

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

Collège National des Enseignants
de Gynécologie Médicale (CNEGM)



Ouvrage coordonné par le Pr Anne Gompel

Gynécologie médicale



**R
2
C**

- Le nouveau programme de connaissances R2C
- L'ouvrage officiel de Gynécologie médicale
- Les objectifs de connaissances hiérarchisés : rangs A et B
- Les situations de départ en lien avec les objectifs de connaissances

LE RÉFÉRENTIEL | M E D - L I N E
L I V R E O F F I C I E L D U **COLLÈGE**

**Collège National des Enseignants
de Gynécologie Médicale (CNEGM)**



Gynécologie médicale

R 2 C

Ouvrage coordonné par
le Pr Anne Gompel

Collection dirigée par le Pr Serge Perrot
Centre hospitalier Cochin, Paris

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
Tél. : 09 70 77 11 48
e-mail : inline75@aol.com
www.med-line.fr

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE
ISBN : 978-2-84678-309-5
© 2021 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en pages : Meriem Rezgui
Dessins des pages 85, 88 et 90 réalisés par Carole Fumat.

Achévé d'imprimer par Pulsio en septembre 2021. Dépôt légal septembre 2021.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

<u>Chapitre 1</u> :	Violences sexuelles	9
	<i>Item 12</i>	
<u>Chapitre 2</u> :	Principales complications de la grossesse (au 1er trimestre) – Fausses couches et grossesse extra-utérine	21
	<i>Items 24 et 25</i>	
<u>Chapitre 3</u> :	Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies	35
	<i>Item 35</i>	
<u>Chapitre 4</u> :	Contraception	39
	<i>Item 36</i>	
<u>Chapitre 5</u> :	Interruption volontaire de grossesse	57
	<i>Item 37</i>	
<u>Chapitre 6</u> :	Infertilité du couple - conduite de la première consultation	67
	<i>Item 38</i>	
<u>Chapitre 7</u> :	Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques	81
	<i>Item 39</i>	
<u>Chapitre 8</u> :	Algies pelviennes chez la femme	101
	<i>Item 40</i>	
<u>Chapitre 9</u> :	Endométriose	115
	<i>Item 41</i>	
<u>Chapitre 10</u> :	Aménorrhée	123
	<i>Item 42</i>	
<u>Chapitre 11</u> :	Hémorragie génitale chez la femme	137
	<i>Item 43</i>	
<u>Chapitre 12</u> :	Tuméfactions pelviennes chez la femme	147
	<i>Item 44</i>	
<u>Chapitre 13</u> :	Puberté normale et pathologique	159
	<i>Item 49</i>	
<u>Chapitre 14</u> :	Sexualité normale et ses troubles	171
	<i>Item 58</i>	
<u>Chapitre 15</u> :	Ménopause, insuffisance ovarienne prématurée, andropause, déficit androgénique lié à l'âge	183
	<i>Item 124</i>	

<u>Chapitre 16</u> :	Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et de la femme âgée appliqué à la Gynécologie médicale	201
	<i>Item 125</i>	
<u>Chapitre 17</u> :	Infections sexuellement transmissibles : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humains, trichomonose	209
	<i>Item 162</i>	
<u>Chapitre 18</u> :	Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers	229
	<i>Item 290</i>	
<u>Chapitre 19</u> :	Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin	249
	<i>Item 300</i>	
<u>Chapitre 20</u> :	Tumeurs de l'ovaire	265
	<i>Item 306</i>	
<u>Chapitre 21</u> :	Tumeurs du sein	277
	<i>Item 312</i>	

Attention : les photographies présentées sur un fond vert dans l'ouvrage correspondent à un contenu multimédia que l'étudiant doit connaître et sur lequel il peut être interrogé.

Préface

Ce Référentiel a été écrit par les membres du Collège National des Enseignants de Gynécologie médicale (CNEGM) et il est le premier de ce type. Il est adapté au nouveau programme de connaissances de la Réforme du deuxième cycle des études médicales (R2C), paru au Journal Officiel du 2 septembre 2020.

La hiérarchisation des objectifs de connaissances requises est indiquée par la mention « rang A » (connaissances de base indispensables pour tout médecin) et « rang B » (à connaître à l'entrée dans une spécialité de troisième cycle) et listée dans un tableau au début de chaque chapitre. Les situations de départ sont systématiquement associées dans le fil du texte et reprises en fin de chapitre.

Certains chapitres sont parfois plus complets que les strictes connaissances requises, car il nous a paru important que l'étudiant puisse si, cela l'intéresse, compléter ses connaissances sur des sujets qui lui serviront de référence pour son exercice médical. En effet, ces chapitres ont été rédigés par des experts qui font référence dans leur domaine.

Certains items traités sont aussi abordés dans d'autres Référentiels, rédigés par d'autres spécialités, la Gynécologie médicale faisant appel à des connaissances souvent transversales, de la Gynécologie organique et de la Médecine de la reproduction à l'Endocrinologie, à l'Oncologie, mais aussi à l'Urologie, la Médecine cardio-vasculaire, la Rhumatologie, la Dermatologie qui ont, ici, été traitées sous l'angle de la pratique de Gynécologie médicale.

Je tiens à remercier très sincèrement et chaleureusement les enseignants membres de notre Collège pour cet effort pédagogique dont la qualité contribuera, j'en suis convaincue, à permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances nécessaires pour exercer leur futur métier et réussir leurs épreuves dans le cadre de la réforme R2C.

Mon plus grand souhait est que cet abord des pathologies sous l'angle de la Gynécologie médicale puisse susciter un intérêt réel pour notre belle spécialité.

