants qui ont sélectionné le statut « Autre » (n=51) pouvaient préciser en commentaire leur activité. Les activités citées étaient : PMI (n=16), centre de santé (n=8), centres de santé sexuelle (anciennement CPEF) (n=4), service d'urgences (n=3), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (n=3), médecin addictologue (n=3), médecin de prévention (n=2), médecin conseil à l'assurance maladie (n=2), médecin scolaire (n=2), médecin gériatre (n=1), médecin sexologue (n=1), centre de vaccination (n=2), médecin fonction publique territoriale (n=1), crèches (n=1), Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (n=1), permanences de soins (n=1), PASS (n=1), Planning Familial (n=1), CeGIDD (n=1), service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (n=1), centre thermal (n=1), pharmacologie (n=1), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) (n=1), Institut Médico-Educatif (IME) (n=1).

Tableau II : Statut des participants

Statut	Effectif	%
Interne	142	26,4
Remplaçant	106	19,7
Installé	194	36,1
Hospitalier	20	3,7
Autre	40	7,4
Activité mixte*	35	6,5
Total	537	100,0

*Participants ayant sélectionné plusieurs réponses

Après comparaison des différents statuts, deux résultats significatifs ont été observés : le score de connaissance des médecins remplaçants (37,12) était significativement supérieur à celui des médecins installés (35,30) avec $p=0,001$ et le score de connaissance des internes (37,13) était significativement supérieur à celui des médecins installés (35,30) avec $p<0,001$ (tableau III).

Tableau III : Différences du score de connaissance en fonction du statut

Statut	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Interne	142	37,13	3,78	0,99	Test de Welch
Remplaçant	106	37,12	4,46		
Remplaçant	106	37,12	4,46	0,001*	Test de Welch
Installé	194	35,30	4,90		
Interne	142	37,13	3,78	<0,001*	Test de Welch
Installé	194	35,30	4,90		

*différence significative

d. L'activité complémentaire

La majorité des participants (78,8%) n'avaient pas d'activité complémentaire ou à temps plein en PMI, en PASS, au CeGIDD, au Planning Familial ou au sein d'une CPTS. Nous avons observé que 69 participants (12,8%) avaient au moins une activité au sein d'une CPTS, 25 participants (4,6%) avaient au moins une activité à temps plein ou complémentaire en PMI, 16 participants (3,0%) avaient au moins une activité au sein d'un Planning Familial et 8 participants (1,5%) au sein d'un CeGIDD.

Par souci de lisibilité et au vu des faibles effectifs, nous avons regroupé en une seule catégorie tous les participants qui avaient une activité complémentaire ou à temps pleins en PMI, au Planning Familial, au CeGIDD et/ou à la PASS mais sans activité au sein d'une CPTS, et nous avons regroupé en une catégorie nommée « Autre » les participants ayant une activité complémentaire y compris au sein d'une CPTS (tableau IV).

Tableau IV : Activité complémentaire des participants

Activité complémentaire	Effectif	%
Pas d'activité complémentaire	423	78,8
Adhérents à une CPTS	65	12,1
Activité en PMI, Planning Familial, CeGIDD et/ou PASS*	45	8,4
Autre**	4	0,7
Total	537	100,0

*participants ayant une ou plusieurs activités exceptées au sein d'une CPTS : PMI (n=17) ; Planning Familial (n=8) ; PASS (n=7) ; CeGIDD (n=4) ; PMI et Planning Familial (n=7) ; PASS et CeGIDD (n=2)

**participants ayant une activité y compris au sein d'une CPTS : CeGIDD et CPTS (n=2) ; PASS et CPTS (n=1) ; PMI, Planning Familial et CPTS (n=1)

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic ; CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ; PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé ; PMI : Protection Maternelle et Infantile

Après comparaison des différents types d'activité complémentaire ou à temps pleins, deux résultats significatifs ont été observés : le score de connaissance des participants ayant une activité en PMI, Planning Familial, CeGIDD ou PASS (39,20) était significativement supérieur à celui des participants qui n'avaient pas d'activité complémentaire (parmi celles proposées) (36,42) avec $p < 0,001$, et le score de connaissance des participants ayant une activité en PMI, Planning Familial, CEGIDD ou PASS (39,20) était significativement supérieur à celui des participants qui avaient uniquement une activité complémentaire au sein d'une CPTS (35,82) avec $p < 0,001$. (Tableau V)

Tableau V : Différences du score de connaissance en fonction des activités complémentaires

Activités complémentaires	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Pas d'activité complémentaire	423	36,42	4,45	<0,001*	Test de Welch
PMI/Planning Familial /CeGIDD/PASS	45	39,20	4,16		
Pas d'activité complémentaire	423	36,42	4,45	0,365	Test de Welch
CPTS	65	35,82	5,02		
CPTS	65	35,82	5,02	<0,001*	Test de Welch
PMI/Planning Familial/CeGIDD/PASS	45	39,20	4,16		

*différence significative

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic ; CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ; PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé ; PMI : Protection Maternelle et Infantile

e. Le lieu d'exercice

Les régions les plus représentées en tant que lieu d'exercice des participants étaient

l'Occitanie (22,2%), l'Auvergne-Rhône-Alpes (15,8%), les Hauts-de-France (11,2%), suivies

par le Grand Est (9,7%), la Nouvelle-Aquitaine (9,3%) et la Bourgogne-Franche-Comté (8,0%).

Les départements les plus représentés étaient ceux de l'Hérault avec 70 participants (13%) exerçant dans ce département, suivi par l'Isère avec 34 participants (6,3%). La répartition précise du nombre de réponses en fonction des départements est décrite en annexe 8.

En se basant sur les données harmonisées de recensement de la population et la répartition de la population cible (femmes originaires d'un pays à risque) sur le territoire métropolitain, nous avons comparé les réponses des participants en fonction de leur département ou de leur région d'exercice (Annexe 1). Ces données étant basées sur le territoire métropolitain, nous n'avons pas pu inclure les départements de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, de la Réunion, et de Mayotte (13).

Les départements ayant une population cible entre 10 000 et 36 000 habitants sont les départements de l'Île de France et du Rhône, les plus concernés par les MSF (n=32). Les départements ayant une population cible inférieure à 10 000 sont tous les autres (à l'exception de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, de la Réunion et de Mayotte) (n=470). Les départements ayant une population à cible entre 4 000 et 10 000 sont les départements du Nord, de Seine Maritime, de l'Oise, du Loiret, de Loire-Atlantique, de Gironde, de Haute Garonne, des Bouches du Rhône et des Alpes Maritimes (n=64).

Les départements ayant une population supérieure à 4 000 sont les départements de l'Île de France, du Rhône, ainsi que ceux du Nord, de Seine Maritime, de l'Oise, du Loiret, de Loire-Atlantique, de Gironde, de Haute Garonne, des Bouches du Rhône et des Alpes Maritimes (n=.96). Les départements dont la population cible est inférieure à 4 000 sont tous les autres (n=406) (à l'exception de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Guyane, de la Réunion et de Mayotte).

Après comparaison des différents départements d'exercice des participants, deux résultats significatifs ont été observés : le score de connaissance des participants exerçant dans des départements avec une forte population cible (supérieure à 10 000) était significativement supérieur à celui des autres participants (exerçant dans tous les autres départements ayant donc une population cible inférieure à 10 000) avec $p < 0,001$. Et le score de connaissance des participants exerçant dans des départements avec une forte population cible (supérieure à 10 000) était significativement supérieur à celui des participants exerçant dans les départements ayant une population cible entre 4 000 et 10 000, avec $p = 0,004$ (tableau VI).

Tableau VI : Différence du score de connaissance en fonction de la part de population cible dans le département d'exercice

Part de population cible au sein du département	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
>10 000	32	39,03	3,70	<0,001*	Test de Welch
< 10 000	470	36,38	4,61		
> 10 000	32	39,03	3,70	0,004*	Test de Welch
Entre 4 000 et 10 000	64	36,39	4,79		
> 4 000	96	37,27	4,61	0,088	Test de Welch
< 4 000	406	36,37	4,58		

*différence significative

f. Stage en gynécologie au cours des études de médecine

Sur les 537 participants, nous avons observé que 462 (86%) ont réalisé au moins un stage en gynécologie en hospitalier, que ce soit pendant leur externat et/ou leur internat, et 143 (26,6%) ont réalisé au moins un stage en ambulatoire que ce soit pendant leur externat et/ou leur internat.

Nous avons observé que 377 participants (70,2%) ont réalisé au moins un stage en hospitalier en gynécologie pendant leur externat, 289 (53,8%) ont réalisé au moins un stage en hospitalier en gynécologie pendant leur internat, 137 (25,5%) ont réalisé au moins un stage en ambulatoire pendant leur internat et 19 (3,5%) ont réalisé au moins un stage en ambulatoire pendant leur externat.

52 participants (9,7%) n'ont réalisé aucun stage en gynécologie ou santé de la femme, que ce soit hospitalier ou ambulatoire pendant l'externat ou l'internat.

La répartition des terrains de stage en gynécologie est décrite dans le tableau VII. Par souci de lisibilité, les catégories dont les effectifs étaient inférieurs à 30 ont été regroupées dans une catégorie nommée « Autre ».

Tableau VII : Réalisation de stages en gynécologie au cours des études de médecine

Stage en gynécologie	Effectif	%
Hospitalier (E) + Hospitalier (I)	157	29,2
Hospitalier (E)	116	21,6
Hospitalier (I)	69	12,9
Hospitalier (E) + Ambulatoire (I)	53	9,9
Hospitalier (E) + Hospitalier et Ambulatoire (I)	37	6,9
Autre*	53	9,9
Aucun stage en gynécologie	52	9,7
Total	537	100,0

*Autre : Ambulatoire (Externat) n=0 ; Ambulatoire (Internat) n=21 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) n=2 ; Hospitalier et Ambulatoire (Internat) n=13 ; Ambulatoire (Externat) + Ambulatoire (Internat) n=2 ; Ambulatoire (Externat) + Hospitalier (Internat) n=2 ; Ambulatoire (Externat) + Hospitalier et Ambulatoire (Internat) n=1 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) + Hospitalier (Internat) n=2 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) + Ambulatoire (Internat) n=2 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) + Hospitalier et Ambulatoire (Internat) n=8 ;

(E) : Pendant l'externat ; (I) : pendant l'internat

Après comparaison des terrains de stage en gynécologie, un seul résultat significatif a été observé : le score de connaissance des participants ayant réalisé au cours de leurs études un stage hospitalier pendant leur externat et un stage hospitalier et ambulatoire pendant leur internat (38,65) était significativement supérieur à celui des participants n'ayant réalisé aucun stage de gynécologie (36,31), avec $p=0,011$ (Tableau VIII).

Tableau VIII : Différences du score de connaissance en fonction des terrains de stage en gynécologie

Stage en gynécologie	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Hospitalier (E) + Hospitalier (I) Aucun stage en gynécologie	157 52	36,71 36,31	4,25 4,28	0,560	Test de Welch
Hospitalier (E) Aucun stage en gynécologie	116 52	35,79 36,31	4,80 4,28	0,490	Test de Welch
Hospitalier (I) Aucun stage en gynécologie	69 52	36,29 36,31	4,87 4,28	0,980	Test de Welch
Hospitalier (E) + Ambulatoire (I) Aucun stage en gynécologie	53 52	37,21 36,31	4,56 4,28	0,300	Test de Welch
Hospitalier (E) + Hospitalier et Ambulatoire (I) Aucun stage en gynécologie	37 52	38,65 36,31	4,06 4,3	0,011*	Test de Welch
Hospitalier (E) Hospitalier (I)	116 69	35,79 36,29	4,80 4,9	0,501	Test de Welch
Hospitalier (E) + Hospitalier (I) Hospitalier (E) + Ambulatoire (I)	157 53	36,71 37,21	4,25 4,56	0,484	Test de Welch
Stage en gynécologie tous terrains confondus Aucun stage en gynécologie	485 52	36,63 36,31	4,59 4,28	0,609	Test de Welch

*différence significative

(E) : Pendant l'externat ; (I) : pendant l'internat

g. Stage en pédiatrie au cours des études de médecine

Parmi les participants à l'étude, 505 (94%) ont réalisé un stage hospitalier en pédiatrie, que soit pendant l'externat et/ou l'internat, 149 ont réalisé un stage ambulatoire en pédiatrie/santé de l'enfant que ce soit pendant leur externat et/ou leur internat.

Sur les 537 participants, nous avons observé que 395 participants (73,6%) ont réalisé au moins un stage hospitalier en pédiatrie pendant leur externat, 386 (71,9%) ont réalisé au moins un stage hospitalier en pédiatrie pendant leur internat, 15 (2,8%) ont réalisé au moins un stage ambulatoire pendant leur externat, et 135 (25,1%) ont réalisé au moins un stage ambulatoire pendant leur internat.

La répartition des terrains de stage en pédiatrie est décrite dans le tableau V. Par souci de lisibilité, les catégories dont les effectifs étaient inférieurs à 30 ont été regroupées dans une catégorie « Autre », à l'exception de la catégorie « aucun stage en pédiatrie » que nous avons voulu présenter (Tableau IX).

Tableau IX : Réalisation de stages en pédiatrie au cours des études de médecine

Stage en pédiatrie	Effectif	%
Hospitalier (E) + Hospitalier (I)	203	37,8
Hospitalier (Internat)	89	16,6
Hospitalier (Externat)	73	13,6
Hospitalier (E) + Hospitalier et Ambulatoire (I)	63	11,7
Hospitalier (E) + Ambulatoire (I)	43	8,0
Autre*	43	8,0
Aucun stage en pédiatrie	23	4,3
Total	537	100,0

*Autre : Ambulatoire (Externat) n=0 ; Ambulatoire (Internat) n=9 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) n=2 ; Hospitalier et Ambulatoire (Internat) n=19 ; Ambulatoire (Externat) + Ambulatoire (Internat) n=0 ; Ambulatoire (Externat) + Hospitalier (Internat) n=2 ; Ambulatoire (Externat) + Hospitalier et Ambulatoire (Internat) n=0 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) + Hospitalier (Internat) n=1 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) + Ambulatoire (Internat) n=1 ; Hospitalier et Ambulatoire (Externat) + Hospitalier et Ambulatoire (Internat) n=9

(E) : Pendant l'externat ; (I) : pendant l'internat

Après comparaison des différents terrains de stage en pédiatrie, deux résultats significatifs ont été observés : le score de connaissance des participants ayant réalisé un stage en pédiatrie tous terrains confondus (36,71) était significativement supérieur à celui des participants n'ayant jamais réalisé de stage en pédiatrie (34,17) avec $p=0,003$ et le score de connaissance des participants ayant réalisé pendant leurs études un stage hospitalier pendant leur externat et un stage ambulatoire pendant leur internat (38,51) était significativement supérieur à celui des participants ayant réalisé un stage hospitalier pendant leur externat et un stage hospitalier pendant leur internat (36,90), avec $p=0,007$ et (tableau X).

Tableau X : Différences du score de connaissance en fonction des terrains de stage en pédiatrie

Stage en pédiatrie	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Hospitalier (E)	73	35,86	4,37	0,907	Test de Welch
Hospitalier (I)	89	35,78	5,17		
Hospitalier (E) + Hospitalier (I)	203	36,90	4,23	0,007*	Test de Welch
Hospitalier (E) + Ambulatoire (I)	43	38,51	3,31		
Stage en pédiatrie tous terrains confondus	514	36,71	/	0,003*	Test de Mann-Whitney
Aucun stage en pédiatrie	23	34,17			

*différence significative

(E) : Pendant l'externat ; (I) : pendant l'internat

h. Formation complémentaire

Cent participants (18,6%) ont réalisé au moins une formation complémentaire en gynécologie, 64 participants (11,9%) ont réalisé au moins une formation complémentaire en pédiatrie, 11 participants (2%) ont réalisé au moins le Diplôme Universitaire (DU) Violences faites aux femmes, et 114 participants (21,2%) ont réalisé d'autres formations sur d'autres thématiques.

Parmi les 537 participants, 306 (57%) n'ont pas réalisé de formation complémentaire.

Les participants ayant réalisé une formation complémentaire en gynécologie ainsi qu'une autre formation (n=18) ont été comptés dans la catégorie « formation complémentaire en gynécologie », de même que les participants ayant réalisé une formation complémentaire en pédiatrie et autre (n=5) ont été comptés dans la catégorie « formation complémentaire en pédiatrie ».

Nous avons rassemblé dans la catégorie « Autre » tous les participants ayant réalisé uniquement un autre type de formation ainsi que les catégories dont les effectifs étaient inférieurs à 5 (Tableau XI).

Tableau XI : Formations complémentaires réalisées par les participants

Formation complémentaire (DU, DIU, FMC...)	Effectif	%
En gynécologie	72	13,4
En pédiatrie	37	6,9
En gynécologie et en pédiatrie	22	4,1
DU violences faites aux femmes	5	0,9
Autre*	95	17,7
Pas de formation complémentaire	306	57,0
Total	537	100,0

*Autre : Autre formation n=87 ; En gynécologie et DU violences faites aux femmes n=2 ; En gynécologie, DU violences faites aux femmes et autre formation n=1 ; En gynécologie, pédiatrie et autre formation n=2 ; En gynécologie, pédiatrie, DU violences faites aux femmes et autre formation n=1 ; En pédiatrie et DU violences faites aux femmes n=2.

DU : Diplôme Universitaire ; DIU : Diplôme Inter-Universitaire ; FMC : Formation Médicale Continue

Après comparaison de différentes formations complémentaires, nous n'avons pas retrouvé de différence significative du score de connaissance (Tableau XII).

Tableau XII : Différences du score de connaissance en fonction des formations complémentaires

Formation complémentaire	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Formation en gynécologie	72	36,96	5,53	0,349	Test de Welch
Pas de formation complémentaire	306	36,30	4,45		
DU Violences faites aux femmes	5	39,20	/	0,149	Test de Mann-Whitney
Pas de formation complémentaire	306	36,30			

DU : Diplôme Universitaire

i. L'activité prédominante en consultation

Les résultats concernant l'activité des participants dans leur pratique sont présentés dans la figure 8.

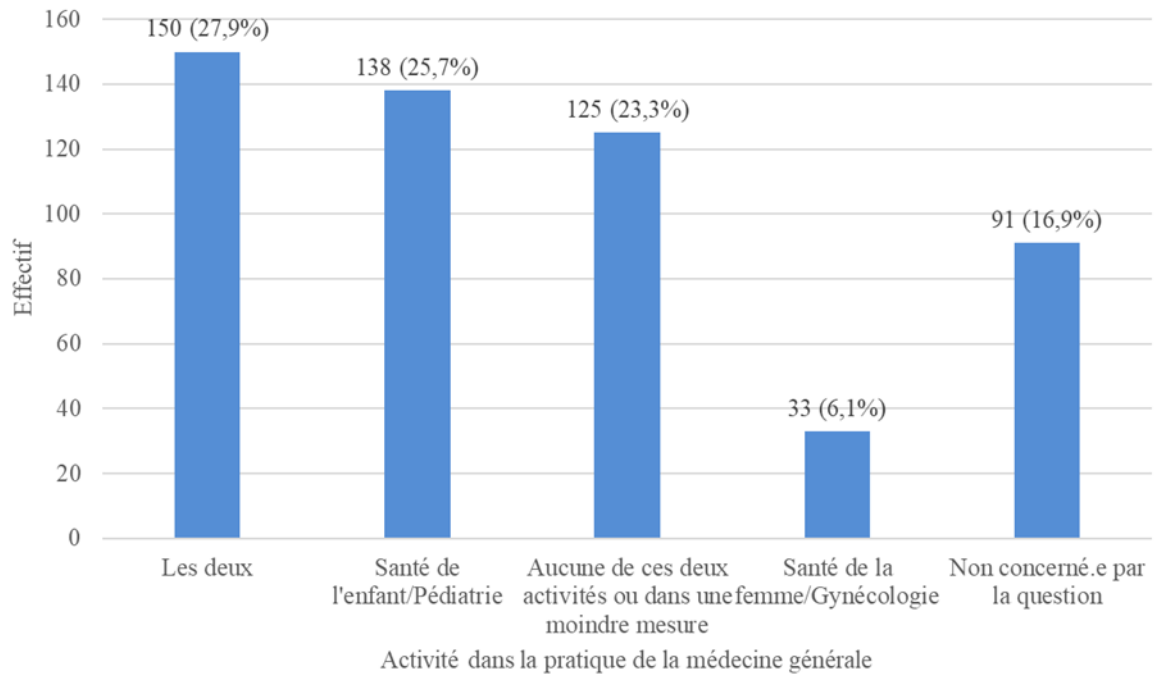


Figure 8 : Activité gynécologique ou pédiatrique des participants

Après comparaison des différentes prédominances d'activités, un seul résultat significatif a été observé : le score de connaissance des participants ayant une activité importante de gynécologie dans leur pratique (38,42) était significativement supérieur à celui des participants ayant peu d'activité gynécologique et pédiatrique dans leur pratique (36,22), avec $p=0,018$ (Tableau XIII).

