

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015 N° 140

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Gynécologie-Obstétrique

par

Mathilde VITAL
née le 22/02/1986 à Chatenay-Malabry

Présentée et soutenue publiquement le 17 juillet 2015

Evaluation de la sexualité des patientes bénéficiant d'une chirurgie réparatrice du clitoris après mutilation sexuelle féminine au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes : étude préliminaire

Président du jury: Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie WYLOMANSKI

Membres du jury : Monsieur le Professeur Patrice LOPES
Monsieur le Professeur François RAFFI
Madame le Docteur Véronique CARTON
Monsieur le Docteur Xavier DUVAL-ARNOULD

Mes premiers mots seront adressés tout droit vers les étoiles, pour mon frère Ronan, dont la vie si courte fût un exemple de courage, d'amour et d'espoir. Ton histoire et ces heures passées avec toi à l'hôpital ont donné beaucoup de sens à ma vie. La médecine est rapidement devenue une évidence pour moi. Tu es une lumière quand je doute et tu me redonnes la force quand parfois je craque.

A mon petit Prince, Ta grande sœur.

Merci aux équipes de pédiatrie de l'Institut Gustave Roussy, pour leur professionnalisme et leur humanité....

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES ILLUSTRATIONS	11
TABLE DES TABLEAUX et DIAGRAMMES	12
ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION GENERALE	14
I LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES	15
1. Généralités.....	15
1.1 <i>Prévalence et répartition géographique</i>	15
1.2 <i>Origine de la pratique</i>	16
1.3 <i>Déroulement de l'excision</i>	17
1.4 <i>Anatomie</i>	18
1.5 <i>Classification</i>	22
1.6 <i>Lutte contre l'excision, dispositifs législatifs et moyens de prévention</i>	23
2. Complications et troubles de la sexualité.....	25
2.1 <i>Complications physiques</i>	26
2.2 <i>Complications obstétricales</i>	26
2.3 <i>Complications psychiques</i>	27
2.4 <i>Complications sociales</i>	28
2.5 <i>Troubles de la sexualité</i>	29
3. Prise en charge des patientes	31
3.1 <i>Prise en charge chirurgicale</i>	31
3.2 <i>Prévention des symptômes</i>	34
3.3 <i>Prise en charge des complications</i>	34
3.4 <i>Prise en charge des troubles de la sexualité</i>	35
II ETUDE	37
1. Contexte de l'étude.....	37
2. Objectifs	37
3. Matériel et méthode.....	38
3.1 <i>Descriptif général de l'étude</i>	38
3.2 <i>Population de l'étude</i>	38
3.3 <i>Données recueillies</i>	39
3.4 <i>Modalités d'inclusion et de suivi</i>	41
3.5 <i>Analyse des données de l'étude</i>	41
4. Résultats	42
4.1 <i>Caractéristiques des 34 patientes ayant participé à l'étude</i>	42
4.2 <i>Données descriptives des 34 patientes en post-opératoire</i>	47
4.3 <i>Comparaison des données avant et après chirurgie (n=12)</i>	51

4.4	<i>Impact de la prise en charge pluridisciplinaire.....</i>	54
III	DISCUSSION.....	56
1.	Caractéristiques de la population de l'étude	56
1.1	<i>Les données sociodémographiques, le type de mutilation et les complications post-opératoires.....</i>	56
2.	Evaluation après chirurgie.....	59
2.1	<i>Evaluation des sensations clitoridiennes et du bien-être sexuel des femmes mutilées après réparation chirurgicale du clitoris</i>	59
2.2	<i>Utilisation du FSFI dans l'évaluation du bien-être sexuel chez les femmes excisées... </i>	60
3.	Les limites de l'étude et perspectives possibles	61
3.1	<i>Faible taille d'échantillon.....</i>	61
3.2	<i>Les limites du FSFI</i>	62
3.3	<i>Choix de la population témoin.....</i>	62
3.4	<i>Utiliser des questionnaires validés pour évaluer les dimensions psychique et esthétiques</i>	63
3.5	<i>Proposer une prise en charge pluridisciplinaire.....</i>	64
IV	CONCLUSION.....	66
V	BIBLIOGRAPHIE.....	67
VI	ANNEXES.....	73

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Henri-Jean Philippe,

Ancien Chef de service de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Nantes,

Chef de service de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire à l'Hôpital Cochin à Paris,

Président de l'association Action Santé Femmes,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président du jury de ma thèse. Vous m'avez accueillie chaleureusement dans votre équipe au début de mon internat et vous m'avez vue évoluer pendant ces dernières années. J'ai toujours apprécié votre intérêt pour les dimensions sociales, humaines et humanitaires de notre spécialité. Je me souviens encore de la première réparation chirurgicale du clitoris que je vous ai vu faire au bloc opératoire, des réunions sur la précarité avec le Dr Carton, et de ma rencontre avec le Pr William Fraser, Directeur adjoint de la Recherche clinique, et du Pr Christine Colin, Professeur titulaire de Santé Publique de l'hôpital Sainte-Justine à Montréal qui ont également beaucoup travaillé sur la précarité et la relation mère-enfant au Canada. Ces belles rencontres m'ont ouvert les yeux sur la richesse et la fragilité des « femmes » me donnant envie d'effectuer mon travail de thèse sur les mutilations sexuelles féminines. Je vous remercie d'être venu de Paris pour pouvoir être présent ce jour.

Monsieur le Professeur Patrice Lopes,

Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Nantes,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai beaucoup apprécié travailler avec vous en gynécologie. Vous êtes facilement accessible et disponible ce qui a été rassurant au cours de certains moments de l'internat. Merci pour votre engagement dans la formation des internes. C'est au cours de vos consultations que j'ai compris l'importance d'interroger les femmes sur leur sexualité et de prendre en charge ces dysfonctions.

Monsieur le Professeur François Raffi,

Chef de Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nantes,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Votre spécialité vous amène à rencontrer des patientes immigrées et vulnérables. L'honneur que vous me faites d'être présent ce jour, ne fait que souligner l'importance du travail pluridisciplinaire indispensable à une prise en charge globale adaptée.

Madame le Docteur Véronique Carton,

Praticien Hospitalier dans le service de l'UGOMPS (Unité médico-psycho-sociale de gynécologie-obstétrique au CHU de Nantes),

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir encouragée dans mon travail de recherche et d'avoir partagé avec moi votre expérience et votre passion.

Monsieur le Docteur Xavier Duval-Arnould,

Ancien Chef de Clinique de Gynécologie au CHU de Nantes et membre de l'association Action Santé Femmes,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. C'est d'abord en tant qu'ami que je t'ai demandé de venir me soutenir mais également pour ton regard et tes connaissances sur ces femmes que tu as appris à connaître lors de tes différentes missions humanitaires. J'espère un jour pouvoir te suivre sur ce chemin.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Sophie Wylomanski,

Chef de Clinique au CHU de Nantes,

Quand Sophie m'a proposé de travailler sur ce sujet, j'ai tout de suite accepté. Sophie qui est spécialisée dans les pathologies vulvaires, désirait alors se former auprès du Pr Philippe à la reconstruction chirurgicale du clitoris et moi j'avais très envie de travailler sur cette population de femmes. Les longs mois de travail sur ce sujet ont été passionnants. J'ai découvert grâce au parcours de soin mis en place et aux nombreuses consultations la richesse de cette thématique. Au début nous

avons nos propres craintes et timidité à poser les questions sur la sexualité, puis rapidement ces femmes nous ont mises à l'aise. Elles étaient en fait ravies de pouvoir parler de leur sexualité. Je me souviendrai toujours des éclats de rire de certaines sur les questions de l'orgasme... Un rire tellement communicatif ! Une telle force après une telle souffrance !

Merci Sophie d'avoir partagé avec moi ce travail. Merci pour ton investissement, ta disponibilité, tes conseils et ta patience lors de mes moments d'angoisse. Tu es certes ma directrice de thèse mais tu es devenue une amie et j'espère pouvoir continuer ces recherches avec toi.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ma thèse

A Matthieu Hanf,

Un grand merci pour ton investissement dans mon travail de thèse, tes conseils et tout le temps que tu as consacré à la science obscure des statistiques !

A Sophie de Visme,

Un grand merci pour tout le temps que tu as passé à rentrer mon questionnaire de thèse sur un logiciel adapté et à faire les statistiques. Je n'y serais jamais arrivée seule ! Merci de m'avoir aidée dans ce projet.

A Stéphanie Dugast,

Merci Stéphanie pour ton investissement sur le sujet. Tu as écrit le questionnaire avec moi et tu as assuré une grande partie des consultations de sexologie. Je te remercie pour ton aide dans ce travail qui a été marqué aussi par l'arrivée d'un heureux évènement pour toi !

A Pascale et Hélène,

Merci à vous d'avoir revu chaque patiente en consultation de pansement, d'avoir noté pour chacune les données sur la douleur, d'avoir pris le temps de les recontacter pour que je puisse les revoir en consultation. Vous avez établi des liens forts avec certaines patientes et vous les connaissiez parfois mieux que nous. J'ai souvent eu beaucoup de compliments à votre égard.

Aux équipes du Service de gynécologie-obstétrique du CHU de Nantes,

Merci au Dr Winer, Chef de service de Gynécologie-Obstétrique, pour avoir porté un intérêt à mon travail. Merci pour vos conseils et votre aide dans l'élaboration de nos travaux universitaires qui font partie intégrante de notre formation.

Merci au Dr Esbelin, Dr Coutin, Dr Le Vaillant, Dr Caroit et Dr Riteau pour leur patience et leur dévouement dans notre formation Obstétricale.

Merci aux Dr Darnis, Dr Ploteau, Dr Bouquin et Dr Vaucel pour leur encadrement dans mes débuts chirurgicaux.

Aux équipes de Chirurgie du Centre René Gauducheau,

Aux équipes de Gynécologie-obstétrique du CH de Saint-Nazaire,

Aux équipes de Gynécologie-obstétrique du CHD de La Roche-sur-Yon,

Merci au Dr Ducarme, Dr De Blay, Dr Spilmann, Dr Soubeyran, Dr Bonnenfant, Dr Frayssinet, Dr Tostivint, Dr Negrerie, Dr Delay et Dr Reynard pour les bons moments passés avec vous lors mes stages. Faire mon post-internat dans votre équipe me tenait à cœur et c'est avec joie que je vais commencer mon assistanat en Vendée !

A Vous tous qui m'avez aidée à réaliser mon rêve ...

A mon mari

Raphaël, on a parcouru un long chemin tous les deux pendant cet internat ! Des grands moments de joie, avec notre installation à Nantes, notre mariage et l'arrivée de notre petite fille. Mais aussi des moments de fatigue, d'absence pendant les gardes, de patience avec mon stress incontournable. Merci d'avoir été si fort. Tu as toujours été à l'écoute et tu m'as toujours encouragée en essayant de m'ouvrir les yeux sur la vie en dehors de l'hôpital. Merci pour ton aide dans la préparation de la soutenance de thèse...En fait aujourd'hui c'est le résultat d'un beau travail d'équipe ! Avec tout mon Amour.

A ma fille

Gabrielle, ta venue au monde m'a fait comprendre que je devais revoir l'ordre de mes priorités. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée.

A mes parents

A ma maman tout d'abord,

Merci pour ton soutien, tes encouragements, ta présence et tes petits plats que je mangeais sur les bancs de la faculté. Tu as tout fait pour essayer de me rendre la vie douce et plus facile au cours de mes études même si parfois tu t'es retrouvée face à un mur quand tu essayais le soir de me sortir la tête des bouquins ! Pardon pour mes moments de stress où je mettais une bonne ambiance à la maison !

A mon papa,

Merci pour ta présence, et ton aide à chaque étape. Je me souviendrai toujours de nos trajets tous les deux à la faculté de médecine d'Orsay et des exercices de mathématiques et de physique que tu reprenais avec moi, même très tard le soir.

A mon frère Clément et à ma sœur Gaëlle,

Vous avez toujours été patients avec moi, alors que je n'étais pas souvent disponible. Votre présence rendait la maison vivante et pleine de rire ce qui me permettait de m'échapper des révisions, merci !

A mon parrain,

Merci de m'avoir toujours soutenue, nos deux vies sont bien différentes mais j'adore chaque moment partagé avec toi.

A mes grands-parents

Vous avez toujours été si fiers de moi. Une pensée particulière à mon grand-père.

A mes beaux-parents

Vous avez toujours su vous rendre disponibles pour venir partager avec nous les bons moments et nous aider pendant les périodes difficiles.

A mes amies

A Sophie, Clémence, Rachel, Caroline, Sandrine et Nina qui me connaissent depuis si longtemps. Merci pour ces pauses que vous m'avez offertes. A nos petits cafés, nos soirées et nos voyages qui nous ont rendus inséparables.

A mes collègues et amis

A Vincent, Camille, Mathilde, Cécile, Emilie avec qui j'ai partagé toutes ces étapes de l'internat, les premières gardes, les premières difficultés mais aussi les bons moments, les rires, les congrès et les DIU.

A Joséphine que j'ai appris à connaître au cours de mes différents stages, merci pour ton énergie, ta joie de vivre et ton soutien sur la fin de mon internat.

A Mélanie, ma collègue, ma petite chef et surtout mon amie. Je me souviens encore de cette petite soirée qui nous a tellement rapprochées, de nos dimanches dans le jardin et de tous ces bons moments que l'on a passés avec Xavier et Hugo et surtout à tous ceux à venir.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Carte 1 : Répartition du nombre d'excision en Afrique, Source UNICEF 2013.....	15
Figure 1 : Anatomie de la vulve (selon Kamina)	18
Figure 2 : Vue latérale du clitoris (Pauls clin anat. 2015).....	19
Figure 3 : Les muscles superficiels du périnée (selon UVMaF).....	20
Figure 4 : Innervation sensitive du périnée (Selon UVMaF)	21
Figure 5 : Le ligament suspenseur et le nerf dorsal du clitoris(Paulsclin anat. 2015)22	
Figure 6 : Classification OMS des mutilations sexuelles féminines	23
Photo1: Mutilation sexuelle de type 2	32
Photo 2: Incision sous le repère clitoridien	32
Photo 3 : Section du ligament suspenseur	32
Photo 4: Fixation du clitoris.....	32
Photos 5 : Néo-clitoris en fin d'intervention.....	33
Photo 6: Aspect du néo-clitoris à 6 mois.....	33

TABLE DES TABLEAUX et DIAGRAMMES

Tableau 1 : Tableau de calcul du score FSFI	40
Schéma 1: Diagramme des patientes incluses dans l'étude : Chart flow	43
Schéma 2: Répartition des origines géographiques des patientes de l'étude.....	44
Schéma 3 : Répartition des motivations à une prise en charge chirurgicale.....	46
Tableau 2 : Résultats du score FSFI chez les 34 patientes en post-opératoire.....	48
Tableau 3: Description des scores FSFI des patientes opérées (n=34) à ceux de femmes du même âge sans mutilation (n=102).....	49
Schéma 4: Comparaison des scores FSFI des patientes opérées (n=34) à ceux de femmes du même âge sans mutilation (n=102).....	50
Tableau 4 : Résultats de l'évaluation des sensations clitoridiennes en préopératoire, à 3 mois et à 6 mois du post opératoire (n=12).	51
Tableau 5 : Répartition des scores du FSFI en pré et postopératoire à 3 et 6 mois (n=12).....	52
Schéma 5 : Comparaison des sous score FSFI médians en préopératoire, à 3 et à 6 mois de l'intervention (n=12).....	52
Tableau 6 : Evaluation esthétique par les patientes avant et après intervention (n=12)	54
Tableau 7: Comparaison des résultats du FSFI chez les patientes avec (après 2013) ou sans (avant 2013) suivi pluridisciplinaire.	55
Schéma 6 : Scores FSFI obtenus chez les patientes opérées avec (n=12) ou sans (n=22) suivi pluridisciplinaire.....	55

ABREVIATIONS

MSF : Mutilation Sexuelle Féminine

ExH : Rapport Français Excision et Handicap (2009)

FSFI : Female Sexual Function Index

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FORWARD : Foundation for Women Health Research and Development

ONU : Organisation des Nations Unies

GAMS : Groupe de Femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

CAMS : Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelle

GSF : Gynécologie Sans Frontières

ASF : Action Santé Femmes

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ASAMLA : Association de Santé des Migrants de Loire Atlantique

DSM IV : Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

UNICEF : United Nation Children's Fund

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho Sociale

EVA : Echelle Visuelle Analogique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

GNEDS : Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé

BISF-W : The Brief Index of Sexual Functioning for Women

FGSIS : Female Genital Self-Image-Scale

SQOL-F : Sexual Quality of Life Female

INTRODUCTION GENERALE

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) concernent entre 130 et 140 millions de femmes dans le monde et environ 55000 femmes immigrées en France (1, 2). Les répercussions à long terme sur le bien être sexuel de ces femmes sont nombreuses (3). Actuellement en France, les patientes excisées peuvent bénéficier d'une réparation chirurgicale du clitoris (4). Il s'agit d'une technique décrite par le Dr Foldès et son équipe (5, 6). Si la réalisation ne pose pas de grandes difficultés, les suites chirurgicales peuvent être douloureuses et longues avec une cicatrisation dirigée du « néo clitoris » (7). Les patientes qui choisissent le chemin de la réparation recherchent dans 60% des cas une amélioration de la sexualité, dans 40% une diminution des douleurs et une affirmation identitaire (1). Du fait de la médiatisation de cette intervention et de l'augmentation de l'immigration, de plus en plus de femmes font la demande d'une reconstruction. Cette démarche est difficile et peut raviver des souvenirs douloureux, des conflits intérieurs, sociaux et familiaux. Dans le rapport ExH (Excision et Handicap) réalisé en France en 2009, parmi 714 femmes excisées, seules 3% ont eu recours à la chirurgie. Qui sont les femmes qui vont vers la chirurgie de réparation clitoridienne ? Quels troubles de la sexualité présentent-elles initialement ? Existe-t-il une amélioration avérée de la fonctionnalité sexuelle après la chirurgie et pour quels types de dysfonction sexuelle ? Les quelques études ayant évaluées la sexualité des patientes après reconstruction clitoridienne sont souvent rétrospectives et n'utilisent pas de questionnaires validés de manière psychométrique, pouvant gêner l'interprétation des résultats. L'objectif de cette étude préliminaire réalisée de façon prospective est d'évaluer la fonction sexuelle des patientes mutilées à l'aide d'un questionnaire validé (version française du Female Sexual Function Index (FSFI)) (8), avant et après intervention chirurgicale dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. L'amélioration esthétique, le retentissement psychique et les complications post-opératoires seront également décrits. Cette étude a pour but d'évaluer au mieux les apports de la chirurgie et de répondre ainsi aux potentielles interrogations des acteurs de santé quant aux bénéfices d'une telle prise en charge.

au niveau des 8 départements d'Ile de France, des Bouches du Rhône, du Nord, de l'Oise et de Seines maritimes (19). Ces femmes proviennent principalement de Guinée, du Mali, de la Côte d'Ivoire et de la Mauritanie (19).