Nous espérons que ce texte répondra à vos attentes et vous accompagnera utilement dans la préparation de vos examens.

Bonne lecture à toutes et à tous.

Pr Anne Gompel
Présidente du Collège National des Enseignants de Gynécologie médicale (CNEGM)
Université de Paris

Dr Mikaël Agopiantz

Service de Médecine de la Reproduction, AMP clinique, CHRU de Nancy, Université de Lorraine

Dr Aurore Billebeau

Unité Fonctionnelle d'Orthogénie, Centre Hospitalier Inter-Communal de Villeneuve-St-Georges Lucie et Raymond Aubrac

Pr Sophie Catteau-Jonard,

Service de Gynécologie médicale, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU Lille, Université de Lille

Pr Sophie Christin-Maitre

Service d'Endocrinologie, diabétologie et médecine de la reproduction, Hôpital St Antoine, AP-HP, Sorbonne Université, Paris

Dr Victoire De Castelbajac

Sénopôle, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Université de Paris

Dr Marc Espié

Sénopôle, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Université de Paris

Pr Patricia Fauque

Service de Biologie de la Reproduction-CECOS, CHU de Dijon, Université de Bourgogne

Dr Noémie Girard

Service de chirurgie Sénologique, gynécologique et reconstructrice, Institut Curie, Université de Paris

Pr Anne Gompel

Service de Gynécologie médicale endocrinienne, Hôpital Port-Royal Cochin, Université de Paris

Dr Anna Gosset

Centre de Ménopause, Hôpital Paule de Viguier, CHU Purpan, Université de Toulouse III

Dr Virginie Grouthier

Service d'Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition, Hôpital Haut-Lévêque, CHU Bordeaux

Pr Fabrice Guerif

Service de Médecine et Biologie de la Reproduction, Hôpital Bretonneau, Université de Tours

Dr Anne-Sophie Hamy-Petit

Service de chirurgie Sénologique, gynécologique et reconstructrice, Institut Curie, Université de Paris

Pr Pascale Hoffmann

Service de Gynécologie-obstétrique et médecine de la procréation, CHU Grenoble Alpes, Université de Grenoble Alpes

Dr Lorraine Maitrot-Mantelet

Unité de Gynécologie Médicale, Hôpital Port-Royal, AP-HP, Paris

Dr Perrine Millet

Service de Gynécologie obstétrique, Hôpital de Montélimar

Pr Geneviève Plu-Bureau

Unité de gynécologie médicale, Hôpital Port-Royal, AP-HP, Université de Paris

Pr Fabien Reyat

Service de chirurgie Sénologique, gynécologique et reconstructrice, Institut Curie, Université de Paris

Dr Geoffroy Robin

Service d'Assistance Médicale à la Procréation et Préservation de la Fertilité, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, Université de Lille

Dr Christine Rousset-Jablonski

Centre Léon Bérard, Lyon

Dr Charlotte Sonigo

Service de Médecine de la Reproduction et Préservation de la Fertilité, Hôpital Antoine Béclère, Clamart, Université Paris-Saclay

Pr Florence Trémollières

Centre de Ménopause, Hôpital Paule de Viguier, CHU Purpan, Université de Toulouse III

Violences sexuelles

Dr Perrine Millet¹, Pr Pascale Hoffmann²

1. Service de Gynécologie obstétrique, Hôpital de Montélimar

2. Service de Gynécologie-obstétrique et médecine de la procréation, CHU Grenoble Alpes

OBJECTIFS : N° 12. VIOLENCES SEXUELLES

- ➔ Connaître les différents types de violences, l'épidémiologie et la législation.
- ➔ Connaître les particularités des violences sexuelles au sein du couple (violence conjugale).
- ➔ Identifier les situations médicales à risque de violences sexuelles.

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Connaître la définition et les différents types de violences sexuelles. Notion de consentement.	Différencier exhibitionnisme, atteinte sexuelle et viol ; définition d'attouchement, pénétration vaginale, sodomie, fellation
B	Épidémiologie	Connaître l'épidémiologie des violences sexuelles en France	
B	Définition	Connaître les applications médicales de la législation relative aux violences sexuelles	Savoir quels sont les délits et crimes associés aux violences sexuelles
A	Définition	Connaître les particularités des violences sexuelles au sein du couple (violence conjugale)	Problématique relative au consentement, circonstance aggravante, récidive et signalement
B	Définition	Connaître la définition d'un signalement judiciaire et d'une réquisition judiciaire	
A	Identifier une urgence	Identifier les situations relevant d'un signalement judiciaire	Savoir identifier les situations nécessitant un signalement quel que soit l'âge (mineur/majeur) et la vulnérabilité de la victime
B	Prise en charge	Connaître les objectifs de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle	Prise en charge pluridisciplinaire, médico-légale, psychologique
A	Diagnostic positif	Connaître les étapes de l'interrogatoire et de l'examen clinique	Contexte, entretien, examen, prélèvements
A	Identifier une urgence	Identifier les situations médicales à risque associées aux violences sexuelles	Grossesse, IST
B	Diagnostic positif	Identifier les lésions associées tégumentaires et psychiques	
B	Diagnostic positif	Identifier une mutilation sexuelle féminine ou masculine	
B	Prise en charge	Savoir qu'il existe un traitement d'urgence adapté à la situation	



Les situations de départ sont indiquées en violet et en gras dans l'ensemble du chapitre. Et elles sont listées en fin de chapitre.