Tableau XIII : Différences du score de connaissance en fonction de l'activité gynécologique et pédiatrique

Activité prédominante	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Activité importante de gynécologie	33	38,42	4,56	0,018*	Test de Welch
Peu d'activité gynéco-pédiatrique	125	36,22	4,82		
Activité importante de pédiatrie	138	36,37	4,43	0,789	Test de Welch
Peu d'activité gynéco-pédiatrique	125	36,22	4,82		
Les deux	150	36,52	4,83	0,603	Test de Welch
Peu d'activité gynéco-pédiatrique	125	36,22	4,82		

*différence significative

j. L'activité en tant que Maître de stage

Parmi les 537 participants, 128 (23,8%) étaient maîtres de stage universitaires, 238 (44,3%) n'étaient pas maîtres de stage universitaires, et 171 (31,8%) n'étaient pas concernés par la question. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative du score de connaissance entre les participants qui étaient maîtres de stage universitaires et ceux qui ne l'étaient pas.

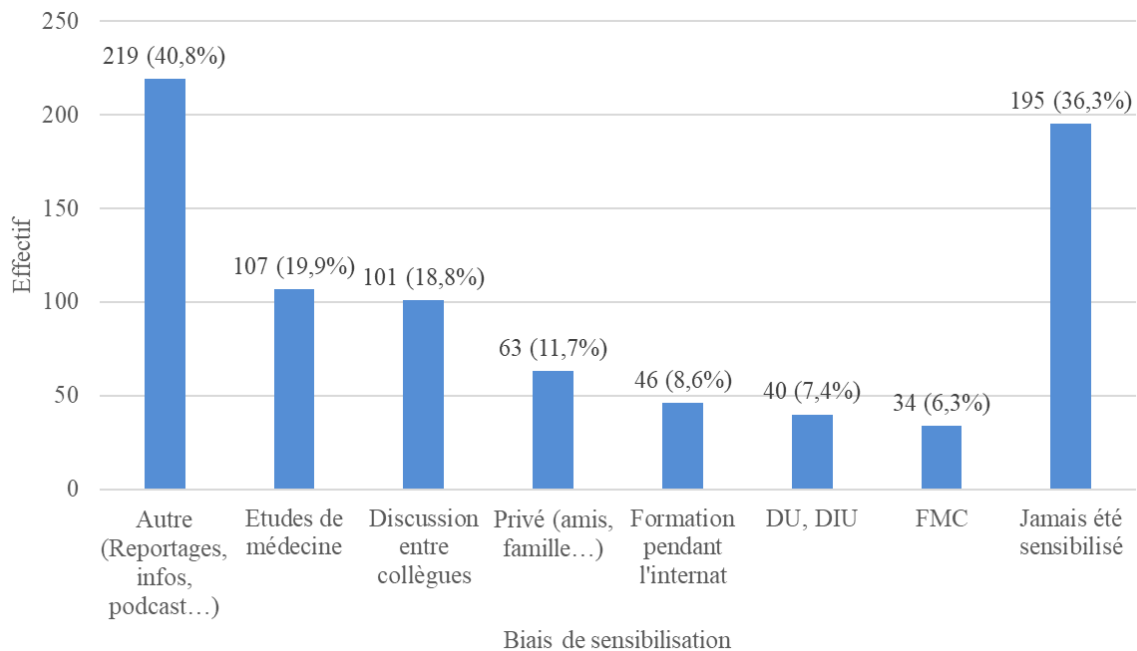
k. Leur sensibilisation aux MSF

324 participants (60,3%) avaient déjà été sensibilisés aux MSF alors que 213 (39,7%) n'avaient jamais été sensibilisés aux MSF.

Le score de connaissances des participants qui avaient été sensibilisés aux MSF (37,56) était significativement supérieur à celui des participants qui n'avaient jamais été sensibilisés aux MSF (35,14) avec $p < 0,001$.

I. Leur biais de sensibilisation aux MSF

La répartition des différents biais de sensibilisation est décrite dans la figure 9. Les participants avaient la possibilité de sélectionner plusieurs réponses.



*Le pourcentage correspond à la fréquence d'observation de la réponse

DU : Diplôme Universitaire ; DIU : Diplôme Inter-Universitaire ; FMC : Formation Médicale Continue

Figure 9 : Les différents biais de sensibilisation aux MSF des participants

Par souci de lisibilité et devant des effectifs inférieurs à 30, nous avons regroupé en une catégorie nommée « Formation médicale » les participants ayant été sensibilisés via les études de médecine, l'internat, les DU, les Diplômes Inter-Universitaires (DIU) et la Formation Médicale Continue (FMC) (n=51). Nous avons également regroupé en une catégorie nommée « Vie privée et médias » les participants ayant été sensibilisés via la vie privée (amis, famille...) et autres biais (reportages, infos, podcast...) (n=93). Enfin nous avons regroupé en

une catégorie nommée « Biais multiples » les participants ayant été sensibilisés via différents biais (n=183).

Le score de connaissance des participants ayant été sensibilisés via leur formation médicale (38,06) était significativement supérieur à celui des participants ayant été sensibilisés via leur vie privée et les médias (score de 36,46) avec $p=0,039$ (Tableau XIV).

Tableau XIV : Biais de sensibilisation des participants aux MSF

Biais de sensibilisation	Effectif	%
Formation médicale*	51	9,5
Vie privée et médias**	93	17,3
Discussion entre collègues	15	2,8
Biais multiples***	183	34,1
Jamais été sensibilisé	195	36,3
Total	537	100,0

*études de médecine, internat, Diplômes Universitaires, Diplômes Inter-Universitaires et Formation Médicale Continue

**vie privée (amis, famille...) et autres biais (reportages, infos, podcast...)

***différents biais sélectionnés par les participants

2. Les connaissances anatomiques des médecins généralistes

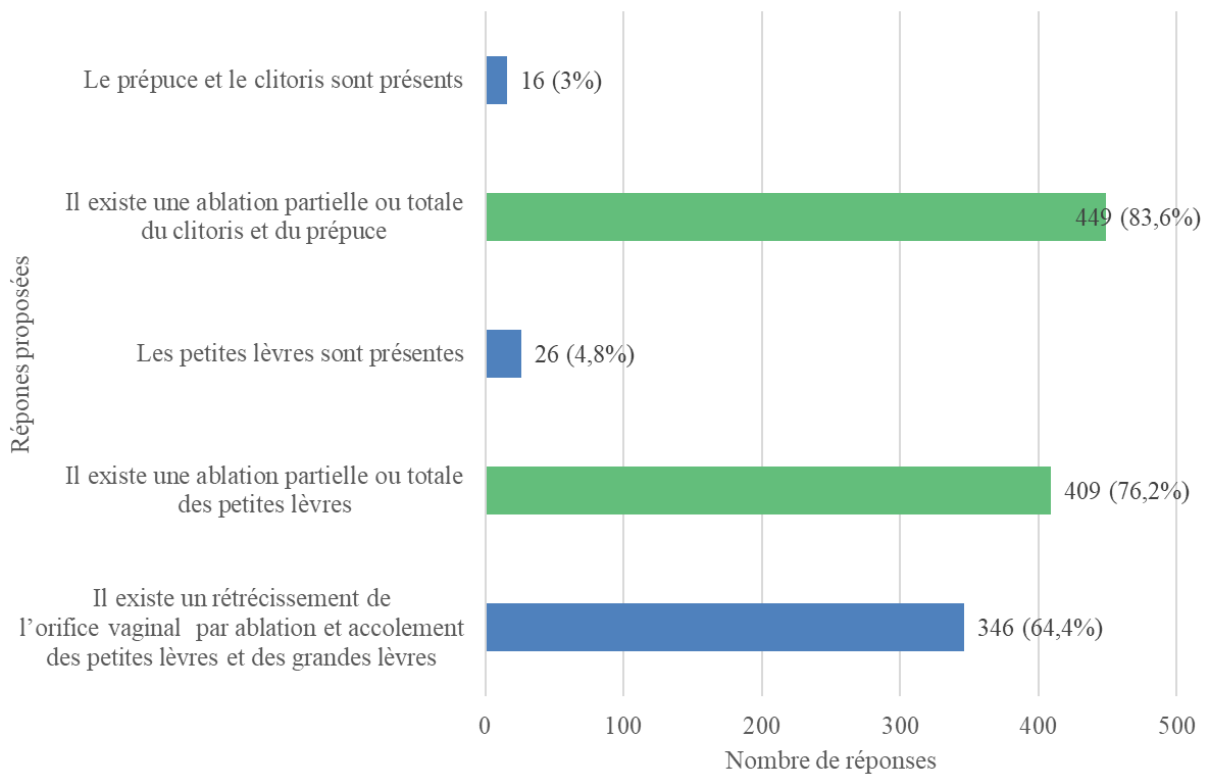
a. Savoir reconnaître une MSF lors d'un examen gynécologique

262 participants (48,8%) ont répondu qu'ils pensaient pouvoir identifier une MSF lors d'un examen gynécologique, tandis que 206 participants (38,4%) ne pensaient pas pouvoir identifier une MSF lors d'un examen gynécologique. 69 participants (12,8%) ont répondu ne pas pratiquer de gynécologie.

b. Description clinique d'une MSF

Nous avons établi un score sur 5 concernant la description clinique d'une photo de MSF. Il s'agissait d'une MSF de type II mais cela n'était pas indiqué aux participants. Le score moyen à la question de description clinique d'une photo de MSF de type II était de 3,9/5.

144 participants (26,8%) ont correctement répondu concernant la description clinique d'une MSF de type II. La répartition des réponses est décrite dans la figure 10.



*Le pourcentage correspond à la fréquence d'observation de la réponse

**Les réponses en vert correspondent aux réponses justes

Figure 10 : Description clinique à partir d'une photo de MSF de type II

c. Reconnaissance des différents types de MSF sur photos

Nous avons établi un score sur 3 points concernant la question d'identification des MSF sur des photos. Le score moyen des participants était de 1,24/3.

45 participants (8,4%) avaient les 3 bonnes réponses concernant le diagnostic de MSF sur des photos, 120 (22,3%) n'avaient aucune bonne réponse. 372 (69,3%) avaient entre 1 ou 2 réponses justes sur les 3.

388 participants (72,3%) considéraient à tort comme une séquelle de mutilation une vulve indemne en photo. 366 participants (68,2%) se trompaient dans la caractérisation d'une MSF de type II à partir d'une photo. 188 (35%) se trompaient dans la caractérisation d'une MSF de type III à partir d'une photo. Les résultats sont détaillés dans le tableau XV.

Tableau XV : Reconnaissance clinique des MSF sur des photos par les participants

Réponses pour chaque photo	Effectif	%
Photo 1 correspondant à une vulve indemne		
Vulve indemne*	149	27,7
MSF de type I	114	21,2
MSF de type II	139	25,9
MSF de type III	123	22,9
MSF de type IV	12	2,2
Total	537	100,0
Photo 2 correspondant à une MSF de type II		
Vulve indemne	1	0,2
MSF de type I	22	4,1
MSF de type II*	171	31,8
MSF de type III	338	62,9
MSF de type IV	5	0,9
Total	537	100,0
Photo 3 correspondant à une MSF de type III		
Vulve indemne	0	0,0
MSF de type I	1	0,2
MSF de type II	5	0,9
MSF de type III*	349	65,0
MSF de type IV	182	33,9
Total	537	100,0

*Les réponses en gras correspondent aux réponses justes

d. Reconnaissance des différents types de MSF sur schéma

Nous avons établi un score sur 3 points concernant la question d'identification des MSF sur des schémas. Le score moyen des participants était de 1,65/3.

70 participants (13%) avaient toutes les bonnes réponses concernant le diagnostic de MSF sur des schémas. 26 (4,8%) n'avaient aucune bonne réponse. 441 participants (82,1%) avaient 1 ou 2 réponses juste sur les 3.

391 participants (72,8%) se trompaient dans la caractérisation d'une MSF de type II à partir d'un schéma. 286 participants (53,3%) se trompaient dans la caractérisation d'une MSF de type I, et 50 participants (9,3%) dans celle d'une MSF de type III. Les résultats sont détaillés dans le tableau XVI.

Tableau XVI : Reconnaissance clinique des MSF sur des schémas par les participants

Réponses pour chaque schéma	Effectif	%
Schéma 1 correspondant à une MSF de type II		
Vulve normale	80	14,9
MSF de type I	187	34,8
MSF de type II*	146	27,2
MSF de type III	101	18,8
MSF de type IV	20	3,7
Non répondu	3	0,6
Total	537	100,0
Schéma 2 correspondant à une MSF de type I		
Vulve normale	108	20,1
MSF de type I*	251	46,7
MSF de type II	135	25,1
MSF de type III	25	4,7
MSF de type IV	18	3,4
Non répondu	0	0,0
Total	537	100,0
Schéma 3 correspondant à une MSF de type III		
Vulve normale	1	0,2
MSF de type I	2	0,4
MSF de type II	0	0,0
MSF de type III*	487	90,7
MSF de type IV	42	7,8
Non répondu	5	0,9
Total	537	100,0

*Les réponses en gras correspondent aux réponses justes

e. Analyse statique concernant les questions de connaissance clinique

Après comparaison des résultats des participants concernant l'identification des MSF sur des photos et l'identification des MSF sur des schémas, nous avons observé que le score d'identification des MSF sur schémas (1,65) était significativement supérieur à celui d'identification des MSF sur photos (1,24) avec $p < 0,001$.

Nous avons ensuite établi un score global de connaissance clinique des MSF sur 11 points, basé sur les 3 questions concernant la description clinique d'une MSF sur une photo, l'identification de MSF sur des photos et l'identification de MSF sur des schémas. Le score moyen des participants était de 6,77/11.

Le score de connaissance clinique des participants qui pensaient pouvoir identifier une MSF cliniquement (6,92) était significativement supérieur à celui des participants qui ne pratiquaient pas de gynécologie (6,26) avec $p = 0,006$.

Le score de connaissance clinique des participants qui ne pensaient pas pouvoir identifier une MSF cliniquement (6,74) était significativement supérieur à celui des participants qui ne pratiquaient pas de gynécologie (6,26) avec $p = 0,049$ (Tableau XVII).

Tableau XVII : Différences du score de connaissance clinique en fonction de la pratique de gynécologie et de l'auto-évaluation des participants quant à leur l'aptitude à identifier une MSF

Identifier une MSF	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Ceux qui pensaient pouvoir identifier une MSF	262	6,92	1,65	0,264	Test de Welch
Ceux qui ne pensaient pas pouvoir identifier une MSF	206	6,74	1,74		
Ceux qui pensaient pouvoir identifier une MSF	262	6,92	1,65	0,006*	Test de Welch
Ceux qui ne pratiquaient pas de gynécologie	69	6,26	1,75		
Ceux qui ne pensaient pas pouvoir identifier une MSF	206	6,74	1,74	0,049*	Test de Welch
Ceux qui ne pratiquaient pas de gynécologie	69	6,26	1,75		

*différence significative

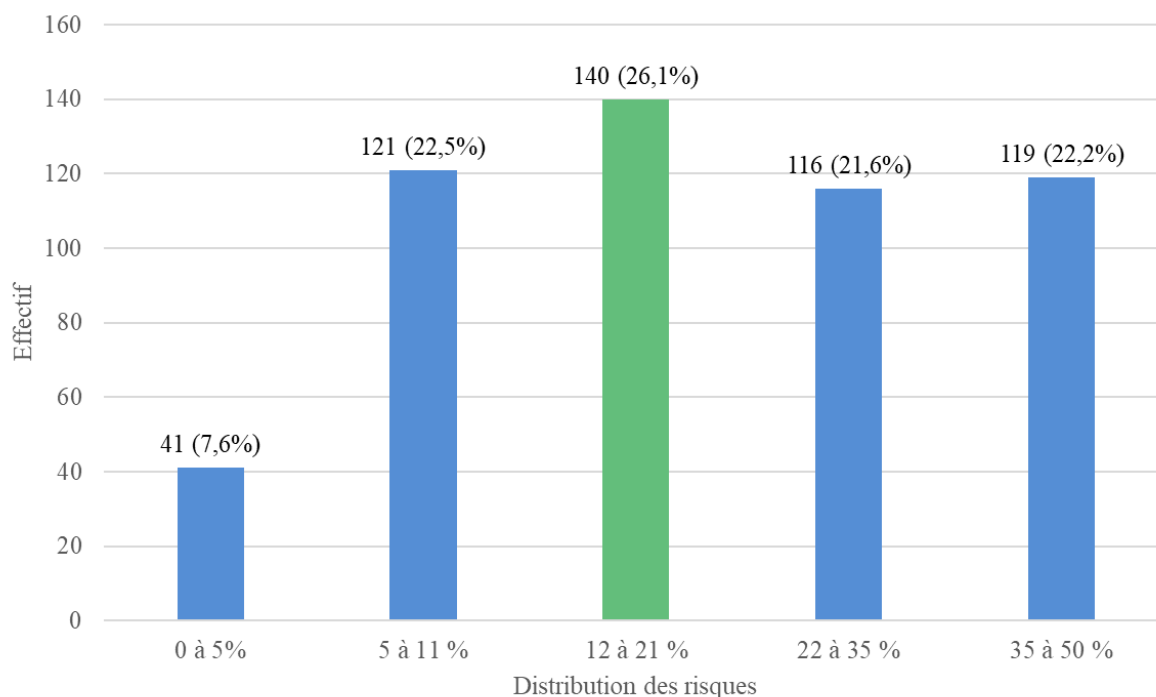
3. Les connaissances générales des médecins généralistes concernant les MSF

a. Le nombre de femmes/filles ayant subi des MSF qui vivent en France

60 participants (11,2%) ont correctement répondu qu'il y avait plus de 100 000 femmes et filles ayant subi des MSF qui vivent en France et 477 participants (88,8%) ont sous-évalué cette population. 301 participants (56,1%) ont répondu entre 10 000 et 50 000, 113 participants (21%) ont répondu entre 50 000 et 100 000, et 63 (11,7%) ont répondu moins de 10 000.

b. Le risque pour une fille vivant en France de subir une MSF si elle ou sa famille est originaire d'un pays qui pratique les MSF

62 participants (30,2%) sous-estimaient le risque pour une fillette de subir une MSF si elle ou sa famille sont originaires d'un pays à risque. Les réponses sont présentées dans la figure 11.

