



Évaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires après transposition du clitoris chez 30 patientes

Sarah Abramowicz

► To cite this version:

Sarah Abramowicz. Évaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires après transposition du clitoris chez 30 patientes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00872732

HAL Id: dumas-00872732

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00872732>

Submitted on 14 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2013

N°

THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

Sarah ABRAMOWICZ

Née le 15 juin 1982 à Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 SEPTEMBRE 2013

ÉVALUATION DES RÉSULTATS ANATOMIQUES, FONCTIONNELS ET IDENTITAIRES
APRÈS TRANSPOSITION DU CLITORIS CHEZ 30 PATIENTES.

PRÉSIDENT DU JURY : Pr L. MARPEAU

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr B. RESCH

, ANNÉE UNIVERSITAIRE 2012 – 2013
U.F.R DE MÉDECINE – PH, RM, CIE DE ROUEN

DOYEN :

Pr`fesseur Pierre FREGER

ASSESSEURS :

Pr`fesseur Michel GUERBET

Pr`fesseur Ben`ît VEBER

Pr`fesseur Pascal JOLY

Pr`fesseur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES :

Pr`fesseurs J. BORDE - Ph. LAURET- H. PIGUET – C.THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. M.P. AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT - M. BENOZIO -
J. BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALLION -
P. DESHAYES - C. FESSARD – J.P. FILLASTRE - P. FRIGOT -
J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMANT - G. HUMBERT -J.M.
JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR -
J.P. LEMERCIER - J.P. LEMOINE - Mlle MAGARD – MM.B. MAITROT-
M. MAISONNET - F. MATRAY - P. MITROFANOFF –
Mme A.M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H. PIGUET - M. SAMSON-
Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R. SOYER -B. TARDIF- J.
TESTARD – J.M THOMINE - C. THUILLEZ - P. TRON - C. WINCKLER-
L.M. WOLF

I - MÉDECINE

PROFESSEURS :

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardi`l`gie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Brun` BACHY	HCN	Chirurgie Pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardi`l`gie
Mme S`umeya BEKRI	HCN	Bi`chimie et Bi`l`gie M`léculaire
M. Jacques BENICHO	HCN	Bi`statistiques et inf`rmatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie th`racique et cardi`-vasculaire
Mme Franç`ise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptati`n
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimati`n Médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immun`l`gie
M. Jean-Franç`is CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
M. Franç`is CARON	HCN	Maladies infectieuses et tr`picales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthési`l`gie et Réanimati`n Chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardi`l`gie
M. Ant`ine CUVELIER	HB	Pneum`l`gie
M. Pierre CZERNICHOW	HCN	Epidémi`l`gie, éc`n`mie de la santé
M. Jean - Nic`las DACHER	HCN	Radi`l`gie et Imagerie Médicale
M. Stéphan DARMONI	HCN	Inf`rmatique médicale/techniques de c`mmunicati`n
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutriti`n
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Ot`-Rhin`-Laryng`l`gie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine Interne Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radi`thérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat`-Gastr`-Entér`l`gie
M. Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orth`pédique et Traumat`l`gique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anat`mie-Chirurgie Orth`pédique et Traumat`l`gique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthési`l`gie et Réanimati`n Chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardi`l`gie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anat`mie / Neur`chirurgie
M. Jean Franç`is GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Péd`psychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphr`l`gie
M. Philippe GRISE	HCN	Ur`l`gie