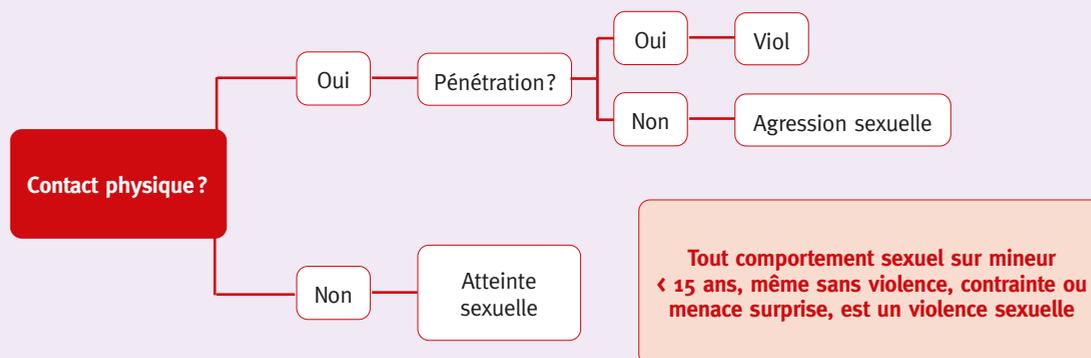
- Le terme de « violences sexuelles » n'est ni exhaustif, ni précis. En effet, des abus sexuels peuvent avoir lieu sans violence. Il peut même y avoir viol sans violence... Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens lui avait préféré le terme d'abus sexuel. Ce terme n'est pas non plus idéal, car les définitions juridiques tiennent compte de l'âge de la victime, et du type de comportement sexuel, et que le consentement n'est pas un élément de droit, quel que soit l'âge de la victime.
- Il existe également un autre type de violence sexuelle, faite à des millions de femmes dans le monde, et pour laquelle le praticien de premier recours a un rôle important de prise en charge et de prévention : les mutilations sexuelles. Bien qu'illégales en France et pouvant être condamnées, elles sont généralement peu connues.

A 1. Les violences sexuelles (hors mutilations sexuelles)

1.1. Définitions

- Il existe légalement trois types de **violences sexuelles**, définies par le code pénal (article 22222 et suivants) qui peuvent être condamnées : les atteintes sexuelles, les agressions sexuelles, les viols. Pour être poursuivis, ces actes doivent avoir été perpétrés par **violence, contrainte, menace ou surprise**. Sauf sur les mineurs de moins de 15 ans, pour lesquels tout acte à caractère sexuel commis par un majeur (âgé 5 ans de plus au moins que la victime) est considéré comme une atteinte sexuelle et pourra (devrait) être pénalisé.
- Elles sont définies en fonction de la présence ou pas de contact physique entre l'auteur et la victime, ainsi que par le type d'acte. La **figure 1** permet de se repérer en fonction de deux questions : Y a-t-il eu contact de quelque ordre que ce soit ? Y a-t-il eu pénétration de quelque nature que ce soit ? Concernant le contact, il peut s'agir de n'importe quelle zone même non sexuelle de l'auteur, sur n'importe quelle zone de la victime. Concernant la pénétration, elle peut être buccale, anale ou vaginale et faite par le sexe, les doigts ou un objet. La pénétration peut être faite sur la victime ou par la victime.
- Les atteintes sexuelles sont principalement représentées par le **harcèlement** sexuel ou sexiste et l'exhibitionnisme. Bien que moins connues, les conséquences de ces actes peuvent être lourdes, au plan psychique et parfois physique.
- Les agressions sexuelles sont parfois des tentatives de viol non abouties, avec contact physique, et intention sexuelle.
- La qualification de viol inclut la notion de pénétration.

Figure 1. Les 3 différents types d'actes sexuels entrant dans le cadre des violences sexuelles, commis avec violence, contrainte, menace ou surprise et le cas des mineurs de moins de 15 ans



B 1.2. Circonstances aggravantes

- Les circonstances aggravantes de ces 3 différents types d'abus, qui vont entraîner une majoration des peines encourues, sont :
 - acte ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
 - acte commis sur un mineur de quinze ans ;
 - acte commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, **est apparente ou connue de l'auteur** ;
 - acte commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de l'auteur ;
 - acte commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;
 - acte commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
 - acte commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
 - acte commis avec usage ou menace d'une arme ;
 - acte commis alors que la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ;
 - acte commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;
 - **acte commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité** ;
 - **acte commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants** ;
 - **acte commis, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle** ;
 - acte commis alors qu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté ;
 - lorsqu'une substance a été administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.

Toutes ces circonstances sont graves, mais il n'est pas intuitif au premier abord de classer dans les circonstances aggravantes les notions indiquées en gras dans le texte ci-dessus.

A 1.3. Violences sexuelles au sein du couple

- La notion de devoir conjugal n'existe pas en droit français. Le fait de subir une agression par un conjoint, ou ex-conjoint, est une circonstance aggravante de la violence sexuelle. L'emprise au sein d'un couple est mieux connue maintenant, et être sous emprise d'un conjoint (exemple du conjoint pervers narcissique) constitue en cas de plainte pour viol une circonstance constituant un acte commis sous violence et/ou contrainte.

