



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Création d'une triade de caractéristiques aidant au dépistage des
mutilations génitales féminines en médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 20 janvier 2023 à 18h
au Pôle Formation
par **Clara GILLET**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Estelle DECLAS

ABREVIATIONS

CPEF : Centre de Planning et Éducation Familiale

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MGF : Mutilation Génitale Féminine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

DPO : Délégué à la Protection des Données

CPP : Comité de Protection des Personnes

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

GSF : Gynécologues Sans Frontières

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

GHICL : Groupements des Hôpitaux Catholiques de Lille

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et des Mariages Forcés

RIFEN : Rencontre Internationale des Femmes Noires

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
A. Généralités sur les mutilations génitales féminines	6
B. Contexte de l'étude	7
C. Objectif de l'étude	8
MATERIEL ET METHODES	9
A. Définition du groupe nominal	9
B. Choix des participants	9
C. Formulation de la question nominale	10
D. Déroulement du groupe nominal	11
E. Traitement des données	12
F. Éthique	12
RESULTATS	13
DISCUSSION	17
BIBLIOGRAPHIE	21
ANNEXES	23

AUTEURE : Nom : GILLET

Prénom : Clara

Date de soutenance : 20 janvier 2023

Titre de la thèse : Création d'une triade de caractéristiques aidant au dépistage des mutilations génitales féminines en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Mutilation génitale féminine, Dépistage, Groupe nominal, Excision

Résumé :

INTRODUCTION :

La Haute Autorité de Santé a récemment publié de nouvelles recommandations au sujet du dépistage et de la prise en charge des patientes mutilées.

De nombreuses études ont montré que les médecins généralistes n'osent pas aborder le sujet des mutilations génitales féminines avec leurs patientes. Or, le médecin généraliste est un acteur clé du dépistage et donc de la prise en charge de ces mutilations.

La région des Hauts-de-France est particulièrement touchée par cette problématique, du fait de la grande proportion de patients immigrés, notamment d'Afrique de l'Ouest.

L'objectif de ce travail est de créer une triade de signes aidant au dépistage systématique des mutilations génitales féminines en médecine générale.

METHODE :

La méthodologie du groupe nominal est un processus de création de consensus. Un groupe de 9 experts (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) a été rassemblé lors d'une réunion en visioconférence, permettant d'aboutir à la création d'une triade de signes.

RESULTATS :

Le groupe nominal a permis d'aboutir à la création de la triade de signes suivante : origine de la patiente – symptômes génito-urinaires récidivants – dysfonction sexuelle. Néanmoins, les experts estiment que l'origine de la patiente, à elle seule, doit faire évoquer la présence d'une mutilation, lorsque la patiente ou ses parents sont originaires d'un pays à risque.

CONCLUSION :

Devant une patiente présentant cette triade de caractéristiques, le médecin généraliste devrait systématiquement poser la question de l'existence d'une mutilation génitale féminine et proposer, en cas de dépistage positif, une consultation en centre spécialisé.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs : Madame le Docteur Judith OLLIVON

Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Estelle DECLAS

I) Introduction

A) Généralités sur les mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines (MGF) désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques.

Plus de 200 millions de jeunes filles et de femmes ont été victimes de mutilations sexuelles dans le Monde. En France, cela concernerait 125 000 femmes adultes, et 11% de leurs filles seraient également mutilées (1).

En 2018 en France, on considère qu'entre 12 et 20% des filles de femmes mutilées sont encore menacées de mutilations, du fait des convictions de leurs parents, ou par les pressions sociales exercées par les familles élargies demeurant au pays d'origine (1). Le fait d'avoir quitté son pays d'origine ne suffit pas toujours à assurer la protection des fillettes. En effet, chez les jeunes filles nées en France, les mutilations surviennent le plus souvent lors des vacances au pays d'origine parental avec une majorité de fillettes mutilées avant l'âge de 5 ans.

Les pays les plus concernés par les MGF sont situés en Afrique, mais l'immigration a exporté ces coutumes dans les pays d'accueil, notamment en Europe, au Canada et aux États-Unis. En France, les pays d'origine les plus fréquents des femmes et des mineures mutilées sexuellement, sont le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, Djibouti (...).

En France, les MGF sont interdites et punies par la loi. Celle-ci protège tous les enfants qui vivent en France, quelle que soit leur nationalité. Elle s'applique pour les MGF commises en France, mais aussi à l'étranger. L'auteur d'une MGF commise à l'étranger, qu'il soit français ou étranger, peut être poursuivi en France, si la victime est française, ou si elle est étrangère et réside habituellement en France (2).