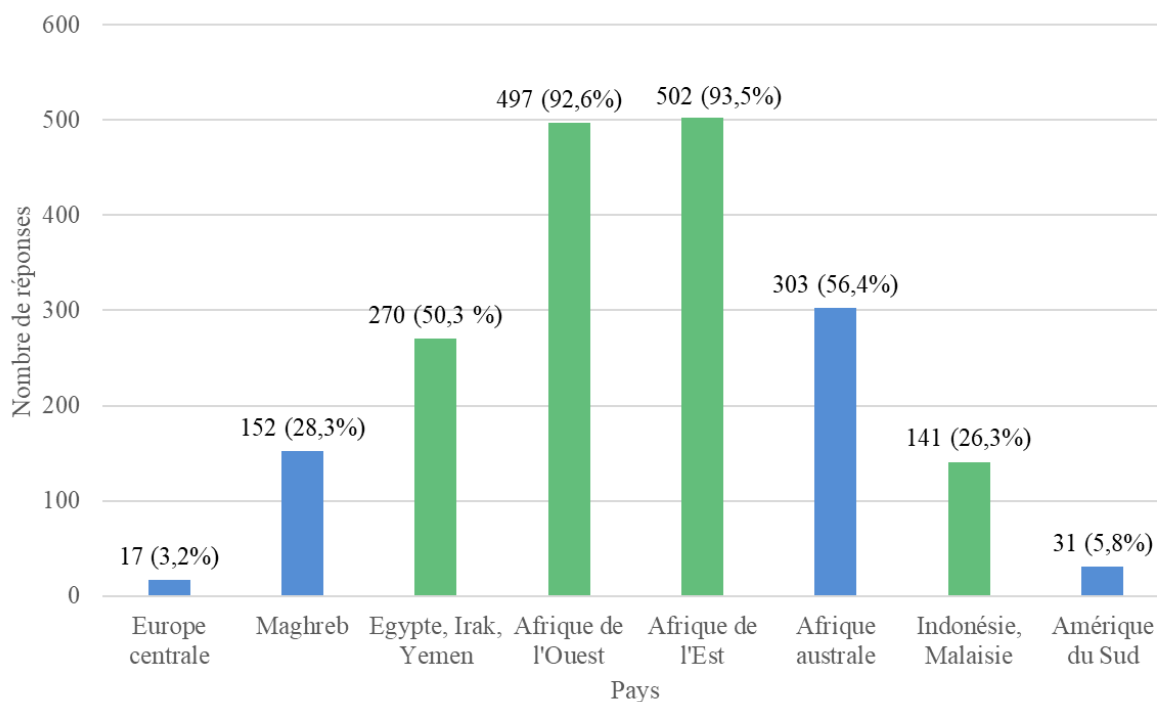


*La réponse en vert correspond à la réponse juste

Figure 11 : Réponses des participants concernant le risque pour une fille vivant en France de subir une MSF

c. Les pays à risque de pratiquer les MSF

Un score de connaissance des pays à risque a été établi sur 8 points. Le score moyen des participants était de 5,7/8. 16 participants (3%) ont répondu correctement à la question concernant les pays à risque de pratiquer les MSF. Les réponses des participants sont présentées dans la figure 12.



*Le pourcentage correspond à la fréquence d'observation de la réponse

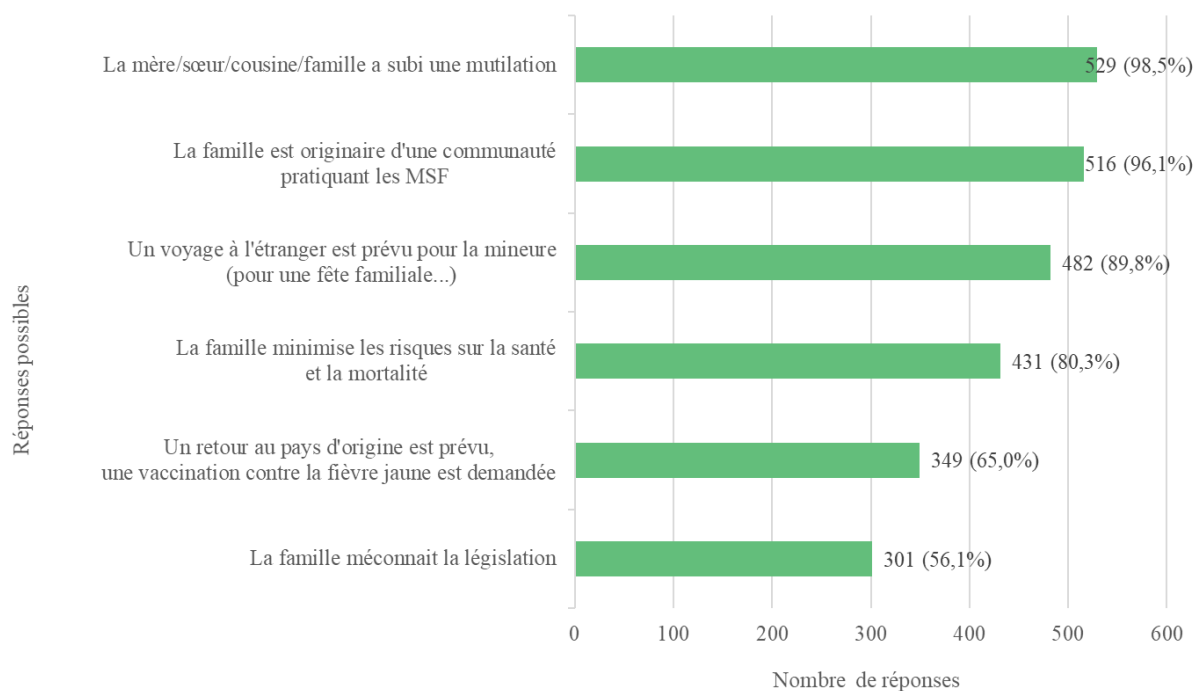
** Les réponses en vert correspondent aux réponses justes

Figure 12 : Réponses des participants concernant les pays à risque de pratiquer des MSF

Devant l'absence de données quantitatives concernant l'Amérique du Sud, nous avons pris parti de considérer cette réponse fausse.

d. Le contexte qui doit faire évoquer un risque de MSF

224 participants (41,7%) ont répondu correctement à la question concernant le contexte devant faire évoquer un risque de MSF. Le score moyen était de 4,9/6. Les résultats sont décrits dans la figure 13.



*Le % correspond à la fréquence d'observation de la réponse.

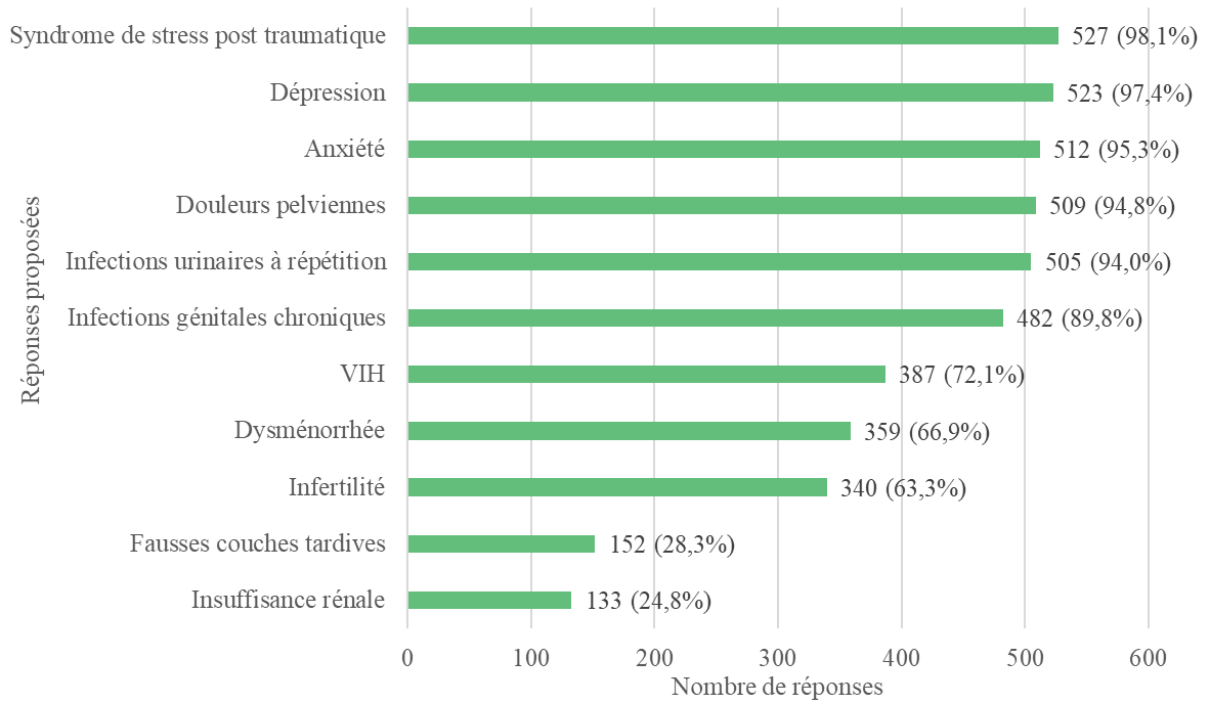
** Les réponses en vert correspondent aux réponses justes

Figure 13 : Contexte devant faire évoquer un risque de MSF

e. Les complications chez les femmes victimes de MSF

74 participants (13,8%) avaient la totalité des bonnes réponses, le score moyen était de 8,2/11.

Les réponses des participants sont présentées dans la figure 14.



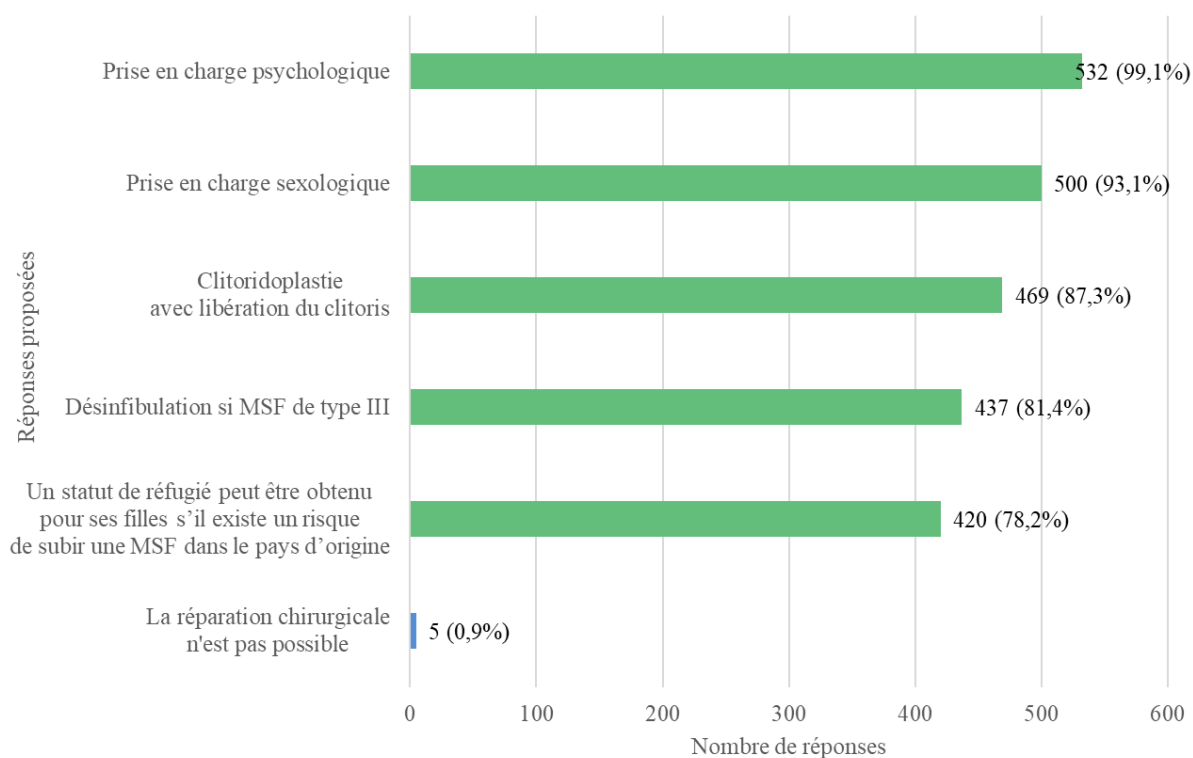
*Le % correspond à la fréquence d'observation de la réponse.

** Les réponses en vert correspondent aux réponses justes

Figure 14 : Complications à rechercher chez une patiente victime de MSF

f. Les solutions à apporter chez les femmes victimes de MSF

321 participants (59,8%) ont correctement répondu, le score moyen était de 5,4/6. Les réponses des participants sont présentées dans la figure 15.



*Le % correspond à la fréquence d'observation de la réponse.

** Les réponses en vert correspondent aux réponses justes

Figure 15 : Solutions à apporter à une patiente victime de MSF

g. La prise en charge par la sécurité sociale

435 participants (81%) ont répondu que la réparation chirurgicale était prise en charge par l'assurance maladie, y compris par l'AME, et 102 participants (19%) ont répondu que la réparation chirurgicale n'était pas prise en charge par l'assurance maladie y compris par l'AME.

h. La législation

Nous avons établi un score de connaissance de la législation française sur 5 points. 331 participants (61,6%) ont correctement répondu à la question concernant la législation

encadrant les MSF, le score moyen était de 4,3/5. Les réponses des participants sont présentées dans le tableau XVIII.

Tableau XVIII : Réponses des participants concernant la levée du secret médical et le signalement auprès du procureur de la République ou de la CRIP

Réponses possibles	Effectif	%
Si découverte d'une MSF chez une patiente mineure, seulement avec son accord	47	8,8
Si découverte d'une MSF chez une patiente mineure pratiquée en France, même sans son accord	486	90,5
Si découverte d'une MSF chez une patiente mineure pratiquée à l'étranger, même sans son accord	367	68,3
Si risque immédiat de MSF chez une patiente mineure, seulement avec son accord	55	10,2
Si risque immédiat de MSF chez une patiente mineure, même sans son accord	470	87,5

* Le pourcentage correspond à la fréquence d'observation de la réponse

**Les réponses en gras correspondent aux réponses justes.

i. Les associations ou services

429 participants (79,9%) ne connaissaient pas d'associations ou services où adresser les patientes victimes de MSF et 108 participants (20,1%) connaissaient des associations ou des services où adresser les patientes.

Ont été notamment citées comme associations : le GAMS, le Planning Familial ou CPEF, les Orchidées Rouges, La Maison des femmes, La Fondation Fleur du désert, Women Safe, le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), France victime, les numéros 3919 pour les femmes victimes de violences et 119 « Allô Enfance en Danger ».

j. Les recommandations de la HAS 2020

518 participants (96,5%) n'avaient pas connaissance des recommandations de la HAS de 2020 et 19 participants (3,5%) en avaient connaissance.

Le score de connaissance des participants ayant connaissance des recommandations de la HAS (39,16) était significativement supérieur à celui des participants n'ayant pas connaissance de ces recommandations (36,51) avec $p=0,042$.

4. Dans la pratique :

a. Patientèle à risque

Les résultats concernant la proportion de patientes à risque dans la patientèle des participants sont affichés dans la figure 16.

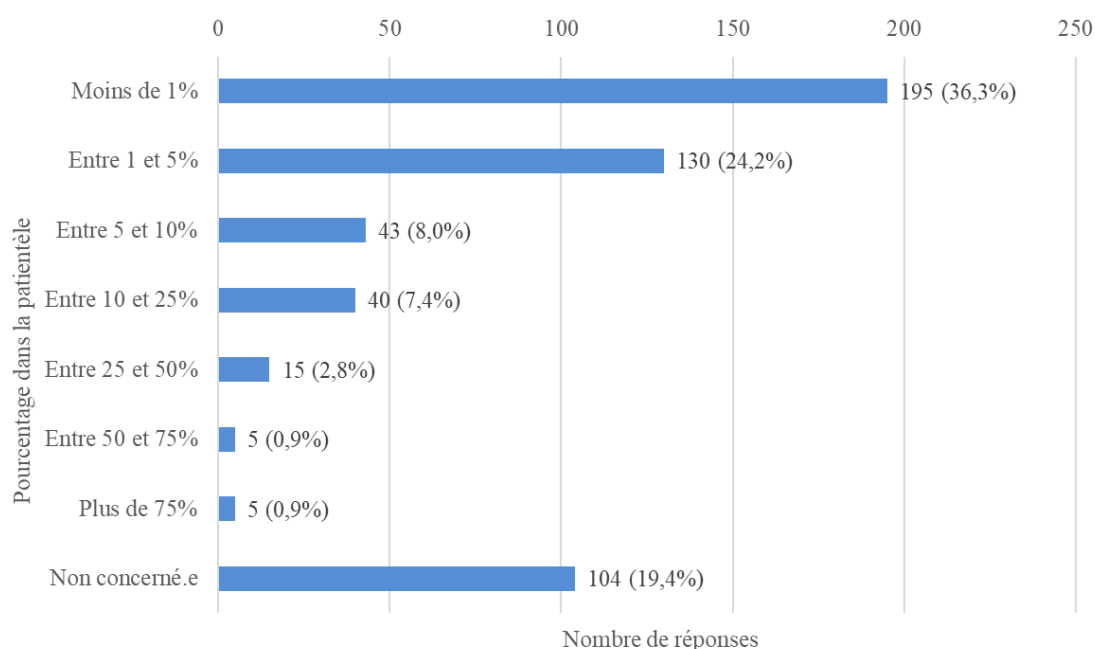


Figure 16 : Patientèle à risque chez les participants

Nous avons rassemblé en 2 catégories les participants qui avaient plus de 10% de patientes à risque dans leur patientèle soit 65 participants (12,1%), et ceux qui avaient moins de 10% de patientes à risque dans leur patientèle soit 368 participants (68,5%) participants.

Le score de connaissance des participants ayant plus de 10% de patientes à risque dans leur patientèle (38,62) était significativement supérieur à celui des participants ayant moins de 10% de patientes à risque (36,29) avec $p < 0,001$.

b. Rôle à jouer dans la prévention et le dépistage

487 participants (90,7%) pensaient avoir un rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des MSF et 50 participants (9,3%) ne pensaient pas avoir de rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des MSF. Sur les 50 participants qui ne pensaient pas avoir de rôle à jouer concernant la prévention et le dépistage des MSF, 30 participants (60%) n'avaient jamais été sensibilisés aux MSF, 25 participants (50%) étaient des hommes et 25 des femmes (50%).

c. La question des MSF est-elle systématiquement abordée en consultation ?

Chez une patiente à risque, 495 participants (92,2%) ne posaient pas systématiquement la question d'un antécédent de MSF et 42 participants (7,8%) posaient systématiquement la question.

Le score de connaissance des participants qui posaient systématiquement la question des MSF aux patientes à risque (38,86) était significativement supérieur à celui des participants qui ne posaient pas systématiquement la question (36,41) avec $p = 0,001$.

Sur les 42 participants qui posaient systématiquement la question : 39 participants (92,9%) avaient déjà été sensibilisés aux MSF, 39 participants (92,9%) pensaient avoir un rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des MSF, 32 participants (76,2%) se sentaient prêts à aborder le sujet avec leur patiente à risque, 30 (71,4%) étaient des femmes, 12 (28,6%) étaient des hommes et 20 participants (47,6%) avaient entre 30 et 40 ans.

d. Qu'ont fait les médecins généralistes qui ont été confrontés à une patiente victime de MSF ?

139 participants (25,9%) ont été confrontés à une patiente victime de MSF. Les réponses des participants sur leur prise en charge lorsqu'ils ont été confrontés à une patiente victime de MSF sont présentées dans le tableau XIX, ils avaient la possibilité de sélectionner plusieurs réponses à la fois.