B 2. Épidémiologie

2.1. Les violences sexuelles

- L'enquête Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des **violences subies par les femmes** et les hommes (dite Virage) est une enquête de grande envergure réalisée auprès de 27 268 femmes et hommes, dont l'objectif est de mesurer l'ampleur des violences subies tant par les femmes que par les hommes. Les premiers résultats concernant les violences sexuelles sont parus en 2017. Si l'on considère tous les contextes de vie (études, travail, famille, espaces public et transports, ex-conjoint), **2,90 % des femmes déclarent avoir vécu au moins une**

forme de violence sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête (à l'exclusion du harcèlement et de l'exhibitionnisme), soit près de 580 000 femmes. **1,03 % des hommes**, soit 197 000, le déclarent aussi.

- Pour les femmes, ceci se répartit comme suit: **viol 0,26 % (52 500 femmes)**, **tentative de viol 0,18 % (37 000 femmes)**, **autre agression sexuelle 2,76 % (552 500)**, **autre acte ou pratique sexuelle forcé-e 0,05 % (10 000)**.

2.2. Les violences au sein du couple

- En 2019:
 - 146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire;
 - 27 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire;
 - 25 enfants mineurs sont décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple.
- **84 % des morts au sein du couple sont des femmes**. Parmi les femmes tuées par leur conjoint, 41 % étaient victimes de violences antérieures de la part de leur compagnon (1).
- En moyenne, le nombre de **femmes âgées de 18 à 75 ans** qui, au cours d'une année, sont **victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur conjoint ou ex-conjoint** est estimé à **213 000 femmes**. Parmi ces femmes victimes, seulement **18 %** déclarent avoir **déposé une plainte** en gendarmerie ou en commissariat de police suite à ces violences.
- Ce chiffre ne couvre pas l'ensemble des violences au sein du couple puisqu'il ne rend pas compte des **violences verbales, psychologiques**, économiques ou administratives. Il ne correspond qu'aux données de la France métropolitaine (2).

B 3. Aspect législatif des violences sexuelles

3.1. Le consentement

- Le consentement est, pour le *Petit Larousse*, l'action de donner son accord à une action ou à un projet.
- La loi donne la définition des agressions sexuelles et des viols, lorsque ces actes sont commis par **violence, contrainte, menace ou surprise**. Elle ne parle pas de consentement. La victime ne devrait donc jamais avoir à prouver son absence de consentement. Et dans les procès ce sont les circonstances, l'environnement et l'état de la victime qui seront étudiés, et qui prouveront l'une de ces 4 conditions qui prévaudra, et non pas l'absence de consentement.

3.2. Qualification des violences et délais de prescription

- La loi définit un délai de prescription au-delà duquel la victime ne peut plus porter plainte.
- La loi qualifie les agressions sexuelles de délit. Le délai de prescription est donc de 6 ans. Pour une victime mineure au moment des faits, les délais sont augmentés et courent à partir de sa majorité : portés à 10 ans pour atteinte sexuelle, à 10 ans pour une agression sexuelle commise entre 15 et 18 ans, et à 20 ans pour un mineur de moins de 15 ans (circonstance aggravante).
- La loi qualifie les viols de crime. Le délai de prescription est donc de 20 ans dans le cas général. Il est augmenté à 30 ans en cas de viol sur mineur, et ce délai court à partir de la majorité de la victime.

Tableau 1. DÉLAIS DE PRESCRIPTION SELON LES VIOLENCES SEXUELLES ET L'ÂGE DE LA VICTIME AU MOMENT DES FAITS

Type de violence sexuelle	Mineur < 15 ans	Mineur entre 15 et 18 ans	Majeur
Atteinte sexuelle	10 ans après la majorité	6 ans après la majorité	6 ans
Agression sexuelle	20 ans après la majorité	10 ans après la majorité	10 ans
Viol	30 ans après la majorité	20 ans après la majorité	20 ans

3.3. Les peines

- **Les atteintes sexuelles et les agressions sexuelles sont des délits**, dont la peine dépend du moment où ils ont été commis. Si elle a été commise après l'entrée en vigueur de la loi du 3 août 2018, l'atteinte sexuelle est passible de 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende si elle est perpétrée sur un mineur de moins de 15 ans. Si les faits sont antérieurs, la peine prévue par l'ancien texte se limite à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende. En cas de circonstance aggravante, pour les agressions sexuelles, la peine peut passer à 10 ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende.
- **Un viol est un crime**. La peine encourue est de 15 ans d'emprisonnement, et 100 000 euros d'amende. En cas de circonstance aggravante, la peine peut être de 20 ans d'emprisonnement. Le viol ayant entraîné la mort de la victime est puni de 30 ans de réclusion criminelle et le viol précédé, accompagné ou suivi d'actes de torture et/ou de barbarie est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

3.4. Information préoccupante et signalement judiciaire : définitions et circonstances de mise en œuvre

- **L'information préoccupante** est définie comme étant « une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code pénal pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement :
 - pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ;
 - ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être ». Elle est transmise à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Elle concerne les mineurs, et peut être réalisée par tout citoyen. Les instances départementales jugeront de la suite à y donner, et pourront vérifier que des mesures de prise en charge ou d'autres informations préoccupantes n'ont pas déjà été faites pour ce mineur ou un autre de sa famille (voir (3) fiche mémo HAS).
- **Le signalement judiciaire** permet d'alerter le procureur au sujet d'une situation préoccupante et/ou urgente. Il peut concerner un enfant en danger, une personne en situation de vulnérabilité. Dans ces deux cas, le signalement ne nécessite pas l'accord de la victime ou de ses parents (qui doivent être simplement prévenus – sauf si ceci risque d'être contraire aux intérêts de la victime, comme en cas de risque de mariage forcé ou de mutilation). Dans le cas du signalement d'une situation de violence conjugale – sexuelle, physique, psychologique ou financière –, le médecin peut être libéré du secret médical quand il estime – en bonne foi – qu'il y a un danger imminent.
- Le signalement peut être fait 24 h/24. Il doit contenir les éléments essentiels à la compréhension de la situation et au jugement de son degré d'urgence.
- L'information préoccupante est une action qui induira (ou pas) enquête et mesures de protections pour un mineur. Le signalement au procureur permettra au procureur de mettre en œuvre toute mesure de protection qu'il jugera utile (mise en sécurité, éloignement...).