1.2 Origine de la pratique

L'origine de la pratique remonte au V^{ème} siècle avant Jésus-Christ (1), probablement dans la région du Haut-Nil en Egypte (20). De nombreuses croyances sont à l'origine de cette pratique. Afin de comprendre la pratique de l'excision, il est important d'analyser ses origines sociologiques et ethniques (21,22). Après analyse des différentes enquêtes réalisées au sein des ethnies concernées, il semble que l'excision a pour but premier de préserver la vertu féminine (23, 24). Elle permet en effet, de diminuer et de contrôler le plaisir des femmes, considérées de nature insatiable et d'assurer leur virginité avant le mariage. De même, dans les croyances profondes, on retrouve la théorie de la bisexualité (20) selon laquelle tout individu né avec deux sexes, un prédominera et l'autre deviendra un vestige après la naissance. Pour les femmes l'excision serait alors un rite de passage indispensable à l'affirmation de leur féminité « se débarrassant ainsi de leur partie masculine », prouvant ainsi leur courage et leur résistance à la douleur (15).

Il existe également deux mythes celui du Dogon et du Wango décrivant le clitoris comme un élément dangereux pour l'homme, l'empêchant d'avoir une sexualité satisfaisante (12). Le mythe du Dogon raconte notamment qu'au moment de la création de la terre, Dieu « Amma » voulu s'unir avec elle, le sexe de la terre était alors une fourmilière et son clitoris une termitière qui lui barra le chemin. Le mythe du Wango décrit le vagin de la femme comme étant denté : le clitoris étant la dernière dent du sexe féminin, pouvant blesser l'homme (22). Dans toutes ces croyances, on peut toutefois relever que l'excision féminine bien qu'ayant initialement le but de contrôler la sexualité féminine, profite surtout à augmenter le plaisir masculin, lui assurant également la fidélité de sa femme : exemple extrême de la discrimination des sexes (25, 26).

L'origine des MSF est souvent attribuée à la religion islamique car souvent les sociétés musulmanes en Afrique la pratique, mais elle n'est ni recommandée ni citée

dans les textes religieux (13). La seule allusion à cette pratique est retrouvée dans le Hadith (ensemble des paroles attribuées à Mahomet) mais pas dans le Coran (27).

Les MSF sont également pratiquées pour leur rôle hygiénique et esthétique. Elles sembleraient diminuer ainsi les infections, le cancer du col de l'utérus et participeraient au contrôle du nombre des naissances (27).

Dans les pays occidentaux des cas d'excision ont également été décrits en 1825, par un chirurgien allemand pour traiter la nymphomanie et certains troubles sexuels. Cette pratique qui s'était répandue en Angleterre et aux Etats-Unis fût cependant rapidement interdite par les sociétés savantes (28).

Toutes ces fausses croyances entretiennent cette pratique. L' « excision » semble assurer ainsi un statut social à la femme lui apportant la reconnaissance pour elle et sa famille.

1.3 Déroulement de l'excision

Les mutilations sexuelles féminines constituent selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la tradition la plus dangereuse en matière de santé publique (29). Elles sont principalement réalisées entre deux et sept ans, mais en Ethiopie et au Soudan, ce geste peut être réalisé dans les premiers jours de vie ou encore au moment de l'adolescence au Nigeria (20). Le geste est réalisé le plus souvent en groupe avec d'autres enfants, les hommes sont souvent exclus. L'excision n'est pas toujours associée à une cérémonie. Le geste est réalisé dans plus de 80% par une femme du village, « l'exciseuse », sauf en Egypte où du fait de la médicalisation de la pratique certains médecins réalisent le geste (19). La plupart du temps, les petites filles ne sont pas informées de ce qui va leur arriver. Elles sont fortement maintenues par les femmes du village, et la mutilation est réalisée sans anesthésie avec un couteau ou des débris de verre tranchants. La cicatrisation est souvent obtenue avec des préparations cicatrisantes à base de terre et de feuilles appliquées sur la plaie. Les jambes sont bandées entre elles pendant 4 semaines de manière à faciliter la

cicatrisation (11). Les mictions et défécations peuvent alors se faire in situ pendant cette période.

1.4 Anatomie

L'excision au sens large du terme consiste dans la plupart du temps en l'ablation partielle ou totale du clitoris associée à l'ablation des petites lèvres, voir des grandes lèvres.

Au niveau anatomique, l'espace inter-labial se constitue en avant par le vestibule de l'urètre et en arrière par le vestibule du vagin. Le vestibule de l'urètre est une région triangulaire qui se limite en avant par le clitoris, en arrière par l'orifice vaginal et latéralement par la base des petites lèvres qui s'adosent sous le clitoris pour former le frein du clitoris. En arrière, le vestibule postérieur correspond à l'orifice externe du vagin séparé des petites lèvres par le sillon labio-hyménéal où s'ouvrent les canaux excréteurs des glandes de Bartholin (glandes vestibulaires majeures) (30). (Figure 1)

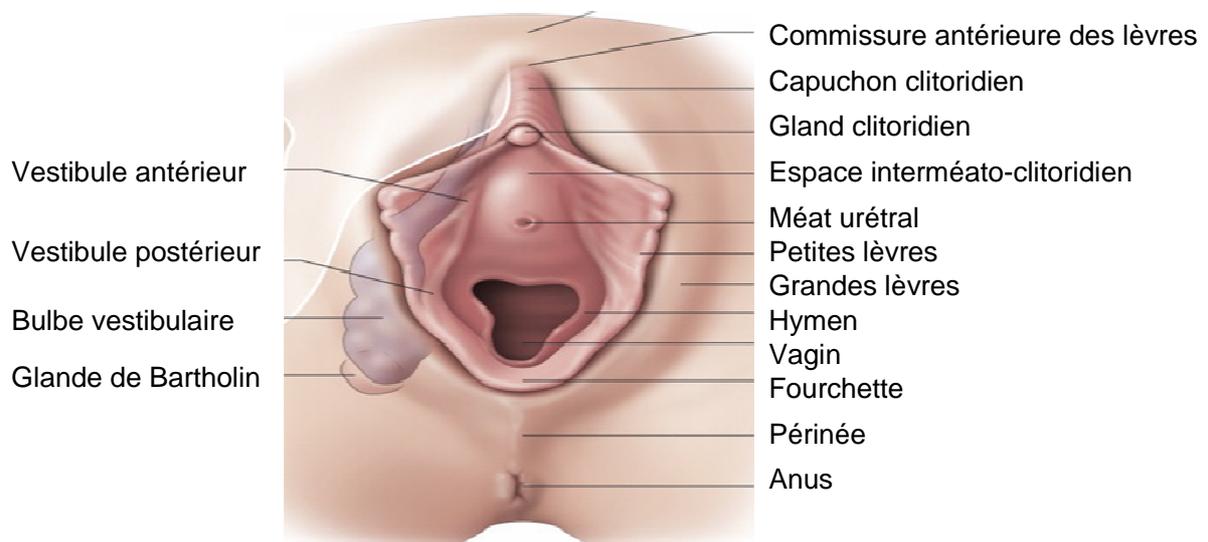


Figure 1 : anatomie de la vulve (selon Kamina)

Les organes érectiles chez la femme comprennent le clitoris, homologue des corps caverneux chez l'homme et les bulbes vestibulaires. (Figure 2)).

Le clitoris s'attache en arrière sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes. Ces deux moitiés latérales ou piliers convergent en avant en haut et en dedans. Au-dessous de la symphyse pubienne, elles s'adossent sur la ligne médiane pour former le « corps du clitoris ». Le corps du clitoris va se couder en avant de la symphyse pour le porter en bas et en arrière, cette portion du clitoris étant également appelée « la hampe ». Il se termine par son extrémité libre, renflée conique et mousse : « le gland ». Ses moyens de fixations sont les branches ischio-pubiennes sur le côté et le ligament suspenseur en avant. Il mesure environ 6 à 7cm avec un corps de 2.5cm et un gland de 0.6cm. Le corps clitoridien est formé de vastes lacunes vasculaires séparées par un tissu conjonctif. Il est enveloppé d'une gaine fibro-élastique.

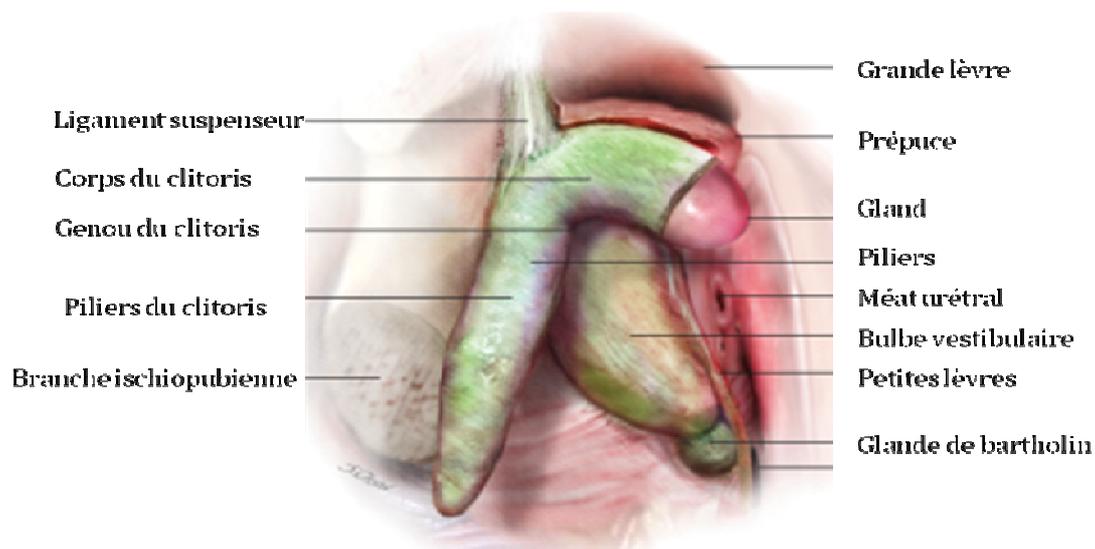


Figure 2 : Anatomie du clitoris (Pauls clin anat. 2015 (58))

Le muscle bulbo-spongieux fixé en arrière sur le raphé ano-vulvaire, se porte en avant et recouvre la face externe de la glande vestibulaire majeure. Il se termine selon deux faisceaux, l'un se fixant sur le ligament suspenseur du clitoris, l'autre inférieur se fixant sur la face dorsale du clitoris. Il s'agit d'un muscle compresseur de la veine dorsale du clitoris, abaissant également le clitoris favorisant ainsi son

érection. Il comprime le bulbe et la glande vestibulaire majeure, chassant son contenu. Sa contraction rétrécit l'orifice inférieur du vagin (Figure 3).

Le muscle ischio caverneux, pair et symétrique recouvre la face libre du corps caverneux. Il s'insère sur la branche ischio-pubienne ascendante, en avant de la tubérosité, au-dessus et au-dessous de la racine du corps caverneux. De là, les fibres superficielles forment deux faisceaux qui se regroupent et se portent en avant et en dedans, enveloppant ainsi les corps caverneux (Figure 3).

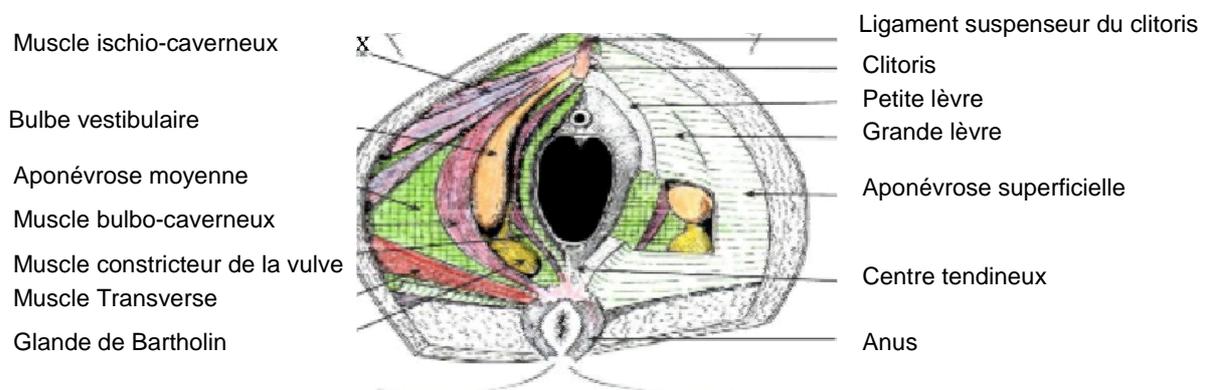


Figure 3 : Les muscles superficiels du périnée (selon Université Médicale Virtuelle Francophone UVMaF)

La vascularisation clitoridienne se fait majoritairement par l'artère honteuse interne, branche antérieure de l'artère iliaque interne qui court sur la face supérieure du fascia supérieur du diaphragme uro-génital contre la branche ischio-pubienne et donne l'artère dorsale du clitoris à son arrivée sous la symphyse. Ses collatérales donnent les artères du bulbe vestibulaire, urétrale et profonde du clitoris.

Les veines, satellites des artères sont nombreuses et richement anastomosées entre elles. Les lymphatiques suivent le trajet des veines pour se jeter dans les nœuds iliaques internes.

La principale innervation du périnée provient du **plexus pudendal** issu des 2ème, 3ème et 4ème vertèbres sacrées (Figure 4). Le plexus pudendal innerve les organes génitaux externes et le périnée (31, 32). Il comprend :

- le nerf pudendal, nerf moteur et sensitif qui se divise en deux branches au niveau de la fosse ischio-rectale.
- le nerf dorsal du clitoris qui donne également des rameaux vers : le bulbe vestibulaire, le corps caverneux, le gland clitoridien (muqueuse et capuchon), et la partie supérieure des petites lèvres (Figure 5).
- Le nerf périnéal dont le rameau superficiel innerve les grandes lèvres et les téguments de la partie inféro- interne de la fesse et le rameau profond innerve les muscles du périnée antérieur. Il assure également l'innervation sensitive de la vulve, du vagin périnéal et de l'urètre. (Figure 4).

Territoire des nerfs ilio-inguinal,

Territoire du nerf pudendal

Territoire des branches ischio-périnéales

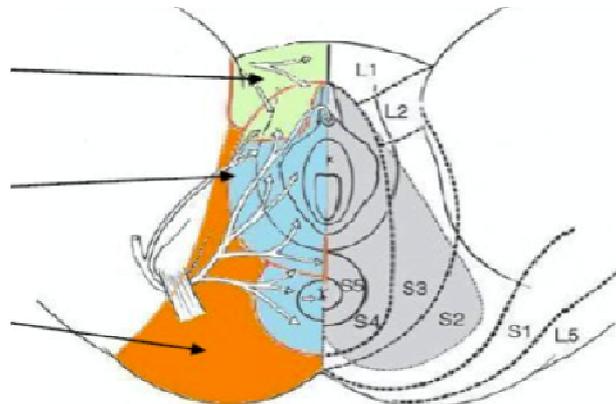


Figure 4 : Innervation sensitive du périnée (Selon UVMaF)

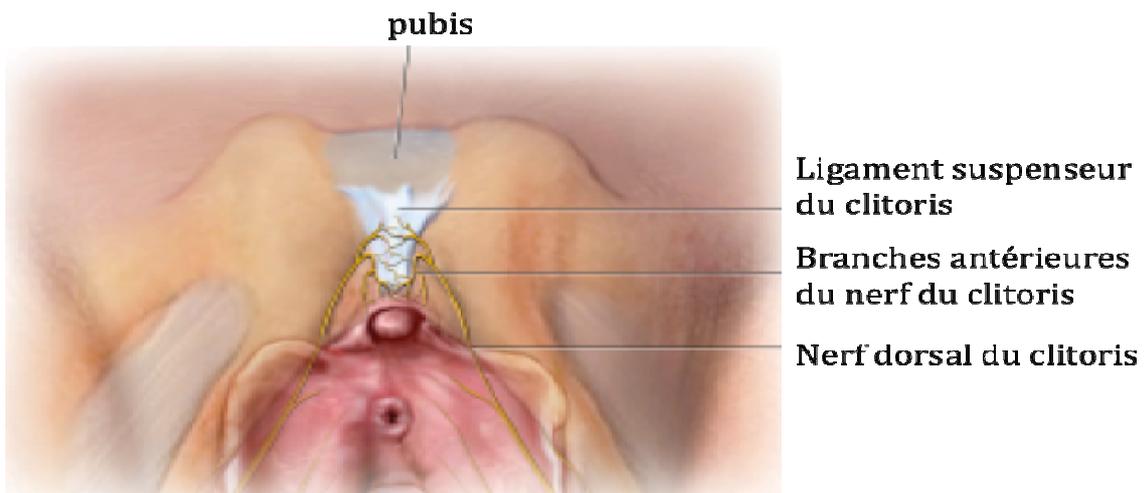


Figure 5 : le nerf dorsal du clitoris (clin anat. 2015 (58))

1.5 Classification

L'OMS définit « l'excision » comme une «*ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres*» et « l'infibulation », une autre pratique du même type, mais plus rare, comme «*un rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant ou en repositionnant les lèvres inférieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris*». La classification de l'OMS décrit ainsi quatre types de MSF (2, 29, 33, 34).

Le type I ou *clitoridectomie* consiste en l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce.

Le type II ou *excision* consiste en l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Le type III ou *infibulation* consiste au rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres et avec ou sans excision du clitoris.

Le type IV correspond à tout autre type de mutilation sexuelle (piqûre, perforation, brûlures, étirement...).

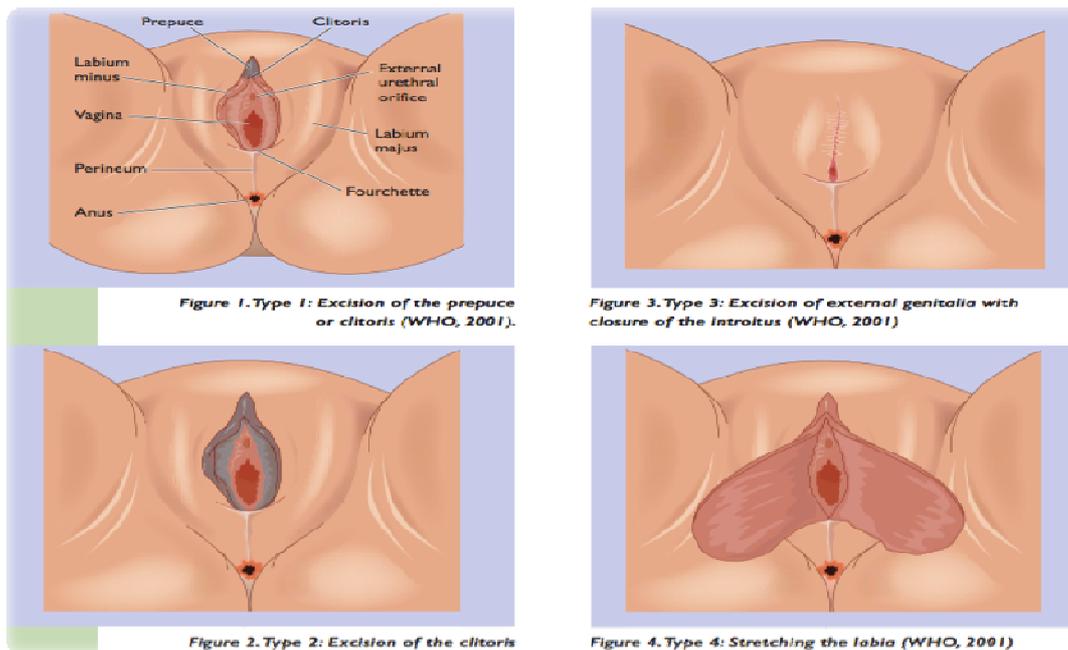


Figure 6: Classification OMS des mutilations sexuelles féminines

Les mutilations de type II sont les plus fréquentes environ 80%, mais les formes plus sévères comme les types III sont retrouvées dans 10% des cas en Afrique (35).