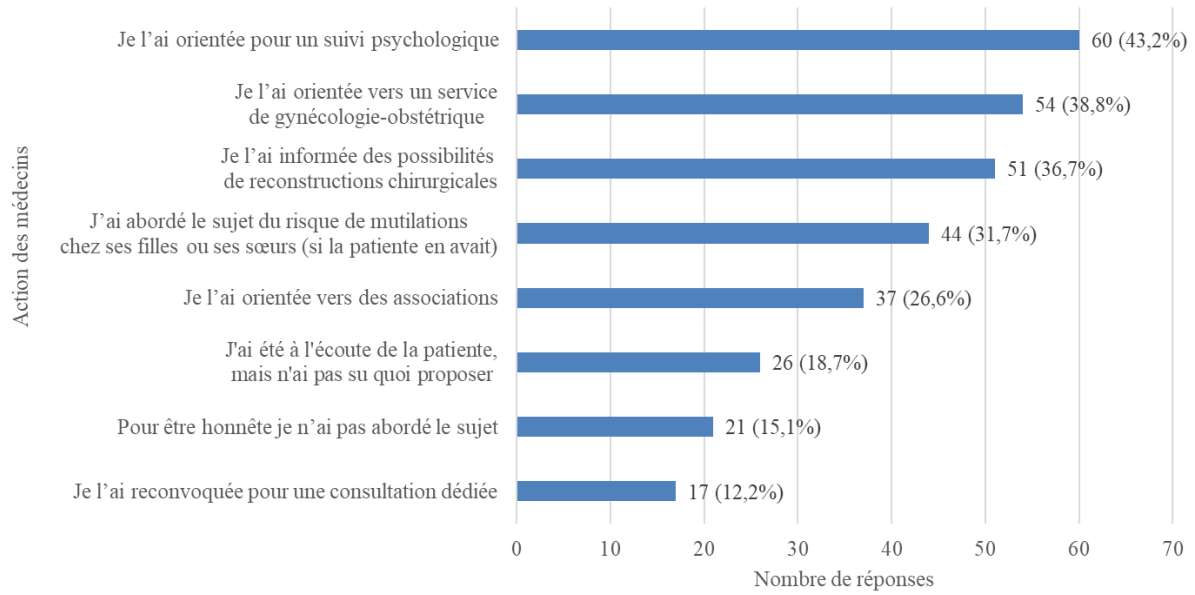
Tableau XIX : Prise en charge des participants confrontés ou non à une patiente victime de MSF

Réponses proposées	Effectif	%
Jamais été confronté.e*	398	74,1
Je l'ai orientée pour un suivi psychologique	60	11,2
Je l'ai orientée vers un service de gynécologie-obstétrique	54	10,1
Je l'ai informée des possibilités de reconstructions chirurgicales	51	9,5
J'ai abordé le sujet du risque de mutilations chez ses filles ou ses sœurs (si la patiente en avait)	44	8,2
Je l'ai orientée vers des associations	37	6,9
Pour être honnête je n'ai pas abordé le sujet	30	5,6
J'ai été à l'écoute de la patiente, mais n'ai pas su quoi proposer	26	4,8
Je l'ai reconvoquée pour une consultation dédiée	17	3,2

*Sur les 398 participants n'ayant jamais été confrontés à une patiente victime de MSF, 9 participants ont également sélectionné la réponse « Pour être honnête je n'ai pas abordé le sujet ».

**Le pourcentage correspond à la fréquence d'observation de la réponse

Les prises en charge des 139 participants lorsqu'ils ont été confrontés à une patiente victime de MSF sont présentées dans la figure 17.



*1 seul participant a sélectionné à la fois « J'ai été à l'écoute de la patiente, mais n'ai pas su quoi proposer » et « Pour être honnête je n'ai pas abordé le sujet »

**Le pourcentage correspond à la fréquence d'observation de la réponse

Figure 17 : Prise en charge des 139 participants ayant été confrontés à une patiente victime de MSF

e. Se sentent-ils prêt à aborder le sujet ?

Les réponses étaient proposées par ordre de graduation allant de « complètement d'accord » à « pas du tout d'accord », la réponse « d'accord » étant la réponse médiale.

Les réponses des participants sont décrites dans la figure 18.

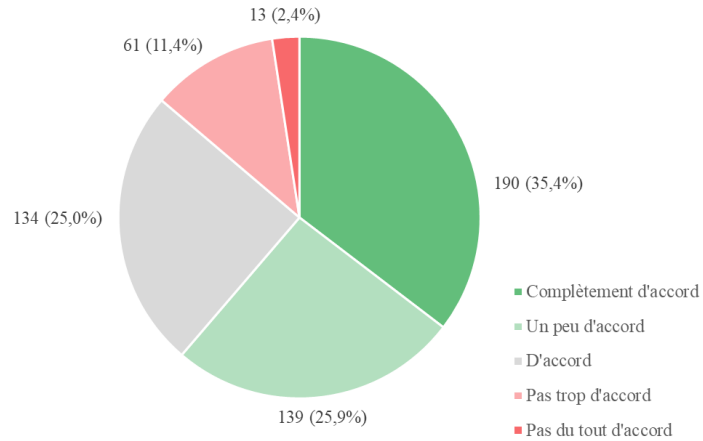


Figure 18 : Disposition des médecins quant à l'abord du sujet des MSF avec leur patiente

Nous avons considéré les participants comme se sentant prêts à aborder le sujet des MSF avec leur patiente ceux qui avaient répondu « complètement d'accord » et « un peu d'accord » soit 329 participants (61,3%). De la même manière nous avons considéré les participants comme ne se sentant pas prêts à aborder le sujet des MSF avec leur patiente ceux qui avaient répondu « pas du tout d'accord » et « pas trop d'accord » soit 74 participants (13,8%).

Le score de connaissance des participants se sentant prêt à aborder le sujet des MSF avec leur patiente (37,26) était significativement supérieur à celui des participants ne se sentant pas prêt à aborder le sujet des MSF avec leur patiente (34,07) avec $p < 0,001$.

Sur les 74 participants ne se sentant pas prêt à aborder le sujet des MSF avec leur patiente, 61 participants (82,4%) pensaient avoir un rôle à jouer dans le dépistage et la prévention des MSF, 47 participants (63,5%) n'avaient jamais été sensibilisés aux MSF, 52 (70,3%) étaient des femmes et 58 (78,4%) avaient moins de 40 ans.

f. Pour quelles raisons se sentent-ils réticents à aborder le sujet ?

Les réponses des participants concernant les causes de réticence pour aborder le sujet des MSF avec leur patiente sont présentées dans le tableau XX.

Tableau XX : Raisons de la réticence à aborder le sujet des MSF

Réponses proposées	Effectifs	%
Manque de connaissances sur le sujet	326	60,7
Manque d'outils pour la prise en charge en cas d'une découverte de mutilations	244	45,4
Manque d'outils pour la prise en charge en cas de risque de mutilations	217	40,4
Peur de manquer de tact face à un sujet si sensible	155	28,9
Peur de stigmatiser la patiente	124	23,1
Manque de temps	70	13,0
C'est un sujet trop tabou	22	4,1
Ne faisant pas de gynécologie en consultation je ne me sens pas concerné.e par le dépistage	28	5,2
Je ne me sens pas réticent.e à aborder le sujet des MSF avec mes patientes	164	30,5
Total	537	100,0

g. Avis concernant une consultation dédiée aux violences faites aux femmes, valorisée par la sécurité sociale

Les réponses des participants concernant l'existence d'une consultation dédiée aux violences faites aux femmes sont présentées dans la figure 19.

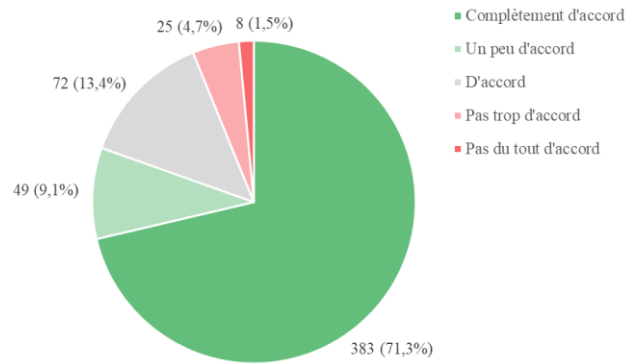


Figure 19 : Avis des médecins concernant une consultation dédiée aux violences faites aux femmes

h. Aborder le sujet si une telle consultation existait

Les réponses des participants concernant le fait d'aborder plus facilement le sujet des MSF si une consultation dédiée aux violences faites aux femmes existait sont présentées dans la figure 20.

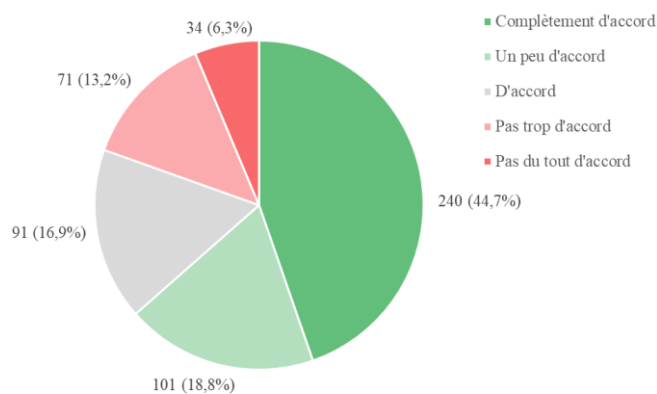


Figure 20 : Disposition des médecins à aborder les MSF si existence d'une consultation dédiée aux violences faites aux femmes

5. Remarques des participants

Les remarques des participants sont disponibles en Annexe 9.

L'ensemble des résultats statistiques sont détaillés en Annexe 10.

IV/ Discussion

1. Etat des lieux des connaissances

a. La question des MSF n'est pas abordée en consultation

Notre étude a montré que 7,8% des participants abordaient systématiquement la question des MSF chez leurs patientes à risque. Les principales réticences à aborder le sujet ayant été évoquées dans notre étude étaient le manque de connaissances et le manque d'outil pour la prise en charge.

Ces résultats concordent avec de précédentes études interrogeant les femmes victimes de MSF, qui soulignaient le silence des soignants qui n'abordaient pas le sujet ou faisaient comme s'ils n'avaient pas remarqué (29–31). Les femmes interrogées étaient en recherche d'informations et d'explications, attendant de la consultation un espace sans tabou, où les soignants libèrent la parole (30).

On retrouve dans la littérature la notion de tabou au sein des communautés pratiquant l'excision. Pour les femmes qui se souviennent de leur excision, elles regrettent l'absence totale d'explication préalable avec un sentiment d'être prise par surprise avant l'excision. Par la suite, dans une tradition de non-dit, elles sont confrontées à une impossibilité de poser des questions et de trouver des explications auprès de leur famille et de leurs pairs (29,30).

Certaines évoquent un sentiment d'abandon, voire de trahison familiale (30). Les femmes, une fois sorties de leur contexte culturel, expriment le sentiment d'être différentes. L'excision vue comme norme sociale permettant l'acquisition du statut de femme dans leur pays d'origine est à l'opposé de la norme féminine en France, et cette sensation d'anormalité est particulièrement ressentie par les femmes socialisées en France (31). De part ce tabou, peu de femmes aborderont le sujet de leur excision d'elle-même avec les soignants, attendant que ce soit d'eux que viennent la libération de la parole (30).

Devant une méconnaissance des prises en charges possibles par ces femmes, certaines vont trouver une opportunité de réappropriation identitaire par des explications thérapeutiques des soignants (31). Certaines ont évoqué avoir trouvé dans leur médecin traitant un acteur clé dans leur parcours. Les femmes interrogées recherchent un climat de bienveillance, une absence de jugement de la part des professionnels dans leur prise en charge et dans la prévention des MFS chez leurs filles (30,32).

Notre étude a montré que 28,9% des participants était réticents à aborder le sujet de peur de manquer de tact, 20,5% par peur de heurter la patiente.

La HAS, dans ses recommandations de bonnes pratiques publiées en 2020, recommande d'aborder le sujet chaque fois qu'il existe des facteurs de risque, sans craindre de heurter. Elle recommande d'utiliser un vocabulaire adapté, désigner les mutilations sexuelles par des mots comme « la coutume », « la tradition », « excisée » ou « coupée en bas » en montrant le bas du ventre avec la main. Des exemples de phrases types sont proposés, tels que « Vous venez d'un pays où peuvent se pratiquer les excisions », « savez-vous si vous êtes excisée ? ».

En cas de découverte fortuite dans le cadre d'un examen gynécologique, il convient d'en informer la patiente.

74,1% des participants ont déclaré ne jamais avoir été confrontés aux MSF en consultation, mais on peut imaginer que si l'antécédent de MSF n'est pas recherché lors de l'interrogatoire ni diagnostiqué lors de l'examen clinique, il est possible que les praticiens soient passés à côté de MSF chez certaines patientes.

Cependant 61,3% ont déclaré se sentir prêt à aborder le sujet avec leur patiente. On peut donc sentir une volonté de la part des médecins généralistes de s'engager dans cette thématique.

b. Le dépistage par l'examen clinique est insuffisant

Si le dépistage n'est pas fait à l'interrogatoire, notre étude a montré qu'il n'était pas compensé par un dépistage lors de l'examen clinique.

Dans notre étude, 48,8% des médecins pensaient pouvoir identifier une MSF lors d'un examen clinique tandis que 12,8% ont déclaré ne pas pratiquer de gynécologie.

Cependant, quand il s'agissait de poser le bon diagnostic sur présentation de photos de vulve indemne et de vulves mutilées, seuls 8,4% des médecins ont correctement répondu à l'ensemble des questions. Devant une photographie d'une vulve indemne, 72,3% des médecins généralistes pensaient identifier à tort une mutilation. 31,8% des médecins ont correctement identifié une MSF de type II et 65% ont correctement identifié une MSF de type III.

Les réponses étaient significativement meilleures sur présentation de schémas de mutilations, avec 13% de participants ayant correctement répondu à l'ensemble des questions. 46,7% des médecins ont correctement identifié une MSF de I, 27,2% ont correctement identifié une MSF de type II, et 90,7% ont correctement identifié une MSF de type III.

Nous n'avons retrouvé aucune étude dans la littérature qui se soit intéressée aux capacités de dépistage clinique des médecins généralistes sur des photos de MSF. De rares études ont évalué les connaissances cliniques des MSF à partir de schéma. Les résultats sont tous assez divergents. La thèse du Dr A. Gand réalisée en 2020 s'intéressant aux connaissances des médecins généralistes du Calvados avait retrouvé de très bons résultats dans l'association des types de MSF aux différents schémas proposés. 81% des médecins avaient correctement identifié une MSF de type I, 79% une MSF de type II et 84% une MSF de type III (6). La thèse du Dr A. Fasel réalisée en 2024 comparant les connaissances des médecins généralistes de 3 départements avait mis en évidence une meilleure reconnaissance sur schémas des MSF de type II et III par les médecins de Seine Saint Denis (où la prévalence des MSF est la plus importante en France) en comparaison aux deux autres départements. Cependant ces médecins étaient moins aptes à identifier les MSF sur schémas que dans la thèse du Dr A. Gand. En effet ils étaient 39,6% à reconnaître une MSF de II et 41,7% une MSF de type III. Dans le département des Alpes-Maritimes où la prévalence est plus faible (0,7% de femmes adultes excisées), les médecins étaient 12,5% à reconnaître une MSF de type II et de type III (8).

On ne peut pas vraiment comparer les connaissances réelles des médecins qui n'ont pas été soumis au même questionnaire. Ces divergences de résultats peuvent s'expliquer par des présentations différentes des questions (questionnaire plus ou moins orienté en fonction de l'ordre de présentation des types de MSF, possibilité de modification des réponses, définition ou non des types de MSF...) Dans notre questionnaire d'étude, les types de MSF étaient présentées dans un ordre aléatoire, et le retour aux questions précédentes était impossible afin d'empêcher la modification des réponses. Cela peut expliquer le nombre de participants ayant

considéré à tort comme une MSF une vulve indemne, pensant peut-être que nous leur présentions uniquement des cas de MSF.

Devant ces connaissances cliniques des MSF qui nous semblent insuffisantes, il nous paraît important de former les médecins généralistes non seulement à l'interrogatoire mais également au dépistage clinique des MSF par l'intermédiaire de schémas mais surtout de photos de MSF afin que les praticiens soient plus à l'aise avec le diagnostic. De plus, dans le cas où une patiente n'aurait pas osé aborder le sujet avec le praticien, ou s'il existe une barrière de la langue, l'examen clinique peut permettre de faire le diagnostic de MSF et ainsi de compenser ce défaut de dépistage lors de l'interrogatoire.

Lors de son examen clinique, le médecin peut être confronté à deux principaux diagnostics différentiels d'une MSF, il s'agit des séquelles de chirurgie vulvaire, et de la dermatose inflammatoire vulvaire de type lichen scléreux génital, qui est également décrit en population pédiatrique. Ces derniers peuvent être facilement éliminés par l'interrogatoire.

L'intérêt d'un examen clinique bien conduit permet également l'adaptation du parcours patiente, puisque si les MSF de type I ou II ne nécessitent un avis spécialisé qu'en cas de trouble fonctionnel, une MSF de type III justifie selon nous un avis spécialisé d'emblée afin de discuter d'une désinfibulation. Le risque de complication est faible avec une amélioration attendue de la qualité de vie sur les plans urinaires, sexuels et obstétricaux. En cas de désir de grossesse, la désinfibulation doit également être proposée et sera réalisée idéalement au cours du 2^{ème} trimestre.

c. Des connaissances théoriques mitigées

Sous-estimation des MSF :

56% des participants ont sous-estimé le nombre de femmes et filles ayant subi une MSF vivant en France entre 10 000 et 50 000. 11,2% ont répondu correctement.

Les MSF restent une pathologie de niche d'une population migrante qui est répartie de façon inéquitable sur le territoire français (Annexe 1). Néanmoins dans la thèse du Dr A. Fasel réalisée en 2024 évaluant les connaissances des médecins généralistes dans 3 départements et notamment en Seine-Saint-Denis où les médecins sont le plus concernés par le sujet, ils étaient seulement 14,3% à estimer correctement le nombre de femmes et filles ayant subi des MSF vivant en France (8).

Dans notre étude, 74,1% des médecins ont déclaré n'avoir jamais été confrontés aux MSF. Mais 92,2% médecins ne posaient pas systématiquement la question d'un antécédent de MSF à leur patiente à risque. Il est possible que des médecins généralistes sous-estiment la proportion de femmes victimes de MSF en France et dans leur patientèle parce qu'ils ne les recherchent pas. Or on ne trouve que ce que l'on connaît, un praticien qui est non sensibilisé et ne dépiste pas les MSF pourrait penser probablement à tort qu'il n'est pas confronté à cette problématique dans sa pratique.

Bonnes connaissances des pays à risque et de la législation :

L'intérêt de la bonne connaissance des pays à risque est de pouvoir cibler la population chez laquelle on poserait systématiquement la question d'un antécédent ou d'un risque de MSF.

Seulement 3% des participants ont répondu correctement à la question dans sa totalité, néanmoins les pays les plus à risque étaient bien connus des praticiens. L'Afrique de l'Ouest était nommée par 92,6% des participants, l'Afrique de l'Est par 93,5% et l'Egypte, l'Irak et le Yemen par 50% des participants. L'Afrique Australe a cependant été nommée à tort par 56,6% des participants, et l'Indonésie et la Malaisie n'ont été nommées que par 26,3% des participants qui sont pourtant des pays où sont pratiquées les MSF.

D'après l'étude MSF-Preval réalisée en 2021 évaluant la prévalence des MSF sur 3 départements français, les principaux pays d'origine des femmes originaires d'un pays à risque vivant en France sont l'Afrique de l'Ouest (Mali, Côte d'Ivoire, Sénégal, Guinée, Mauritanie, Bénin, Burkina Faso, Nigéria, Togo), l'Afrique de l'Est (Ethiopie principalement), l'Afrique centrale (République centre africaine et Cameroun) ainsi que l'Egypte et l'Indonésie. Ce qui montre que les praticiens avaient une bonne connaissance des pays à risque pour lesquels nous sommes concernés en France.

Le cadre législatif était assez bien connu des participants, avec un score moyen de 4,3/5. 61,6% des participants avaient répondu correctement à la question. La notion de levée du secret professionnel avec signalement auprès du procureur de la République ou de la CRIP étaient citées par 90,5% des participants quand il s'agissait d'une découverte de MSF chez une patiente pratiquée en France, même sans son accord. Tandis qu'elle était citée par 68,3% des participants quand la découverte de MSF chez une patiente mineure avait été pratiquée à l'étranger.

Nous pouvons imaginer une crainte des procédures législatives nécessitant la levée du secret professionnel de la part des médecins. Afin de simplifier ces démarches pour les praticiens, elles sont très bien détaillées dans un arbre décisionnel des recommandations de la HAS (3).

Bonne connaissance des complications et des axes de prises en charge :

Les participants avaient une bonne connaissance du contexte devant faire évoquer un risque de MSF chez une fillette en consultation. De plus, les principales complications des MSF étaient citées par une majorité de participants. Les complications qui étaient moins intuitives dans le cadre d'un raisonnement physiopathologique étaient moins citées (dysménorrhée, fausses couches, insuffisance rénale). Cependant, concernant le VIH nous ne nous expliquons pas pourquoi 27,9% des participants ne l'ont pas évoqué quand on connaît les conditions de pratique de ces mutilations.