4. Les mutilations sexuelles

4.1. Épidémiologie

- En France, environ 125 000 femmes ont été victimes de mutilations sexuelles. Jusqu'à 20 % de leurs filles nées en France sont à risque de subir aussi des mutilations.

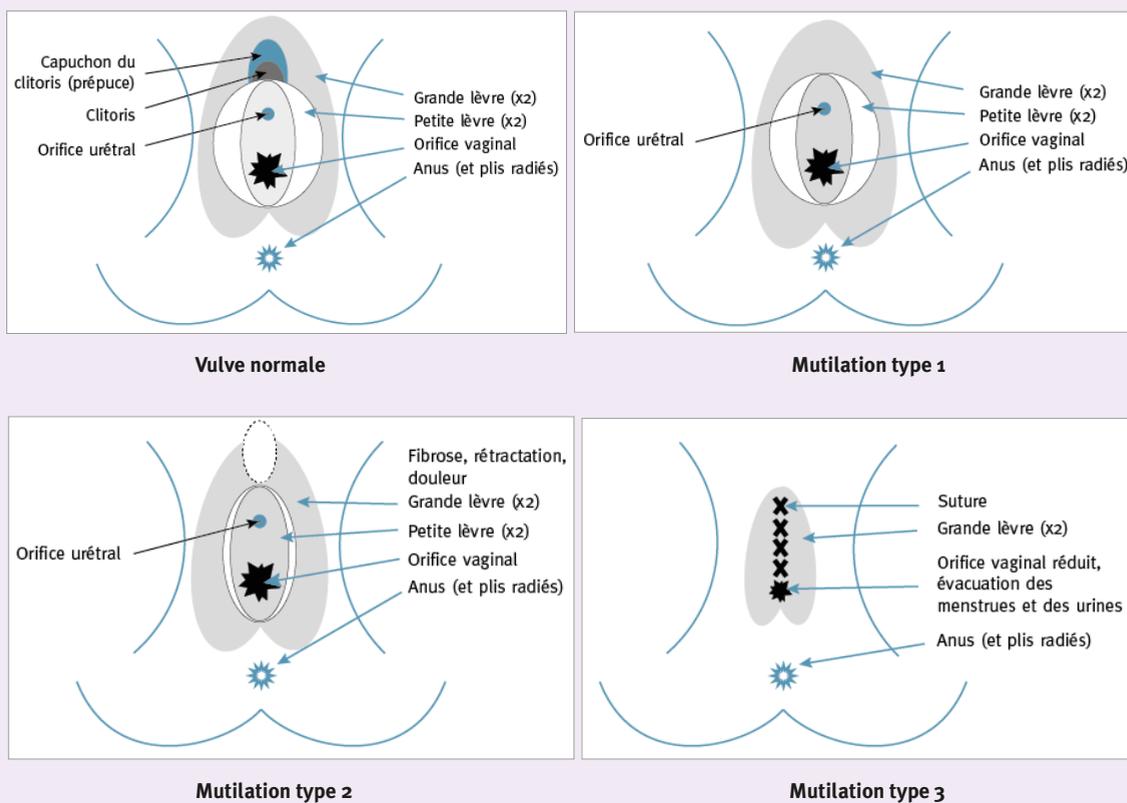
4.2. Législation française

- Les mutilations sexuelles sont interdites et sont considérées comme un crime. À ce titre, elles doivent être l'objet d'un signalement si elles sont constatées sur une mineure. Concernant une adulte, elles ne sont signalées que si la patiente donne son accord. Les professionnels de santé sont dégagés du secret médical seulement si la patiente court un danger imminent. Dans ce cas, un signalement doit être fait. Une mise à l'abri peut être faite. Face à un risque imminent de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit en premier lieu faire un signalement en urgence. C'est-à-dire que le professionnel doit informer le Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente ou de la mineure et adresser une copie de ce document écrit à l'attention du médecin ou du responsable de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Conseil départemental (CRIP).
- Face à un risque non imminent de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit rédiger une information préoccupante à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Conseil départemental (CRIP).
- La levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine est prévue par le code pénal.
- Enfin, une patiente qui veut protéger sa fille peut demander dans une unité médico-judiciaire (UMJ) **un certificat de non excision**, qui la protégera en cas de voyage dans un pays pratiquant encore les mutilations sexuelles.
- La HAS a émis des recommandations de bonne pratique clinique à l'usage des professionnels de santé de premier recours, le 06/02/2020, afin de mieux dépister, prendre en charge et prévenir les mutilations sexuelles.

4.3. Les différents types de mutilation, leur diagnostic

- L'Organisation Mondiale de la santé classe les mutilations sexuelles qui concernent les organes génitaux externes féminins en 4 types :
 - **Type 1** : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie);
 - **Type 2** : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision);
 - **Type 3** : 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);
 - **Type 4** : Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins (exception faite des interventions thérapeutiques) telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.
- La **Figure 2** ci-dessous permet de mieux comprendre les différents types de mutilation.