1.6 Lutte contre l'excision, dispositifs législatifs et moyens de prévention

Dès 1952, la lutte contre les MSF apparaît dans une résolution de la commission des droits de l'Homme. En 1979, l'OMS condamne la pratique de l'excision sous toutes ses formes après un premier appel au Soudan. En 1980, cette pratique est inscrite comme une violation des droits Humains. En 1984, la convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes renforce les dispositions contre la pratique. Au cours du séminaire un Comité Interafricain est créé et chargé de susciter la création d'un comité national de lutte dans chaque pays. Plus de 50 états africains adhèrent en 1986 à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. En 1990, la convention internationale des droits de l'enfant prendra des mesures pour « abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé de l'enfant » (15). La lutte contre les MSF sera développée lors de la conférence européenne à Londres en 1992 organisée par le FORWARD

(Foundation for Women Health research and Development), lors de la conférence mondiale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur les droits de l'Homme à Vienne en 1993, lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995 et lors du protocole de Maputo sur les droits des femmes en Afrique en 2003 (2). L'article 5 de la déclaration universelle des droits de l'Homme condamne la pratique des MSF. Les différents pays d'Afrique ont instauré des législations spécifiques mais celles-ci restent mal connues de la population. Les pays occidentalisés du fait de l'immigration croissante ont également instauré des lois interdisant la pratique sur le territoire et à l'étranger (19).

En France, l'excision est apparue à la fin des années 1970, quand les travailleurs maliens ont été autorisés à faire venir leur famille. Le décès d'un bébé de 3 mois en 1978 à la suite d'une hémorragie suite à l'excision émeut l'opinion publique (15). Les MSF ont ainsi une qualification criminelle depuis 1983 dépendant ainsi de la cours d'assises. Selon le code pénal, tout geste de mutilation réalisé en France ou à l'étranger est puni de 10 ans d'emprisonnement, de 150000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal) et de 15 ans de réclusion criminelle si ces violences sont faites sur un mineur de moins de 15 ans (article 222-10). Pour les jeunes filles mineures non-excisées, le professionnel de santé doit être vigilant, en cas de situation à risque d'excision, comme un retour prévu au pays. Il a une obligation de signalement chez les mineures (article 434-3 Code pénal) et doit informer les parents de la loi sur la répression des excisions pratiquées à l'étranger avec un risque d'emprisonnement et d'amende lors du retour en France en cas d'excision avérée chez l'enfant (article 113-7 du code pénal (loi du 4 avril 2006)). La victime peut porter plainte jusqu'à 20 ans, après sa majorité soit jusqu'à 38 ans). De ce fait le secret professionnel est levé selon l'article 226-14 (loi du 2 janvier 2004). En cas de non signalement, le professionnel de santé peut-être condamné pour non-assistance en personne en danger (article 223-6) (5 ans de prison et 75000 euros d'amende) (12, 15). En France seulement 30 procédures ont été ouvertes depuis 1979 (15) (Annexe I).

Face à cette problématique de nombreux organismes luttent contre les MSF et viennent aider et écouter les patientes excisées. En France on retrouve le Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (la GAMS), la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (la CAMS), Gynécologie Sans Frontières (GSF),

Action Santé Femmes (ASF), le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), et les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dont le rôle dans la prévention et le signalement est indispensable (15, 36, 37)). « Excision parlons-en ! » est un rassemblement d'acteurs avertis francophones regroupant des associations, journalistes, professionnels de santé, professionnels éducatif dont le but commun est la disparition de l'excision. D'autres associations au niveau régional sont indispensables pour faire le lien avec les professionnels de santé comme l'Association de Santé des Migrants de Loire Atlantique (ASAMLA) (2).

Malgré les efforts des organismes de santé, des associations et des responsables politiques et religieux, la pratique de l'excision perdure dans le monde. L'emprise sociale est majeure. Des signes d'espoir sont cependant observés. Certaines études montrent que les jeunes adultes des pays concernés sont souvent contre l'excision (2, 15, 19). La scolarisation, la lutte contre la pauvreté et l'information protégeraient les femmes de l'excision. Il est donc indispensable de continuer de mettre en place des moyens de prévention, d'information des populations, de formation des professionnels de santé et de lutte comme la pénalisation (19, 38). L'amélioration de nos connaissances sur cette pratique, à l'aide d'études ethnologiques est indispensable pour améliorer les stratégies de lutte. En décembre 2013, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté pour la première fois la résolution sur « l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines » (19).

2. Complications et troubles de la sexualité

Les complications peuvent être médicales, obstétricales, psychiques, sexuelles et sociales. L'OMS classe les complications des mutilations sexuelles féminines en trois catégories : les complications immédiates, complications tardives une fois la cicatrisation obtenue et les complications psychologiques, sociales et sexuelles (29, 33, 39). Les complications, toutes confondues, concernent plus d'une femme excisée sur trois. Environ un tiers présentera des complications précoces et deux tiers des complications tardives (16, 39).

2.1 Complications physiques

Les complications médicales dépendent de différents facteurs, comme les conditions d'hygiène initiales, l'état de santé de la fillette, son état nutritionnel, la situation économique de la famille, les conditions de réalisation du geste et le type de mutilation (40, 41).

Les conséquences médicales à court terme comprennent la douleur aiguë, les fractures ou plaies des organes de voisinage, la rétention aiguë d'urine, les infections locales et générales (tétanos, hépatite C, VIH) (18, 42), l'état de choc consécutif à l'événement (40) et les risques hémorragiques avec risque de décès de l'enfant.

Les conséquences physiques à long terme sont nombreuses. On retrouve des troubles urinaires tels que les infections urinaires et la rétention d'urine (43). Les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales sont décrites souvent dans les suites d'accouchements dystociques avec une deuxième phase du travail allongée. Ces fistules sont responsables de trouble de la continence urinaire et fécale pouvant entraîner des infections et un isolement social au sein des communautés (33). Les pathologies gynécologiques, telles que les infections vaginales et pelviennes, les dysménorrhées et dyspareunies, peuvent entraîner des difficultés lors des rapports sexuels. Certains cas d'hématocolpos sont décrits en cas de mutilation majeure (44). Les femmes excisées sont plus à risque de présenter une infertilité du fait des difficultés à avoir des rapports complets et des antécédents fréquents d'infections gynécologiques (45). Au niveau de la vulve, on peut retrouver des anomalies de cicatrisation tels que les cicatrices chéloïdes, les névromes du nerf dorsal du clitoris, et les kystes épidermoïdes (4, 11, 22, 46).

2.2 Complications obstétricales

Les complications obstétricales sont majeures, surtout en Afrique et ce principalement chez les femmes présentant des mutilations de type III. Une large étude multicentrique réalisée par l'OMS dans 6 pays d'Afrique montre que les MSF sont responsables de un à deux décès néonataux sur 100 naissances en Afrique. Elle révèle que la fréquence des complications est directement liée au type de

mutilation (47). Cette étude réalisée chez 28393 patientes, décrit un risque augmenté de déchirures du périnée pour les mutilations de type I et II. Chez les patientes infibulées, les complications obstétricales sont majeures. Ces patientes ne peuvent accoucher sans aide et une désinfibulation peut-être nécessaire au moment de l'accouchement. Le risque de césarienne est significativement augmenté pour les mutilations de type II et III. En cas d'infibulation, des cas de dénutrition ont également été décrits chez les patientes angoissées de mettre au monde un gros bébé et qui réduisent alors leurs apports alimentaires (48). D'après l'étude de l'OMS, ces patientes sont plus à risques de mettre au monde des enfants de poids inférieur à 2500 grammes (47). Une méta-analyse réalisée en 2013 (49), comparant les complications obstétricales chez les femmes excisées par rapport aux femmes non excisées, retrouvait des risques significativement augmentés d'allongement du travail. L'allongement du travail entrainerait une augmentation du risque hémorragique et de manière globale des complications obstétricales. Les risques de décès foetaux par anoxie, de fistules vésico-vaginales et recto-vaginales liées à une nécrose de la paroi vaginale lors de la stagnation de la tête foetale dans le vagin, font partie des complications majeures.

2.3 Complications psychiques

Les conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines sont reconnues par les équipes médicales. Les symptômes décrits font partie des critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique décrit par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) (50, 51). Chez les patientes ayant subi une mutilation sexuelle féminine, plusieurs études ont retrouvé une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs ou d'anxiété que dans la population générale (33, 35, 41, 48, 50). Des troubles du comportement associés à des états de stress post-traumatique peuvent ainsi se retrouver comme des conduites d'évitement, des phobies, une somatisation importante (douleurs pelviennes et abdominales chroniques, céphalées), de l'anxiété (11, 44, 52), voir des troubles de la personnalité. Certaines femmes décrivent un manque de confiance en elle et des difficultés dans la relation mère-fille (35). Plusieurs moments importants de leur vie de femme peuvent être appréhendés de manière très angoissante comme le premier rapport et

l'accouchement. Quatre études ont particulièrement analysé les complications psychologiques chez les femmes mutilées comparées aux femmes non excisées (50, 53). Elles retrouvent des troubles liés à un état de stress post traumatique significativement plus élevées chez les patientes excisées. Dans son étude réalisée chez 264 patientes égyptiennes, le Dr Elnashar retrouvait une augmentation significative des troubles tels que la somatisation, l'anxiété, et les troubles phobiques (44). L'évaluation de l'estime de soi serait également significativement diminuée. Les taux de dépression seraient légèrement plus élevés mais les résultats sont non significatifs (50). Il est important de rappeler que les études présentent cependant de nombreux biais et que c'est avec prudence que l'ensemble de ces résultats doit être analysé.

2.4 Complications sociales

Dans les communautés, les filles et les familles qui sont conformes à la pratique de MSF, acquièrent une position sociale et le respect. Inversement, le fait de ne pas se conformer à cette pratique peut conduire, pour la jeune fille et sa famille, à des difficultés pour trouver un mari, une stigmatisation, l'isolement social et la perte de l'honneur et de la protection dans la communauté (23). Selon l'United Nations Children's Fund (UNICEF) c'est l'emprise sociale qui rend si difficile la lutte contre la pratique de l'excision (19). Une étude a été réalisée au Niger en 2002 chez 200 hommes et femmes. Les hommes disaient ne pas pouvoir se marier avec une femme non-excisée et les femmes devaient être excisées pour être reconnues dans la société. Devant ce constat, tous souhaitaient que leurs filles soient excisées (54). En 2009, une enquête nationale réalisée chez 6000 personnes en Guinée, témoignait du rôle important de l'excision dans la société : une femme non-excisée étant considérée comme immorale et rejetée par la société. Pourtant en reprenant les résultats de cette étude, seulement 17% des femmes excisées considéraient que l'excision préservait la virginité avant le mariage et 27% considéraient que cela participait au bonheur du couple contre 42% des hommes ayant répondu au questionnaire. Là encore, on comprend bien toute la difficulté de lutter contre une telle pratique ancrée dans la société (55). Gosselin parle alors de « trivialisation de la culture » (les peuples sont prisonniers de leurs traditions) (14).

Dans les populations immigrées, cette emprise sociale s'atténue et évolue, donnant à la femme une autre place. On remarque ainsi facilement que les femmes qui demandent une réparation chirurgicale sont des femmes souvent plus occidentalisées ayant fait le plus souvent des études secondaires (1, 56).

2.5 Troubles de la sexualité

La sexualité est une expérience universelle, elle dépend de facteurs physiques, neurophysiologiques, biochimiques, mentaux, culturels et sociaux (57). La recherche médicale s'est intéressée aux mécanismes physiques participant à l'orgasme féminin. Des études analysant l'histologie (31, 58) des tissus et leur fonctionnalité (imagerie réalisée par IRM ou échographie) (30, 57) ont identifié 5 structures vasculaires sensibles participant à l'orgasme chez la femme, clitoris, bulbes du clitoris, des petites lèvres, l'urètre et le vestibule / vagin (11). Au cours d'une stimulation directe ou indirecte de ces organes, l'activation du système parasympathique va entraîner une vasodilatation (59). Tous ces organes se remplissent de sang lors de l'excitation sexuelle. Le clitoris, corps érectile va augmenter de taille et venir se basculer en bas et en avant se rapprochant ainsi du méat urétral et du mur antérieur du vagin provoquant ainsi l'orgasme (59). Les mutilations peuvent potentiellement affecter le fonctionnement sexuel par ablation de tout ou partie des organes génitaux et de leur innervation (32, 35, 59). Les troubles de la sexualité sont décrits chez 70% des femmes excisées. Il s'agit de la complication la plus fréquente, mais seulement 30% de ces femmes associent ces difficultés à l'excision (1). En Egypte, où la prévalence de l'excision concerne 91% des femmes, la plupart des femmes disent ressentir des douleurs au cours des rapports, mais elles ne les attribuent pas forcément aux mutilations sexuelles. Les patientes excisées présentent souvent plus de douleurs chroniques, de dyspareunies, et de sécheresse vaginale (60). Les rapports sexuels peuvent être rendus impossibles ou difficiles en cas de rétrécissement important de l'orifice vaginal ou en cas de remaniement cicatriciel (15). Souvent les patientes éprouvent moins de désir. Elles sont moins actives dans l'initiative du rapport et la fréquence des rapports peut-être diminuée. La plupart des études décrivent des difficultés à

atteindre l'orgasme (41). La satisfaction sexuelle globale des femmes excisées est significativement moindre que celle des femmes non excisées (35, 61). L'évaluation de la sexualité est cependant difficile car le bien-être sexuel est multifactoriel. Après avoir été interrogées, certaines femmes excisées en Afrique disent que leur satisfaction sexuelle passe principalement par le plaisir de leur mari, l'affection qu'il leur porte, l'absence de violence conjugale, la réussite et la sécurité financière dans la famille (14, 23, 62). Cette vision de la sexualité a cependant beaucoup évolué depuis ces dernières années dans les pays occidentalisés. Chez les jeunes femmes immigrées ou dans les milieux urbains, l'épanouissement sexuel passe d'abord par la recherche du plaisir personnel (14). Du fait de l'évolution des mentalités et du travail de lutte contre les MSF, on assiste à une modification de la vision de l'excision chez les plus jeunes. Une enquête égyptienne réalisée en 2010 (63) montre que les jeunes hommes craignent plutôt l'excision et ne désirent pas que leur future femme soit excisée, contrairement aux hommes plus âgés.

Concernant l'évaluation de la sexualité, de nombreux questionnaires ont été validés pour permettre une évaluation la plus objective possible. Mais ces questionnaires ne sont pas tous adaptés à la population des femmes excisées, à leur culture et leur langue. La revue de la littérature réalisée par Obermeyer (64) conclut que les études sont limitées par des problèmes conceptuels et méthodologiques. Les données disponibles ne soutiendraient pas les hypothèses selon lesquelles l'excision empêche l'activité ou le plaisir sexuel. Cette revue souligne les difficultés de la recherche sur les conséquences de la circoncision sur la santé et la sexualité, l'importance de distinguer les différents types de mutilation et la nécessité d'aller au-delà de simples inventaires d'atteintes physiques ou d'actes sexuels.

3. Prise en charge des patientes

3.1 Prise en charge chirurgicale

3.1.1 *La chirurgie de réparation clitoridienne*

L'intervention de réparation a été décrite par le Dr Foldès. Elle est réalisée en France depuis 1992 (57, 65). L'expérience a débuté au retour de missions d'évaluation en Afrique sub-saharienne pour le compte de l'Organisation Mondiale de la Santé. La France est actuellement le seul pays où l'intervention est prise en charge par la Sécurité Sociale. L'intervention est standardisée et réalisée sous anesthésie générale et dure environ 40 minutes. Elle commence par la résection de la peau couvrant le moignon clitoridien, puis celui-ci est saisi et le ligament suspenseur du clitoris est sectionné jusqu'à ce que l'extrémité du clitoris soit largement mobilisable. Cela permet de ramener le moignon clitoridien en bas et en avant (figure 2). Cette dissection se fait proche du périoste de manière à protéger le nerf dorsal du clitoris (figure 5). L'extrémité est progressivement libérée du tissu cicatriciel, puis le néogland ainsi dégagé est fixé en position physiologique par un héli-surjet inférieur prenant largement la sclérose et la sous-peau. Un surjet prenant le périoste et interposant les deux muscles bulbo-caverneux au-dessus du gland prévient sa réascension. La partie supérieure de l'incision cutanée est ensuite suturée en deux plans (6, 7, 65, 66, 59). Il est important d'informer les patientes du risque de douleur en post-opératoire au moins pendant 15 jours. La réépithélialisation du néo-clitoris est souvent complète après deux mois de cicatrisation.

Deux chirurgiens réalisent l'intervention dans notre établissement : le Pr Philippe (de 2004 à 2014) et le Dr Wylomanski. La technique chirurgicale est très proche de celle décrite par le Dr Foldès. L'intervention est réalisée en ambulatoire. L'incision est réalisée en Y inversé sur 1 à 2 cm sous le repère clitoridien et à cheval sur l'insertion des petites lèvres (photos prises au cours de nos interventions).



Photo1 : Mutilation sexuelle de type 2



Photo 2 Incision sous le repère clitoridien

Le clitoris est libéré latéralement (Photo 2). La dissection du bord supérieur du clitoris se fait proche du pubis pour conserver l'innervation dorsale du clitoris (Photo 3). Le ligament suspenseur du clitoris est alors sectionné de manière à libérer le genou clitoridien qui est fixé aux tissus sous cutanés au vicryl 2/0 puis à la peau avec du vicryl 4/0 (Photo 4).



Photo 3 : Section du ligament suspenseur



Photo 4 : fixation à la peau

Des pansements gras sont mis en place en post-opératoire. La patiente est sortante le jour même avec un traitement antalgique de palier II, des soins locaux et un anesthésiant local contenant de la xylocaïne. Un suivi régulier de la cicatrisation est assuré par les infirmières de pansement formées dans le service.



Photos 5: Néo-clitoris en fin d'intervention photo 6 : Réépipithélialisation à 6 mois

3.1.2 La désinfibulation

La désinfibulation est une procédure chirurgicale qui peut être proposée aux patientes qui présentent des mutilations de type III. Il s'agit d'une technique simple correspondant en une reprise de la suture labiale par une incision verticale et en une reconstitution plus ou moins fidèle de la partie antérieure des grandes lèvres (6, 67). Cette intervention permet de libérer le clitoris intact dans 48% des cas et d'ouvrir l'orifice vaginal. Le plus souvent les patientes qui souhaitent cette intervention souffrent de dyspareunies et de douleurs pelviennes chroniques. Ce geste peut être proposé avant la grossesse pour faciliter les rapports et diminuer les douleurs ou au moment de l'accouchement quand la tête fœtale commence à amplifier le périnée superficiel afin de diminuer le risque de déchirure périnéale et de dystocie mécanique. La prise en charge chirurgicale est simple et rapide (68). Elle peut être réalisée sous anesthésie générale ou sous anesthésie locorégionale et se pratique au bistouri froid, électrique ou au laser CO₂ (67, 69).

3.2 Prévention des symptômes

La prise en charge des patientes excisées est difficile. Le Dr Foldès compare les femmes mutilées aux femmes violées. Ces dernières effectuent un long parcours pour sortir du silence et leur démarche vers une consultation est parfois longue. Il est important de rappeler que les patientes sont souvent excisées dans l'enfance et qu'elles ne se souviennent plus de cet événement traumatisant. Près de 30% des patientes excisées prennent conscience de leur mutilation au cours de leur puberté ou à l'âge adulte. Cette découverte peut alors être vécue comme un « double traumatisme » comme le décrit le Dr Horoks dans son travail de thèse (12). Au cours de l'adolescence, la jeune fille excisée peut avoir alors de nombreuses craintes et interrogations (70). Dans certaines situations au contraire, les femmes excisées ne se voient pas comme mutilées. Il est alors très important pour le professionnel de santé de diagnostiquer la mutilation et d'apporter une information claire. Une connaissance des complications est indispensable afin de pouvoir les rechercher et les traiter. Il est surtout important de laisser parler ces patientes et de les écouter. Elles sont souvent soulagées et apprécient de pouvoir se livrer contrairement à ce que l'on peut penser. Pour le professionnel de santé, cette approche nécessite de faire abstention de ses préjugés et ses propres craintes. La prévention et la prise en charge de ces patientes commencent avant tout par la parole et l'écoute. Différentes études observationnelles réalisées notamment en Ile-de-France ont démontré un manque de connaissance des médecins généralistes, des pédiatres et des gynécologues sur les MSF (12, 71). Le Dr Wehenkel montrait qu'en 2007 seulement 56% des médecins généralistes disaient avoir eu une formation sur le sujet (72). Ces travaux ont permis de rendre obligatoire cet enseignement au cours du cursus médical pour tous les futurs médecins à partir de 2007 (12, 70, 72). Un guide national pour le praticien est également disponible (15).

3.3 Prise en charge des complications

Dans le rapport ExH, 85% des patientes disaient ne pas avoir de difficultés dans leur vie quotidienne suite à l'excision (1). Beaucoup de patientes n'associent pas forcément leurs symptômes à l'excision. La prise en charge des complications

repose donc d'abord sur leur dépistage. Les complications médicales comme les infections génitales et urinaires doivent être traitées. Les lésions périnéales peuvent nécessiter une prise en charge chirurgicale spécialisée. En cas d'anomalie de cicatrisation notamment de kyste épidermoïde, une exérèse chirurgicale pourra être proposée (4). Les complications psychologiques sont importantes à dépister. Les patientes se plaignent souvent de symptômes dépressifs voire de dépression avérée. L'anxiété est souvent présente et de véritables états post-traumatiques peuvent également être retrouvés (35, 41, 48, 50). La grossesse peut-être une étape angoissante pour la femme excisée et pour le conjoint. Un rendez-vous précoce avec un gynécologue est donc important afin d'informer le couple sur les complications possibles et sur la nécessité d'une désinfibulation au cours du travail en cas de mutilation de type III. Cette alternative pour favoriser l'accouchement par voie basse et limiter les complications est souvent bien acceptée par le couple, car les patientes africaines craignent souvent la césarienne (73, 74). Une épisiotomie pourra également être réalisée en cas de mutilation. Il est important de bien orienter la patiente en fonction de ses symptômes et une prise en charge pluridisciplinaire peut-être recommandée (comprenant un gynécologue, un urologue, un psychologue ou un sexologue).

3.4 Prise en charge des troubles de la sexualité

La prise en charge des troubles de la sexualité passe tout d'abord par la prévention et une information. Le professionnel de santé doit pouvoir poser les bonnes questions et oser les poser pour dépister un trouble. Très tôt les jeunes filles excisées se sentent angoissées à l'idée du premier rapport qui est souvent vécu comme un acte douloureux (1). Ces femmes ont peur de raviver la douleur ressentie lors de la mutilation. Chez les patientes immigrées, il est important de les informer rapidement et de les rassurer. Un examen gynécologique précoce prudent peut-être nécessaire pour évaluer le type de mutilation et proposer une prise en charge. Cette consultation peut permettre de répondre aux questions concernant une future grossesse et de parler de l'accouchement à la jeune femme ou au couple.

Un travail de réassurance sur l'estime de soi peut-être proposé. Chez les patientes immigrées, un sentiment de honte peut exister par rapport à l'excision. Dans les sociétés occidentalisées, le sexe féminin mutilé est différent de celui des autres femmes : « je ne suis pas normale » dira une patiente lors de nos entretiens. Les symptômes sexuels comme les infections vaginales, les irritations doivent être traitées et un traitement par lubrifiant peut-être adapté. L'éducation à la sexualité est souvent indispensable afin que les patientes puissent découvrir les capacités érotiques de leur corps. Le premier travail du sexologue est déjà d'évaluer les connaissances sur la sexualité et la connaissance des zones érogènes chez les femmes excisées. Souvent il s'agit d'un sujet tabou chez ces femmes et même chez leurs partenaires (15). Le sexologue peut leur permettre de comprendre que l'excision ne les prive pas de tout accès au plaisir sexuel. Chez les patientes qui souhaitent une reconstruction chirurgicale du clitoris, son rôle est central. En effet après l'intervention, près de 70% des femmes ressentiront des sensations clitoridiennes. Cependant, le rétablissement de l'organe du plaisir nécessite à la femme d'apprendre à connaître son corps sexué (15, 60). Pour les patientes qui s'orientent vers le projet d'une reconstruction chirurgicale du clitoris, une prise en charge pluridisciplinaire associée est conseillée (15).

II ETUDE

1. Contexte de l'étude

Notre projet d'étude a été initié lors de la mise en place d'un parcours de soin spécifique pour les patientes présentant une mutilation sexuelle féminine au sein de notre service. L'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) dirigée par le Dr Carton a été créée en 2004 par le Professeur Philippe. Quatre médecins, une sage-femme, deux assistantes sociales, deux psychologues et une sexologue assurent l'accueil des femmes en situation de vulnérabilité. Afin de répondre au mieux aux demandes des femmes excisées, toute patiente adressée pour une prise en charge de mutilation sexuelle bénéficiera d'une consultation avec le chirurgien afin d'obtenir l'ensemble des renseignements concernant l'intervention chirurgicale et d'une consultation avec la sexologue afin de déterminer au mieux les problèmes sexuels de la patiente et de lui proposer un suivi afin de l'accompagner dans sa démarche. La prise en charge peut-être alors chirurgicale avec un suivi au long cours par la sexologue et le psychologue ou une prise en charge médicale seule chez les patientes qui ne désirent pas être opérées. Tout au long du parcours la patiente pourra également bénéficier de consultations avec le psychologue si elle le souhaite.

2. Objectifs

Le but de cette étude observationnelle était de fournir une première évaluation de la sexualité de patientes excisées prises en charge au CHU de Nantes. Dans ce cadre, cette étude a tenté de répondre aux questions suivantes:

- Quelles étaient les caractéristiques sociodémographiques des patientes et quels troubles du bien être sexuel présentaient-elles initialement ?
- Quel était le niveau de douleur après chirurgie ainsi que les complications post-opératoires associées ?
- Quelle était la sexualité des patientes à distance de la chirurgie ?

- Quelle était leur satisfaction concernant l'aspect esthétique et psychique en post-opératoire ?
- Le bien-être sexuel des patientes en post-opératoire était-il comparable à celui d'une population témoin du même âge ?
- Comment évoluait leur bien être sexuel avant et après intervention chirurgicale ?
- Chez les patientes qui bénéficiaient d'un suivi pluridisciplinaire, retrouvait-t-on une amélioration plus nette du bien être sexuel après intervention ?

3. Matériel et méthode

3.1 Descriptif général de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective, unicentrique réalisée entre décembre 2013 et décembre 2014 au CHU de Nantes. Cette étude était réalisée dans le cadre d'un projet de recherche ayant été approuvé par le Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé GNEDS (numéro : 2014-03-07). Cette étude a également été approuvée par la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) (Référence : RC14 0102 et RC 140101). Une lettre d'information sur l'étude était remise à toutes les patientes. Le consentement à leur participation était libre et ne modifiait en rien leur prise en charge.

3.2 Population de l'étude

L'étude était proposée à toutes les patientes consultant au CHU de Nantes pour une demande d'information concernant les mutilations sexuelles féminines et leur prise en charge.

Parallèlement, les patientes opérées pour une mutilation sexuelle entre 2008 et 2013 ont été recontactées afin d'évaluer leur bien être sexuel à distance de l'intervention.

Les patientes incluses dans l'étude étaient majeures, comprenaient et lisaient le français. Les patientes exclues étaient les patientes mineures, ne comprenant pas et

ne lisant pas le français, celles présentant un antécédent psychiatrique ou neurologique gênant la compréhension de l'étude ainsi que les patientes sous tutelle.

3.3 Données recueillies

Les données recueillies comprenaient des données sociodémographiques (âge de la patiente, origine géographique, date d'installation en France pour les patientes nées à l'étranger, statut marital, niveau d'étude et statut professionnel) et des données médicales concernant les antécédents médicaux, obstétricaux, ainsi que le statut hormonal de la patiente (Annexe II).

Concernant l'histoire de la MSF, l'âge de l'excision, les complications et les symptômes liés à l'excision, les motivations personnelles à un traitement chirurgical et le soutien humain dans cette démarche étaient recueillis. Le type de MSF était précisé par le médecin selon la classification OMS (Figure 6) (Annexe II).

Les données sur la sexualité comprenaient tout d'abord une évaluation du bien être sexuel avec le score « Female Sexual Function Index » (FSFI). Le FSFI est un score de sexualité décrit par Rosen en 2000 (8). Ses principaux avantages sont : une validation psychométrique rigoureuse de la version anglaise originelle, une large utilisation par les professionnels de santé dans les publications scientifiques (ce qui facilite la comparaison des résultats), un taux de réponses élevé du fait de questions moins intimes que certains questionnaires comme le « Brief Index of Sexual Functioning for Women » (BISF-W) (75) et enfin l'existence récente d'une version française validée (76). Il évalue la satisfaction sexuelle des femmes au cours des quatre dernières semaines en détaillant 6 domaines : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur. Le questionnaire du FSFI comprend 19 questions. Pour chaque question, un score de 0 à 5 (1 à 5 pour les questions 1 et 2) est donné en fonction de l'item sélectionné. Un facteur multiplicateur doit être appliqué au score obtenu pour chaque domaine et l'ensemble des points est ainsi additionné pour avoir un résultat sur 36. Le score total du FSFI varie donc de 2 à 36. Le choix du seuil du FSFI définissant une altération de la fonction sexuelle féminine est discuté dans la littérature et varie entre 23 et 26,55 (Annexe III).

Domaines	Questions	scores possibles	Facteur multiplicateur	score minimum	score maximum
Désir	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitation	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubrification	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasme	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfaction	14, 15, 16	0-5	0,4	0	6,0
Douleur	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Total				2,0	36,0

Tableau 1 : Tableau de calcul du score FSFI

L'évaluation de la sexualité des patientes reposait également sur l'évaluation des sensations clitoridiennes (critères établis par le Dr Foldes (5)), l'évaluation psychique des patientes et l'aspect esthétique de la vulve estimé par celles-ci. Il s'agissait de questions libres (Annexe IV).

Des données concernant les complications post-opératoires et l'évaluation de la douleur (EVA : Echelle Visuelle Analogique) ont été recueillies dans le dossier médical des patientes déjà opérées et ont été rapportées par les infirmières de consultation spécialisée dans les suites immédiates de la chirurgie pour les patientes suivies de manière prospective.

Le questionnaire d'inclusion de l'étude comprenait ainsi : une fiche d'information sur l'étude et une fiche de consentement écrit. Une fiche personnalisée comprenait également : les données sociodémographiques, les données médicales, les informations sur l'histoire de l'excision, le questionnaire FSFI, une évaluation du bien-être psychique et esthétique, ainsi que les motivations de leur prise en charge.

Pour les patientes opérées, le questionnaire à trois jours de l'intervention comprenait : l'EVA et les données concernant les éventuelles complications.

Puis le questionnaire post-opératoire comprenait le FSFI, les questions concernant le bien être esthétique et psychique de la patiente et ainsi que la satisfaction des patientes vis-à-vis de l'intervention.

Pour les patientes opérées avant 2013, le questionnaire post-opératoire était rempli. Les mêmes données sociodémographiques, médicales, l'histoire de l'excision et les motivations sur la demande de prise en charge étaient également relevées.

3.4 Modalités d'inclusion et de suivi

Pour les patientes prises en charge après 2013, toutes les patientes demandant une information sur les modalités de prise en charge des mutilations sexuelles féminines se voyaient remettre par le médecin ou la sage-femme sexologue une note d'information sur l'étude. Les patientes acceptant de participer à l'étude étaient incluses. Le questionnaire d'inclusion était alors réalisé au cours d'une consultation pré-opératoire par le chirurgien ou le sexologue. Pour les patientes bénéficiant d'une prise en charge chirurgicale, le questionnaire à trois jours de la chirurgie était rempli par les infirmières en consultation de pansement. Le questionnaire post opératoire était rempli lors de la consultation avec le chirurgien à trois mois puis à six mois de l'intervention.

Parallèlement, le questionnaire post-opératoire a été proposé à toutes les patientes ayant bénéficié d'une réparation chirurgicale de MSF avant 2013. Ces dernières ont été recontactées par téléphone, lorsque cela était possible. Pour faciliter le recueil des données, des entretiens avec l'interne et la sexologue étaient éventuellement proposés.

3.5 Analyse des données de l'étude

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R.14.1. Toutes les variables recueillies lors de l'étude ont été analysées. Le degré de signification retenu dans cette étude est celui standard de $p < 0.05$. Les patientes atteintes de MSF incluses dans l'étude ont été décrites selon les principales variables sociodémographiques et

cliniques. Les variables catégorielles ont été comparées grâce à un test exact de Fisher et les variables continues grâce à un test de Wilcoxon. Ces derniers sont mieux adaptés aux petites tailles d'échantillon que le test de Student et le test du χ^2 . Pour comparer les données des patientes à M0 avec celles à M3 et M6, la non indépendance des données a été prise en compte dans les tests statistiques (appariement).

Pour comparer la sexualité de l'ensemble des patientes opérées à celle d'une population témoin sans mutilations sexuelles, les données de femmes ayant participé à une étude précédente concernant la validation française du score Female Sexual Function Index (FSFI) (76) ont été réutilisées. Chaque patiente de l'étude a été appariée à trois femmes témoins choisies aléatoirement dans la population de cette étude. Un appariement a été effectué sur l'âge (+/- un an), en excluant préalablement les femmes enceintes ou ménopausées. Durant l'analyse statistique, la dépendance induite par l'appariement des cas et des témoins sur l'âge a été prise en compte en utilisant des modèles à effets mixtes.

Les données des patientes ayant bénéficié d'une réparation chirurgicale de MSF, avant et après 2013, ont également été comparées pour évaluer l'impact de la prise en charge multidisciplinaire mise en place en 2013. Dans ce cadre, les variables catégorielles ont été comparées grâce à un test exact de Fisher et les variables continues grâce à un test de Wilcoxon.

4. Résultats

4.1 Caractéristiques des 34 patientes ayant participé à l'étude

Quatorze patientes ont consulté notre équipe afin de bénéficier d'une intervention de réparation entre décembre 2013 et décembre 2014. Toutes ont accepté de participer à l'étude. Sur cette période, 12 patientes ont été opérées et deux ont préféré différer l'intervention. Il n'y a eu aucune patiente perdue de vue sur la période des 6 mois suivant l'intervention.

Sur les 5 dernières années, 70 patientes ont été opérées d'une chirurgie de réparation clitoridienne au CHU de Nantes. Nous avons réussi à recontacter 23

patientes, soit 33% des patientes qui ont bien voulu participer à l'étude et répondre au questionnaire. Une patiente a été exclue car elle ne parlait pas le français.

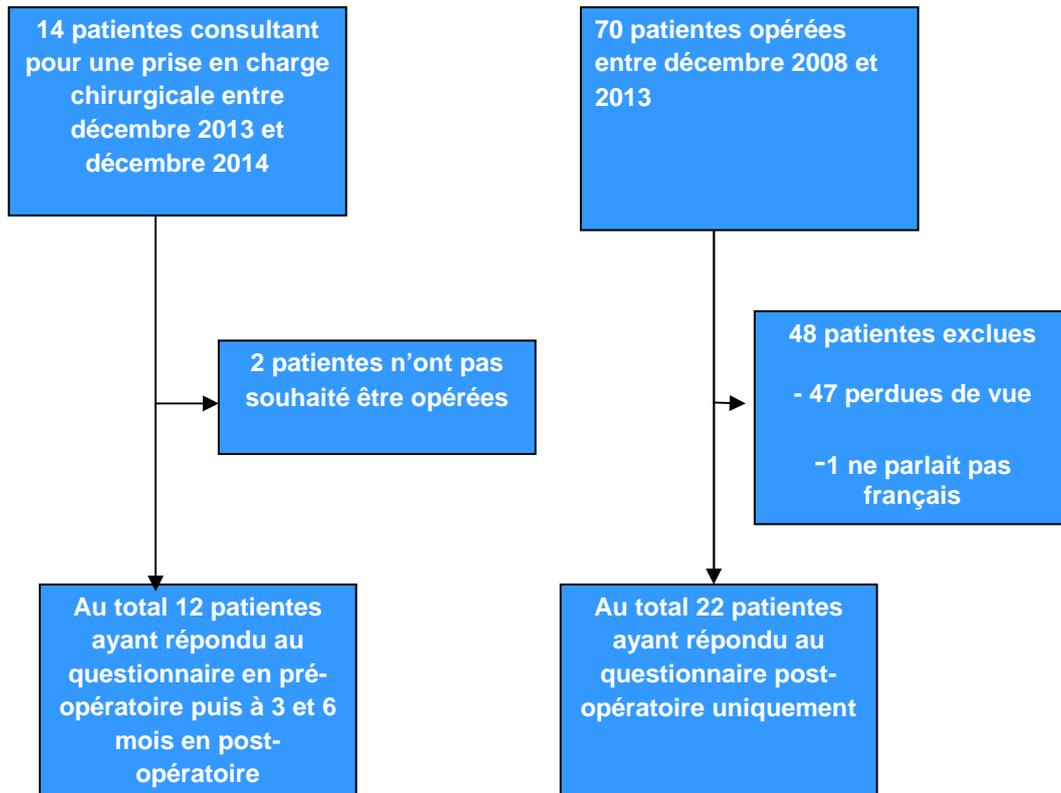


Schéma 1: Diagramme des patientes incluses dans l'étude : Chart flow

Les données pré-opératoires concernant l'évaluation de la sexualité, les sensations clitoridiennes, la douleur, l'aspect esthétique et psychique ont été recueillies chez 12 patientes. Les données socio-démographiques et les résultats post-opératoires à 6 mois ont pu être analysés chez 34 patientes au total.

4.1.1 Données sociodémographiques

L'âge des patientes était compris entre 20 et 45 ans. L'âge médian était de 33,5 ans (âge minimum 20 ans - âge maximum 45 ans). Vingt-sept patientes (soit 79%) avaient un niveau d'étude supérieur au niveau primaire et 9 patientes (26%) avaient un niveau équivalent ou supérieur à celui du baccalauréat. Treize patientes (38%) étaient employées mais dix-neuf femmes (56%) étaient sans emploi. On retrouvait une femme au foyer et une étudiante. Vingt et une patientes (62%) étaient mariées et vivaient en couple. Trente deux patientes (94%) avaient des enfants avec

en moyenne 2.7 enfants par femmes. Six femmes (17%) n'avaient qu'un seul enfant et huit patientes (23%) avaient plus de 3 enfants, 1 seule femme avait plus de 5 enfants. Toutes les patientes étaient originaires d'Afrique. Dix-sept patientes (50%) étaient originaires de Guinée-Conakry.