M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neur`l`gie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hémat`l`gie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermat` - vénéré`l`gie
M. Jean-Marc KUHN	HB	End`crin`l`gie et maladies métab`liques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anat`mie cyt`l`gie path`l`giques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimati`n chirurgicale
M. J`ël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	End`crin`l`gie et maladies métab`liques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumat`l`gie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutriti`n
Mlle. Anne-Marie LEROI	HCN	Physi`l`gie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine Interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Hist`l`gie, embry`l`gie, cyt`génétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christ`phe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. L`ïc MARPEAU	HCN	Gynéc`l`gie - `bstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Vér`nique MERLE	HCN	Epidémi`l`gie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat` - Gastr` - Entér`l`gie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Brun` MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neur`l`gie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, rec`nstructrice et esthétique
M. Jean-Franç`is MUIR	HB	Pneum`l`gie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalm`l`gie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermat`l`gie Vénéré`l`gie
M. Christ`phe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	St`mat`l`gie et chirurgie maxill` - faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Ur`l`gie
M. Jean-Christ`phe PLANTIER	HCN	Bactéri`l`gie - Vir`l`gie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine Légale
M. Franç`is PROUST	HCN	Neur`chirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Bi`l`gie et méd. Du dével`p. et de la repr`ducti`n
M. Jean-Christ`phe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimati`n médicale, Médecine d'urgence

M. H`race ROMAN	HCN	Gynéc`l`gie Obstétrique
M. Jean-Christ`phe SABOURIN	HCN	Anat`mie - path`l`gie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat` – Gastr` – Entér`l`gie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Fl`rence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d`adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneum`l`gie
M. Christian THUILLIEZ	HB	Pharmac`l`gie
M. Hervé TILLY	CB	Hémat`l`gie et transfusi`n
M. Franç`is TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immun`l`gie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Ben`ît VEBER	HCN	Anesthési`l`gie et Réanimati`n Chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Bi`physique et traitement de l`image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptati`n
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynéc`l`gie `bstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumat`l`gie
M. Jacques WEBER	HCN	Physi`l`gie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES :

Mme N`ëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactéri`l`gie Vir`l`gie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmac`l`gie
Mme Car`le BRASSE LAGNEL	HCN	Bi`chimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hémat`l`gie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physi`l`gie
Mme S`phie CLAEYESSENS	HCN	Bi`chimie et bi`l`gie m`léculaire
M. M`ïse COEFFIER	HCN	Nutriti`n
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tr`picales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physi`l`gie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie Réanimati`n chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immun`l`gie
M. J`ël LADNER	HCN	Epidémi`l`gie, éc`n`mie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Bi`l`gie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neur`l`gie
M. Th`mas MOUREZ	HCN	Bactéri`l`gie
M. Jean-Franç`is MENARD	HCN	Bi`physique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Bi`chimie et bi`l`gie m`léculaire

M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmac`l`gie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Hist`l`gie, Embry`l`gie, cyt`génétiq
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétiq
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anat`mie

PROFESSEUR AGRÉGÉ OU CERTIFIÉ :

Mme D`minique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Christina BADULESCU	UFR	C`mmunicati`n

II- PH, RM, CIE

PROFESSEURS :

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmac`l`gie
M. R`land CAPRON (PU-PH)	Bi` physique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmac`l`gie
Mme Isabelle DUBUS	Bi` chimie
M. L`ic FAVENNEC (PU-PH)	Parasit`l`gie
M. Jean Pierre GOULLE	T`xic`l`gie
M. Michel GUERBET	T`xic`l`gie
M. Olivier LAFONT	Chimie `rganique
Mme. Isabelle LEROUX	Physi`l`gie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Micr`bi`l`gie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmac`gn`sie
M. Jean-Marie VAUGEOIS (Délégati`n CNRS)	Pharmac`l`gie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES :

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme D`minique BOUCHER	Pharmac`l`gie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physi`l`gie
M. Jean CHASTANG	Bi` mathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législati`n pharmaceutique et éc`n`mie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	B`tanique
Mle Cécile CORBIERE	Bi` chimie
M. Eric DITTMAR	Bi` physique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmac`l`gie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmac`l`gie
Mme R`seline DUCLOS	Pharmac`l`gie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmac`gn`sie
M. Franç`is ESTOUR	Chimie `rganique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasit`l`gie
Mme Najila GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	B`tanique
M. Hervé HUE	Bi` physique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasit`l`gie Immun`l`gie