Figure 2. Différents types de mutilation



- Il faut savoir penser à une mutilation récente chez une **jeune femme qui change de comportement, fait des fugues, démarre un absentéisme, a des difficultés à uriner et refuse l'examen clinique.**
- Le diagnostic est clinique, confirmé par une discussion avec la patiente qui souvent se souvient d'avoir été opérée.

4.4. Prise en charge

- La prise en charge est multi-professionnelle. Elle passe souvent par de la chirurgie réparatrice, mais aussi par un travail psychologique sur le traumatisme, une éducation à la santé sexuelle, des groupes de paroles. Parfois, la patiente doit quitter son domicile si elle veut être prise en charge.

A 5. Accueil d'une patiente victime de violence sexuelle

5.1. Quel est le cadre ? Consultation spontanée ou réquisition ?

- Une patiente peut consulter spontanément, sans avoir porté plainte préalablement, pour une prise en charge des risques urgents et obtenir un **certificat**. Elle peut aussi être accompagnée en consultation sur réquisition, dans le cadre d'une plainte qu'elle porte ou d'une enquête de police ou diligentée par le procureur de la République. La réquisition libère le médecin du secret médical.

5.2. Quels sont les risques ?

- Plusieurs enjeux sont présents lors de cet accueil.

- Dans un cadre médico-légal (réquisition), il faut collecter des preuves de l'acte sexuel (spermatozoïdes?), des conditions de violence éventuelles (lésions cutanées ou muqueuses récentes), et des preuves ADN pour identifier l'agresseur. Des prélèvements de même type peuvent être faits en dehors d'une réquisition : prélèvements conservatoires. Ils doivent être conservés pendant 6 ans dans le cadre des agressions sexuelles sur adulte, et 10 ans dans le cadre des viols. Toute atteinte sexuelle chez un mineur de moins de 15 ans donne toujours lieu à une réquisition (si une plainte n'est pas encore portée, un signalement au procureur doit être fait, qui donnera lieu à une réquisition). Pour être valables, les prélèvements doivent être réalisés dans les 72 heures suivant l'évènement.
- Ensuite, il faut, par l'interrogatoire de la victime, déterminer les risques de transmission d'**infections sexuellement transmissibles**.
- Enfin, il faut connaître une éventuelle **grossesse** en cours, la **contraception** éventuelle, sinon évaluer la probabilité d'une grossesse issue de l'agression et la date du dernier frottis cervico-vaginal.

5.3. Prise en charge de l'urgence immédiate

5.3.1. Poser un diagnostic positif

5.3.1.1. À l'interrogatoire

- L'interrogatoire précise les circonstances (lieu, toxiques, témoins, horaires). Il permet de se rendre compte de l'état émotionnel. Parfois, la victime est dissociée, c'est-à-dire qu'elle raconte avec grand détachement son agression. Cet état est très évocateur d'un traumatisme important. L'interrogatoire permet de préparer l'examen physique.

5.3.1.2. À l'examen

- L'examen sera complet. On notera l'état des vêtements (éventuellement mis sous scellés en cas de réquisition), l'état des téguments et des muqueuses buccale et vaginale (érosions, plaies, hématomes – couleur pour la datation), l'aspect de l'anus et des plis radiés.

5.3.1.3. Évaluer le stress aigu

- On notera la présentation, le ton, le contact. Une inadéquation entre le discours et son contenu, un état de dissociation, un état d'abattement extrême, le risque suicidaire seront évalués. On peut proposer un traitement par **benzodiazépines ou hypnotiques** si le sommeil semble compromis. Parfois, la victime a besoin d'un cadre sécurisant, ou capable d'une surveillance renforcée, et une hospitalisation dans un service psychiatrique peut être nécessaire.

5.3.1.4. Rédiger un certificat

- Même si la patiente le refuse, et si elle n'envisage pas de porter plainte, un **certificat** doit être rédigé. Il peut rester dans le dossier médical. Il doit comporter la date, le nom du soignant et de la personne accompagnante, le nom de la victime, les conditions d'examen, la description de l'examen clinique détaillé, l'état de stress de la victime, les signes de dissociation éventuelle, les prélèvements effectués, les déclarations de la victime.

5.3.2. Examens para-cliniques

5.3.2.1. Aux fins d'identification de l'agresseur et médico-légaux

- Pour recherche de spermatozoïdes : prélèvement des sécrétions (salive, replis jugaux, sécrétions vaginales, écouvillons rectaux) mis dans du sérum physiologique.
- Pour recherche d'ADN : prélèvement des mêmes sécrétions conservées dans un autre milieu, prélèvements d'éventuels échantillons de peau (sous les ongles) ou de cheveux et de poils.
- Pour recherche de conditions particulières : alcoolémie, GHB, benzodiazépines, drogues et psychotropes.

5.3.2.2. Aux fins de mise en évidence des risques infectieux

- Pour recherche de germes : PCR chlamydiae et gonocoque, tous germes vaginaux, sérologies hépatite B, hépatite C, syphilis, HIV. Une sérologie chlamydiae signera une salpingite ancienne.

5.3.2.3. Aux fins de mise en route de traitement

- Pour réaliser un bilan préthérapeutique : recherche d'une grossesse déjà en cours, numération, formule sanguine, fonction rénale, bilan hépatique.