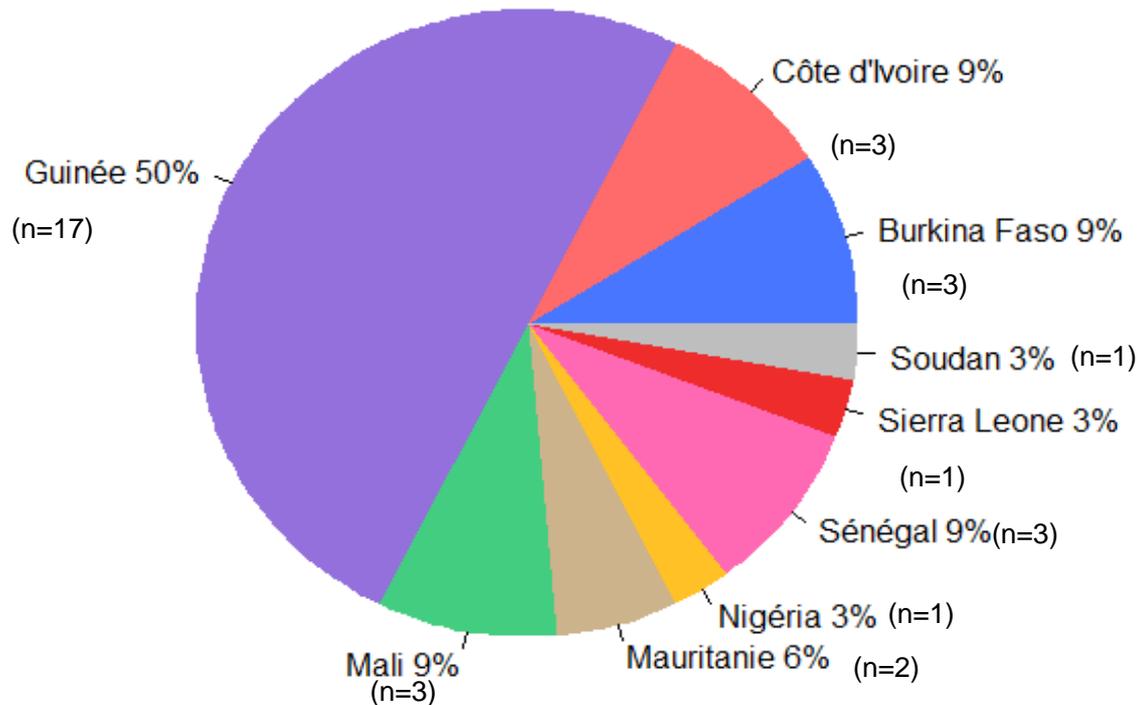


Schéma 2: Répartition des origines géographiques des patientes de l'étude

4.1.2 Antécédents médicaux et chirurgicaux

Parmi les 34 patientes, 5 patientes (15%) avaient des antécédents médicaux notables : 1 patiente avait un antécédent de cancer du sein traité et 1 patiente était en cours de traitement pour un lymphome. Deux patientes étaient drépanocytaires hétérozygotes. Une patiente avait un antécédent de tuberculose traitée. Au niveau chirurgical, 2 patientes ont été opérées pour des salpingites et 1 patiente a eût une laparotomie pour une myomectomie. Une patiente a bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

4.1.3 Caractéristiques de la mutilation

Dans notre population, l'âge de la mutilation était compris entre quelques semaines après la naissance et l'âge de 18 ans, avec un âge médian de 7 ans. La patiente la plus âgée a été excisée lors de sa première grossesse après son mariage.

Selon la classification OMS, 23 patientes (soit 68%) présentaient une mutilation de type II (clitoridectomie + ablation partielle ou totale des petites lèvres). Cinq patientes (15%) avaient une mutilation de type I (clitoridectomie) et 6 (18%) de type III (infibulation). Aucune patiente n'a présenté de mutilation de type IV dans notre étude.

4.1.4 Complications liées à la mutilation

Au total, 16 patientes soit 47% des patientes présentaient des complications médicales, obstétricales et psychiques liées à l'excision. Deux patientes ont présenté des complications immédiates liées à l'excision. Une patiente a été excisée à l'âge de 16 ans pendant sa première grossesse et a fait une hémorragie suite au geste. Une patiente a présenté des plaies majeures au niveau des membres ayant nécessité une chirurgie plastique de réparation à l'âge adulte.

Plusieurs complications tardives pouvant être liées à l'excision ont été retrouvées :

- 4 patientes souffraient d'infertilité nécessitant une prise en charge par fécondation in vitro. Parmi ces 4 patientes, 2 avaient des antécédents de salpingite ayant nécessité une prise en charge chirurgicale.
- 1 patiente faisait des infections vaginales à répétitions (plus de 4 par an).
- 3 patientes souffraient d'état de stress post-traumatiques liés à l'excision et étaient prises en charge. Une de ces patientes a développé des troubles alimentaires majeurs nécessitant une prise en charge bariatrique pour obésité morbide.
- 1 patiente présentait une coinfection par l'hépatite B et l'hépatite C.

Au niveau des antécédents obstétricaux, 2 patientes avaient été hospitalisées pour des menaces d'accouchements prématurés. Treize patientes avaient bénéficié d'une césarienne, dont une pour un antécédent de myomectomie. Six patientes avaient eu des déchirures vaginales simples et 2 patientes des déchirures de types 2. Six patientes avaient eu une extraction instrumentale. L'épisiotomie a été réalisée dans la grande majorité des cas, mais certaines patientes ne se souvenaient plus s'il s'agissait d'une épisiotomie ou d'une déchirure.

Vingt-sept patientes, soit 80% de notre population, n'étaient pas satisfaites de leur sexualité avant l'intervention.

4.1.5 Motivations d'une prise en charge chirurgicale

La première cause de demande de réparation chirurgicale était une demande d'amélioration de la sexualité chez 27 patientes (80%). L'amélioration des douleurs était recherchée chez quatorze patientes (40%). A travers la demande de réparation, 24 patientes (70%) souhaitaient affirmer leur identité et se détacher de l'emprise culturelle de leur pays d'origine. L'amélioration esthétique n'était évoquée que chez 4 patientes (11%). L'incitation du partenaire à la réparation chirurgicale était présente chez 7 couples (20%).

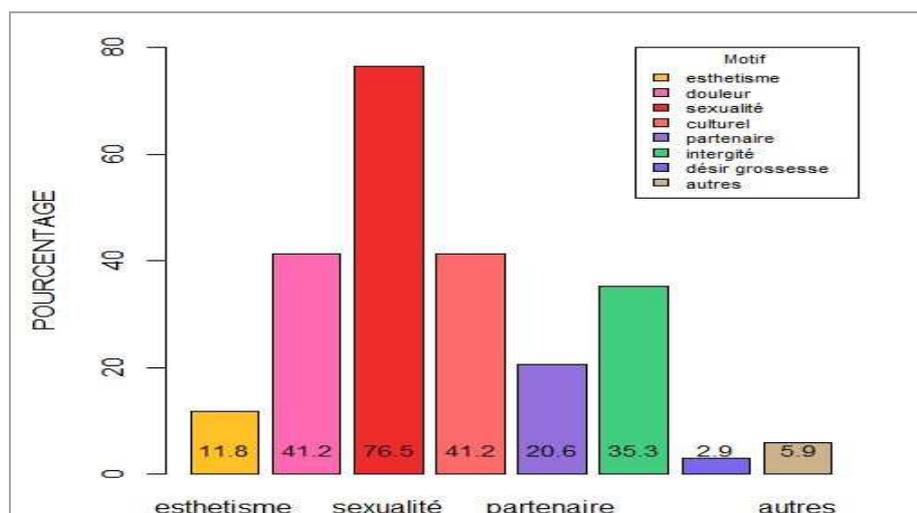


Schéma 3 : Répartition des motivations à une prise en charge chirurgicale

4.1.6 Information et délai de réflexion avant la prise en charge chirurgicale

Les patientes ont été informées de l'existence d'une technique chirurgicale principalement du bouche à oreille avec d'autres femmes ou amies (12 patientes soit 35% des cas). La place des médecins et gynécologues dans cette information concernait seulement 9 femmes (27%). Cette information était principalement donnée au cours de leur suivi de grossesse. L'information a été donnée par les psychologues, sexologues, sages-femmes et assistantes sociales dans 4 cas (12%). Internet et la télévision ont permis d'informer les patientes sur l'existence de l'intervention dans 6 cas (17%). Deux femmes ont reçu les informations des associations (6%).

Le délai de réflexion pour demander une réparation chirurgicale était de moins de 24 mois pour 32 femmes avec un délai médian de 9,5 mois au total.

4.1.7 Soutien humain devant le projet de réparation

Trente deux patientes (94%) étaient soutenues dans leur projet. Seulement 2 femmes (6%) ont gardé secret leur désir de réparation. Les amies représentaient le soutien le plus important pour 24 patientes (71%) alors que seulement 7 femmes (22%) ont informé leur famille. La place du partenaire était majeure lors du parcours de prise en charge, 22 femmes (65%) étaient soutenues par leur partenaire.

4.2 Données descriptives des 34 patientes en post-opératoire

4.2.1 Complications associées à la chirurgie

Seulement deux patientes (5,8%) ont nécessité une nouvelle hospitalisation. Une patiente présentait un hématome qui n'a pas nécessité de reprise chirurgicale et une patiente nécessité une prise en charge antalgique plus importante. La douleur post-opératoire a été décrite comme élevée chez 9 patientes (26%) au cours des quinze premiers jours. L'évaluation de la douleur par l'EVA au cours des consultations avec les infirmières de pansement dans les trois premiers jours post-

opératoires relèvent une EVA moyenne à 4, malgré les antalgiques et la xylocaïne en gel. Une sensation de gêne était retrouvée chez 3 femmes et a duré quelques semaines, il s'agissait le plus souvent de brûlures et d'irritations.

4.2.2 Evaluation de la fonction clitoridienne après chirurgie

En post-opératoire, 4 patientes (16%) ne ressentait aucune sensation au niveau du clitoris, 4 (16%) disaient ressentir quelques sensations, 3 (12%) éprouvaient du plaisir sans orgasme, 12 patientes (36%) décrivaient des orgasmes occasionnels et 11 (33%) des orgasmes réguliers. Vingt six patientes (82%) éprouvaient des sensations clitoridiennes en post-opératoire et 23 (soit 70%) ressentait des orgasmes.

4.2.3 Evaluation du bien être sexuel après chirurgie

L'évaluation du FSFI retrouvait un score médian à 29,75 en post-opératoire Pour chaque item les scores médians restaient compris entre 4,4 et 6.

SCORE FSFI à M6	min	médiane	max
Total	3.60	29.75	35.70
Désir	1.2	4.5	6.0
Excitation	0.000	4.800	6.000
Lubrification	0.000	5.700	6.000
Orgasme	0.0	4.4	6.0
Satisfaction	0.800	5.600	6.000
Douleur	0.000	6.000	6.000

Tableau 2 : Résultats du score FSFI chez les 34 patientes en post-opératoire

4.2.4 Comparaison du bien être sexuel des patientes opérées (n=34) à celui de femmes du même âge sans mutilation (n=102)

Le score FSFI médian était de 29,7 dans la population ayant bénéficiée d'une réparation de mutilation sexuelle et de 28,7 dans la population des femmes sans mutilation. Cette différence n'était pas significative (p.value=0.186). Les données descriptives (minimum, médiane et maximum) concernant les sous-scores FSFI sont disponibles dans le Tableau 3 et représentées graphiquement dans le Schéma 4.

SCORE FSFI		Minimum	Médiane	Maximum	P.value
Total	<i>opérées</i>	3,6	29,7	35,7	0.186
	<i>témoins</i>	3,6	28,7	35,7	
Désir	<i>opérées</i>	1,2	4,5	6,0	0.045
	<i>témoins</i>	1,2	3,6	6,0	
Excitation	<i>opérées</i>	0,0	4,8	6,0	0.637
	<i>témoins</i>	0,0	4,8	6,0	
Lubrification	<i>opérées</i>	0,0	5,7	6,0	0.833
	<i>témoins</i>	0,0	4,8	6,0	
Orgasme	<i>opérées</i>	0,0	4,4	6,0	0.267
	<i>témoins</i>	0,0	4,8	6,0	
Satisfaction	<i>opérées</i>	0,8	5,6	6,0	0.033
	<i>témoins</i>	0,8	5,2	6,0	
Douleur	<i>opérées</i>	0,0	6,0	6,0	0.027
	<i>témoins</i>	0,0	4,8	6,0	

Tableau 3: Description des scores FSFI des patientes opérées (n=34) à ceux de femmes du même âge sans mutilation (n=102)

Concernant les sous-scores, les femmes ayant bénéficié d'une réparation avaient un niveau de désir ($p=0.04$) significativement plus élevé ainsi qu'un niveau de douleur significativement moindre que les femmes non mutilées ($p=0.02$).

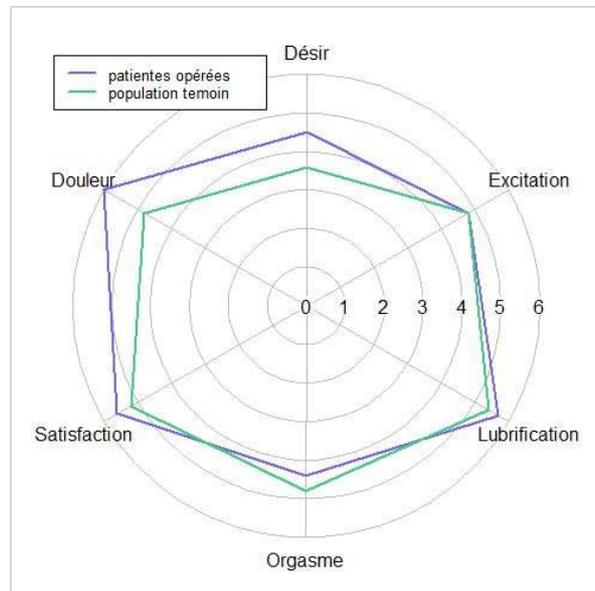


Schéma 4: Comparaison des scores FSFI des patientes opérées (n=34) à ceux de femmes du même âge sans mutilation (n=102)

4.2.5 Satisfaction après chirurgie

Sur les 34 patientes, 27 patientes (soit 80%) étaient satisfaites de l'intervention. Sur une échelle de 0 à 10, 23 patientes (67%) mettaient la note maximale et 4 la note de 8. Six patientes (17%) n'étaient pas satisfaites. Les deux principales causes d'insatisfaction étaient l'absence d'amélioration de la sexualité chez trois patientes et la douleur post-opératoire. Parmi les trois patientes non satisfaites des résultats de la chirurgie au niveau de leur sexualité, une patiente avait cependant une amélioration des sensations au niveau du clitoris, une n'avait pas repris de rapport dans les suites et une patiente ne présentait pas initialement de dysfonction sexuelle avec un score FSFI en préopératoire à 28.

A la question « recommanderiez-vous cette intervention à une autre femme ? », 28 patientes (83%) ont répondu de manière positive.

4.3 Comparaison des données avant et après chirurgie (n=12)

4.3.1 Evaluation des sensations clitoridiennes

En préopératoire, 9 patientes (75%) n'avaient pas de sensations clitoridiennes (Tableau 4). A 6 mois, une nette amélioration était observée avec la totalité des patientes qui récupéraient des sensations clitoridiennes dont 8 (66%) avec des orgasmes. Les différences observées entre M0 et M6 étaient significatives (p.value = 0.025).

Période d'évaluation	Pas de sensations	Sensation sans orgasmes	orgasmes	p-value
M0	9 (75%)	1 (8%)	2 (17%)	
M3	6 (50%)	0 (0%)	6 (50%)	0,300
M6	0 (0%)	4 (34%)	8 (66%)	0,025

Tableau 4 : Résultats de l'évaluation des sensations clitoridiennes en préopératoire, à 3 mois et à 6 mois du post opératoire (n=12).

4.3.2 Evaluation du bien être sexuel

Le score FSFI médian chez les 12 patientes était de 16,95 (score minimum : 3,60 ; score maximum : 28,10) en préopératoire (Tableau 5). Ce score est significativement diminué par rapport à celui de la population générale (FSFI : 29,60) (p-value < 0,0001). Cette différence est significative pour l'ensemble des items du FSFI (p-value < 0,005), seule la lubrification ne semble pas significativement diminuée. Lors de l'évaluation à 3 mois de la chirurgie, le score global médian du FSFI était de 22,55 (score minimum : 4,80 ; score maximum : 28,40). Ce dernier n'était pas significativement différent du score médian en préopératoire (p.value = 0,620). Lors de l'évaluation à 6 mois de la chirurgie, le score global médian du FSFI était de 28,80 (score minimum : 4,40 ; score maximum : 35,40). Ce dernier était

significativement différent du score médian en préopératoire (p.value = 0,009) (Tableau 5).

SCORE FSFI	M0			M3			M6		
	min	médiane	max	min	médiane	max	min	médiane	max
Total	3.6	17.0	28.1	4.80	22.6	28.4	4.4	28.8	35.4
Désir	1.2	2.4	5.4	1.2	3.6	6.0	3.0	4.8	6.0
Excitation	0.0	2.3	5.1	0.0	4.1	6.0	0.0	4.8	6.0
Lubrification	0.0	4.1	6.0	0.0	5.0	6.0	0.0	5.7	6.0
Orgasme	0.0	1.2	4.8	0.0	3.0	4.8	0.0	4.4	6.0
Satisfaction	1.2	3.6	5.6	1.2	2.4	6.0	0.8	5.0	6.0
Douleur	0.0	2.8	5.2	0.0	4.6	6.0	0.0	6.0	6.0

Tableau 5 : Répartition des scores du FSFI en préopératoire et postopératoire à 3 mois et 6 mois (n=12)

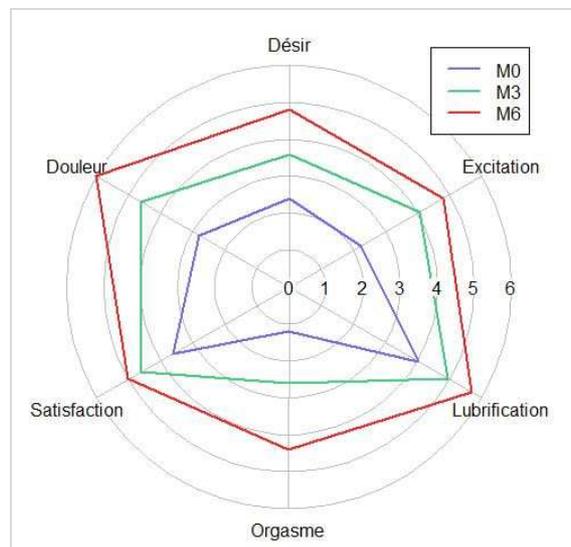


Schéma 5 : Comparaison des sous score FSFI médians en préopératoire, à 3 mois et à 6 mois de l'intervention (n=12)

L'évolution des sous scores du FSFI entre M0 et M6 est représentée dans le Schéma 5. Au total à 6 mois, on observait une amélioration significative du niveau du désir (p-value=0.003), d'excitation (p-value=0.018), des orgasmes (p-value=0.02), de la

satisfaction sexuelle (p-value=0.03) et une diminution significative de la douleur pendant et après les rapports (p-value=0.04). A 6 mois, deux patientes n'avaient pas repris les rapports sexuels. Les résultats post-opératoires ne dépendaient pas du type de MSF.

4.3.3 Evaluation de la douleur

L'item du score FSFI sur la douleur retrouve une diminution significative des douleurs pendant et après les rapports (p-value=0.04). La valeur moyenne de L'EVA pour les douleurs présentes au cours des rapports avant l'intervention était de 5. Six mois après l'intervention 3 patientes se plaignaient de douleurs persistantes pendant les rapports et les cotaient à environ 3 sur une échelle de 10.

4.3.4 Evaluation psychique des patientes et de leur satisfaction esthétique

L'amélioration des résultats esthétiques était importante. 6 patientes (50%) étaient satisfaites de l'aspect esthétique de leur sexe à M6 contre seulement 1 (8%) à M0. Cette différence était non significative (p.value=0.06). Une diminution du sentiment de honte décrit par celles-ci était observée avant et après l'intervention (p.value= 0.068) (Tableau 6). Quatre (35%) patientes considéraient l'aspect de leur vulve comme normal à M6 contre 2 (17%) à M0. Cette évolution n'était pas significative (p.value=0.640).

Evaluation esthétique		M0	M3	M6
Sentiment de honte	<i>Non</i>	6 (50%)	10 (92%)	10 (92%)
	<i>Oui</i>	6 (50%)	1 (8%)	1(8%)
Satisfaction aspect de la vulve	<i>Insatisfaite</i>	3 (25%)	2 (17%)	1 (8%)
	<i>satisfaite</i>	1 (8%)	5 (42%)	6 (50%)
Sentiment de normalité	<i>Anormal</i>	10 (83%)	8 (67%)	8 (67%)
	<i>Normal</i>	2 (17%)	4 (33%)	4 (33%)

Tableau 6 : Evaluation de l'aspect esthétique par les patientes avant et après l'intervention (n=12)

Le sentiment de féminité a également été évalué au cours de notre suivi. On retrouvait une augmentation de femmes éprouvant ce sentiment au cours du suivi mais cette différence n'était pas significative ($p=0.33$).

Les patientes décrivaient moins de symptômes dépressifs comme la tristesse le découragement après l'intervention ($p=0.54$). Ces résultats n'étaient cependant pas significatifs.

4.4 Impact de la prise en charge pluridisciplinaire

Nous avons comparé les scores FSFI post-opératoires des patientes suivies après 2013 (n=12) ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire et ceux des patientes suivies avant 2013 n'ayant pas eu ce suivi spécifique (n=22). Aucune amélioration significative du score FSFI dans le groupe avec suivi pluridisciplinaire comparativement à celui sans suivi pluridisciplinaire n'a été mise en évidence (Tableau 7 et Schéma 6).

SCORE FSFI		min	médiane	max	P.value
Total	Après 2013	4,4	28,8	35,4	0,773
	Avant 2013	3,6	21,3	24,6	
Désir	Après 2013	3,0	4,8	6,0	0,4503
	Avant 2013	1,2	4,2	6,0	
Excitation	Après 2013	0,0	4,8	6,0	0,6895
	Avant 2013	0,0	4,8	6,0	
Lubrification	Après 2013	0,0	5,7	6,0	0,8389
	Avant 2013	0,0	5,7	6,0	
Orgasme	Après 2013	0,0	4,4	6,0	0,4561
	Avant 2013	0,0	3,6	4,4	
Satisfaction	Après 2013	0,8	5,0	6,0	0,2563
	Avant 2013	1,2	1,6	2,8	
Douleur	Après 2013	0,0	6,0	6,0	0,999
	Avant 2013	0,0	5,8	6,0	

Tableau 7: Comparaison des résultats du FSFI chez les patientes avec (après 2013) ou sans (avant 2013) suivi pluridisciplinaire.

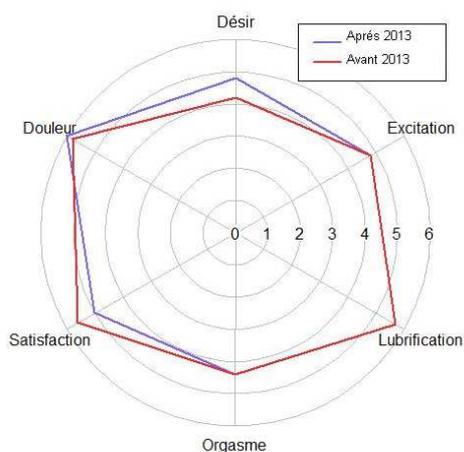


Schéma 6 : Scores FSFI obtenus chez les patientes opérées avec (n=12) ou sans (n=22) suivi pluridisciplinaire

III DISCUSSION

1. Caractéristiques de la population de l'étude

1.1 Les données sociodémographiques, le type de mutilation et les complications post-opératoires

La population de notre étude comprenait des femmes avec une médiane d'âge de : 33,5 ans. Dans la littérature, la majorité des études concernent des femmes âgées de moins de 35 ans (1). La moitié de nos patientes était d'origine guinéenne. D'après les associations locales, l'immigration guinéenne semblerait importante dans la région des Pays de la Loire sans qu'il existe de recensement précis. Ces chiffres ne reflètent pas l'ensemble de la répartition des femmes excisées en France (1). Par exemple, dans son travail de thèse réalisé en Seine-Saint-Denis portant sur « Les mutilations sexuelles féminines, vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale », le Dr Horoks comptait dans sa population composée de 100 femmes ayant subi une MSF, 47% de femmes d'origine malienne et seulement 1% d'origine guinéenne (12). La plupart de nos patientes parlaient donc couramment la langue française permettant leur participation à l'étude (taux de participation de 97 %). Dans le rapport ExH, étude observationnelle sur les données sociodémographiques et état de santé des femmes excisées comparés à une population témoin de femmes non excisées, réalisée dans 5 régions de la France (Ile-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Haute Normandie et Nord-pas-de-Calais) 21% des patientes ont été exclues de l'enquête car elles ne comprenaient pas le Français (1). Dans ce même rapport, le taux de scolarisation des femmes excisées était plus faible que celui de la population témoin. Dans notre étude composée de femmes ayant demandé une réparation chirurgicale du clitoris, ce taux était supérieur et comparable à celui de la population témoin du rapport ExH avec 22% des patientes ayant un niveau d'étude supérieur à celui du baccalauréat (1). La proportion de femmes actives était également similaire. Les femmes s'orientant vers une réparation chirurgicale semblaient ainsi se distinguer par leur niveau d'étude et leur statut professionnel de la population féminine excisée. Ces

femmes paraissaient donc évoluer dans un lieu moins défavorisé que la population étudiée dans le rapport ExH (1, 39).

Concernant la répartition du type de mutilation, celle de notre étude était identique aux données retrouvées dans la littérature (1). Vingt-trois patientes (65% des cas) présentaient une mutilation de type II (clitoridectomie associée à une ablation partielle ou totale des petites lèvres). La proportion de type I (clitoridectomie) et III (infundibulation) était identique (respectivement 15% et 18%). Dans la littérature, les dysfonctions sexuelles des femmes excisées diffèrent en fonction du type de la mutilation. Cette évaluation pré-opératoire n'a été réalisée que pour 12 patientes dans notre étude, ne permettant la mise en évidence de différence significative en fonction du type d'excision. Dans la littérature, Thabet et son équipe ont analysé la sexualité chez 117 patientes mutilées (4). Dans les types I, la sexualité ne semblait pas modifiée. Pour certains auteurs la conservation d'un relief clitoridien résiduel peut, en effet, jouer un rôle dans l'excitation de la femme lors des rapports (68). Concernant les mutilations de type III, les dysfonctions sexuelles étaient principalement dues à des dyspareunies d'intromission consécutives à un orifice vulvaire rétréci (4). Dans ce type de mutilation, le clitoris reste souvent enfoui sous les lèvres. Des orgasmes clitoridiens sont donc possibles (6).

D'autre part, si la technique opératoire de la réparation chirurgicale du clitoris reste assez simple à réaliser, des complications post-opératoires sont décrites. Parmi les 34 patientes de notre étude, seulement deux patientes ont nécessité une hospitalisation ou une nouvelle consultation aux urgences (soit 5,8%). Une patiente présentait un hématome qui n'a pas nécessité de reprise chirurgicale, la deuxième avait des douleurs importantes. Cependant 9 patientes (26%) se sont plaintes de douleurs importantes durant les quinze jours suivant l'intervention. Dans l'étude de l'équipe du Dr Foldes, les auteurs ont décrit uniquement les complications ayant nécessité une réhospitalisation (5). Leur taux de complication était, de 5,3% dont 32 cas de douleurs (1%), 90 cas d'hématomes (3%) et 17 cas de lâchage de sutures (0,5%). Ce taux de complication semble donc similaire à celui de notre étude.

1.2 Evaluation de la sexualité des femmes excisées

Dans notre étude, 27 patientes (soit 80%) ont consulté pour une prise en charge chirurgicale dans le but d'améliorer leur sexualité. Parmi les 12 patientes ayant pu bénéficier d'une évaluation pré-opératoire de leur sexualité, 9 patientes (75 %) n'avaient pas de sensations clitoridiennes et seules 2 patientes (17%) présentaient des orgasmes. Dans la méta-analyse de Berg réalisée à partir de 17 études, le nombre d'orgasmes était significativement diminué chez les femmes excisées (35). Ces résultats sont nuancés par ceux d'une autre méta-analyse réalisée par Paterson (61). Dans cette dernière, aucune différence significative pour la capacité à obtenir un orgasme n'était retrouvée. Cette méta-analyse décrivait par contre une modification de la répartition des zones érogènes. Pour évaluer de manière plus reproductible ces résultats, certaines études ont utilisé des questionnaires validés. Dans son étude Andersson, a par exemple utilisé le SQOL-F (Sexual Quality of Life-Female), questionnaire court, validé uniquement aux Etats-Unis, évaluant la relation entre la sexualité féminine et la qualité de vie. Les résultats montraient un score significativement diminué dans la population de femmes mutilées (77).

Dans notre étude, le bien-être sexuel a été évalué par un autre questionnaire validé : le FSFI. Chez nos 12 patientes suivies en préopératoire, le score total médian du FSFI était de 16,95 traduisant une dysfonction sexuelle (seuil compris entre 23 et 26,55). Toutes les différentes dimensions du FSFI étaient diminuées de manière significative excepté celle de la lubrification. Notre étude semblerait donc indiquer une dysfonction sexuelle complexe comprenant au moins 4 types de dysfonctions majeurs selon le DSM IV chez les patientes ayant subi une MSF (Annexe V) (7, 51): baisse du désir sexuel, troubles de l'excitation sexuelle chez la femme, trouble de l'inhibition de l'orgasme chez la femme et trouble sexuel avec douleur, dyspareunie. Dans la littérature, d'autres études ont également utilisé le FSFI pour décrire le bien-être sexuel des patientes ayant subi une MSF. Toutes ces études ont comparé le score FSFI des femmes excisées à une population témoin de femmes non excisées (78, 79, 80). Dans son étude cas témoin réalisée au Caire en 2012, Tharek a comparé les scores FSFI chez 650 femmes égyptiennes dont 333 femmes excisées. Le score total du FSFI était significativement plus faible chez les femmes excisées

(23,99 versus 26,81) (80). Dans leur étude prospective réalisée chez 500 patientes égyptiennes, Ibahim et son équipe ont montré que parmi les femmes présentant une dysfonction sexuelle avec un score total FSFI diminué, il y avait significativement plus de femmes excisées (80% p-value= 0.05) (79) (Annexe VI).

2. Evaluation après chirurgie

2.1 Evaluation des sensations clitoridiennes et du bien-être sexuel des femmes mutilées après réparation chirurgicale du clitoris

Si les troubles de la sexualité chez les femmes excisées sont maintenant largement admis au sein de la communauté scientifique, peu d'études se sont intéressées à l'évolution de ces derniers après une prise en charge chirurgicale (3, 5, 7). Le Dr Foldes et son équipe ont évalué la sexualité de 2938 patientes excisées opérées prises en charge entre 1998 et 2009 (5). Dans cette étude, les sensations clitoridiennes ont été évaluées à partir de 5 items (jamais, sensation mineure, agréable sans orgasme, orgasmes de faibles intensités et normaux). Cette évaluation a été réalisée en pré-opératoire, puis 1 an après l'intervention pour 866 (29%) patientes. Dans 75% des cas, les patientes ont décrit une amélioration des sensations clitoridiennes après la chirurgie. Trente-cinq pourcent des femmes ressentait des orgasmes réguliers alors qu'elles n'avaient aucune sensation avant l'intervention. Ouédraogo et Madzou ont également évalué la chirurgie de réparation clitoridienne chez 94 patientes opérées au Burkina Faso (7). Les auteurs ont évalué le désir sexuel, le plaisir clitoridien, les dyspareunies à 6 mois de l'intervention. L'évaluation fonctionnelle a été faite selon la grille établie par le Dr Foldes (douleur sans plaisir, gêne légère, petite amélioration sans douleur, réelle amélioration sans orgasme, orgasme clitoridien parfois, sexualité clitoridienne normale, aucune activité sexuelle). Une amélioration de la sexualité était notée chez 89% des patientes et une amélioration des orgasmes dans 76% des cas. Dans notre étude, la sexualité post-opératoire semblait également satisfaisante. Les résultats concernant les sensations clitoridiennes montraient une amélioration chez toutes les patientes dont 8 (soit 66%) qui ressentait des orgasmes. L'évaluation du bien-être sexuel des patientes, réalisée par le FSFI était également satisfaisante. En post-opératoire, les résultats du score total du FSFI des 34 patientes étaient, en effet, de 29.75, score FSFI considéré

comme normal. En comparant ces résultats à notre population témoin, on ne retrouvait pas de différence significative. Les valeurs des sous scores du FSFI après l'intervention étaient comparables à celle de la population témoin. L'évolution du FSFI avant et après chirurgie montrait une amélioration du score total et ainsi que de chacun des sous-scores du FSFI. Lors de l'évaluation à 3 mois de la chirurgie, le score global médian du FSFI était de 22,55 (p.value = 0.620) et à 6 mois de la chirurgie de 28,80 (p.value = 0.009). Au total à 6 mois, on observait une amélioration significative des sous scores : du désir (p-value=0.003), de l'excitation (p-value=0.018), des orgasmes (p-value=0.02), de la satisfaction sexuelle (p-value=0.03) et une diminution significative de la douleur pendant et après les rapports (p-value=0.04). Dans la littérature, seul Thabet a évalué la sexualité des femmes excisées avant et après réparation chirurgicale du clitoris et l'a comparée à celle d'une population témoin (3). Dans cette étude, l'évaluation de la sexualité en post-opératoire paraissait montrer une amélioration significative de la sexualité chez les femmes présentant une MSF de type II (p<0.0005). Dans ce sous-groupe de patientes, l'évaluation de la sexualité en post-opératoire était comparable à celle de sa population témoin (3). Dans cette étude, le score de satisfaction sexuelle utilisé avait été créé par l'auteur et n'était donc pas validé. Il tenait compte du niveau d'éducation sexuelle de la patiente, de la description esthétique de son sexe, de sa féminité, de l'évaluation du désir et du plaisir, des orgasmes et de la satisfaction sexuelle globale. Bien qu'il s'agisse d'une étude préliminaire, notre étude présente donc l'avantage majeur d'avoir utilisé un questionnaire validé améliorant ainsi la reproductibilité de nos résultats. (Annexe VII)

2.2 Utilisation du FSFI dans l'évaluation du bien-être sexuel chez les femmes excisées

Comme dans toute pathologie fonctionnelle, l'interrogatoire est un outil fragile qui, associant les dires des patientes et l'interprétation personnelle des médecins, reste difficilement quantifiable. Dans l'évaluation de la sexualité des femmes, peu de questionnaires sont validés (75, 76). En français, seuls deux questionnaires répondent à ces exigences : le Brief Index Sexual Female (BISF-W) et le FSFI. Le BISF-W évalue en 7 dimensions la sexualité féminine (75). Cependant, certaines

questions, sur les pratiques sexuelles notamment, rendaient ce questionnaire peu utilisable auprès de notre population d'étude. Le FSFI est un score de bien-être sexuel qui est intéressant sur plusieurs points. Tout d'abord, il est validé dans près de 20 langues (Français, Anglais, Italien, Arabes et Allemand) (76, 81). Il évalue l'ensemble des domaines caractérisant la dysfonction sexuelle selon le DSM-IV : le désir, l'excitation, l'orgasme et la douleur (51, 76) (Annexe V). Il est actuellement considéré comme « le gold standard » en ce qui concerne l'évaluation de la sexualité féminine. Pour évaluer l'impact d'une technique chirurgicale sur la sexualité, cette structuration en différents sous-scores permet d'identifier les dimensions de la sexualité impactées par la chirurgie (5). Ce questionnaire présentait également l'avantage d'avoir déjà été utilisé auprès de femmes excisées. La version Arabe du FSFI a ainsi été validée en 2011 par Anis et son équipe en Egypte chez 855 patientes dont 62% étaient excisées (81). L'auteur ne décrivait pas de problèmes de compréhension du questionnaire dans son étude.

3. Les limites de l'étude et perspectives possibles

3.1 Faible taille d'échantillon

La principale limite de notre étude est la faible taille d'échantillon. Cet effectif réduit s'explique tout d'abord par le faible nombre de demandes de prise en charge de ces patientes. Seulement une quinzaine de patientes est opérée par an au CHU de Nantes. Dans le rapport ExH, les auteurs évaluent à seulement 3% des 635 femmes excisées le nombre de patientes ayant recours à la chirurgie (1). De même, sur les 70 patientes opérées de 2008 à 2013, seules 33% ont pu être recontactées (absence ou changement de numéro de téléphone). Ce nombre important de femmes perdues de vue complique l'évaluation à long terme de notre prise en charge chez les femmes mutilées. Ce problème a également été rencontré par le Dr Foldes et son équipe. Dans son étude, seules 841 patientes sur les 2938 patientes opérées ont pu être recontactées, soit un taux de perdu de vue de près de 70% (5). Malgré cette limitation, nous avons réussi à montrer des tendances significatives en ce qui concerne l'amélioration de la sexualité. Des études prospectives supplémentaires avec des tailles d'échantillon plus importantes sont cependant nécessaires pour

confirmer et affiner ces résultats. Consécutivement, les pourcentages retrouvés dans ce travail n'ont qu'une valeur indicative du fait du faible effectif.

3.2 Les limites du FSFI

Si l'utilisation du FSFI pour évaluer le bien-être sexuel des patientes excisées puis opérées a montré de nombreux avantages, il présente cependant des limites. En effet dans ce score, il n'existe pas de distinction entre l'orgasme obtenu par stimulation vaginale et celui obtenu par stimulation clitoridienne. Des questions ont ainsi été rajoutées afin de compléter au mieux nos données sur la sexualité. Concernant la compréhension du questionnaire, toutes les patientes ont pu répondre entièrement au questionnaire. Tous les items étaient compréhensibles. L'utilisation du FSFI nous paraît cependant difficilement réalisable chez les patientes maîtrisant mal la langue française. Certains auteurs ont dû utiliser des traductions du FSFI dans la langue maternelle des patientes (82). Dans son travail de thèse, le Dr Abramowicz, a évalué la sexualité chez 30 patientes, opérées d'une réparation clitoridienne. La majorité des patientes étaient d'origine malienne. L'équipe a voulu initialement utiliser le questionnaire du FSFI en post-opératoire mais devant des difficultés de compréhension du questionnaire, il a été décidé de ne reprendre que les items du FSFI et d'y répondre de manière simplifiée par oui ou non (39). Même si nous n'avons pas eu de difficulté à utiliser le FSFI au cours de notre étude, il a parfois été nécessaire d'expliquer la distinction entre le désir et le plaisir, qui n'était pas toujours bien comprise. Il est important de rappeler que le désir correspond à l'élan physique conscient qui pousse quelqu'un à l'acte ou au plaisir sexuel et que l'excitation sexuelle est une stimulation du désir sexuel, pendant ou dans l'anticipation d'une activité sexuelle. Cependant ces définitions sont rappelées dans la version française du FSFI afin d'orienter au mieux la patiente dans sa réponse (76).

3.3 Choix de la population témoin

Afin de savoir si la sexualité des patientes opérées était comparable à celle de la population générale du même âge, nous avons apparié chaque patiente à 3 témoins du même âge. Les femmes témoins ont été sélectionnées dans l'échantillon

de la population ayant servi à faire la validation française du score FSFI (76). Cette sélection ne tenait cependant pas compte des critères sociodémographiques de la population de l'étude. Selon Andro dans le rapport ExH, la mise en place d'une étude « cas-témoin » suppose que les personnes du groupe témoin présentent un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques proches des cas de l'étude (1). Les auteurs avaient ainsi retenu : l'âge, le statut marital, le statut de migration (en différenciant les femmes qui ont passé leur enfance en France ou en Europe de celles ayant grandi en Afrique) et le niveau de scolarisation. Chaque critère peut à lui seul entraîner une modification du score de la sexualité des patientes. Seules trois études ont sélectionné une population témoin tenant compte de ces critères démographiques (3, 61, 77). Nos résultats concernant cette comparaison sont donc à interpréter avec prudence. Le choix d'une population témoin idéale aurait nécessité une sélection de patientes de même origine géographique, du même âge et non excisées.

3.4 Utiliser des questionnaires validés pour évaluer les dimensions psychique et esthétiques

En dehors de l'amélioration du bien-être sexuel et des sensations clitoridiennes, les résultats de notre travail laissent apercevoir une amélioration des symptômes psychiques avec une diminution des symptômes dépressifs et une amélioration subjective des résultats esthétiques avec 6 patientes satisfaites de l'aspect esthétique de leur sexe (soit 50%) en post-opératoire. Le bénéfice esthétique est important car il participe à l'amélioration de l'estime de soi et parallèlement améliore la sexualité des patientes (12). Dans notre étude nous avons évalué l'amélioration esthétique en ne tenant compte que du ressenti de la patiente. Cette approche subjective, bien que non standardisée, nous a semblé pertinente. Dans les études réalisées par le Dr Foldès, l'évaluation du résultat esthétique a été établie par les chirurgiens de manière à avoir une évaluation esthétique la plus objective possible (5). Il a donc établi une grille de résultats anatomiques (clitoris palpable mais non visible, saillie clitoridienne visible, gland exposé sans capuchon, clitoris et capuchon proche de la normale). Il retrouvait un relief du néoclitoris visible dans 60% des cas, un clitoris normal dans 28% et seulement 6% des patientes

n'avaient pas de clitoris visible en post-opératoire mais juste un relief ressenti. Les patientes qui avaient un clitoris visible en post-opératoire avaient deux fois plus de chance d'avoir un orgasme que les autres patientes ($p : 0.007$, 95%IC (1.40-3.43)) (5). Dans l'étude d'Ouédraogo, 71% des patientes étaient satisfaites du résultat esthétique. Concernant l'évaluation anatomique 52% des femmes avaient un clitoris exposé sans capuchon, 40% une saillie clitoridienne visible, seul 3% avaient un aspect normal du clitoris (3). Il est cependant important de rappeler que les critères de beauté et les « normes esthétiques » sont très subjectifs et dépendent de facteurs culturels, sociaux et ethniques. En effet le plus souvent les femmes africaines ne cherchent pas un aspect « normal » du clitoris mais au contraire un clitoris proéminent et très visible (4). L'utilisation de questionnaires validés pour évaluer les dimensions psychiques et esthétiques serait intéressante dans de prochains travaux. Par exemple, le Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) est un score de sexualité qui évalue également la perception des femmes sur l'apparence de leurs organes génitaux externes (83). Dans son étude, Herbenick a montré que les modifications du FGSIS entraînaient en parallèle une modification du FSFI. Ce score n'est cependant validé uniquement qu'aux Etats-Unis. Si les résultats de notre étude préliminaire sont en faveur d'une amélioration du bien-être sexuel, dans toutes les dimensions évaluées par le FSFI, la modification de l'estime de soi par la chirurgie n'a pas été étudiée. Dans ce domaine, l'échelle de Rosenberg est l'instrument le plus utilisé (84). Il comprend 10 items permettant d'évaluer à quel point l'individu se considère comme une personne de valeur, possédant un certain nombre de qualités. L'amélioration de l'estime de soi, qu'elle soit obtenue par le résultat de la chirurgie ou par un travail psychologique, améliore le bien-être sexuel (85). D'autres études sont donc nécessaires pour clarifier l'impact de la chirurgie à la fois sur l'estime de soi et sur le bien être sexuel.

3.5 Proposer une prise en charge pluridisciplinaire

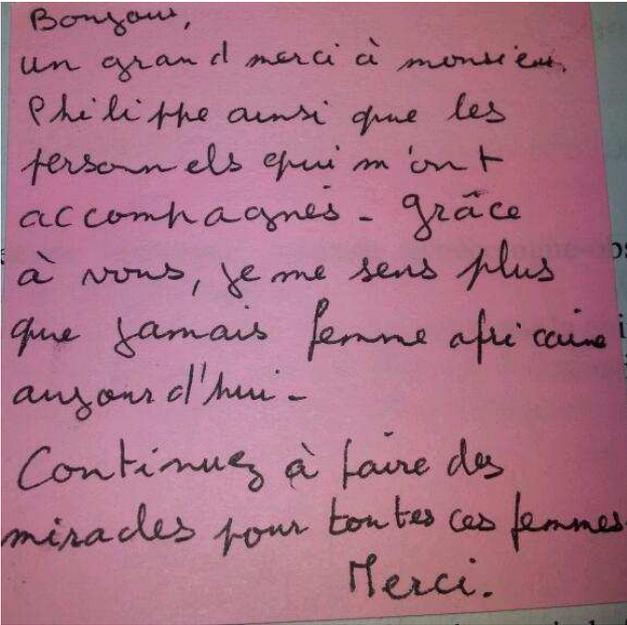
Afin de documenter notre hypothèse sur l'amélioration des résultats dans le cadre d'une prise en charge globale, nous avons comparé les résultats obtenus dans le groupe ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire et le groupe sans suivi systématique. Malheureusement, du fait de la faible taille d'échantillon de notre

population, nous n'avons pu mettre en évidence de différences significatives (p -value=0.77). L'étude d'Abdulcadir a décrit la prise en charge de deux patientes ayant bénéficié après la chirurgie d'un soutien multidisciplinaire (psychologue et sexologue) (85). Cette étude suggérait une amélioration des résultats obtenus après la chirurgie. D'autres études prospectives plus puissantes comparant la chirurgie seule ou chirurgie et prise en charge pluridisciplinaire seraient intéressantes pour évaluer le réel impact de chacun des acteurs dans l'amélioration globale de la sexualité (86).

La demande « réparation chirurgicale » peut masquer très souvent une demande de réparation d'autres traumatismes. Pour certaines patientes, l'intervention chirurgicale est attendue comme le remède qui effacera le passé douloureux (85). Elle peut être aussi demandée parce que les femmes sont sensibles au discours occidental, qui condamne l'excision mais qui n'évite pas toujours d'en stigmatiser les victimes, qui se considèrent alors comme « anormales » et « honteuses ». Il arrive également que l'intervention soit demandée dans un contexte de difficultés de couple, de problèmes de santé ou autres responsables de répercussions sur la sexualité. L'indication de réparation chirurgicale doit donc tenir compte du contexte de la patiente. Afin d'encadrer au mieux la prise en charge des femmes excisées, certaines équipes ont donc mis en place des unités de soins spécifiques permettant une prise en charge globale et multidisciplinaire. A l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre, les femmes excisées rencontrent ainsi un chirurgien gynécologue formé à l'intervention, un sexologue, un psychologue et un ethnologue. Dans notre équipe, la mise en place d'un parcours de soins pluridisciplinaire sera donc importante à évaluer par d'autres études.

IV CONCLUSION

Cette étude préliminaire sur l'évaluation de la sexualité des patientes ayant subi une MSF, semble donc montrer une amélioration de la sexualité après une prise en charge chirurgicale. Il s'agit de la première étude ayant utilisé un questionnaire validé de sexualité avant et après chirurgie. Malgré le faible effectif de l'échantillon, les résultats montrent une amélioration significative de la sexualité après l'intervention et un bien-être sexuel comparable à celui d'une population témoin. Ce travail ne permet pas de conclure quant à l'amélioration psychique et esthétique. L'utilisation de questionnaires validés pour évaluer l'estime de soi, la qualité de vie, la dépression et l'image corporelle serait intéressante. Des études avec des effectifs plus importants sont nécessaires afin d'élaborer des recommandations concernant la prise en charge de ces patientes. Bien que la réparation chirurgicale semble répondre aux problèmes de dysfonction sexuelle, la systématisation d'un parcours de soins pluridisciplinaire est une perspective prometteuse pour améliorer de manière plus globale la qualité de vie de ces femmes.



Bonjour,
un grand merci à monsieur
Philippe ainsi que les
personnels qui m'ont
accompagnés - grâce
à vous, je me sens plus
que jamais femme africaine
aujourd'hui -
Continuez à faire des
miracles pour toutes ces femmes
Merci.

V BIBLIOGRAPHIE

1. A. Andro, M. Lesclingand, E Cambois, C.Cirbeau: Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. mars 2009
2. Développement et Santé, n°205 spécial Excision-mutilation sexuelle féminine, 2014 – 2015
3. Okonofu FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slinger TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG. 2002 Oct;109(10):1089-96.
4. Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. J Obstet Gynecol Res 2003;29:12– 9.
5. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. Lancet. 2012 Jul 14;380(9837):134-41
6. Madzou S, Ouédraogo CM, Gillard P, Lefebvre-Lacoeuille C, Catala L, Sentilhes L, Descamps P. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations. Ann Chir Plast Esthet. 2011 Feb;56(1):59-64.
7. Ouédraogo CM, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J.Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. A propos de 94 cas. Ann Chir Plast Esthet. 2013 Jun; 58(3):208-15
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function.J Sex Marital Ther. 2000 Apr-Jun;26(2):191-208
9. Nour NM. Female genital cutting: clinical and cultural guidelines. Obstet Gynecol Surv. 2004 Apr;59(4):272-9
10. Shah G, Susan L, Furcroy J. Female circumcision: history, medical and psychological complications, and initiatives to eradicate this practice. Can J Urol. 2009 Apr;16(2):4576-9
11. Henrion R. Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces. Bull Acad Natl Med. 2003; 187(6):1051-66
12. Horoks M. Les mutilations sexuelles féminines, vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale. 65p. Thèse d'exercice: Médecine. Paris 6, 2008, N°35
13. Les mutilations sexuelles féminines. Vocation Sage-femme.février 2007.N°49
14. Gruenbaum E. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: research findings, gaps, and directions. Cult Health Sex. 2005 Sep-Oct;7(5):429-41

15. HJ Philippe. Le guide du praticien face aux mutilations sexuelles féminines. juillet 2010
16. Prolongeau H, Foldes P. Victoire sur l'excision. Ed Albin Michel.2006
17. A. Andro, M. Lesclingand. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France, Population & Sociétés, n°438, Ined, octobre 2007
18. Hearst AA, Molnar AM. Female genital cutting: an evidence-based approach to clinical management for the primary care physician. Mayo Clin Proc. 2013 Jun; 88(6):618-29
19. United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New York, 2013
20. Allag F, Abboud.P, Mansour G, Zanardi .M, Quéreux.C Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes -Gynécologie Obstétrique & Fertilité - Nov 2001. Vol. 29 - N°11 - p. 824-828
21. Androutsos G, Karamanou M, Tsigris C, Liakakos T, Stamboulis E, Lykouras E.Les mutilations sexuelles à travers les âges. Rev Med Brux. 2012 Nov-Dec; 33(6):556-61
22. J Vaysse Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines. La revue Sage-femme 2006; 171-181
23. Mawaheb EL-Mouelhy Perceptions of the relationship between female genital mutilation and women's sexuality. World Health Organization 2010
24. Shaeer O, Shaeer E. The Global Online Sexuality Survey: public perception of female genital cutting among internet users in the Middle East. J Sex Med.2013 Dec;10(12):2904-11
25. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health; FIGO Committee on Women's Sexual and Reproductive Rights.Female genital cutting. Int J Gynaecol Obstet. 2006 Aug; 94(2):176-7
26. Byrne A. Supporting women after genital mutilation. Nurs Times. 2014 Apr 30-May 6; 110(18):12-4
27. Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Female genital mutilation: generalities, complications and management during obstetrical period. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2004 Sep;33(5):378-83
28. Elchalal U, Ben-Ami B, Brzezinski A. Female circumcision: the peril remains. BJU Int. 1999 Jan;83 Suppl 1:103-8
29. World Health Organization (2013) Female Genital Mutilation. Fact sheet No 241, WHO Geneva
30. O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. J Urol. 2005 Oct;174(4 Pt 1):1189-95
31. Papageorgiou TH, Hearn-Stokes R, Peppas D, Segars JH. Clitoroplasty with preservation of neurovascular pedicles. Obstet Gynecol 2000; 96: 821–3.

32. Baskin LS, Erol A, Li YW, Liu WH, Kurzrock E, Cunha GR. Anatomical studies of the human clitoris. *J Urol* 1999; 162:1015–20.
33. Organisation Mondiale de la Santé. Éliminer les mutilations sexuelles féminines Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Genève : OMS,2008.
34. Terry L, Harris K. Female genital mutilation: a literature review. *Nurs Stand*. 2013 Sep 4-10;28(1):41-7
35. Berg, R C, E M L Denison, and A Fretheim. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. : Kunnskapsenteret Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2010.
36. Grunvald S, Lorvellec S.Mutilations sexuelles féminines: dimensions juridiques. *Arch Pediatr*. 2008 Jun;15(5):822-3
37. Amara D. Pratique des médecins de protection infantile de Seine-Saint-Denis en matière de prévention des mutilations sexuelles féminines.95p.thèse d'exercice:médecine.Paris 13 Bobigny, 2006, N°27.
38. Moore HL. Female genital mutilation/cutting. *BMJ*. 2013 Sep 24;347:f5603
39. Abramowicz S. Evaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires après transposition du clitoris chez 30 patientes.165p.Thèse d'exercice : Médecine. Rouen, 2013
40. Abdulcadir J, Margairaz C, Boulvain M, Irion O. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Med Wkly*. 2011 Jan 6;140:w13137
41. El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation and its psychosexual impact. *J Sex Marital Ther*. 2001 Oct-Dec;27(5):465-73
42. Diouf K, Nour N. Female genital cutting and HIV transmission: is there an association? *Am J Reprod Immunol*. 2013 Feb;69 Suppl 1:45-50
43. Teufel K, Dörfler DM. Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological health. *Int Urogynecol J*. 2013 Dec;24(12):2021-7
44. Elnashar A, Abdelhady R. The impact of female genital cutting on health of newly married women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Jun;97(3):238-44
45. Chen G, Dharia SP, Steinkampf MP, Callison S. Infertility from female circumcision. *Fertil Steril*. 2004 Jun;81(6):1692-4
46. Fazari AB, Berg RC, Mohammed WA, Gailii EB, Elmusharaf K. Reconstructive surgery for female genital mutilation starts sexual functioning in Sudanese woman: a case report. *J Sex Med*. 2013 Nov;10(11):2861-5
47. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and

obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006 Jun 3; 367(9525):1835-41

48. V.Carton, H-J Philippe. Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles des mutilations sexuelles féminines. *Archives de pédiatrie* 2008;15:820-821

49. Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int*. 2013

50. Applebaum J, Cohen H,. Symptoms of posttraumatic stress disorder after ritual female genital surgery among Bedouin in Israel: Myth or reality? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 10(6):453-456.

51. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, par l'American Psychiatric Association, 4e édition. Washington : 1995. Traduction française coordonnée par J-D Guelfi et coll. Paris : Masson, 1996; 577-613

52. Morris RI. Female genital mutilation: perspectives, risks, and complications. *Urol Nurs*. 1999 Mar;19(1):13-9

53. Pereda N, Arch M, Pérez-González A. A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol*. 2012 Aug; 32(6):560-5.

54. Briggs LA. Male and female viewpoints on female circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2002 Dec;6(3):44-52

55. Van Rossem R, Gage AJ. The effects of female genital mutilation on the onset of sexual activity and marriage in Guinea. *Arch Sex Behav*. 2009 Apr;38(2):178-85

56. Foldes P. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle. *Prog Urol* 2004;14:47-50

57. Foldes P, Buisson O. Clitoris et point G: liaison fatale. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007 Jan; 35(1):3-5. Epub 2007 Jan 11

58. Thabet SM. Reality of the G-spot and its relation to female circumcision and vaginal surgery. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009 Oct;35(5):967-73

59. Pauls RN. Anatomy of the clitoris and the female sexual response. *Clin Anat*.2015 Apr;28(3):376-84

60. Berg RC, Denison E. Does female genital mutilation/cutting affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Policy*.2012;9 (1):41-56

61. L.Q.P. Paterson, S.N. Davis, Y.M. Binik Female genital mutilation/cutting and orgasm before and after surgical repair *j.sexol*.2011.09.005

62. Laura M. Carpentera Heather Hensman Kettreya. (Im)perishable Pleasure, (In)destructible Desire: Sexual Themes in U.S. and English News Coverage of Male Circumcision and Female Genital Cutting. *The Journal of Sex Research* sept 2014

63. Fahmy A, El-Mouelhy MT, Ragab AR. Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. *Reprod Health Matters*. 2010 Nov;18(36):181-90

64. Obermeyer CM. The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Cult Health Sex*. 2005 Sep-Oct;7(5):443-61
65. Foldes P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006 Dec;34(12):1137-41
66. Chevrot A, Lousquy R, Arfi A, Haddad B, Paniel BJ, Touboul C. Technique opératoire la transposition clitoridienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Mar 24
67. Penna C, Fallani MG, Fambrini M, Zipoli E, Marchionni M. Type III female genital mutilation: clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Dec;187(6):1550-4
68. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstet Gynecol*. 2006 Jul;108(1):55-60
69. Krause E, Brandner S, Mueller MD, Kuhn A. Out of Eastern Africa: defibulation and sexual function in woman with female genital mutilation. *J Sex Med*. 2011 May; 8(5):1420-5.
70. Renteria SC. Mutilations genitales féminines l'adolescente en quête de réponse. *Rev Med Suisse*. 2008 Jun 11;4(161):1445-6,1448-50
71. Paulain d'Hauthuille Anne-Charlotte. Les mutilations sexuelles féminines: les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-saint-Denis. Thèse d'exercice: Médecine. Paris 12 Créteil, 2007N°1030
72. Wehenkel milena. Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale. 116p. Thèse d'exercice: Médecine. Paris 6, 2007, N°G57
73. Surico D, Amadori R, Gastaldo LB, Tinelli R, Surico N. Female genital cutting: A survey among healthcare professionals in Italy. *J Obstet Gynaecol*. 2014 Sep 29:1-4.
74. Perron L, Senikas V, Burnett M, Davis V; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Female genital cutting. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013 Nov;35(11):1028-45
75. Baudelot-Berrogain N, Roquejoffre S, Gamé X, Mallet R, Mouzin M, Bertrand N, Plante P, Sarramon JP, Rischmann P, Malavaud B Validation linguistique du "Brief Index of Sexual Functioning for Women". Application à l'étude de la sexualité dans une population de 93 femmes françaises *ProgUrol*. 2006Apr;16(2):174-83.
76. Wylomanski S, Bouquin R, Philippe HJ, Poulin Y, Hanf M, Dréno B, Rouzier R, Quéreux G. Psychometric properties of the French Female Sexual Function Index (FSFI). *Qual Life Res*. 2014 Sep;23(7):2079-87
77. Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, Momoh C, Gayle CM. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG*. 2012 Dec;119(13):1606-11
78. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril*. 2010 Feb;93(3):722-4

79. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 Jun;287(6):1173-80
80. Anis TH, Aboul Gheit S, Awad HH, Saied HS. Effects of female genital cutting on the sexual function of Egyptian women. A cross-sectional study. *J Sex Med*. 2012 Oct; 9(10):2682-92
81. Anis TH, Gheit SA, Saied HS, Al kherbash SA. Arabic translation of Female Sexual Function Index and validation in an Egyptian population. *J Sex Med*. 2011 Dec; 8(12):3370-8
82. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med*. 2007 Nov;4(6):1666-78
83. Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): results from a nationally representative probability sample of women in the United States. *J Sex Med*. 2011 Jan;8(1):158-66
84. Vallieres, E. F. and Vallerand, R. J. (1990), traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psych*, 25: 305–316.
85. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies. *J Sex Med*. 2014 Nov 25
86. Adams KE. What's "normal": female genital mutilation, psychology, and body image. *J Am Med Womens Assoc*. 2004 Summer;59(3):168-70

VI ANNEXES

Annexe I Textes législatifs et réglementaires

Les qualifications pénales des mutilations sexuelles féminines (Code pénal)

- - Art. 222-9 « Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende. » Circonstances aggravantes : Art. 222-10 « L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise: 1° Sur un mineur de moins de quinze ans. »

La non-assistance à personne en danger

- - Art. 223-6 du code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Le secret médical

- - Art. 226-13 du code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »
- - Art. 226-14 du code pénal « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable:
- 1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes (L. n° 2006-399 du 4 avril. 2006, art. 14) «ou mutilations» sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. »

Annexe II Fiche individuelle de la Patiente

- Date de l'intervention :** |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Date de naissance:** |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Initiales (Nom, Prénom):** |_| / |_|
- Combien de grossesses avez-vous eu ?** |_|
- Combien d'accouchements voie basse avez-vous eu ?** |_|
- Quel est votre statut marital ?**
- Mariée Célibataire En couple
 Veuve Divorcée
- Quelle est votre activité professionnelle ?**
- Employée Sans emploi Etudiante
 Retraitée Femme au foyer
- Quel est votre niveau d'étude ?**
- Non scolarisée Niveau primaire
 Niveau secondaire Bac et plus
- Quel est votre pays d'origine ?**.....
- A quel âge avez-vous été excisée ?** |_|_| année
- Depuis quand êtes-vous en France ?** |_|_| année
- Votre partenaire vit-il en France ?**
- Oui Non Autres Précisez :
- Etes-vous ménopausée?**
- Oui Non
- Utilisez-vous une contraception ?**
- Oui Non
- Avez-vous un désir de grossesse ?**
- Oui Non
- Pour quelle raison souhaitez-vous recourir une intervention de réparation ?**

Esthétisme	<input type="checkbox"/> 0
Douleur (dyspareunie, dysménorrhée...)	<input type="checkbox"/> 1
Sexualité	<input type="checkbox"/> 2

Culturel (rejet de la tradition)	<input type="checkbox"/> 3
Partenaire (demande de votre partenaire)	<input type="checkbox"/> 4
Intégrité	<input type="checkbox"/> 5
Désir de grossesse	<input type="checkbox"/> 6
Autres :	<input type="checkbox"/> 7

Comment avez-vous entendu parler de l'intervention ?

.....

.....

.....

Depuis quand désiriez-vous vous faire opérer ? [__] mois

Avez-vous été soutenue par certaines personnes ?

Non	<input type="checkbox"/> 0
Amies	<input type="checkbox"/> 1
Famille	<input type="checkbox"/> 2
Partenaire	<input type="checkbox"/> 3

Evaluation du type de mutilation sexuelle par le professionnel de santé lors de la première consultation (Classification OMS) (à remplir par le médecin)

<input type="checkbox"/> Type 1 : Clitoridectomie	Ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris).
<input type="checkbox"/> Type 2 : Excision	Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent le vagin).
<input type="checkbox"/> Type 3 : Infibulation	Rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.
<input type="checkbox"/> Type 4 : Autres	Toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux

Annexe III Questionnaire sur l'activité sexuelle chez la femme. Version Française du FSFI

Date évaluation |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

INSTRUCTIONS:

Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles.

Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

- L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.
- Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.
- La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

Ne cochez qu'une seule réponse

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

1. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

Presque toujours ou toujours	5	
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)	4	
Parfois (environ la moitié du temps)	3	
Rarement (moins de la moitié du temps)	2	
Presque jamais ou jamais	1	

2. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

Très élevé	5	
Élevé	4	
Moyen	3	
Faible	2	
Très faible ou inexistant	1	

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Presque toujours ou toujours	5	
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)	4	
Parfois (environ la moitié du temps)	3	
Rarement (moins de la moitié du temps)	2	
Presque jamais ou jamais	1	

4. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Très élevé	5	
Elevé	4	
Moyen	3	
Faible	2	
Très faible ou inexistant	1	

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Extrêmement sûre	5	
Très sûre	4	
Moyennement sûre	3	
Peu sûre	2	
Très peu sûre ou pas sûre du tout	1	

6. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Presque toujours ou toujours	5	
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux).	4	
Parfois (environ une fois sur deux)	3	
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2	
Presque jamais ou jamais	1	

7. Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Presque toujours ou toujours	5	
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux).	4	
Parfois (environ une fois sur deux)	3	
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2	
Presque jamais ou jamais	1	

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Extrêmement difficile ou impossible	1	
Très difficile	2	
Difficile	3	
Légèrement difficile	4	
Pas difficile	5	

9. Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Presque toujours ou toujours	5	
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux).	4	
Parfois (environ une fois sur deux)	3	
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2	
Presque jamais ou jamais	1	

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Extrêmement difficile ou impossible	1	
Très difficile	2	
Difficile	3	
Légèrement difficile	4	
Pas difficile	5	

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle	0	
Presque toujours ou toujours	5	
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux).	4	
Parfois (environ une fois sur deux)	3	
Rarement (moins d'une fois sur deux)	2	
Presque jamais ou jamais	1	

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle	0	
Extrêmement difficile ou impossible	1	
Très difficile	2	
Difficile	3	
Légèrement difficile	4	
Pas difficile	5	

13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0	
Très satisfaite	5	
Moyennement satisfaite	4	
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3	
Moyennement insatisfaite	2	
Très insatisfaite	1	

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

Aucune activité sexuelle	0	
Très satisfaite	5	
Moyennement satisfaite	4	
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3	
Moyennement insatisfaite	2	
Très insatisfaite	1	

15. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

Très satisfaite	5	
Moyennement satisfaite	4	
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3	
Moyennement insatisfaite	2	
Très insatisfaite	1	

16. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

Très satisfaite	5	
Moyennement satisfaite	4	
Ni satisfaite, ni insatisfaite	3	
Moyennement insatisfaite	2	
Très insatisfaite	1	

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel	0	
Presque toujours ou toujours	1	
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	2	
Parfois (environ une fois sur deux)	3	
Rarement (moins d'une fois sur deux)	4	
Presque jamais ou jamais	5	

18. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel	0	
Presque toujours ou toujours	1	
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	2	
Parfois (environ une fois sur deux)	3	
Rarement (moins d'une fois sur deux)	4	
Presque jamais ou jamais	5	

19. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel	0	
Très élevé	1	
Elevé	2	
Moyen	3	
Faible	4	
Très faible ou inexistant	5	

Annexe IV Questions libres sur l'évaluation de la douleur de l'aspect esthétique, psychique, des complications post-opératoire, des symptômes liés à l'excision et de la satisfaction de la patiente sur sa prise en charge.

20. Ressentez-vous des sensations au niveau du clitoris ?

Jamais	0	
Quelques sensations	1	
Plaisir sans orgasme	2	
Orgasmes occasionnels	3	
Orgasmes réguliers	4	

21. Suite à votre mutilation, comment trouvez-vous esthétiquement votre sexe ?

Normal	0	
Différent mais je suis satisfaite	1	
Différent et je ne suis pas satisfaite	2	
Différent j'ai honte de mon sexe	3	

22. Vous trouvez-vous féminine ?

Pas du tout féminine	0	
Assez féminine	1	
Féminine	2	
Très féminine	3	

23. Ressentez-vous des douleurs ?

Jamais	0	
Inconfort pendant les rapports	4	
Douleur pendant les rapports (dyspareunies)	3	
Inconfort en dehors des rapports	2	
Douleurs en dehors des rapports	1	

24. Douleur pendant les rapports (il s'agit d'une évaluation de la douleur, 0 correspond à aucune douleur et 10 une douleur très forte, estimez votre douleur pendant les rapports et en dehors de rapports en mettant une valeur entre 0 et 10)

	0	5	10
--	---	---	----

25. Douleur en dehors des rapports

	0	5	10
--	---	---	----

26. Avez-vous régulièrement certains de ces symptômes (plus de quatre fois par an) ?

Aucun symptôme	0	
Incontinence urinaire	1	
Infection urinaire	2	
Infection vaginale	3	
Saignements	4	
Irritation	5	
Dysménorrhée	6	
Autre :	7	

27. Si oui, êtes-vous gênée par ces symptômes?

Non	0	
Oui, pendant les rapports	1	
Oui, dans ma vie quotidienne	2	

28. Est-ce que vous vous sentez triste, découragée ?

Jamais	0	
Rarement	1	
Quelque fois	2	
Souvent	3	
Toujours	4	

29. Avez-vous présenté des complications post-opératoires ?

Non	0	
Gêne	1	
Douleur	2	
Hématome	3	
Hémorragie	4	
Infection	5	

**30. Merci d'évaluer la prise en charge globale de l'équipe : (10 très satisfaite, 0 pas satisfaite)
Mettez une note entre 0 et 10**

0	10
---	----

31. Etes-vous satisfaite de votre intervention chirurgicale :

0	10
---	----

32. Votre partenaire est-il satisfait de l'intervention ?

Oui Non

33. Recommanderiez-vous cette intervention à quelqu'un d'autre ?

Oui Non

Annexe V : Classification des troubles sexuels chez la femme selon le DSM IV

DSM IV	Classification des troubles sexuels chez la femme
52.0	Baisse du désir sexuel
52.20	Troubles de l'excitation sexuelle chez la femme
52.3	Trouble de l'inhibition de l'orgasme chez la femme
52.6	Trouble sexuel avec douleur : dyspareunie
52.5	Vaginisme
52.9	Dysfonction sexuelle non spécifiée
50.8 ou 94.8	Dysfonction sexuelle liée à une affection médicale générale
1*8	Dysfonction sexuelle induite par une substance

Annexe VI : revue de la littérature : principales études cas/ témoins comparant les symptômes sexuels chez les femmes excisées et non excisées.

Auteurs	score utilisé	pays de l'étude	Effectif Fex	Effectif FInEx	Résultats	limitations
catania (2007)	FSFI	Italie	57 patientes mutilées de type III	57 contrôles	Désire 6,15 (contrôle) vs 8,49 (témoin) p 0,001 Plaisir 15,12 vs 18,07 p<0,001 Orgasmes 11,9 vs 13,22 p<0,04 Satisfaction 12,1 vs 13,8 p<0,001 pas de différence significative pour la lubrification et la douleur total FSFI 26,8 (contrôle) 23,99 (témoin) tous les domaines du FSFI étaient significativement plus élevés dans le groupe contrôle (p<0,0001) sauf pour l'évaluation de la douleur non significative	groupe témoin sélectionné parmi les femmes italiennes et non d'origine somalienne
Tharek (2012)	FSFI	Egypte	333 patientes mutilées (85% type I, 15% type II)	317 contrôles		ajustement du groupe témoin réalisé sur l'âge, le niveau d'éducation le milieu de vie
Andersson (2012)	SOOL-F	Londres	73 patientes mutilées (27% type I, Type II 12% Type III 35% type IV 22%)	37 contrôles	différences significative du SOOL-F chez les femmes sexuellement actives dans le groupe contrôle (91,3vs 68,7) (p < 0,05)	sélection du groupe témoin en fonction de critères démographiques (population immigrée), analyse variée réalisée sur les différents type de mutilation ne retrouve pas de différences dans les résultats
Thabet (2003)	Score établit par l'auteur items séparés: absence d'orgasmes, absence de plaisir, dyspareunies, prise d'initiative dans les rapports	Egypte	117 patientes mutilées (25% type I, 25% type II et 50% groupe III ou autre type compliqué de kystes)	30 contrôles	Pas de différence significative pour la stade I comparé au groupe contrôle, mais on retrouve un score de sexualité significativement diminué pour le stade II et III (p <0,0005), pas de différence significatives chez les patientes avec des kystes ditridiens.	score de sexualité non validé établit par l'auteur: niveau d'éducation sexuelle, plaisir et désir , orgasme, satisfaction sexuelle, aspects des organes génitaux, degré de féminité. L'analyse ne tient pas compte des variables démographiques
El-Defrawi (2001)		Egypte	200 patientes mutilées	50 contrôles	Plus de dyspareunies dans le groupe de femmes excisées (1,44 [0,93-2,21]), significativement plus d'absence de désir 2,59[1,35-5,00], significativement plus d'absence d'orgasmes (43%vs 18% 2,39[1,29-4,41])	L'analyse ne tient pas compte des variables démographiques, pas de score validé utilisé pour l'évaluation de la sexualité
Okonofua (2002)	orgasmes	Niger	827 patientes mutilées (71% type I et 24% type II)	1009 contrôles	pas de différences significatives en ce qui concerne tes orgasmes 0,83[0,74-0,94],poitrine est décrite comme la zone érogène la plus sensible chez les patientes excisées	L'analyse tient compte des variables démographiques, pas de score validé utilisé pour l'évaluation de la sexualité
Elnashar (2007)	items séparés: orgasmes , dyspareunies	Egypte	200 patientes mutilées	64 contrôles	significativement plus de dyspareunies (p<0,01) et moins d'orgasmes dans le groupe de femmes excisées (11% vs 47%) (p: 0,001)	ne tient pas compte des variables démographiques dans le groupe contrôle
Albasiani (2010)	FSFI	Arabie Saoudite	130 patientes mutilées (41% type I et II, 42% type III, 17% non classé)	130 contrôles	Significativement plus de lubrification (p<0,01) et plus d'orgasmes dans le groupe contrôle (p<0,003) diminution globale non significative du score FSFI chez les patientes mutilées (21,4vs 23,5 (p: 0,09))	ne tient pas compte des variables démographiques dans le groupe contrôle
Andro EXH (2009)	items séparés	France	685 patientes mutilées	2168 contrôles	Significativement plus de dyspareunies dans le groupe excisé(OR: 1,55[1,44-2,04]) et plus de désir dans le groupe contrôle (OR: 1,36[1,11-2,10])	tient compte de facteurs démographiques dans la sélection du groupe témoin mais cela reste limité

Annexe VII: revue de la littérature : principales études évaluant la sexualité après réparation chirurgicale du clitoris

Auteurs	Effectif	Score utilisé pour la sexualité	Résultats	biais
Thabet (2003)	117 patientes excisées (dont 30 de type I, 30 de type II et 57 de type III) et 30 patientes témoins	Evaluation de la sexualité en pré-opératoire et en post-opératoire à 6 mois. Score créé par l'auteur tenant compte du niveau d'éducation sexuelle, de l'aspect esthétique, de la féminité, de l'évaluation du désir et du plaisir, des orgasmes et de la satisfaction sexuelle globale.	Amélioration significative de la sexualité pour les MSF de type II ($p < 0.0005$). L'évaluation de la sexualité en post-opératoire comparable à la population témoin.	Pas de test validé utilisé, population témoin ne tenant pas compte des critères socio-démographiques
Foldes (2012)	2938 patientes opérées 71% de perdues de vues soit 841 patientes (60% de type II)	Evaluation réalisée en préopératoire puis un an en post-opératoire. Score crée par l'auteur: évaluation des sensations clitoridiennes à partir de 5 items (jamais, sensation mineure, agréable sans orgasme, orgasmes de faibles intensités et normaux).	35% des patientes ont des orgasmes réguliers à 1 an, 50% es sensations améliorées, 70% un clitoris visible	Etude rétrospective pas de test validé utilisé
Ouédraogo CM, Madzou S (2013)	94 patientes (95% de type II)	Questions libres et évaluation fonctionnelle selon le score utilisé par Dr Foldes, évaluation réalisée à 3 mois et à 6 mois en post-opératoire	Amélioration de la sexualité 89% des patientes, une capacité orgasmique dans 76%.	
Krause (2011)	18 patientes excisées de type III	FSFI réalisé à 6 mois du post-opératoire	Amélioration significative	Après désinfibulation 48% des patientes avaient un clitoris intact
Abramovitz S (2013)	26 patientes	Score crée par l'auteur en reprenant les six domaines du FSFI	Amélioration significative en post-opératoire pour l'ensemble des domaines	Etude rétrospective pas de score validé utilisé

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

NOM : VITAL

PRENOM : MATHILDE

Titre de Thèse : Evaluation de la sexualité des patientes bénéficiant d'une chirurgie réparatrice du clitoris après mutilation sexuelle féminine au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes : étude préliminaire

RESUME (10 lignes)

Les répercussions des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) sur la sexualité sont nombreuses. Les femmes ayant subi une MSF peuvent bénéficier d'une réparation chirurgicale du clitoris. Cette étude préliminaire évalue pour la première fois l'évolution du bien être sexuel des patientes opérées à l'aide d'un questionnaire validé : le Female Sexual Function Index (FSFI). Les résultats semblent montrer dès 6 mois, une amélioration significative du bien-être sexuel et une diminution des douleurs. Si ces premiers résultats sont encourageants, des études complémentaires plus puissantes sont nécessaires. D'autres scores validés sur l'estime de soi, l'image corporelle ou évaluant la dépression, permettraient de préciser les bénéfices de la réparation clitoridienne et la place d'une prise en charge pluridisciplinaire.

MOTS-CLES

Mutilation Sexuelle Féminine (MSF) – Excision – Réparation chirurgicale du clitoris – Evaluation de la sexualité – Female Sexual Function Index (FSFI) – Prise en charge pluridisciplinaire