B) Contexte de l'étude

Le combat contre les MGF est une problématique d'actualité.

En février 2020, la Haute Autorité de Santé a émis de nouvelles recommandations de bonnes pratiques à l'intention de tous les professionnels de premiers recours impliqués dans le bien-être et la santé des enfants, des adolescentes et des femmes (1). Ces nouvelles recommandations sont une aide à la prise en charge de ces victimes, concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge.

En janvier 2021, le Sénat a également émis de nouvelles propositions de lois visant à prévenir les risques de MGF et à responsabiliser les parents, dans le but de renforcer la prévention des MGF (3).

De nombreuses études ont montré que le sujet des MGF est encore trop méconnu des professionnels de santé de premier recours, et que ces derniers n'osent pas aborder le sujet avec leurs patientes (4–7).

Les raisons de cette difficulté sont le manque de formation au diagnostic clinique (7) et la peur d'être trop intrusif, de brusquer les patientes en abordant ce sujet qui relève de l'intimité et qui est relatif à une culture différente de la leur. Les médecins interrogés dans les différentes études rapportent la peur de stigmatiser leur patiente, de la culpabiliser, et même en cas de diagnostic de ne pas pouvoir proposer de prise en charge (8).

Pourtant, le médecin généraliste, en tant que professionnel de premier recours, est l'interlocuteur privilégié pour le dépistage des MGF et de leurs conséquences. La réalisation d'un examen gynécologique n'est pas forcément nécessaire au dépistage, l'essentiel étant d'aborder le sujet, afin de pouvoir orienter la patiente vers un professionnel de santé plus qualifié s'il existe une forte probabilité que la patiente ait été mutilée. Il faut par ailleurs rappeler que certaines patientes ne se savent pas porteuses d'une excision. Un dépistage large est nécessaire puisque les MGF peuvent être pratiquées à tout âge, dans toutes les catégories socio-professionnelles, et indépendamment de toute confession religieuse.

Former les médecins généralistes au dépistage des mutilations génitales féminines permettrait de proposer une prise en charge précoce de ces MGF et ainsi de prévenir leurs multiples conséquences (psychologiques, gynécologiques, obstétricales...). Cela permettrait également de protéger les enfants à risque d'excision par la prise en charge et l'information de leurs parents.

D'après la HAS, naître d'une mère qui a subi une MGF est le facteur de risque le plus important de mutilations (1). Le dépistage des MGF n'est donc pas uniquement bénéfique à la patiente, il l'est également pour sa descendance de sexe féminin.

Aucune étude concernant les mutilations génitales féminines n'a été réalisée dans la Métropole Lilloise, région pourtant particulièrement touchée par cette problématique. En effet, la région des Hauts de France fait partie des territoires les plus concernés par les MGF avec l'Île de France, l'Oise, l'Eure, la Seine-Maritime et les Bouches-du-Rhône (9).

En 2012, 288 700 immigrés résident en Nord Pas-de-Calais Picardie, et 29% de cette population immigrée est regroupée dans 6 communes : Lille, Roubaix, Tourcoing, Villeneuve d'Ascq, Amiens et Creil. Plus de la moitié des immigrés habitant la région sont originaires d'Afrique (10)(11)(9).

C) Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était de définir une triade de caractéristiques aidant au dépistage systématique d'une mutilation génitale féminine chez des patientes potentiellement concernées.

Dans l'idée de la triade de Charcot pour le diagnostic de l'angiocholite, ou de la triade de Whipple pour l'hypoglycémie, la question posée dans cette étude était : « **Quelles sont les caractéristiques les plus fréquemment présentes chez les patientes mutilées, devant amener le médecin généraliste à rechercher l'existence d'une mutilation de façon systématique ?** ».

II) Matériel et Méthodes

A) Définition du groupe nominal

Le groupe nominal est une procédure standardisée permettant d'intégrer des données empiriques, ainsi que le jugement et les expériences des participants. Elle est basée sur la production d'un grand nombre de propositions, qui sont ensuite classées par les participants, afin de dégager celles qui constitueront un consensus (12). Cette procédure structurée, favorise l'expression individuelle et limite les effets pervers d'une dynamique de groupe. Elle conduit à un vote, qui permet une hiérarchisation et une priorisation des réponses, afin d'obtenir une décision finale (13).

B) Choix des participants

Un groupe nominal regroupe 6 à 10 participants, experts de la question à traiter, l'expertise étant définie comme résultant de l'expérience de la situation à investiguer.