Les axes de prises en charge étaient bien connus des participants : les prises en charge psychologique et sexologique étaient proposées par l'immense majorité des praticiens (respectivement par 99,1% et par 93,1%). De façon surprenante et encourageante, la majorité connaissaient les possibilités de prise en charge chirurgicale (87,3% pour la clitoridoplastie et 81,4% pour la désinfibulation).

Malgré des connaissances théoriques sur la prise en charge satisfaisantes, sur les 139 médecins qui ont été confrontés dans leur pratique à une patiente victime (soit 25,9% des participants), 15,1% ont déclaré ne pas avoir abordé le sujet et 18,7% ont déclaré avoir été à l'écoute de la patiente mais ne pas avoir su quoi proposer comme prise en charge.

Ce qui démontre bien qu'il existe une réticence à aborder le sujet avec un défaut dans la mise en application des connaissances théoriques, pouvant être en lien avec un manque d'aisance à aborder un sujet considéré comme tabou.

Méconnaissance de l'existence des recommandations de la HAS :

96,5% des participants n'avaient pas connaissance des recommandations de la HAS alors même que leur objectif est de palier aux manques de connaissances sus cités : le dépistage des MSF par l'interrogatoire et l'examen clinique, ainsi que les connaissances théoriques de la prise en charge.

Ces recommandations détaillent de façon précise les moyens de dépistage des MSF et donne les outils nécessaires au praticien pour aborder le sujet en consultation. Les principales informations concernant l'épidémiologie et les conséquences sont décrites de façon à donner au praticien toutes les clés nécessaires et suffisantes pour aborder le sujet avec les patientes à risques, dépister et comprendre les signes d'alerte chez une mineure à risque de MSF.

Ces recommandations de la HAS ont été précédées par des recommandations de GSF et de la Direction Générale de la Santé (DGS) rédigées en 2010 et mises à jour en 2016, ainsi que des lignes directrices rédigées par l'OMS en 2016. Un plan national d'action avec la création d'une plaquette a également été lancé par le gouvernement en 2019 (4,5,33–35).

Tous ces outils, non exhaustifs, démontrent l'intérêt des autorités sanitaires et la volonté de sensibiliser les professionnels aux MSF et de leur donner tous les moyens nécessaires pour appréhender au mieux cette thématique.

Malheureusement nous constatons dans notre étude que ces outils ne sont pas suffisamment connus des médecins généralistes. Cela pose la question d'un manque de communication efficace dans le secteur médical.

Les connaissances théoriques concernant la répartition géographique et les axes de prise en charge étaient pourtant bien maîtrisées par les participants, mais non mises en pratique

puisque la question des MSF n'était pas posée de façon systématique aux patientes originaires de pays à risque et que lorsque que les médecins y étaient confrontés, les axes de prise en charge n'étaient pas appliqués.

Nous pensons que dans la pratique du médecin généraliste, s'il réalise un bon dépistage lors de la consultation et qu'il a connaissance des recommandations de la HAS, il pourra s'y référer et trouver des réponses détaillées à ses questions, afin d'organiser le parcours patiente et de proposer une prise en charge adaptée, celle-ci pouvant être faite lors d'une prochaine consultation dédiée.

d. Mais un intérêt des médecins généralistes

On constate que 90,7% des participants considéraient avoir un rôle à jouer dans le dépistage et la prévention des MSF, ce qui est très encourageant.

Les très nombreux commentaires laissés par les participants démontraient un fort intérêt au sujet et une volonté de s'informer et de se former (Annexe 9). 458 participants (85,3%) ont d'ailleurs demandé à recevoir le flyer.

2. Points forts et limites de l'étude

a. Points forts

Peu d'études portant sur l'état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes ont été réalisées, et aucune concernant les médecins généralistes sur la France entière, ce qui fait de cette étude une étude originale.

Nous n'avons pas non plus retrouvé dans la littérature des études s'intéressant aux capacités de diagnostic clinique des MSF sur des photos. Deux études comprenaient une description clinique sur des schémas (6,8).

L'absence d'étude comprenant des photos de MSF peut s'expliquer par le caractère sensible de l'appareil génital féminin. Pourtant il semble indispensable de former les professionnels en se basant sur des photos qui constituent un meilleur reflet de la réalité.

Par sa diffusion sur l'ensemble du territoire français et de l'intégration de photos pour le diagnostic clinique des praticiens, il s'agit donc d'une étude originale et inédite.

Un des points forts de notre étude est que nous avons pu obtenir un grand nombre de réponses, bien supérieur aux effectifs d'autres études similaires.

Il s'agit d'un sujet intéressant car les médecins généralistes sont des professionnels de premier recours et donc en première ligne pour dépister les MSF. Cette étude nous a permis de révéler les lacunes concernant les connaissances des praticiens de première ligne et surtout de mettre en avant le défaut de dépistage des MSF et d'ainsi proposer des solutions correctrices concrètes.

Pour répondre à la problématique du manque de dépistage par les médecins généralistes, nous avons élaboré un flyer qui pourra être utilisé par tout praticien, en aide au dépistage, à la reconnaissance clinique des MSF et à leur prise en charge (Annexe 11).

Pour libérer la parole sur les MSF directement auprès des patientes, une affiche (utilisable également sous forme de flyer) a également été créée dans un but de réaliser en amont au sein des salles d'attentes, une sensibilisation auprès des femmes victimes (Annexe 12).

b. Limites de l'étude

Comme toutes les études à base d'un questionnaire, il existe un probable biais de sélection du fait que ce sont le plus souvent les médecins intéressés par le sujet ou investis dans la formation continue qui répondent à ces questionnaires. Et malgré ce biais qui aurait tendance à sélectionner les participants les plus à jour, les résultats de l'étude montrent tout de même des défauts de connaissances et de dépistage.

Un autre biais inhérent aux questionnaires à base de QCM, est que les participants avaient des propositions de réponses et pouvaient être amenés à choisir des réponses qui ne leur seraient peut-être pas venues spontanément. Des questions ouvertes auraient permis de supprimer ce biais, mais ce type de questionnaire obtient moins de réponses et est en pratique moins utilisé quand un grand nombre de participation est recherché.

Quelques participants se sont plaints de ne pas pouvoir sélectionner une case « je ne sais pas », point qui avait été réfléchi lors de l'élaboration du questionnaire, obligeant les participants à réfléchir à leur réponse, craignant que trop de participants ne la cochent, notamment lors des questions de diagnostic clinique.

Nous nous sommes heurtés à des difficultés de diffusion de notre questionnaire devant le refus de certaines instances en raison des photos qu'il contenait par atteinte du droit à l'image.

La littérature sur le sujet est très peu fournie car peu de thèses de médecine générale sont publiées. Il existe probablement un certain nombre de thèses sur le sujet qui n'ont jamais été publiées et auxquelles nous n'avons pas pu accéder, ce qui est dommageable.

3. Comment améliorer le dépistage ?

a. La sensibilisation et la formation

39,7% des participants n'avaient jamais été sensibilisés aux MSF. Notre étude a donc montré que seul 60,3% des participants avaient déjà été sensibilisés aux MSF. Le principal biais de sensibilisation était les médias (reportages, infos ou podcast...) cités par 40,8% participants alors que les études de médecine et l'internat n'étaient cités que par respectivement 19,9% et 8,6% des participants. La thèse du Dr C. Tantet réalisée en 2015 évaluant les connaissances et les pratiques des médecins généralistes de Paris et des praticiens du voyage concernant les MSF retrouvait des résultats similaires : les principales sources d'information sur le sujet étaient les médias et la pratique courante, la formation universitaire ne concernant que 23% des praticiens (7). La thèse du Dr A. Gand réalisée en 2020 s'intéressant aux connaissances des médecins généralistes du Calvados concernant les MSF retrouvait également les médias comme source principale d'informations cités par 83,1% des participants, contre 24,3% pour les études de médecine (6).

Par ces résultats on remarque l'absence de progression dans la sensibilisation via les études de médecine. On peut conclure un réel manque de formation sur les MSF durant les études médicales. L'item traitant des violences sexuelles comprenant un chapitre sur les MSF figure dans le collège de gynécologie-obstétrique depuis 2021 (36). Les étudiants en médecine actuels seront probablement mieux armés face aux MSF dans leur pratique future.

En effet, nous pensons qu'une plus grande sensibilisation et une meilleure formation sur le sujet permettraient d'être plus à l'aise pour l'aborder. Ainsi, les 7,8% des participants qui abordaient systématiquement le sujet avaient significativement de meilleures connaissances ($p < 0,001$) et 92% d'entre eux avaient été sensibilisés aux MSF.

La formation continue fait également défaut, puisque nous avons constaté que la quasi-totalité des participants (96,5%) n'avaient pas connaissance des recommandations de la HAS de 2020. Une meilleure diffusion de ces recommandations donnerait aux médecins généralistes les outils qu'ils recherchent pour de meilleures connaissances et une aide à la prise en charge. Pour les actuels internes en médecine générale et les médecins généralistes, nous pensons que des formations théoriques courtes, permettraient aux médecins d'avoir les principaux outils de dépistage et de diagnostic et les connaissances suffisantes pour se sentir à l'aise avec le sujet.

Pour exemple, aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, l'ensemble des étudiants (externes et internes de médecine générale et de spécialités) bénéficie d'une formation sur la prise en charge des violences faites aux femmes intégrant une formation de 10 min sur le dépistage et la prise en charge des MSF.

Une formation plus longue de 60min est intégrée au programme du DU de prise en charge des femmes victimes de violences, réalisé à Strasbourg. Ce thème est également traité de façon complète à l'école des sages femmes.

Au niveau national ou régional, le GAMS ainsi que des associations locales comme les Orchidées Rouges, mènent une politique de communication sur le sujet auprès de la population générale.

b. Axer la formation sur le dépistage

Malgré tout, les axes de prises en charge sont connus des médecins généralistes. Le défaut principal est à l'interrogatoire où les MSF ne sont pas recherchées. Aborder le sujet en

consultation chez les patientes à risque est quelque chose de rapide et nécessitant un nombre de connaissances relativement limité, pourtant ce dépistage à l'interrogatoire n'est recherché que dans 7,8% des cas. Si les pays à risque sont connus, la question devrait être posée systématiquement à la patiente originaire d'un de ces pays.

Pour fournir une aide simple et pratique aux médecins généralistes, nous avons élaboré un flyer.

Le contenu du flyer est le suivant (Annexe 11) :

- Outils d'identification des populations sensibles avec une carte du monde
- Importance de l'interrogatoire
- Description des différents types de MSF
- Schémas et photos pour l'examen clinique
- Principales complications à dépister
- Lien vers les centres de prise en charge
- Lien vers les recommandations de bonnes pratiques de la HAS
- QR code orientant vers une vidéo explicative très courte, accessible sur Youtube, réalisée par le Dr GABRIELE Victor, directeur de l'étude. Cette vidéo pourra être utilisée comme modèle de formation courte, apportant les connaissances suffisantes pour mieux appréhender le sujet des MSF avec les patientes.
- QR code donnant accès à l'affiche patiente

Les praticiens pourront aisément retrouver les centres de prise en charge spécialisés où adresser leur patiente dans leur région, grâce au lien du GAMS présent sur le flyer qui répertorie tous les centres spécialisés de France. En effet 79,9% des participants ne connaissaient pas d'associations ou de service où adresser leur patiente victime de MSF.

Une affiche à destination des patientes a également été réalisée, qui pourra être accrochée dans les salles d'attente, afin de briser le tabou des MSF, et peut être, d'aider les femmes à ouvrir le dialogue avec leur médecin (Annexe 12). Cette affiche, sans jugement, alerte sur les principales complications des MSF (nommées « Excision » sur l'affiche, pour que le terme soit compris par une majorité de femmes, le terme « mutilation » pourraient également heurter), elle informe sur les possibilités de prise en charge, et oriente vers le médecin pour ouvrir le dialogue. Elle peut également être donnée sous forme de flyer aux patientes car elle contient le lien vers les centres de prise en charge, le médecin peut rajouter directement à la main les coordonnées du centre de sa région pour ses patientes s'il le souhaite.

c. Consultation dédiée aux violences

Les MSF font partie des violences faites aux femmes, souvent incluses dans un continuum de violences.

La possibilité d'une consultation longue, dédiée au dépistage des violences faites aux femmes, avait été proposée. En effet une des hypothèses du manque de dépistage était le manque de temps pour les médecins généralistes d'aborder ce sujet en fin de consultation (la patiente ayant consulté pour un autre motif initialement). L'idée d'une consultation longue, au même titre qu'une consultation dédiée au dépistage d'une dépression, ou de troubles cognitifs, permettrait peut-être d'amener le praticien à plus souvent aborder le sujet des violences, d'y consacrer plus de temps, en bénéficiant d'une valorisation par la Sécurité sociale.

Mais notre étude a finalement montré que seul 13% des participants étaient réticents à aborder le sujet à cause d'un manque de temps. Nous avons donc eu le sentiment que le principal frein à aborder le diagnostic et la prise en charge des MSF n'était pas le manque de temps mais le manque de connaissance et d'aisance des praticiens à aborder un sujet tabou. Néanmoins,

71,3% des participants ont déclaré être favorables à une consultation longue dédiée au dépistage des violences faites aux femmes, valorisée par la Sécurité sociale. 44,7% des participants ont déclaré qu'ils aborderaient plus facilement le sujet si une telle consultation existait.

Mais comme l'ont pertinemment fait remarquer certains participants, il se pose la question de la non-anonymisation de la consultation, qui poserait en effet un problème dans le cas d'une patiente consultant pour violence (par exemple conjugale), car elle générerait une trace au niveau de la sécurité sociale à laquelle l'agresseur pourrait avoir accès.

Pourtant, nous pensons que cette consultation, si elle était anonymisée, serait légitime dans le cadre des patientes victimes d'un continuum des violences dans leur pays d'origine mais également trop souvent durant leur parcours migratoire.

Notre étude nous a permis de faire un focus sur les faiblesses du dépistage des MSF en France et de proposer des solutions concrètes, à savoir un flyer à destination des médecins généralistes pour une aide au dépistage en consultation, un flyer à destination des patientes qui peut également être utilisé comme affiche pour une sensibilisation en salle d'attente, et une vidéo explicative apportant les connaissances principales indispensables pour un dépistage et une prise en charge adaptée. Ces flyers pourront être diffusés au niveau régional avec l'appui du Groupe Alsacien de Lutte Contre l'Excision (GALCE), ils pourront également être utilisés au sein de la Boussole et de l'Unité d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences (UNAVI) au sein des Hôpitaux de Strasbourg. Nous espérons une diffusion plus largement au niveau national via l'appui du GAMS. Ils seront également envoyés aux 458 médecins ayant participé à cette étude et qui ont souhaité recevoir ces flyers.

V/ Conclusion

La lutte contre les mutilations sexuelles féminines (MSF) est un enjeu majeur de santé publique en France. Suite aux parcours migratoires de familles issues des pays qui pratiquent les MSF, des dizaines de milliers de femmes qui vivent en France sont concernées.

En France, de nombreux centres d'accompagnement pluridisciplinaires des MSF, incluant des possibilités de réparation chirurgicale, ont été créés. Pourtant, faute de dépistage et d'orientation, de nombreuses femmes ne sont pas informées de ces possibilités de prise en charge et pourraient améliorer leur qualité de vie.

Les médecins généralistes, en tant que professionnel de santé de premiers recours, sont en première ligne pour dépister les MSF chez les femmes à risque, les orienter vers une prise en charge adaptée, et jouer un rôle clé dans la prévention primaire auprès des familles originaires d'un pays à risque.

Le but de notre étude était d'évaluer les pratiques et les connaissances des médecins généralistes en France. Elle a montré qu'une part importante de médecins (39,7%) n'était pas sensibilisée aux MSF. Nous avons constaté un véritable défaut de dépistage des MSF, en effet 7,8% des médecins interrogés abordaient systématiquement ce sujet avec leurs patientes à risque. D'après notre étude, ce défaut de dépistage était lié à un manque de sensibilisation, ainsi qu'un manque de connaissances sur le sujet et d'outils pour la prise en charge. Nous avons également observé que si les MSF n'étaient pas recherchées à l'interrogatoire, ce manque de dépistage n'était pas compensé par un diagnostic clinique lors de l'examen gynécologique, alors que les axes d'orientation et de prise en charge étaient bien connus des participants.

Pourtant, d'après notre étude, 90,7% des médecins généralistes considéraient avoir un rôle à jouer dans le dépistage et la prévention des MSF et ont montré une volonté de se former sur ce sujet.

Il nous paraît donc primordial d'orienter les axes de sensibilisation et de formations sur le dépistage des MSF par un interrogatoire systématique et des capacités de diagnostic clinique afin d'améliorer le dépistage et de proposer une prise en charge adaptée.

Afin de palier à ce défaut de dépistage, nous avons rédigé un flyer à destination des médecins généralistes, résumant les principaux axes de dépistage des MSF et les contacts régionaux pour la prise en charge. Nous pensons que de courtes formations à destination des professionnels de santé, insistant sur le dépistage des MSF, pourraient contribuer à améliorer leur identification et la prise en charge des patientes concernées.

VU

Strasbourg, le 21/10/2024

Le président du jury de thèse

Professeur

Professeur Chérif AKLADIOS

Pôle de Gynécologie-Obstétrique

Hôpital de Hautepierre

1 Avenue Molière

67098 STRASBOURG Cedex

Tél.: 03 88 12 74 55 - Fax : 03 88 12 74 57

VU et approuvé

Strasbourg, le 23 OCT 2024

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

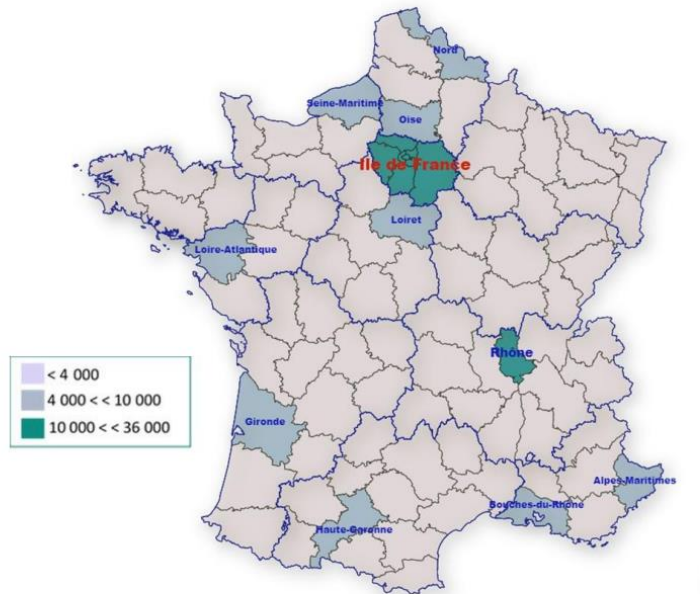
Professeur Jean SIBILIA



Annexes

Annexe 1 : Carte de la répartition de la population cible sur le territoire métropolitain (13)

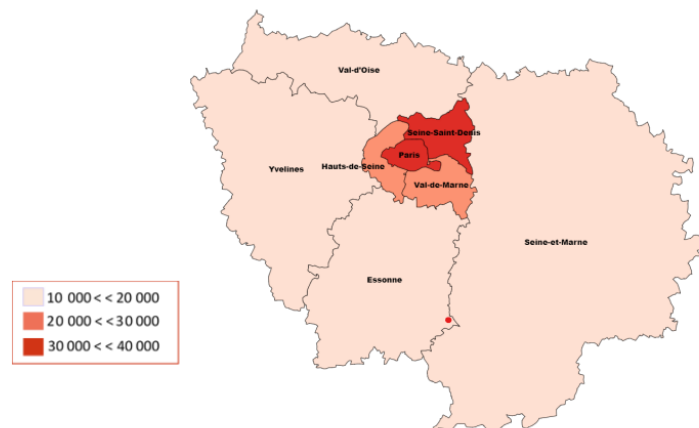
Carte 1. Répartition de la population cible sur le territoire métropolitain



Carte réalisée avec Magrit

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

Carte 2. Répartition de la population cible en Ile-de-France



Carte réalisée avec Magrit

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2017 : Tabulation sur mesure, Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Archives de Données Issues de la Statistique Publique (ADISP).