5.4. Traitements des patientes victimes de violences sexuelles

5.4.1. Traitement dans l'urgence

5.4.1.1. Risque infectieux

- Seul existe un traitement post-exposition pour le risque de contamination HIV. Il est actuellement réalisé par administration de **Eviprela**®, 1 cp/jour pendant 28 jours, sous réserve de bilan pré-thérapeutique compatible.
- Concernant le risque d'**infections sexuellement transmissibles**, deux stratégies sont possibles :
 - traitement **préventif** : administration de **Doxycycline**®, 200 mg/jour pendant 7 jours contre la chlamydie (car le traitement minute par azythromycine n'est pas aussi efficace) et 1 injection d'**Extencilline**® 2.4 MUI IM (prévention de la syphilis) ;
 - traitement curatif selon résultats des prélèvements et contrôle après 2 semaines.

5.4.1.2. Risque de grossesse

- La prescription d'une **contraception hormonale d'urgence est facilement faite, efficace jusqu'à 120 heures après le rapport en cause (Ulipristal acétate 30 mg cp)**, rapports protégés jusqu'à la visite de contrôle. Un test de grossesse peut être refait 13 jours après l'agression pour s'assurer de l'absence de grossesse.

5.5. Situations imposant une information préoccupante ou un signalement judiciaire

- Toute situation de violence sexuelle impliquant un mineur de moins de 15 ans doit faire l'objet d'un signalement judiciaire au procureur, qu'il s'agisse légalement d'atteinte sexuelle, d'agression sexuelle ou de viol. De même, toute situation où la victime est une personne vulnérable.
- De même, toute situation sexuelle impliquant un mineur victime d'un ascendant, frère ou sœur, oncle ou tante, neveu ou nièce, conjoint ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'un ascendant ou membre de la famille, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait, est un inceste et doit aussi faire l'objet d'un signalement judiciaire.
- Enfin, en cas de violences conjugales, les enfants doivent bénéficier au moins d'une information préoccupante auprès de la CRIP, et en cas de danger imminent pour la femme d'un signalement judiciaire.

5.6. Examen à distance

- La patiente doit être revue quelques semaines plus tard. Ceci permet de faire le point au plan psychologique et physique. Si la patiente n'a pas porté plainte initialement, ça peut être le moment de lui réaffirmer ses droits.
- Des examens seront refaits à 1 mois : bilan sérologique VIH, chlamydiae, syphilis, hépatites B et C, et à 3 mois : sérologie HIV.

A 6. Conséquences au long cours des violences sexuelles

6.1. Le syndrome de stress post-traumatique : diagnostic

- Le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est porté si les signes de stress aigu persistent. Dans le cas des violences sexuelles, il est fréquemment retrouvé.
- **Les signes sont des symptômes persistants traduisant une activité neurovégétative ne préexistant pas au traumatisme** avec au moins deux des manifestations suivantes :
 - réviviscences, intrusion dans la pensée ;
 - difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ;
 - instabilité ou accès de colère ;
 - difficulté de concentration ;
 - hyper vigilance ;
 - réaction de sursaut exagérée.

6.2. Prise en charge du stress post-traumatique

- Le SSPT peut être pris en charge par les nouvelles approches psychologiques, en thérapies brèves. L'EMDR a fait preuve initialement de son efficacité dans les SSPT des soldats rentrant du Vietnam. L'EMDR est conseillée quand un SSPT est retrouvé après un traumatisme sexuel.
- De quoi s'agit-il ? *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, c'est-à-dire désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires. L'EMDR est un type d'intervention à visée psychothérapeutique.

6.3. Conséquences possibles à long terme des violences sexuelles

- De très nombreuses manifestations peuvent être retrouvées, **qui touchent la sphère génito-urinaire, mais également le développement psychique, et des répercussions physiques.**
- Il faut savoir y penser devant des modifications du parcours de vie, des modifications du comportement, un changement des résultats scolaires, ou tout signe nouveau.
- Parmi les différentes situations de départ listées, nombreuses sont celles qui peuvent se rattacher à des violences sexuelles. Elles sont ci-dessous regroupées selon la chronologie d'apparition.
- Les situations de la phase initiale sont facilement compréhensibles. Les situations observées en phase tardive sont moins connues. Interroger les personnes sur des antécédents de violences sexuelles (et autres types de violences – physique, psychologique, négligence, financière – et antécédents dans l'enfance) permet parfois d'orienter vers une prise en charge globale. Ceci est particulièrement valable devant des **douleurs chroniques sans cause évidente, et dans le domaine des addictions.**

► Bibliographie

- (1) Source : « Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2019 », ministère de l'Intérieur, Délégation aux victimes.
- (2) Source : Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2019 - INSEE-ONDRP-SSMSI.
- (3) Voir la fiche mémo pour « repérer la maltraitance chez un enfant », publiée par la HAS en 2014, mise à jour 2017.