Le groupe était composé de médecins généralistes ayant le DIU de formation complémentaire en gynécologie, chirurgiens gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. Ces praticiens sont considérés comme experts car spécifiquement formés à la problématique des MGF, et travaillent tous régulièrement avec des patientes mutilées.

Le groupe nominal était animé par l'auteure elle-même.

La prise de note au cours de la réunion était assurée par Mme Marie BUTTITTA, membre de la DRCI du GHICL.

Les participants ont été sollicités par mail (cf annexe 2). Ils ont tous accepté de participer à la réunion en visioconférence, celle-ci ayant lieu le 12 octobre 2022. Afin de pouvoir caractériser l'échantillon, plusieurs données ont été recueillies au préalable (âge, sexe, lieu d'exercice, nombre d'années d'exercice, type d'exercice : libéral, hospitalier).

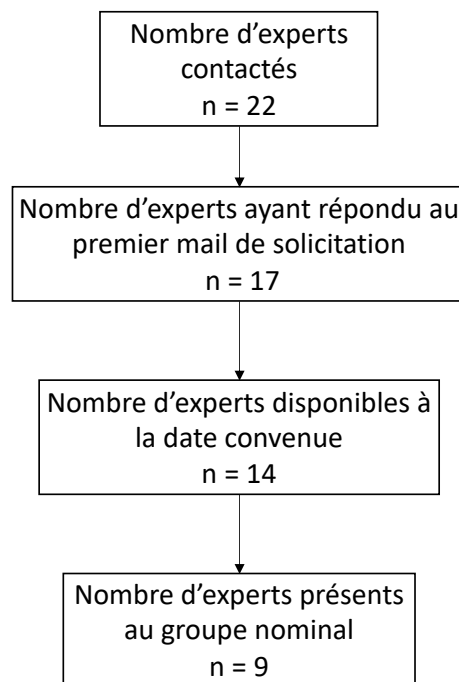


Figure 1 : Flowchart du recrutement des participants

C) Formulation de la question nominale

La formulation de la question nominale est primordiale car elle doit être suffisamment claire et précise pour permettre à chaque participant d'exprimer l'ensemble de ses idées.

La question nominale retenue était : **Quelles sont les caractéristiques les plus fréquemment présentes chez les patientes mutilées, devant amener le médecin généraliste à rechercher l'existence d'une mutilation génitale de façon systématique ?**

Les participants ont reçu, avant la réunion, un email de présentation de la méthode, ainsi que l'intitulé précis de la question nominale, leur permettant de réfléchir au préalable à leurs réponses.

Il leur a bien été précisé que le terme « caractéristique » se voulait suffisamment généraliste afin d'englober des éléments de l'interrogatoire, du contexte médical ou social de la patiente, des signes fonctionnels qu'elle peut présenter, et que cela n'impliquait pas la nécessité d'un examen physique de celle-ci.

D) Déroulement du groupe nominal (12)

Etape 1 : Énoncé de la question :

L'animateur énonce la question de recherche, en la situant dans le contexte de l'étude. Il explique ensuite le déroulement du groupe de travail.

Etape 2 : Réponses à la question :

Chaque participant note de façon individuelle, après quelques minutes de réflexion, toutes les idées de réponses qui lui semblent pertinentes. Cela permet la production d'un grand nombre de propositions.

Etape 3 : Énoncé des réponses :

A tour de rôle, chaque participant communique une seule réponse. L'animateur vérifie que chaque proposition ne contient qu'une seule idée. Les tours de table se poursuivent jusqu'à épuisement des idées. Les propositions pouvaient être visualisées par tous les participants grâce à un tableau Excel mis à jour en temps réel et partagé sur l'écran de chacun d'entre eux. A l'issue des différents tours de parole, plus d'une trentaine de propositions de caractéristiques ont émergé.

Etape 4 : Clarification :

Cette étape permet de s'assurer que tous les participants donnent le même sens à chaque proposition. Si besoin, des reformulations sont possibles. Après clarification et suppression des doublons, 29 propositions ont été formulées, elles sont résumées dans le tableau 2.

Etape 5 : Vote individuel :

Cette étape permet d'établir une hiérarchisation des propositions. Chaque participant établit un classement dégressif d'un nombre prédéfini de propositions allant de 5 à 10 maximum, au cours d'un vote individuel et anonyme.

Etape 6 : Compilation des résultats :

Les résultats obtenus pour chaque proposition sont notés et ensuite totalisés sur un tableau visualisé par les participants.

Etape 7 : Discussion des résultats et second vote (étape facultative) :

Validation des résultats obtenus par tous les participants afin d'acter le consensus.

E) Traitement des données

A l'issue de la procédure, 2 classements sont établis : la priorité et la popularité des propositions. Le total du nombre de points attribués à chaque proposition au cours du vote correspond à la priorité (score).

Le nombre de votes exprimés pour chaque proposition, indépendamment des points attribués, correspond à la popularité (ou fréquence de vote).

Pour chaque proposition, l'addition du score de priorité et de popularité permet d'obtenir un nombre de points à partir duquel le classement final des propositions est établi.

F) Éthique

Il s'agit d'un projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) ainsi l'avis du CPP n'a pas été requis.

Le DPO a donné un avis favorable à la réalisation de ce travail (cf Annexe 1).

III) Résultats

Le groupe nominal a eu lieu le 12 octobre 2022, en visioconférence avec l'outil Zoom, de 18h30 à 20h15 et a réuni 9 experts.

La réunion s'est déroulée selon la méthodologie décrite précédemment.

Le groupe était constitué de 89% de femmes (8 femmes et 1 homme).

Il y avait 4 gynécologues, 3 sages-femmes et 2 médecins généralistes ayant une activité de gynécologie exclusivement. Ils étaient tous formés à la prise en charge de patientes mutilées. L'âge moyen des participants était de 40,3 ans. Le nombre moyen d'années d'exercice était de 12,3 ans. 4 participants ont une activité hospitalière uniquement, 1 participant a une activité libérale exclusive, 3 participants ont une activité mixte et 1 participant a une activité exclusivement en centre de PMI.

Participant	Sexe	Age	Spécialité	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Nombre d'années d'exercice
1	F	30	Gynécologie médicale	Hospitalier	CHRU Lille	2
2	F	37	Gynécologie obstétrique	Hospitalier	CH Calais	6
3	F	34	Médecine générale, Activité 100% gynécologie	Libéral	Valenciennes	2
4	H	62	Gynécologie obstétrique	95% hospitalier 5% PMI	CH Nanterre	30
5	F	52	Sage-femme	PMI + Association GSF	Pas de Calais	29
6	F	40	Sage-femme sexologue	Hospitalier	CH Saint Quentin	17
7	F	31	Sage-femme	Activité libérale + Planning familial	Dunkerque	5
8	F	31	Gynécologie obstétrique	Hospitalier + Activité associative au sein de Equipop	La Réunion	5
9	F	46	Médecine générale Activité 100% gynécologie	Activité libérale + CPEF	Tourcoing	15

Tableau 1 : Caractérisation de l'échantillon de professionnels de santé

Les tours de table successifs ont fait émerger 29 propositions. Elles sont listées dans le tableau 2.

N°	Proposition
1	Patiente originaire d'un pays à risque de MGF (Afrique de l'Ouest notamment)
2	Prurit vulvaire
3	Vulvodynies
4	Dyspareunies
5	Patiente née en France de parents originaires de pays à risque, et retours au pays d'origine parental (lors des vacances scolaires par exemple)
6	Vaginisme
7	Dysfonction sexuelle
8	Pénétration impossible
9	Antécédents de violence (conjugale, psychologique ...)
10	Signes fonctionnels urinaires
11	Mariage précoce et/ou forcé
12	Patiente demandeuse d'asile
13	Infections génitales à répétition
14	Troubles somatiformes (migraines, douleurs abdominales ... sans étiologie organique retrouvée)
15	Dysménorrhées
16	Épisodes réguliers de déscolarisation (pour les mineures)
17	Abandon du suivi médical (pour les mineures)
18	Patiente qui aborde le sujet de l'excision à propos d'une amie, connaissance
19	Troubles anxio-dépressifs
20	Patiente séropositive pour le VIH
21	Patiente originaire d'un pays en guerre
22	Infertilité
23	Déscolarisation dans le parcours (pour les majeures)
24	Isolement social
25	Antécédent de déchirure périnéale complexe
26	Patiente demandeuse d'asile et exprimant une inquiétude pour sa/ses fille(s)
27	Patiente exprimant des interrogations sur sa capacité à procréer ou à accoucher par voie basse
28	Antécédent d'épisiotomie
29	Antécédent de décès en bas âge d'un enfant de sexe féminin

Tableau 2 : Propositions formulées à l'issue du groupe nominal (n=29)

Popularité :

La popularité correspond à la récurrence avec laquelle la proposition est revenue au cours des tours de table successifs.

N°	Intitulé de la proposition	Popularité
1	Patiente originaire d'un pays à risque	9
10	Signes fonctionnels urinaires	8
4	Dyspareunies	5
19	Troubles anxio-dépressifs	5
6	Vaginisme	4
7	Dysfonction sexuelle	4
3	Vulvodynies	3
5	Patiente née en France de parents originaires de pays à risque	3
11	Mariage précoce et/ou forcé	3
13	Infections génitales à répétition	3
14	Troubles somatiformes	3
8	Pénétration impossible	2
9	Antécédents de violence	2
12	Patiente demandeuse d'asile	2
15	Dysménorrhées	2
26	Patiente exprimant des interrogations sur sa capacité à procréer ou à accoucher par voie basse	2

Tableau 3 : Récurrence des propositions

Les propositions restantes ne sont revenues qu'une seule fois au cours des tours de table.

Priorité :

La priorité correspond au nombre de points attribués à la proposition à l'issue de la phase de vote.

Il a été demandé aux participants de choisir les 5 propositions les plus importantes selon eux, et de les hiérarchiser de 1 à 5 (5 étant la note la plus haute, ou proposition la plus importante selon eux, et 1 correspondant à la note la plus basse, ou proposition ayant moins d'importance).

N°	Intitulé de la proposition	Nombre de points (priorité)
1	Patiente originaire d'un pays à risque	45
10	Signes fonctionnels urinaires	19
4	Dyspareunies	19
7	Dysfonction sexuelle	10
6	Vaginisme	9
5	Patiente née en France de parents originaires de pays à risque	8
3	Vulvodynies	7
12	Patiente demandeuse d'asile	5
11	Mariage précoce et/ou forcé	5
19	Troubles anxio-dépressifs	3
14	Troubles somatiformes	2
23	Déscolarisation dans le parcours de la femme	1
26	Patiente demandeuse d'asile et exprimant une inquiétude pour sa/ses fille(s)	1
20	Patiente séropositive pour le VIH	1

Tableau 4 : Classement des propositions par priorité à l'issue du vote

Le résultat final de la triade est obtenu en additionnant les classements de priorité (nombre de points) et de popularité (occurrence) :

- **Origine de la patiente (54 points)**
- **Signes fonctionnels urinaires (27 points)**
- **Dyspareunies (24 points)**

Rétroaction des participants :

Cette phase d'analyse a été suivie d'un débat concernant les résultats. Les experts ont exprimé l'idée que cette triade était trop précise, déplorant que d'autres signes ne puissent y apparaître (vulvodynies, vaginisme, infections génitales à répétition ...). Ils ont émis le souhait de faire des regroupements de symptômes, afin de créer une triade plus générale :

Origine – Symptômes génito-urinaires récidivants – Dysfonction sexuelle.

IV) Discussion

L'objectif de ce travail était de déterminer une triade de signes devant aboutir au dépistage systématique d'une MGF chez une patiente.

La triade de signes obtenue est la suivante :

- Origine de la patiente
- Troubles génito-urinaires récidivants
- Dysfonction sexuelle

Cette triade a été obtenue grâce à la méthodologie du groupe nominal. Bien que peu utilisée, cette méthodologie, bien décrite dans la littérature, est robuste et validée scientifiquement (12–14). De plus, elle a pour avantage d'être une méthode peu coûteuse et économe en temps (la réunion a duré environ 120 min).

Le déroulé du groupe nominal étant bien structuré, avec des règles simples, cela limitait les biais d'interprétation. Cependant, étant donné le manque d'expérience de l'investigatrice concernant la méthodologie, une aide a été apportée par Mme Marie BUTTITTA, membre de la DRCI du GHICL.

L'origine de la patiente est la proposition ayant récolté le plus de points pour la popularité et pour la priorité. **D'après les experts, l'origine de la patiente, à elle seule, doit amener les professionnels de santé de premier recours à poser la question de l'existence d'une MGF.** Une patiente originaire d'un pays à risque, ou née en France de parents originaires de pays à risque, est potentiellement porteuse d'une MGF, même si elle l'ignore. Les médecins généralistes doivent connaître les pays à risque de MGF.

Les pays les plus à risque sont rappelés dans les illustrations 1 et 2 (15,16).