Annexe 2 : Tableau de la HAS résumant les peines encourues si pratique de MSF (3)

Infractions	Peines encourues	Code pénal	Informations complémentaires
<i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans</i>	15 ans de réclusion criminelle	Article 222-10	CRIME Cour d'assises 30 ans ⁽¹⁾ pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime
<i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.</i>	20 ans de réclusion criminelle	Article 222-10	
<i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (sans circonstance aggravante)</i>	10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende	Article 222-9	DELIT Tribunal correctionnel 6 ans⁽²⁾ pour déposer plainte à partir de la date de l'infraction
<i>Incitation d'une mineure à subir une mutilation sexuelle, par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre elle des pressions ou des contraintes de toute nature</i>	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Article 227-24-1	DELIT Tribunal correctionnel 10 ans pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime
<i>Incitation d'autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'une mineure</i>	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Article 227-24-1	

(1) **Délai de prescription de 30 ans** depuis la loi d'août 2018 : Loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

Annexe 3 : Certificat médical : formulaire d'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES
(27)

Information préoccupante destinée à la CRIP du Département

Informations concernant le médecin émetteur de l'IP (Nom, adresse, téléphone, mail professionnel) :

.....
.....

Médecin traitant de l'enfant ? Oui Non

Madame, Monsieur,

Je tiens à porter à la connaissance de la CRIP du Département les informations préoccupantes concernant l'enfant ou les enfants en danger (Nom(s), prénom(s), date(s) de naissance, lieu de vie) :

.....
.....

Parents (Nom, prénom, adresse, téléphone) :

- Parent 1 :

.....
.....

- Parent 2 :

.....
.....

Autre situation (ex. : famille d'accueil) :

.....
.....

Autres personnes (enfants et adultes) vivant au domicile et liens avec l'enfant (Nom(s), prénom(s), âge(s)) :

.....
.....

Contexte familial (Parents séparés, mode de garde, facteurs de risque de vulnérabilité...) :

.....
.....

Personne accompagnatrice lors de la consultation :

.....

Exposé des faits préoccupants pour l'enfant ou les enfants :

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

Données de l'examen clinique après examen complet de l'enfant ou des enfants vu(s) en consultation le

.....
.....

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

Suivi médical régulier : Oui Non Ne sais pas

Carnet de santé :

- Présenté : Oui Non

Soins ou prises en charge médicales ou paramédicales connus :

.....
.....

Avez-vous **déjà réalisé une IP ou un signalement judiciaire** pour cet enfant ?

.....

Quelle est la posture des parents vis-à-vis de la situation ? (*Parents conscients de la situation ou pas, démarches entreprises, banalisation, contestation...*)

.....
.....

Information des parents :

Parent 1 :

- oui :
- non :
 - car contraire à l'intérêt de l'enfant
 - parent non joignable

Parent 2 :

- oui :
- non :
 - car contraire à l'intérêt de l'enfant
 - parent non joignable

Information du mineur (*En fonction de la maturité de l'enfant*) :

- oui :
- non :

Date :

Signature et cachet :

Je souhaite être informé(e) des suites qui auront été données à cette information préoccupante dans un délai de trois mois à partir de cette transmission, conformément à l'article L.226-5 du code de l'action sociale et des familles.



Annexe 4 : Modèle de SIGNALEMENT en cas de mutilation sexuelle AVÉRÉE ou de RISQUE IMMINENT sur une MINEURE (28)

Cachet du médecin

SIGNALEMENT
Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

Le mineur :

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

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

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

_____ »

- le mineur nous a dit que : «

_____ »

Cachet du médecin

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

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

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

-
-
-
-
-
-

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

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

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe 5 : Modèle de certificat médical de non-excision pour une patiente mineure (en vue d'un voyage) :

Je, soussigné Docteurcertifie avoir examiné le.....l'enfant
..... en présence de..... (mère, père, parents)

L'examen des organes génitaux externes ne retrouve aucune lésion traumatique au niveau du clitoris, du méat urétral, des petites lèvres, des grandes lèvres.

Cette enfant ne présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Cette enfant sera revue en consultation leafin de vérifier l'intégrité des organes génitaux externes.

Certificat établi le..... et remis en main propre à..... pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature / cachet

Garder un double du certificat dans le dossier.

Annexe 6 : Modèle de certificat médical de NON-EXCISION ou d'EXCISION pour une patiente majeure

Je soussigné, Docteur.....certifie avoir examiné leà sa demande

Mme/Mlle..... (Nom, prénom), née le (jour mois

année) domiciliée à

Après examen des organes génitaux externes, Mme/Mlle.....

- Présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Ou

- Présente une mutilation sexuelle féminine de type (I II III). (Description).

Certificat établi leet, remis en mains propres

Àpour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature/cachet

Annexe 7 : Questionnaire

Les réponses en vert correspondent aux réponses justes

Présentation :

Les Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances et du rôle des médecins généralistes en France.

Chères consœurs, chers confrères,

Je m'appelle Marie Soulier-Verschaeve, interne en médecine générale à la faculté de Strasbourg et médecin généraliste remplaçante. Je réalise ma thèse sur les mutilations sexuelles féminines (MSF), communément appelées « excision » et étudie les connaissances des médecins généralistes de France, ainsi que leur rôle dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines en tant que médecin généraliste.

Ce questionnaire s'adresse aux **médecins généralistes** (remplaçants, installés, salariés, hospitaliers... même si vous ne pratiquez pas de gynécologie) et aux **internes de médecine générale**. Cela vous prendra moins de 10 min.

Les MSF est un sujet encore trop peu connu et tabou, très peu ou pas abordé pendant nos études. L'objectif du questionnaire est d'établir un état des lieux des connaissances actuelles sur le sujet, aucun jugement n'est apporté. L'intérêt est de répondre de manière la plus honnête possible, et sans vous renseigner au préalable !

Je vous remercie infiniment pour l'aide que vous m'apporterez dans mon étude,

Bien confraternellement,

Marie Soulier-Verschaeve

Questionnaire

Votre profil :

1) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Ne souhaite pas se prononcer

2) Quel âge avez-vous ?

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

3) Quel est votre statut ?

Vous pouvez choisir une ou plusieurs réponses

- Interne de médecine générale
- Médecin généraliste remplaçant
- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste hospitalier
- Autre

4) Si vous avez répondu « Autre » ou « Médecin généraliste hospitalier », pouvez-vous préciser ? (service...)

5) Avez-vous une activité complémentaire ou à temps complet :

- Dans un centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Au sein d'une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)
- Au sein d'un Planning Familial
- Au CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, des hépatites et des IST)
- Au sein d'une CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)
- Aucune de ces propositions

6) Dans quel département exercez-vous ?**7) Avez-vous réalisé des stages de gynécologie ou santé de la femme pendant votre cursus universitaire ?**

- En hospitalier pendant l'externat
- En ambulatoire pendant l'externat
- En hospitalier pendant l'internat
- En ambulatoire durant l'internat
- Non réalisé

8) Avez-vous réalisé des stages de pédiatrie ou santé de l'enfant pendant votre cursus universitaire ?

- En hospitalier pendant l'externat
- En ambulatoire pendant l'externat
- En hospitalier pendant l'internat
- En ambulatoire pendant l'internat
- Non réalisé

9) Avez-vous effectué des formations complémentaires (DU, DIU, FMC..)

- En gynécologie/santé de la femme ?
- En pédiatrie/santé de l'enfant ?
- DU violences faites aux femmes
- Autre ?
- Non réalisé

Si oui, pouvez-vous préciser quelles étaient ces formations ?

10) Dans votre pratique de médecine générale, avez-vous une activité importante de :

- Santé de la femme/Gynécologie ?
- Santé de l'enfant/Pédiatrie ?
- Les deux
- Aucune de ces deux activités ou dans une moindre mesure
- Non concerné.e par la question

11) Pratiquez-vous une activité en tant que Maître de stage universitaire en médecine générale ?

- Oui
- Non
- Non concerné.e par la question

12) Avez-vous déjà été sensibilisé.e aux mutilations sexuelles féminines ?

- Oui
- Non

13) Si oui, par quel biais ?

- Etudes de médecine
- Formation pendant l'internat
- DU, DIU
- FMC
- Discussion entre collègues
- Vie privée (amis, famille...)

- Autre (Reportages, infos, podcast...)
- Jamais été sensibilisé.e

Vos connaissances concernant les MSF :

14) Selon vous, combien de femmes/filles ayant subi des MSF vivent en France ?

- < 10 000
- Entre 10 000 et 50 000
- Entre 50 000 et 100 000
- **> 100 000**

15) Quels sont les risques pour une fillette vivant en France de subir une MSF si elle ou sa famille sont originaires d'un pays à risque ?

- 0 à 5%
- 6 à 11%
- **12 à 21%**
- 22 à 35%
- 35 à 50%

16) Selon-vous, quels pays sont à risque de pratiquer des mutilations sexuelles féminines ?

- Europe centrale (Pologne, Hongrie, Roumanie...)
- Maghreb
- **Egypte, Irak, Yémen**
- **Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Conakry, Mali, Mauritanie, Nigéria, Sénégal, Togo...)**
- **Afrique de l'Est (Soudan, Erythrée, Ethiopie, Djibouti, Somalie...)**
- Afrique australe (Afrique du Sud, Angola, Namibie, Zambie...)
- **Indonésie, Malaisie**
- Amérique du Sud (Pérou, Bolivie, Colombie...)

17) Quel contexte doit vous faire évoquer un risque de mutilations sexuelles féminines ?

- **La famille est originaire d'une communauté pratiquant les MSF**
- **La mère/sœur/cousine/famille a subi une mutilation**
- **La famille méconnaît la législation**
- **La famille minimise les risques sur la santé et la mortalité**
- **Un voyage à l'étranger est prévu pour la mineure (pour une fête familiale...)**
- **Un retour au pays d'origine est prévu, une vaccination contre la fièvre jaune est demandée**

18) Pensez-vous pouvoir identifier une mutilation sexuelle féminine lors d'un examen gynécologique ?

- Oui
- Non
- Je ne pratique pas de gynécologie

19) Pouvez-vous décrire cette photo ? (37)



- Le prépuce et le clitoris sont présents
- **Il existe une ablation partielle ou totale du clitoris et du prépuce**
- Les petites lèvres sont présentes
- **Il existe une ablation partielle ou totale des petites lèvres**

- Il existe un rétrécissement de l'orifice vaginal par ablation et accolement des petites lèvres et des grandes lèvres

20) Concernant les mutilations sexuelles féminines, pouvez-vous associer la photo à la description clinique correspondante ?

Il s'agit d'une :



- **Vulve normale**
- MSF de type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce
- MSF de type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)
- MSF de type III : 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 (Infibulation)
- MSF de type IV : Autres interventions néfastes telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

21) Il s'agit d'une :



- Vulve normale
- MSF de type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce
- **MSF de type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)**
- MSF de type III : 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 (Infibulation)
- MSF de type IV : Autres interventions nocives telle que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

22) Il s'agit d'une :



- Vulve normale

- MSF de type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce
- MSF de type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)
- **MSF de type III : 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 (Infibulation)**
- MSF de type IV : Autres interventions nocives telle que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

23) Concernant les mutilations sexuelles féminines, pouvez-vous associer le schéma à la description clinique correspondante ?

Il s'agit d'une :



- Vulve normale
- MSF de type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce
- **MSF de type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)**
- MSF de type III : 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 (Infibulation)
- MSF de type IV : Autres interventions nocives telle que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

24) Il s'agit d'une :



- Vulve normale
- **MSF de type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce**
- MSF de type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)
- MSF de type III : 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 (Infibulation)
- MSF de type IV : Autres interventions nocives telle que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

25) Il s'agit d'une :



- Vulve normale
- MSF de type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce
- MSF de type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)
- **MSF de type III : 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 (Infibulation)**
- MSF de type IV : Autres interventions nocives telle que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

26) Quelles sont les complications à rechercher chez une patiente victime de MSF ?

- **Infections urinaires à répétition**
- **Dysménorrhée**
- **Infections génitales chroniques**
- **Douleurs pelviennes**
- **Dépression**
- **Infertilité**
- **Fausse couches tardives**
- **Insuffisance rénale**
- **VIH**
- **Anxiété**
- **Syndrome de stress post traumatique**

27) Quelles solutions pouvons-nous apporter à une patiente victime de mutilations sexuelles féminines ?

- **Prise en charge psychologique**
- La réparation chirurgicale n'est pas possible
- **Clitoridoplastie avec libération du clitoris**
- **Désinfibulation si MSF de type III**
- **Prise en charge sexologique**
- **Un statut de réfugié peut être obtenu pour ses filles s'il existe un risque de subir une MSF dans le pays d'origine**

28) La réparation chirurgicale est prise en charge par l'assurance maladie, y compris par l'Aide Médicale d'Etat (AME) :

- **Vrai**
- Faux

29) Légalement, dans quelle situation pouvez-vous lever le secret médical en informant le procureur de la République ou le CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) :

- Si découverte d'une MSF chez une patiente mineure, seulement avec son accord
- **Si découverte d'une MSF chez une patiente mineure pratiquée en France, même sans son accord**
- **Si découverte d'une MSF chez une patiente mineure pratiquée à l'étranger, même sans son accord**
- Si risque immédiat de MSF chez une patiente mineure, seulement avec son accord
- **Si risque immédiat de MSF chez une patiente mineure, même sans son accord**

30) Connaissez-vous des associations ou services chez qui vous pouvez adresser vos patientes ayant subi ou à risque de subir des MSF ?

- Oui
 - Non
- Si oui, lesquelles ?

31) Avez-vous eu connaissance des recommandations de la HAS concernant les MSF : « Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Février 2020. »

- Oui
- Non

Votre pratique :

32) Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des mutilations sexuelles féminines ?

- Oui
- Non

33) Les pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sont les pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Conakry, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo...), de l'Afrique de l'Est (Soudan, Erythrée, Ethiopie, Djibouti, Somalie...), mais aussi l'Indonésie, la Malaisie, l'Egypte, l'Irak..

Dans votre patientèle féminine, à combien estimez-vous le pourcentage de femmes/filles provenant d'une population à risque d'avoir subi ou de subir une MSF :

- Moins de 1%
- Entre 1 et 5%
- Entre 5 et 10%
- Entre 10 et 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre 50% et 75%
- Plus de 75%
- Non concerné.e

34) Chez une patiente à risque, posez-vous systématiquement la question d'une notion d'atcd de MSF ?

- Oui
- Non

35) Si vous avez déjà été confronté à une patiente victime de mutilations sexuelles féminines, qu'avez-vous fait ?

- Pour être honnête je n'ai rien fait à ce sujet
- J'ai été à l'écoute de la patiente, mais sans aller plus loin
- Je l'ai orienté vers un service de gynécologie-obstétrique
- Je l'ai informé des possibilités de reconstructions chirurgicales
- Je l'ai orienté pour un suivi psychologique
- Je l'ai orienté vers des associations
- Je l'ai reconvoqué pour une consultation dédiée
- J'ai abordé le sujet du risque de mutilations chez ses filles ou ses soeurs (si la patiente en avait)
- Jamais été confronté.e

36) Vous sentiriez-vous prêt à aborder le sujet des MSF chez vos patientes ?

- Complètement d'accord
- Un peu d'accord
- D'accord
- Pas trop d'accord
- Pas du tout d'accord

37) Pour quelles raisons seriez-vous réticent à aborder le sujet des MSF chez vos patientes ?

- Manque de connaissances sur le sujet.
- Manque de temps.
- Manque d'outils pour la prise en charge en cas d'une découverte de mutilations
- Manque d'outils pour la prise en charge en cas de risque de mutilations
- C'est un sujet trop tabou
- Peur de heurter la patiente
- Peur de stigmatiser la patiente
- Peur de manquer de tact face à un sujet si sensible
- Ne faisant pas de gynécologie en consultation je ne me sens pas concerné.e par le dépistage.
- Autre (précisez)
- Je ne me sens pas réticent.e à aborder le sujet des MSF avec mes patientes

38) Que penseriez-vous d'une consultation dédiée aux violences faites aux femmes qui serait valorisée par la sécurité sociale ?

Elle aurait pour objectif de dépister de possibles violences telles que des mutilations sexuelles féminines, mais aussi d'autres types de violences telles que les violences conjugales ou sexuelles. Elle bénéficierait d'une cotation particulière par la sécurité sociale, comme la Consultation Contraception Prévention, ou les consultations pour dépression ou troubles cognitifs.

- Complètement d'accord
- Un peu d'accord
- D'accord
- Pas trop d'accord
- Pas du tout d'accord

39) Aborderiez-vous plus facilement le sujet des mutilations sexuelles féminines si une telle consultation existait ?

- Complètement d'accord
- Un peu d'accord
- D'accord
- Pas trop d'accord
- Pas du tout d'accord

40) Question bonus : Souhaiteriez-vous recevoir un flyer d'information et d'aide à la prise en charge en consultation ? (avec un exemplaire pouvant être donné aux patientes)

- Oui
- Non

Si oui, merci de laisser une adresse mail où vous envoyer le flyer.

41) Avez-vous des remarques que vous souhaiteriez ajouter ?

Annexe 8 : Répartition des réponses en fonction des départements

Régions et départements	Effectif	%
Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon)	85	15,8
Ain (01)	0	0,0
Allier (03)	2	0,4
Ardèche (07)	0	0,0
Cantal (15)	0	0,0
Drôme (26)	1	0,2
Isère (38)	34	6,3
Loire (42)	4	0,7
Haute-Loire (43)	1	0,2
Puy-de-Dôme (63)	9	1,7
Rhône + Métropole de Lyon (69)	5	0,9
Savoie (73)	19	3,5
Haute-Savoie (74)	10	1,9
Bourgogne-Franche-Comté (Dijon)	43	8,0
Côte-d'Or (21)	7	1,3
Doubs (25)	24	4,5
Jura (39)	4	0,7
Nièvre (58)	0	0,0
Haute-Saône (70)	0	0,0
Saône-et-Loire (71)	3	0,6
Yonne (89)	2	0,4
Territoire de Belfort (90)	2	0,4
Bretagne (Rennes)	6	1,1
Côtes-d'Armor (22)	0	0,0
Finistère (29)	5	0,9
Ille-et-Vilaine (35)	1	0,2
Morbihan (56)	0	0,0
Centre-Val de Loire (Orléans)	10	1,9
Cher (18)	1	0,2
Eure-et-Loir (28)	1	0,2
Indre (36)	0	0,0
Indre-et-Loire (37)	4	0,7
Loir-et-Cher (41)	0	0,0
Loiret (45)	4	0,7
Corse (Ajaccio)	0	0,0
Corse-du-Sud (2A)	0	0,0
Haute-Corse (2B)	0	0,0
Grand Est (Strasbourg)	52	9,7
Ardennes (8)	0	0,0
Aube (10)	2	0,4

Marne (51)	1	0,2
Haute-Marne (52)	0	0,0
Meurthe-et-Moselle (54)	4	0,7
Meuse (55)	1	0,2
Moselle (57)	0	0,0
Bas-Rhin (67)	22	4,1
Haut-Rhin (68)	8	1,5
Vosges (88)	14	2,6
Hauts-de-France (Lille)	60	11,2
Aisne (02)	6	1,1
Nord (59)	7	1,3
Oise (60)	17	3,2
Pas-de-Calais (62)	4	0,7
Somme (80)	26	4,8
Île-de-France (Paris)	27	5,0
Paris (75)	9	1,7
Seine-et-Marne (77)	4	0,7
Yvelines (78)	3	0,6
Essonne (91)	0	0,0
Hauts-de-Seine (92)	1	0,2
Seine-Saint-Denis (93)	4	0,7
Val-de-Marne (94)	6	1,1
Val-d'Oise (95)	0	0,0
Normandie (Rouen)	5	0,9
Calvados (14)	2	0,4
Eure (27)	0	0,0
Manche (50)	0	0,0
Orne (61)	0	0,0
Seine-Maritime (76)	3	0,6
Nouvelle-Aquitaine (Bordeaux)	50	9,3
Charente (16)	2	0,4
Charente-Maritime (17)	12	2,2
Corrèze (19)	15	2,8
Creuse (23)	1	0,2
Dordogne (24)	1	0,2
Gironde (33)	7	1,3
Landes (40)	0	0,0
Lot-et-Garonne (47)	0	0,0
Pyrénées-Atlantiques (64)	2	0,4
Deux-Sèvres (79)	3	0,6
Vienne (86)	5	0,9
Haute-Vienne (87)	2	0,4
Occitanie (Toulouse)	119	22,2
Ariège (09)	1	0,2
Aude (11)	2	0,4

Aveyron (12)	2	0,4
Gard (30)	5	0,9
Haute-Garonne (31)	2	0,4
Gers (32)	4	0,7
Hérault (34)	70	13,0
Lot (46)	0	0,0
Lozère (48)	1	0,2
Hautes-Pyrénées (65)	11	2,0
Pyrénées-Orientales (66)	13	2,4
Tarn (81)	7	1,3
Tarn-et-Garonne (82)	1	0,2
Pays de la Loire (Nantes)	26	4,8
Loire-Atlantique (44)	16	3,0
Maine-et-Loire (49)	2	0,4
Mayenne (53)	0	0,0
Sarthe (72)	1	0,2
Vendée (85)	7	1,3
Provence-Alpes-Côtes d'Azur (Marseille)	19	3,5
Alpes-de-Haute-Provence (04)	1	0,2
Hautes-Alpes (05)	6	1,1
Alpes-Maritimes (06)	3	0,6
Bouches-du-Rhône (13)	5	0,9
Var (83)	3	0,6
Vaucluse (84)	1	0,2
Guadeloupe (971)	12	2,2
Martinique (972)	10	1,9
Guyane (973)	8	1,5
Réunion (974)	5	0,9
Mayotte (976)	0	0,0
Total	537	100,0

*En gras le total des effectifs et pourcentage pour chaque région

	Départements avec population cible < 4 000
	Départements avec population cible entre 4 000 et 10 000
	Départements avec population cible > 10 000

Annexe 9 : Remarques des participants

« Concernant la question sur la valorisation d'une consultation spécifique par la sécu, j'ai mis non car c'est stigmatisant, le plus souvent inapplicable et non conforme au besoin réel (une fois dans la vie, limite d'âge etc) et que la solution pour avoir le temps d'aborder ces sujet est d'avoir une revalorisation globale de toutes les consultations, qui nous permette d'avoir le temps de couvrir tous les sujets, sans reconvoquer pour parler de tel ou tel sujet, car on voit bien que les patients reviennent moins dans ce contexte. »

« Merci de vous intéresser à ce sujet. Nous avons besoin d'être mieux formés. »

« Merci beaucoup ! Bon courage pour la thèse ! Merci d'avoir choisi ce sujet si important ! Cela pourrait peut-être amener à des formations systématiques pendant nos études »

« La rémunération quelle qu'elle soit d'une consultation pour violence intra familiale génère de fait une trace CPAM sur laquelle le violenteur peut avoir accès. Dans ma pratique, lorsque je reçois une femme (ou un homme, 6% des femmes battues sont des hommes) je fais systématiquement un acte gratuit. »

« J'ai eu beaucoup de difficultés pour donner un diagnostic sur les photos »

« Jamais confrontée en clientèle en zone rurale, entre 1980 et 2017 mais très intéressée par votre sujet de thèse. Bravo. »

« Dommage, impossible d'agrandir les photos ; on ne voit pas très bien pour certaines »

« Merci pour ce questionnaire de thèse que vous m'avez fait parvenir et qui m'a fait prendre conscience que nous avons un rôle à jouer dans ce domaine !!!! »

« Merci pour ce sujet très intéressant. Malheureusement, exerçant en zone très rurale, j'ai une patientèle d'origine immigrée très limitée, à peine qq familles et surtout des couples "mixtes". Je ne compte pas les franco-portugais de 3eme génération ;-) non concernés ! »

« Sujet de thèse très intéressant sur un sujet mal connu en tout cas pour ma part ! Merci »

« Manque total de formation malgré l'engagement auprès des femmes subissant des violences intrafamiliales »

« Super sujet ! Bon courage ! »

« Merci pour votre travail et pour votre indulgence. »

« J'ai été fortement sensibilisée aux MSF de par mon vécu en Afrique de l'Ouest lors de mon année de seconde, mais ce thème n'a pas ou peu été abordé durant mes études de médecine en France. Je n'ai qu'une seule patiente ayant subi ce type de mutilation dans sa jeunesse, elle en reste très marquée malgré prise en charge psychologique mais ne souhaite pas de reconstruction car ménopausée et elle ne veut plus jamais qu'on touche à cette zone...Merci à vous de faire des recherches sur ce sujet sensible. »

« Manque de formation et donc de connaissances sur ce sujet important bravo »

« Le sujet m'intéresse, mais je pense n'avoir aucune patiente issue des zones géographiques citées ci-dessus. »

« Bravo pour un travail de thèse sur ce sujet. Très peu d'informations pour ma part et nécessité de se former pour y être plus sensibiliser et repérer aider au mieux »

« Je crois que la mgf se faisait aussi en Europe de l'est, et quelques pays d'Amérique latine, en revanche je ne sais plus si c'est d'actualité et vraiment trop peu pour généraliser. Et peut-être issue de minorité dans ses pays, et pas forcément ceux qu'on rencontre en consultation en France »

« Thématique présentée lors de congrès de la Société de Médecine des voyages. Mais difficile de l'aborder dans les consultations déjà très chargées avec un temps très limité pour d'autres infos que celles concernant le voyage »

« Super sujet, encore trop peu abordé en France en consultation malheureusement ! hâte de lire la thèse finale ! Bon courage :) »

« Merci pour ce beau sujet de thèse. J'aimerais être plus formé dans ma pratique à ce sujet ! Manque

d'information à ce sujet +++ aucune formation à ce sujet de mon côté »

« Très bon sujet de thèse, pas facile en pratique cabinet, mais il faut y penser le plus souvent possible. »

"Bonne chance. Est-il possible d'avoir les réponses aux photos ? Très intéressant. Merci »

« Bonne idée de sujet qui permet de nous sensibiliser sur ce thème, merci »

« Sujet très intéressant. Peu exploré pour ma part car population non concernée (dans mon imaginaire) mais aussi je pense qu'il y a comme un effet de la théorie de l'autruche... tout comme les violences de l'enfant c'est presque un non-sujet. Merci de l'explorer via la thèse et je trouve qu'il est très intéressant aussi de répondre à ces questionnaires pour interroger (et modifier) nos propres pratiques »

« Trop complexe me sens incompetent »

« Bonjour, je serais intéressé de pouvoir m'instruire afin de pouvoir apporter des conseils. J'ai travaillé pendant des années en centre médical de prévention recevant des femmes étrangères venant des pays cités. 🍑 🍑 🍑 »

« Je vois surtout des enfants ; les petites filles de mère ayant subi des MSF peuvent être victimes potentielles. »

« Sujet de thèse très intéressant »

« Excellent sujet de thèse. Je suis probablement passée à côté de MSF durant ma carrière déjà longue pourtant, nous ne sommes que depuis très peu sensibilisés aux violences faites aux femmes. Quel gâchis sûrement. Les jeunes sont - un peu - mieux formés j'espère »

« Questionnaire qui donne envie de se former. »

« Il ne faut ni consultation dédiée, ni valorisation particulière de la sécu. IL faut juste arrêter de sous-payer les généralistes pour leur permettre d'exercer de manière indépendante et sereine sans avoir besoin de faire de l'abattage, pour permettre d'avoir du temps d'écoute pour ce genre de situations. Mais si chaque cause (MSF, violence gynéco, obésité de l'enfant, exposition aux écrans, violence sexuelles, autisme, TDAH, toxicomanie,...) se voit créer une cotation à part, une

nomenclature à part ça va seulement conduire à encore plus écœurer les médecins qui passent leur temps à chercher comment coter "correctement" leur travail bien fait plutôt qu'à utiliser ce temps à soigner. Avec des meilleures conditions de travail je pense que l'immense majorité des médecins seraient à plus se former, plus s'informer et plus s'investir dans les domaines où leur cursus initial était insuffisant. »

« Exerçant en MSP avec une sage-femme, orientation de la patiente si doute ou risque vers elle, comme pour toute la gynécologie »

« Pourrait-on recevoir les photos et schéma avec les réponses svp à un format un peu plus grand. Merci »

« Merci pour votre thèse, nous avons besoin d'être plus sensibilisés aux MSF. »

« Il faudrait aussi vous orienter et proposer ce questionnaire aux professionnels de santé sexuelle de chaque département »

« Non concerné car j'exerce en centre pénitentiaire où la patientèle est uniquement masculine mais intéressé par le sujet pour l'avenir »

« Il y a longtemps un livre témoignage m'avait sensibilisé. Lors de mes formations sur les violences faites aux femmes, ce sujet a été abordé mais succinctement. Vu la difficulté à répondre à vos questions je repère mes lacunes que je vais essayer de combler. J'ai été une fois confrontée à une femme mutilée lors d'un FCU dépistage, accompagnée d'une traductrice française (hors examen médical) et j'ai évoqué le problème de légalité, d'interdiction en France à visée préventive car j'avais compris qu'elle avait des filles et qu'elles allaient retourner aux pays... Une « plainte » a été déposée à ma direction en mon contre dans le sens où je ne devais pas m'opposer aux traditions, que je n'avais pas à faire de commentaires. A cette époque je n'étais pas encore formée. Il y a encore du chemin... Merci pour votre travail »

« Une formation/information est indispensable. Le sujet est tabou et les patientes ne l'abordent quasi jamais voire jamais en médecine générale. »

« Merci pour ce sujet 🍑 »

« Ne pas hésiter à impliquer les hommes dans les campagnes d'information et de prévention »

« Il manque la réponse ne sait pas dans les analyses d'images ou de connaissance. A rajouter dans les biais et la discussion. Il manque pour les consultations dédiés les centres spécialisés ex les consultations dédiées des centres de maladies infectieuses et tropicales" »

« Les photos sont trop petites et non agrandissables, c'est compliqué d'y voir qq chose »

« Merci et bon courage. Pour info, j'ai été confronté à ces pb il y a plusieurs années lors de CS en dispensaire en Afrique (Tchad+++) »

« Une consultation dédiée aux violences conjugales, sexuelles, mutilations sexuelles ne devraient pas être réservée aux femmes. Un tel acte côté devrait être transmis sous un code générique pour préserver le secret médical. »

« Je fais le dépistage des violences faites aux patients à toute création de dossier, à toute consultations de gynéco (et pas seulement pour les mutilations sexuelles) = avec question ouverte avez-vous ou êtes-vous victime de violence que ce soit morale, physique ou sexuelle ? et iels répondent ou pas (parfois plus tard) »

« Sujet très intéressant, qui m'a fait me rendre compte de mon manque total de formation... Je vais prendre connaissance du document HAS. Bon courage pour la suite du travail :) »

« Très intéressant comme sujet !!!! »

« Le médecin généraliste à la campagne n'est pas concerné, c'est plutôt dans les grandes villes là où il ya une concentration de gens de la communauté. »

« Je pense que les violences faites aux femmes ne devraient pas faire l'objet d'une consultation dédiée, donc pas forcément valorisée par la sécurité sociale mais être abordée à chaque consultation quel que soit le motif, de la même manière que la prévention par la vaccination ou les dépistages de cancer ne font pas l'objet de consultation dédiée. Il s'agit d'un item de santé publique qui peut se modifier régulièrement (un jour ça va, la

semaine d'après agression par membre de la famille ou autre) et qui donc ne peut pas être valorisé de la même façon qu'une consultation mémoire une fois par an par exemple. »

« Un flyer qui peut être partagé aux patientes avec les outils et les associations disponibles est intéressant mais je pense aussi à un partage de vidéo aux médecins généralistes pour reprendre les points importants des MSF. Merci pour le partage de ce sujet de thèse. En effet, un thème peu abordé en médecine générale (surtout en campagne) »

« Bon courage ! sujet pertinent ! »

« UNE FORMATION DPC EN PRESENTIEL SERAIT UTILE »

« Bonne idée de sujet de thèse. J'ai appris de nouvelles choses en réalisant ce questionnaire. Bon courage pour votre thèse »

« Bonne continuation pour votre thèse ! »

« Bon courage, c'est un sujet très intéressant et surtout utile ! »

« Merci pour le sujet ! En parler, c'est déjà sensibiliser sur le sujet et au dépistage ! Bravo et bonne continuation ! »

« Très intéressant merci, à faire connaître »

« Bon courage pour la thèse !! »

« Plus que la valorisation de la cotation pour aborder le sujet, personnellement c'est la formation et les soutiens/Circuit d'accompagnement en cas de MSF que j'aimerais connaître pour pouvoir aborder le sujet. »

« Bon courage pour la thèse, très bon sujet ! »

« Très intéressant merci ! »

« Excellent sujet, très peu connu ! Je serai très intéressée pour recevoir de la documentation, des sources, voire même les résultats obtenus de votre thèse »

« Sujet de thèse très intéressant ! »

« Merciii, sujet hyper intéressant et important, malheureusement très peu abordé pendant nos études... »

« Super sujet, heureuse de pouvoir y participer ! »

« Merci pour l'initiative de cette thèse, c'est un sujet très important pour lequel nous ne sommes pas assez formé ni sensibilisé. Hâte de recevoir votre flyer :) »

« Sujet de thèse très intéressant ! Merci »

« Sujet très intéressant, on devrait tous y être sensibilisé. Je connaissais pour mes patients migrants, je travaille près d'un cada. En revanche, une fois en France et sans oqtf, je ne m'en inquiétais plus »

« Problème global de prise en charge pour ma part : patientes AME, sans ressources financières avec souvent une barrière de langue. J'exerce en zone rurale donc en désert médical et je ne peux pas proposer de PEC psy à ces patientes car elles n'en ont pas les moyens et aucun psy dans notre secteur n'est conventionné sécu. Par contre grâce à vous, je découvre que la réparation chirurgicale est prise en charge par l'AME. Un grand merci pour votre travail »

« Merci pour ce questionnaire et bon courage ! »

« Merci pour ce travail de thèse, j'ai hâte d'en connaître davantage. Bravo (interne en médecine générale) »

« Sujet de thèse très intéressant et nécessaire ! Merci beaucoup, et bonne continuation. »

« Beau sujet de thèse. »

« Merci d'aborder ce sujet, nous n'avons pas été formé au cours de notre cursus sur cette thématique, et pourtant le médecin généraliste joue un rôle majeur dans le repérage de ces patientes ! »

« J'espère qu'on a les réponses au questionnaire à la fin sinon je serai très très déçu »

« Très intéressant. Prise de conscience d'un sujet tabou, peu abordé et méconnu de beaucoup de monde »

« Les photos de vulve sont un peu petites, on ne voit pas grand-chose »

« Sujet plutôt méconnu même si je m'investis depuis quelques années sur le thème des violences intra familiales »

« Bon courage ! <3 »

« Sujet peu abordé auparavant, merci de le faire. »

« Merci pour ce sujet intéressant et si important ! »

« Je suis interne en 5ème semestre en stage actuellement de gynéco, 2 jours au planning familial et 2 jours au centre de planification et d'éducation familiale. On m'a parlé assez rapidement sur mes jours au planning familial des MSF et notamment du rapport de la HAS de 2020 que je n'ai pas encore pris le temps de lire. J'ai vu la semaine dernière pour la première fois en consultation au cours d'un examen gynéco pour spanioménorrhée une femme victime de MSF (excision des petites lèvres et doute sur résection partielle du clitoris ou suture prépuce avec désunion) , elle ne s'en souvenait pas, a pu nous dire que oui c'était possible qu'elle ait été coupé en étant nourrisson. Ma maître de stage l'a informé en fin de consulte qu'il était possible de faire une chirurgie et qu'elle pouvait revenir pour en parler. La consulte avait déjà été dense, on n'en a pas plus parlé. »

« Je me sens tellement démunie face à ce sujet, merci de travailler dessus :) »

« Super sujet de thèse, je suis ravie d'y avoir participé (je regrette de ne pas avoir la correction des QCM concernant les images) »

« On a clairement un manque de formation sur le sujet ! »

« Merci d'aborder ce sujet. Bon courage pour la thèse »

« Bravo Marie, sujet très intéressant, peux-tu transmettre ta thèse ? »

« Sujet de thèse audacieux +++ bravo +++ => faudrait publier +++++ (👏😊) et présenter au CMGF et CNGE dans l'idéal 😊 parce que cause féministe et encore bien trop tabou ++++ Juste : Il y a des questions où j'aurais aimé répondre « je ne sais pas » :) Je pense que j'ai mal répondu aux cas cliniques mais c'est le jeu et j'ai l'impression d'avoir eu 2 fois le même cas mais impossible de revenir en arrière .. »

« Super sujet de thèse, bravo ! »

« J'ai beaucoup aimé le questionnaire qui m'a permis de me rendre compte que je ne connaissais vraiment pas grand-chose sur les MSF... »

« C'est super de faire une thèse sur ce sujet tant méconnu et en réalité presque pas abordé dans nos études. Bravo !! »

« Très beau sujet »

« Bon courage ! »

« Bon courage pour votre thèse ! Sujet extrêmement intéressant ! Bravo »

« Sujet important, peu abordé, bravo pour ce travail ! »

« Merci beaucoup de faire votre thèse sur ce sujet trop peu abordé durant les études de médecine générale »

« Merci d'aborder ce sujet »

« Auriez-vous les réponses aux QCMs svp ? si oui, j'aimerais les recevoir s'il vous plaît »

« Pratique rurale, pas de patientèle étrangère ou d'origine étrangère.... Jamais confronté ! »

« Bon courage et bonne thèse ! Sujet très intéressant ! »

« Merci beaucoup pour ce travail ! Etant interne et n'ayant pas travaillé avec des gens sensibilisés je ne me suis intéressée que récemment à la question mais très envie de me former ! Auprès des populations à risque le dépistage devrait être systématique, comme celui des violences. Merci :) (et hâte de recevoir le flyer) »

« Pourrez-vous m'envoyer également votre thèse une fois qu'elle sera soutenue ? Merci 😊 »

« Thèse d'une grande utilité, bravo !! »

« Est-ce possible d'envoyer la thèse également par mail »

« Sujet très intéressant, bon courage ! »

« Le sujet est très peu abordé durant nos études mais comme la population migrante est de plus en plus importante, ce sujet est important à connaître et dépister le cas échéant, merci pour ce questionnaire »

« Questionnaire très fourni, serai très intéressée pour lire votre thèse »

« Merci pour ce sujet intéressant et bon courage pour la thèse ;) »

« Beau questionnaire... il aura eu le mérite de m'interpeller sur ces pathologies auxquelles ma patientèle me semble peu exposée, mais la vigilance est nécessaire... bon courage »

« Merci pour ce sujet de thèse »

« Ce travail de thèse permet de lever en partie le tabou autour des MSF qui touchent bien plus de femmes en France qu'on ne le pense et qui nécessite une prise en charge globale, notamment en terme de sexologie pour recentrer la prise en charge sur le bien-être de la patiente sans la stigmatiser. Merci pour ce travail audacieux ! »

« Je suis passée dans une UGOMPS à Nantes, avec une spécialiste des MSF (Dr Carton), mais je me rends compte que je me sens peu préparée à les prendre en charge dans un cabinet de ville en l'absence d'actualisation des connaissances et de pratique. »

« Merci de faire cette thèse ! Hâte que les langues soient plus aiguisées que les lames de rasoir ! »

« Concernant ma réponse à une cotation spécifique, double problème de complexification de la nomenclature ET d'anonymat avec des cotations très spécifiques. Je suis favorable à une rémunération forfaitaire qui ne poserait plus de problème de valoriser la médecine générale par acte mais plutôt par responsabilité d'une population »

« Merci! »

« Sujet très intéressant que je méconnaissais totalement »

« Vu mes réponses aux qcms, j'en conclus qu'il est urgent que je me forme à l'examen gynécologique ! Merci de cette thèse. »

« La question des violences faites aux femmes (qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle) doit systématiquement être abordée lors de la consultation. On ne doit pas attendre une consultation dédiée pour les dépister ou les prévenir, car bon nombre des femmes concernées ne se rendraient pas à ces consultations. Nous devons intégrer ce thème dans notre pratique quotidienne ! C'est ce que nous faisons dans notre Centre d'Examens en Santé. »

« Merci pour ce travail ! »

« Super sujet »

« Sujet très intéressant mais malheureusement très peu de connaissances pour ma part »

« Super sujet ! On a encore du travail pour la prise en charge des mutilations féminines (moi la première !) mais ça avance je pense. Merci ! »

« En plus du flyer, ça serait top d'avoir aussi une classification des différents stades des MSF évoqués dans les pages d'avant avec les différentes possibilités thérapeutiques. Merci c'était hyper intéressant »

« Ne pratiquant plus la gynécologie, je ne suis pas certain de la pertinence interprétative des clichés des mutilations sexuelles présentées. Mais je garde le souvenir de ces patientes Africaines mutilées, consultant pour divers problèmes gynécologiques dévoilant un sexe déformé par les mutilations pratiquées, rendant le toucher vaginal

difficile, douloureux, malgré les précautions oratoires et gestuelles adoptées. J'ai consulté il y a quelque temps une Africaine ayant quitté son pays d'origine pour venir en France avec sa petite fille pour la mettre à l'abri d'une MSF programmée. Retenue en Libye lors de son passage, elle est séparée de sa petite fille qu'elle ne verra jamais plus, et sera sortie régulièrement de la prison où elle était détenue chaque nuit pour être conduite en dehors des « lumières de la ville » de manière à être violée par des ravisseurs en toute quiétude. Cette patiente que je n'ai plus revue après l'avoir orientée, est psychologiquement détruite. Elle parviendra à échapper à ses geôliers en passant par l'Italie après avoir subi dans ce pays des réparations sexuelles et anales. »

« Serait-il possible d'avoir réponse aux questions ci-dessus ? notamment les questions épidémiologiques et les "cas cliniques" ? »

Annexe 10 : Résultats statistiques

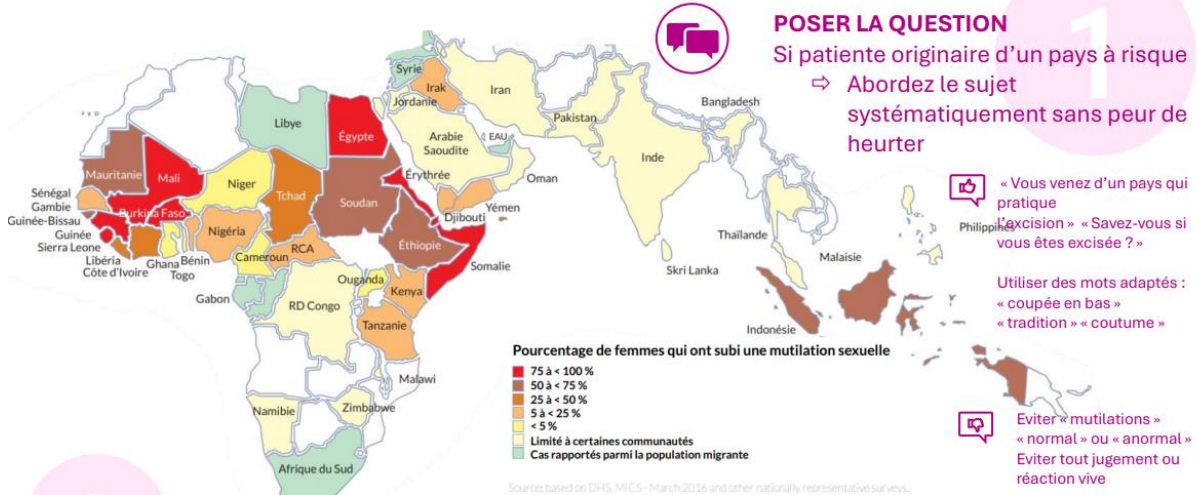
Catégories	Effectif	Score moyen	Ecart-type	p-valeur	Test statistique
Sexe :					
Femme	411	36,92	4,42	0,003*	Test de Welch
Homme	125	35,46	4,79		
Classe d'âge :					
<40 ans	396	37,22	3,97	<0,001*	Test de Welch
>40 ans	141	34,86	5,57		
< 30 ans	200	37,39	3,83	0,389	Test de Student
Entre 30 et 40 ans	196	37,05	4,10		
Entre 40 et 50 ans	60	34,57	5,85	0,926	Test de Student
Entre 50 et 60 ans	51	34,67	5,35		
Entre 50 ans et 60 ans	51	34,67	5,35	0,381	Test de Welch
> 60 ans	30	35,77	5,46		
Statut :					
Interne	142	37,13	3,78	0,994	Test de Welch
Remplaçant	106	37,12	4,46		
Remplaçant	106	37,12	4,46	0,001*	Test de Welch
Installé	194	35,30	4,90		
Interne	142	37,13	3,78	<0,001*	Test de Welch
Installé	194	35,30	4,90		
Activité complémentaire :					
Pas d'activité complémentaire	423	36,42	4,45	<0,001*	Test de Welch
PMI/Planning/CeGIDD/PASS	45	39,20	4,16		
Pas d'activité complémentaire	423	36,42	4,45	0,365	Test de Welch
CPTS	65	35,82	5,02		
CPTS	65	35,82	5,02	<0,001*	Test de Welch
PMI/Planning/CeGIDD/PASS	45	39,20	4,16		
Département :					
Population cible > 10 000	32	39,03	3,70	<0,001*	Test de Welch
Population cible < 10 000	470	36,38	4,61		
Population cible > 10 000	32	39,03	3,70	0,004*	Test de Welch
Population cible 4 000 < 10 000	64	36,39	4,79		
Population cible > 4 000	96	37,27	4,61	0,088	Test de Welch
Population cible < 4 000	406	36,37	4,58		
Stage en gynécologie :					
Hospitalier (E) + Hospitalier (I)	157	36,71	4,25	0,560	Test de Welch
Aucun stage en gynécologie	52	36,31	4,28		
Hospitalier (E)	116	35,79	4,80	0,490	Test de Welch
Aucun stage en gynécologie	52	36,31	4,28		

Hospitalier (I)	69	36,29	4,87	0,980	Test de Welch
Aucun stage en gynécologie	52	36,31	4,28		
Hospitalier (E) + Ambulatoire (I)	53	37,21	4,56	0,300	Test de Welch
Aucun stage en gynécologie	52	36,31	4,28		
Hospitalier (E) + Hospitalier et Ambulatoire (I)	37	38,65	4,06	0,011*	Test de Welch
Aucun stage en gynécologie	52	36,31	4,3		
Hospitalier (E)	116	35,79	4,80	0,501	Test de Welch
Hospitalier (I)	69	36,29	4,9		
Hospitalier (E) + Hospitalier (I)	157	36,71	4,25	0,484	Test de Welch
Hospitalier (E) + Ambulatoire (I)	53	37,21	4,56		
Stage en gynécologie tous terrains confondus	485	36,63	4,59	0,609	Test de Welch
Aucun stage en gynécologie	52	36,31	4,28		
Stage en pédiatrie :					
Hospitalier (E)	73	35,86	4,37	0,907	Test de Welch
Hospitalier (I)	89	35,78	5,17		
Hospitalier (E) + Hospitalier (I)	203	36,90	4,23	0,007*	Test de Welch
Hospitalier (E) + Ambulatoire (I)	43	38,51	3,31		
Stage en pédiatrie tous terrains confondus	514	36,71	/	0,003*	Test de Mann-Whitney
Aucun stage en pédiatrie	24	34,17			
Formation complémentaire :					
Formation gynécologie	72	36,96	5,53	0,283	Test de Student
Pas de formation complémentaire	306	36,30	4,45		
DU violences faites aux femmes	5	39,20	/	0,149	Test de Mann-Whitney
Pas de formation complémentaire	306	36,30			
Activité prédominante :					
Activité importante de gynéco	33	38,42	4,56	0,018*	Test de Welch
Peu d'activité gynéco-pédiatrique	125	36,22	4,82		
Activité importante de pédiat	138	36,37	4,43	0,789	Test de Welch
Peu d'activité gynéco-pédiatrique	125	36,22	4,82		
Les deux	150	36,52	4,83	0,603	Test de Welch
Peu d'activité gynéco-pédiatrique	125	36,22	4,82		
Maître de stage :					
Oui	128	36,02	4,81	0,166	Test de Welch
Non	238	36,74	4,64		
Sensibilisation aux MSF :					
Sensibilisés	324	37,56	4,07	p<0,001*	Test de Welch
Non sensibilisés	213	35,14	4,87		

Biais de sensibilisation aux MSF :					
Formation Médicale	51	38,06	4,37	0,039*	Test de Student
Vie privée et médias	93	36,46	4,40		
Identification sur photos et schémas					
Score photos	537	1,24	0,90	<0,001*	Test de Welch
Score schéma	537	1,65	0,77		
Identifier une MSF					
Ceux qui pensent savoir identifier	262	6,92	1,65	0,264	Test de Welch
Ceux qui ne pensent pas savoir identifier	206	6,74	1,74		
Ceux qui pensent savoir identifier	262	6,92	1,65	0,006*	Test de Welch
Ceux qui ne pratiquent pas de gynécologie	69	6,26	1,75		
Ceux qui ne pensent pas savoir identifier	206	6,74	1,74	0,049*	Test de Welch
Ceux qui ne pratiquent pas de gynécologie	69	6,26	1,75		
Connaissance des recommandations de la HAS :					
Oui	19	39,16	/	0,042*	Test Mann Whitney
Non	518	36,51			
Patientèle :					
Plus de 10% de patientes à risque	65	38,62	3,55	<0,001*	Test de Welch
Moins de 10% de patientes à risque	368	36,29	4,74		
Posent systématiquement la question des MSF :					
Oui	42	38,86	4,40	0,001*	Test de Welch
Non	395	36,41	4,52		
Prêt à aborder le sujet					
Complètement/un peu d'accord	329	37,26	4,44	<0,001*	Test de Welch
Pas du tout/pas trop d'accord	74	34,07	5,15		
*Différence significative					

Annexe 11 : Flyer à destination des professionnels de santé

DEPISTER LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES



2

DEPISTER PAR LA CLINIQUE

4 types de MSF

Respect du consentement
Bienveillance

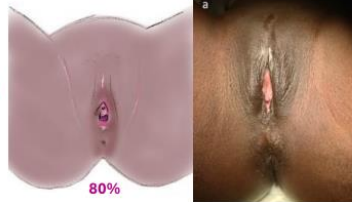


Type I :
Rare et de diagnostic difficile

Type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce



Vulve indemne



Type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)

Type IV : tout autre procédé de mutilation génitale féminine pour des raisons non médicales



Type III : 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 (infibulation)

3

RECHERCHER IMPACT SUR LA VIE ET SUR LA SANTE DE LA PATIENTE

- ⇒ Penser au syndrome de stress post traumatique
- ⇒ Continuum des violences
- ⇒ Troubles de la sexualité
- ⇒ Douleur pelvienne, dyspareunie...
- ⇒ Troubles urinaires...

4

PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE

- ⇒ Psychologique
- ⇒ Sexologique
- ⇒ Gynécologique
- ⇒ Chirurgicale

Avis spécialisé systématique si MSF de type 3

5

PREVENTION CHEZ LES FILLES

- ⇒ Voyage prévu dans le pays d'origine
- ⇒ Signalement si découverte de MSF ou si risque imminent (procureur ou CRIP)

Pour en savoir +

Centres de prise en charge :
"Réparations" - Fédération GAMS (federationgams.org)
Dans votre région :

Affiche patientes



Vidéo explicative



Recommandations HAS :

Haute Autorité de Santé - Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours (has-sante.fr)

Annexe 12 : Affiche à destination des patientes

**Vous avez été victime
d'excision?**

Vous n'êtes pas seule.

**Des possibilités
de prise en charge
existent.**

**Les conséquences peuvent être multiples
N'hésitez pas à en parler à votre médecin**



Si besoin d'aide ou
conseils :
Violence femmes info
au 3919



Retrouvez les centres de
prise en charge sur
[https://federationgams.
org/reparations](https://federationgams.org/reparations)



Contact local :

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2024 [cité 28 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France [Internet]. [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours
4. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l’OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cité 10 nov 2023]. 47 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/272847>
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Mutilations sexuelles féminines : Plan national 2019-2021 [Internet]. 2019 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/mutilations_sexuelles_feminines_2019_plan_national.pdf
6. Gand A, Vardon D, Université de Caen Normandie. UFR Santé. Mutilations sexuelles féminines: connaissances et rôles des médecins généralistes dans la prise en charge, le dépistage et la prévention [Internet]. 1971-...., France; 2020 [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02477136/document>
7. Tantet C. Les mutilations génitales féminines : Évaluations des connaissances des médecins généralistes d’Île de France. [Internet]. Faculté Paris V; 2015 [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <http://milleparcours.org/zkportfolio/these-combattre-lexcision/>
8. Fasel A. État des lieux des connaissances théoriques, cliniques et médico- légales des médecins généralistes exerçant dans les départements de Seine-Saint-Denis (93), du Rhône (69) et des Alpes-Maritimes (06) sur les mutilations sexuelles féminines. UNIVERSITÉ DE PARIS CITE; 2024.
9. Chavance M, Tisserand C. Mutilations génitales féminines: étude des attentes des femmes victimes de l’excision à travers une enquête qualitative auprès de 9 femmes majeures vivant en bourgogne [Internet]. 1970-...., France; 2023 [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/be7d7e55-0fc4-4b6c-ae04-81b44830b3fb>
10. European Institute for Gender Equality [Internet]. 2023 [cité 10 nov 2023]. Female genital mutilation. Disponible sur: https://eige.europa.eu/gender-based-violence/female-genital-mutilation?language_content_entity=en

11. Antonetti Ndiaye E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées [Internet]. 2015 [cité 26 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1009549/mutilations-sexuelles-feminines#>
12. GAMS-carte2017EN-1.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-carte2017EN-1.pdf>
13. Lesclingand M, Sylla F, Andro A, Boisson S. Projet MSF-PREVAL. Rapport final. [Internet]. Université Côte d'Azur ; Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne; 2022 sept [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03789966>
14. Boussuge A, Thiébaud E. Le pacte d'Awa : Pour en finir avec les mutilations sexuelles. Syros; 2006. (J'accuse).
15. Boni T. Corps blessés, corps retrouvés ? Les discours sur les mutilations sexuelles féminines. Diogène [Internet]. 2009 [cité 26 oct 2024]; Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-15>
16. Gynécologie Sans Frontières. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2006 [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/PlaqueMSFGSF.pdf>
17. Joëlle - 2020 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf
18. FLABAT E. UNICEF. 2024 [cité 3 nov 2024]. Plus de 230 millions de filles et de femmes ont subi des mutilations génitales féminines. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/plus-de-230-millions-de-filles-et-de-femmes-ont-subis-des-mutilations-genitales-feminines/>
19. Excision, parlons-en ! [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: <http://www.alerte-excision.org/>
20. Dirie W, Miller C. fleur du désert - Du désert de Somalie à l'univers des top models. J'ai lu; 2022.
21. Gillette-Faye I. « La Réparation » des survivantes des Mutilations Sexuelles Féminines. 10 juin 2021 [cité 3 nov 2024]; Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-memoires-2021-1-page-14>
22. Ministère des Solidarités et de la Santé. Code de la santé publique, Protection générale de la santé - Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne (Articles 222-1 à 222-67) - Légifrance [Internet]. 2018 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149827/2018-08-06/#LEGISCTA000006149827
23. Fédération GAMS [Internet]. [cité 10 nov 2024]. Les textes législatifs sur l'excision. Disponible sur: <https://federationgams.org/excision-2/les-textes-legislatifs-sur-l'excision/>
24. World Health Organization. Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA,

- UNHCR, UNICEF, UNIFEM. 2008 [cité 2 nov 2024]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/43902>
25. Union Africaine. Protocole de Maputo : Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes [Internet]. Union Africaine; 2003 [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: https://ungreatlakes.unmissions.org/sites/default/files/7_-_protocole_de_maputo_protocole_a_la_charte_africaine_des_droits_de_lhomme_et_des_peuples_relatif_aux_droits_des_femmes.pdf
 26. Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples. Rapport sur les droits des femmes en Afrique [Internet]. Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples; 2024 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://achpr.au.int/sites/default/files/files/2024-05/wru-french-final.pdf>
 27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Modèle de fiche de signalement d'information préoccupante [Internet]. Modèle de fiche de signalement d'information préoccupante; [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/qsw98/cnom_modele_information_preoccupante.pdf
 28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Modèle de fiche de signalement pour mineur en danger [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele_signalement_mineur.pdf
 29. Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Excision et cheminement vers la réparation : une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales. 2010 [cité 25 août 2024]; Disponible sur: https://shs.cairn.info/article/SOCO_077_0139?lang=fr&tab=resume
 30. Perrod V, Baudu R. Mutilations sexuelles féminines: vécu et attentes des femmes excisées sur leur prise en charge médicale à Grenoble. 2019 [cité 10 nov 2023]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01984978v1/document>
 31. Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). [Internet]. Université Paris 1 ; INED; 2009 [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02110998>
 32. Lesclingand M. Pour une approche globale des pratiques de modifications génitales féminines. Les cas de l'excision et de la labioplastie. [Internet]. 2019 [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02110298>
 33. Gynécologie Sans Frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines : guide [Internet]. Gynécologie Sans Frontières; 2010 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>
 34. Direction générale de la Santé. Le/La praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2016 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: [file:///C:/Users/c-sou/Downloads/guide-le-praticien-face-aux-mutilations-sexuelles-feminines-2016%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/c-sou/Downloads/guide-le-praticien-face-aux-mutilations-sexuelles-feminines-2016%20(2).pdf)

35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de soins pour les femmes victimes de mutilations sexuelles féminines [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/msf_2019_plaquette_parcours_0.pdf
36. Elsevier. Référentiel des collèges Gynécologie Obstétrique édition 2021 [Internet]. 2021 [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/referentiel-des-colleges-gynecologie-obstetrique-edition-2021>
37. Cosson M, Garbin O, Huchon C. Elsevier Masson SAS. [cité 1 nov 2024]. Chirurgie en gynécologie-obstétrique | Livre | 9782294769221. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/chirurgie-en-gynecologie-obstetrique-9782294769221.html>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : SOULIER-VERSCHAENE Prénom : Marie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Paris , le 22/10/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :**Introduction :**

125 000 femmes qui vivent en France ont subi des mutilations sexuelles féminines (MSF). Les conséquences de ces mutilations sur la santé de ces femmes sont nombreuses. Malgré des recommandations récentes des bonnes pratiques publiées par la HAS en 2020, les médecins généralistes (MG), pourtant en 1^{ère} ligne pour dépister ces MSF, restent peu sensibilisés. L'objectif de notre travail était d'évaluer les pratiques et les connaissances des MG concernant les MSF afin d'en améliorer le dépistage.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude descriptive quantitative transversale sous forme d'un questionnaire diffusé électroniquement aux médecins généralistes et internes de médecine générale de France. Le critère de jugement principal était l'évaluation des pratiques et des connaissances concernant les MSF.

Résultats :

Sur un total de 537 réponses, nous avons observé que 39,7% des participants n'avaient jamais été sensibilisés aux MSF. 7,8% des participants abordaient systématiquement ce sujet avec leur patiente originaire d'un pays à risque. 8,4% des médecins ont diagnostiqué correctement tous les types de MSF sur des photos et 13% sur des schémas.

Conclusion :

Actuellement, il existe une insuffisance de dépistage des MSF du fait d'un défaut d'interrogatoire qui n'est pas rattrapé par l'examen clinique. Cela découle d'un manque de connaissances sur le sujet. La priorité, selon nous, est d'axer les campagnes de sensibilisation et de formation des médecins généralistes sur l'importance du dépistage, car une fois la pathologie identifiée, les axes de prises en charges sont bien connus des praticiens.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clés : Mutilation sexuelle féminine, Mutilation génitale féminine, Excision clitoris, Circoncision féminine, Médecine générale, Dépistage, Prise en charge, Prévention

Président : Professeur Chérif AKLADIOS (PU-PH)

Assesseurs :

Professeur Anne GROB-BERTHOU (PA-MG)

Docteur Sarah ABRAMOWICZ (PH)

Docteur Victor GABRIELE (PH) - Directeur de thèse

Adresse de l'auteur : 60 rue du Rendez-vous 75012 Paris