**PRINCIPALES SITUATIONS DE DÉPART EN LIEN AVEC L'ITEM 12:
« VIOLENCES SEXUELLES »**

Phase initiale	Phase tardive
<p>5. Douleur anale</p> <p>23. Anomalie de la miction</p> <p>49. Ivresse aiguë</p> <p>60. Hémorragie aiguë</p> <p>97. Rétention aiguë d'urine</p> <p>101. Écoulement urétral</p> <p>104. Leucorrhée</p> <p>112. Saignement génital anormal</p> <p>229. Découverte d'une anomalie pelvienne à l'imagerie médicale</p> <p>256. Prescrire un hypnotique/anxiolytique</p> <p>257. Prescrire une contraception et contraception d'urgence</p> <p>309. Patient à risque suicidaire</p> <p>332. Demande d'IVG</p> <p>333. Demande d'un certificat médical initial</p> <p>341. Réaction à une situation potentiellement traumatique</p>	<p>1. Constipation</p> <p>3. Distension abdominale</p> <p>4. Douleur abdominale</p> <p>17. Amaigrissement</p> <p>21. Asthénie</p> <p>35. Douleur chronique</p> <p>50. Malaise/PC</p> <p>51. Obésité/surpoids</p> <p>57. Prise de poids</p> <p>63. Troubles sexuels et troubles de l'érection</p> <p>99. Douleur pelvienne</p> <p>115. Anomalie du développement psychomoteur</p> <p>116. Anxiété</p> <p>117. Apathie</p> <p>123. Humeur triste/douleur morale</p> <p>125. Idées ou conduites suicidaires/lésions auto-infligées</p> <p>129. Troubles de l'attention</p> <p>132. Troubles des conduites alimentaires</p> <p>135. Troubles du sommeil, insomnie, hypersomnie</p> <p>256. Prescrire un hypnotique/anxiolytique</p> <p>269. Consultation de suivi et traitement de fond d'un patient souffrant d'une trouble psychiatrique chronique (hors dépression)</p> <p>292. Première consultation d'addictologie</p>

FICHE DE SYNTHÈSE

1. Il existe trois types de violences sexuelles, définies par le code pénal (article 22222 et suivants) qui peuvent être condamnées : les atteintes sexuelles, les agressions sexuelles, les viols. Pour être poursuivis, ces actes doivent avoir été perpétrés par violence, contrainte, menace ou surprise, sauf sur les mineurs de moins de 15 ans, pour lesquels tout acte à caractère sexuel commis par un majeur (âgé 5 ans de plus au moins que la victime) est considéré comme une atteinte sexuelle et pourra (devrait) être pénalisé.
2. Selon une enquête française, 2,90 % des femmes déclarent avoir vécu au moins une forme de violence sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête (à l'exclusion du harcèlement et de l'exhibitionnisme), soit près de 580 000 femmes. Ceci se répartit comme suit : viol 0,26 % (52 500 femmes), tentative de viol 0,18 % (37 000 femmes), autre agression sexuelle 2,76 % (552 500), autre acte ou pratique sexuelle forcée 0,05 % (10 000).
3. La loi qualifie les atteintes et agressions sexuelles de délit. Les délais de prescription sont respectivement de 6 ans et 10 ans, sont rallongés pour les mineurs et ce délai court à partir de leur majorité. Ainsi, une atteinte sexuelle chez un mineur de moins de 15 ans pourra être pénalisée jusqu'à 10 ans après la majorité, une agression sexuelle jusqu'à 20 ans après la majorité. La loi qualifie les viols de crime. Le délai de prescription est de 20 ans dans le cas général. Il est augmenté à 30 ans en cas de viol sur mineur.
4. En France, environ 125 000 femmes ont été victimes de mutilations sexuelles. Jusqu'à 20 % de leurs filles nées en France sont à risque de subir aussi des mutilations. Les mutilations sexuelles sont interdites et sont considérées comme un crime. À ce titre, elles doivent être l'objet d'un signalement si elles sont constatées sur une mineure. Concernant une adulte, elles ne sont signalées que si la patiente donne son accord. La levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine est prévue par le code pénal. Une prise en charge chirurgicale est possible si nécessaire.
5. Les circonstances de consultation après violence sexuelle peuvent être une consultation spontanée ou sur réquisition. Dans ce dernier cas mais aussi parfois en dehors, il faut collecter des preuves de l'acte sexuel (spermatozoïdes ?), des conditions de violence éventuelles (lésions cutanées ou muqueuses récentes), et des preuves ADN pour identifier l'agresseur.
6. Il faut évaluer la possibilité d'une grossesse, d'une IST, la prévenir ou la traiter.
7. Un certificat doit être rédigé.
8. La prescription d'une contraception hormonale d'urgence est facilement faite, efficace jusqu'à 120 heures après le rapport en cause (Ulipristal acétate 30 mg cp), rapports protégés jusqu'à la visite de contrôle. Un test de grossesse peut être refait 13 jours après l'agression pour s'assurer de l'absence de grossesse.
9. La patiente doit être revue quelques semaines plus tard. Ceci permet de faire le point au plan psychologique et physique. Si la patiente n'a pas porté plainte initialement, ça peut être le moment de lui réaffirmer ses droits.
10. Des examens seront refaits à 1 mois : bilan sérologique VIH, chlamydiae, syphilis, hépatites B et C, et à 3 mois : sérologie HIV.
11. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est fréquemment retrouvé dans le cas des violences sexuelles, et doit être pris en charge.

Gynécologie médicale

R2C

- L'ouvrage officiel réalisé par le Collège National des Enseignants de Gynécologie Médicale (CNEGM) pour les étudiants du DFASM.
- Conçu et rédigé par près de 30 enseignants de la discipline.
- Tout le nouveau programme de connaissances de la spécialité pour la R2C et les modules du DFASM, avec la nouvelle numérotation.
- Pour chaque item, les objectifs de connaissances hiérarchisés en rang A et rang B (dans un tableau en début d'item et tout au long de l'item grâce à un repérage couleur).
- Toutes les situations de départ en lien avec les différents objectifs de connaissances (tout au long de l'item grâce à un repérage couleur, et à la fin de l'item dans un tableau récapitulatif).
- Une iconographie abondante pour faciliter l'apprentissage.
- Une fiche de synthèse par item pour retenir l'essentiel.

Un livre indispensable pour mettre toutes les chances de votre côté.

30 € TTC

ISBN : 978-2-84678-309-5



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr