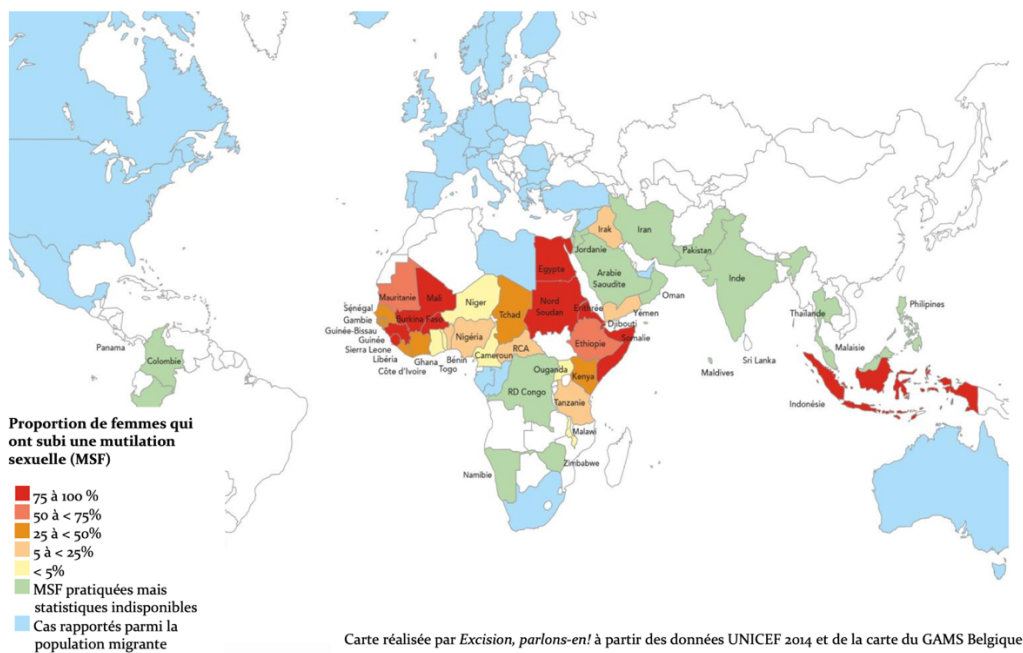
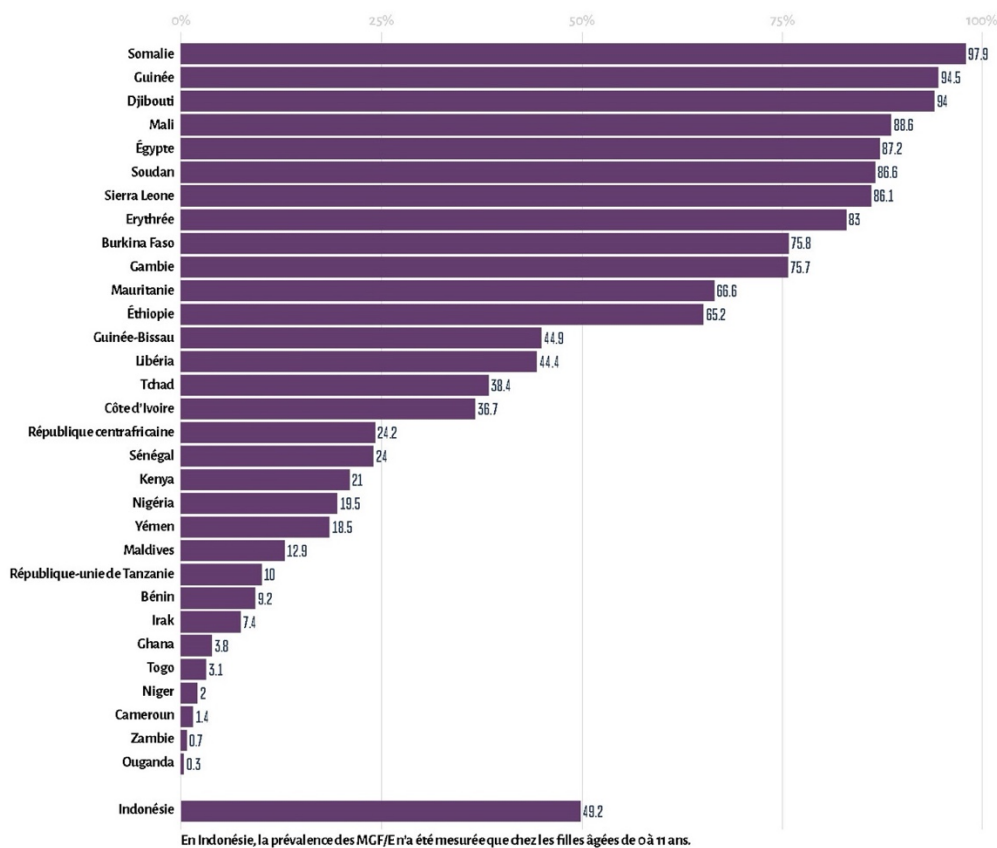


Illustration 1 : Proportion de femmes qui ont subi une mutilation sexuelle dans le monde

Figure 2 : Pourcentage de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans qui ont subi des MGF/E dans les pays avec des données provenant d'enquêtes représentatives au niveau national



Source : Base de données mondiale de l'UNICEF, 2020 (à l'exception de la Zambie).
 Les données représentatives au niveau national de la Zambie sont disponibles dans le cadre des enquêtes zambiennes sur les comportements sexuels. Ces données ne figurent pas dans la base de données mondiale de l'UNICEF, car les MGF/E ne sont pratiquées que par les communautés immigrées en Zambie, mais sont incluses ici.

Illustration 2 : Prévalence des MGF chez des femmes de 15 à 49 ans

Concernant les dysfonctions sexuelles, les participants à l'étude ont tenu à bien différencier les notions de vaginisme et de pénétration impossible (pouvant être due à des brides cicatricielles par exemple).

La HAS rappelle, dans les recommandations établies en 2020, que de nombreuses dysfonctions sexuelles peuvent être retrouvées chez les patientes mutilées (apareunie, dyspareunie, troubles du désir, vaginisme ...) (1).

Il en va de même pour les troubles génito-urinaires à répétition, tels que les douleurs chroniques vulvaires et pelviennes, les infections génitales à répétition pouvant aboutir à une infertilité, les dysménorrhées d'origine post-traumatique, la dysurie et ses conséquences (infections urinaires récidivantes).

Peu de statistiques concrètes sont disponibles dans la littérature concernant l'existence de ces symptômes. Cependant, l'étude *Excision et Handicap* montre qu'il existe une différence significative entre les femmes excisées et les femmes non excisées concernant les symptômes génito-urinaires décrits plus haut (17).

Par ailleurs, d'après l'étude des Docteurs OUEDRAOGO et MADZOU (18), comparant, pour 94 femmes burkinabaises, les symptômes de la sphère génitale avant et après reconstruction clitoridienne, il existe une différence significative sur la présence de désir sexuel. Celui-ci est plus présent après reconstruction. Dans cette étude, toutes les femmes sont satisfaites quant à l'intégrité physique retrouvée après reconstruction. Cela prouve encore une fois l'intérêt du dépistage précoce et de la prise en charge pluridisciplinaire, pour améliorer le confort de vie de ces patientes.

De plus, les experts réunis lors du groupe nominal ont également tenu à insister sur l'importance des points suivants :

- Le nombre considérable de troubles anxio-dépressifs chez ces patientes
- La nécessité de poser la question de l'existence d'une MGF aux patientes demandeuses d'asile (le risque pour une femme d'être mutilée si elle retourne dans son pays d'origine constituant un motif suffisant pour obtenir le droit d'asile en France)(19).
- La nécessité de rechercher les antécédents de violences, qu'elles soient conjugales, sexuelles ou psychologiques, qui leur apparaissent plus fréquentes chez les patientes mutilées.

Dans le but d'aider les médecins généralistes à prendre en charge les patientes mutilées, la HAS a mis en place, en 2020, des fiches outils d'évaluation du risque de MGF, avec des stratégies de communication pour aborder la question plus aisément (20,21). Le GAMS propose également des formations spécifiques destinées aux professionnels de santé, notamment à Lille par le biais de l'association RIFEN (22).

Dans chaque région de France, il existe des centres de prise en charge pluridisciplinaire des MGF. La liste de ces centres spécialisés est disponible sur le site internet du GAMS (23). Dans le Nord, il existe 2 centres prenant en charge ces patientes : l'hôpital d'Armentières, où exerce le Dr Richard MATTHIS, gynécologue-obstétricien, et l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille, où une nouvelle unité pluridisciplinaire de prise en charge des MGF vient d'être créée.

En conclusion, devant une patiente présentant la triade de caractéristiques suivantes « Origine à risque de la patiente – Symptômes génito-urinaires récidivants – Dysfonction sexuelle », le médecin généraliste devrait systématiquement poser la question de l'existence d'une mutilation génitale féminine et lui proposer, en cas de dépistage positif, une consultation en centre spécialisé.

Néanmoins, selon les experts, l'origine de la patiente apparaît comme étant à elle seule suffisante pour dépister la MGF.

La triade obtenue dans cette étude est robuste. Une prochaine étude pourrait tester la validité externe de cette triade afin de vérifier qu'elle est une aide réelle au dépistage des MGF par les médecins généralistes.

V) Bibliographie

1. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2020 févr. 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
2. Article 222-16_2. In: Code Pénal [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417658
3. Boyer V, Billon A, Regnard D. Proposition de loi visant à prévenir les risques de mutilations génitales féminines et à responsabiliser les parents [Internet]. janv, 2021. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/ppl20-278.html>
4. Wehenkel M. Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale [Internet]. Paris VI; 2007. Disponible sur: http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/wehenkel_these_mutilations-2.pdf
5. Villalon E. Dépistage, prévention et prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les médecins de protection maternelle et planification familiale des centres de PMI de Seine Saint Denis : description des pratiques [Internet]. Paris XIV; 2014. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/these_integrale_de_elena_villalon.pdf
6. Tantet C, Aupiais C, Bourdon M, Sorge F. Female genital mutilation : an evaluation of the knowledge of French general and specialized travel medicine practitioners. Journal of Travel Medicine [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://academic.oup.com/jtm/article/25/1/tax090/4819271>
7. Gand A. Mutilations sexuelles féminines : connaissances et rôles des médecins généralistes dans la prise en charge, le dépistage et la prévention : étude quantitative auprès des médecins généralistes du Calvados et des internes en médecine générale de la faculté de Caen [Internet]. [Caen]: Caen; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02477136/document>
8. Tatin H, Zouzouo M. Comportement des soignants lors de la prise en charge des mutilations génitales féminines à Toulouse [Internet]. Toulouse; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1822/1/2016TOU31027-1028.pdf>
9. Antonetti E, Morel C, Fernandez H. Mutilations sexuelles féminines. In: EMC [Internet]. Elsevier Masson; 2015. (Elsevier Masson; vol. 11). Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/student/content/emc/51-s2.0-S0246106415573702>
10. Andro A, Lesclingand M. LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES. ÉTAT DES LIEUX ET DES CONNAISSANCES. 2016;71(2). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-2016-2-page-224.htm>
11. Crohin A. La population immigrée plus présente dans les grandes aires urbaines. août 2016;(22). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128967#titre-bloc-10>

12. Denoeud C. À LA RECHERCHE DE CONSENSUS : MÉTHODOLOGIE DU GROUPE NOMINAL. Lille: Université de Lille; 2017 p. 15.
13. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? 2009;8.
14. Grenier J, Lagarde M. La technique du groupe nominal (TGN), une méthode de cueillette des données à connaître. In. Disponible sur: https://cdc.qc.ca/actes_arc/2000/grenier_lagarde_actes_ARC_2000.pdf
15. Les mutilations sexuelles féminines : mesurer l'ampleur du phénomène dans le monde et en France, lutter pour l'abandon de la pratique, prendre en charge les femmes victimes [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Document%209.pdf>
16. Outils sur les MSF pour les professionnels [Internet]. FédérationGAMS. Disponible sur: <https://federationgams.org/outils-msf/>
17. Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice [Internet]. 2009 mars. (Excision et Handicap). Disponible sur: https://www.academia.edu/689494/Excision_et_Handicap_ExH_Mesure_des_lésions_et_t_r_aumatismes_et_évaluation_des_besoins_en_chirurgie_réparatrice
18. Ouédraogo CMR, Madzou S. Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. A propos de 94 cas. Ann Chir Plast Esthét [Internet]. juin 2013;58. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126012000635>
19. Demander l'asile en cas de mutilation génitale féminine [Internet]. OFPRA.gouv.fr. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile-et>
20. Recommandations HAS 2020 : Comment repérer et aborder la question ? [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_fiche__2_reperer_aborder_la_question.pdf
21. Recommandations HAS 2020 : Comment évaluer le risque ? [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_fiche__1__evaluer__les__risques.pdf
22. Rencontre Internationale des Femmes Noires [Internet]. Solidarités Lille. Disponible sur: <https://solidarites.lille.fr/acteur/835/3-recontre-internationale-des-femmes-noires-rifennord-pas-de-calais.htm>
23. Groupe d'Abolition pour les Mutilations Sexuelles et les mariages forcés [Internet]. Disponible sur: <https://federationgams.org>