Mme H`ng LU	Bi`l`gie
Mme Sabine MENAGER	Chimie `rganique
Mme Christelle MONTEIL	T`xic`l`gie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. M`hamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie H`spitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Bi`chimie

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Micr`bi`l`gie

III- MÉDECINE GÉNÉR, LE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS À MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine Générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCE ASSOCIÉS À MI-TEMPS :

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie-Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

Mme Vénique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB – Centre HENRI BECQUEREL CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de réadaptation

LISTE DES RESPONS, BLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**

M. Thierry **BESSON**

M. R`land **CAPRON**

M. Jean **CHASTANG**

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Mlle Elisabeth **CHOSSON**

M. Jean-Jacques **BONNET**

Chimie générale et minérale

Chimie thérapeutique

Bi` physique

Mathématiques

Législati`n, Éc`n`mie de la Santé

B`tanique

Pharmac`dynamie

Mme Isabelle DUBUS		Bi`chimie
M. L`ic FAVENNEC		Parasit`l`gie
M. Michel GUERBET		T`xic`l`gie
M. Olivier LAFONT		Chimie Organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physi`l`gie	
Mme Martine PESTEL-CARON		Micr`bi`l`gie
Mme Elisabeth SEGUIN		Pharmac`gn`sie
M. M`hamed SKIBA		Pharmacie Gal`nique
M. Philippe VERITE		Chimie analytique

ENSEIGN, NTS MONO-, PP, RTEN, NTS
--

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Bi`chimie et Bi`l`gie M`lculaire (Unité INSERM 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Bi`chimie et Bi`l`gie M`lculaire (Unité INSERM 1079)
Mme Carine CLEREN	Neur`sciences (Né`vasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique m`lculaire humaine (UMR 1079)
M. Ant`ine OUVRARD-PASCAUD	Physi`l`gie (Unité INSERM 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Bi`chimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

M. Serguei FETISSOV	Physi`l`gie (Gr`upe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Inf`rmatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Au Professeur Loïc Marpeau,

Pour avoir accepté de présider cette thèse,

Pour votre enseignement inestimable, durant ces cinq ans,

Pour nous transmettre chaque jour votre passion.

Pour être toujours présent, disponible et à l'écoute,

Pour m'avoir encouragée dans mes choix,

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de
ma plus grande reconnaissance.

Au Professeur Eric Verspyck,

Pour avoir accepté de juger cette thèse,

Pour m'avoir enseigné l'obstétrique avec tant de patience et de plaisir.

Pour vos lumières, tout au long de mon internat.

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Au Professeur Horace Roman,

Pour avoir accepté de juger ce travail.

Pour m'avoir fait aimer la chirurgie,

Pour ton soutien et ta présence au quotidien.

Trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance et
amitié.

Au Docteur Benoit Resch

Pour avoir accepté de diriger ce travail,

Pour la confiance que tu m'as accordée durant ce
compagnonnage,

Pour la qualité de ton apprentissage au quotidien,

Trouve ici l'expression de mon profond respect et de ma
reconnaissance.

Au Docteur Nicolas Joutel

Pour m'avoir fait le plaisir d'accepter de juger ce travail,

Pour ton aide pour ma thèse,

Pour tes conseils sexologiques tout au long de mon internat.

Pour notre amitié qui, j'espère, perdurera encore de nombreuses années.

Vois ici l'expression de ma reconnaissance et de mon amitié.

À « la famille que j'ai choisie » :

À Sarah, non seulement pour avoir toujours, à ta façon, trouvé les bons mots, mais aussi pour avoir été une correctrice avec une patience infinie.

À Vincent, pour tes silences qui en disent long et que tu es le seul à oser.

À Mika, pour nos dix-sept années de plaisanteries et de présence.

À Mag, pour tes gaffes et ta bonne humeur perpétuelle.

À Vava, pour ta patience, ton imagination, ta douceur.

À Nico, pour tes conseils, ta présence et mes abdos.

Et aussi à Pierre, Eric, Cécile, Mathieu, Léo, Math, Carmine, Chacha, Jérémy, Chloé, Lolo, les Juliens, Noémie, Quentin, Boon, Guy, Nath pour avoir toujours été là, dans les bons comme dans les mauvais moments et pour savoir que l'on sera tous là, les uns pour les autres, encore très longtemps.

À mes quatre parents, ma sœur et ma cousine, pour avoir su me soutenir et me guider et cela depuis toujours.

Et surtout à ma mère pour les corrections de ma thèse et du reste...

À mes grands-parents qui auraient tellement aimé être présents.

À Chloé pour m'avoir prouvé qu'on pouvait écrire une thèse, en vivant ensemble sans même que je m'en rende compte.

À Émilie, pour tes coups de gueule, tes coups de cœur, tes coups de maniaquerie et les huîtres.

À Margot et Eco, pour avoir fait de mes années d'études un bonheur du quotidien.

À Jeanne et Julia, mes sœurs. A Louise, ma filleule.

À Juliette et Thomas pour votre précieuse aide.

À Gauthier, pour avoir été mon co-interne et m'avoir supporté au quotidien pendant deux ans, sans presque jamais râler.

À Maria pour ta gentillesse et ta douceur.

À mes co-internes (les Nicos, Mathieu, Gaëlle, Violaine, Hélène, Solène, Julien, Myriam, Marco, Olivier, Rachid, Julie, Delphine et Mathilde) pour avoir transformé le quotidien, le travail et la fatigue en moments magiques.

À Anne, pour m'avoir tant appris et pour nos nuit blanches parce que moins et moins n'ont jamais fait plus.

À Christine et Delphine pour m'avoir appris les prémices de la maïeutique.

Aux sages-femmes de la mater (Malou, Sophie, Aurélie, Frank, Bertrand, Yohan, Stéphanie, Adé, Maryse, Céline, Evema, Karine, Laure, Amandine, Steph, Lucie, Isa...) pour rendre si beau ce métier et ce qu'il ne serait jamais sans vous.

À Madame Foulon, pour vos précieux conseils et votre aide pour ma thèse.

À Stéphane, parce que sans toi, je serais encore en train de faire mes statistiques, pour le plaisir de t'avoir eu en directeur de mémoire et pour tes seules gardes non blanches.

À Nicolas Mathieu pour ta précision, ton professionnalisme, mais aussi pour tes délires cachés et nos fous rires.

Aux chefs de gynécologie : Cécile, Alain, Laurence, Alexis, Mariam, Carole, Marc, Albane, Marie Pierre, pour tout ce que vous m'avez appris tout au long de mon internat.

Abréviations.

AMH : Hormone antimüllérienne

CIAF : Conférence du Comité interafricain

EN : Echelle numérique de la douleur

ExH : Enquête excision et handicap

FSFI : Female Sexual Function Index

IES : Impact of Event Scale

INED : Institut national d'études démographiques

MGF : Mutilation génitale féminine.

MSF : Mutilation sexuelle féminine

NP : Non précisé

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations unies

PMI : Protection maternelle et infantile

PTSD : Syndrome post traumatique

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

WHO : World Health Organization

Évaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires, après transposition du clitoris chez 30 patientes.

1	Introduction	26
2	Généralités.....	27
2.1	Les mythes	27
2.1.1	Une origine biblique	27
2.1.2	Une origine reposant sur les mythes fondateurs des ethnies d'Afrique occidentale	28
2.2	Justifications de l'excision.....	29
2.2.1	Arguments d'ordre religieux.....	30
2.2.2	Arguments d'ordre coutumier.....	30
2.2.3	Arguments d'ordre sociologique.....	31
2.2.4	Arguments hygiéniques et esthétiques	31
2.2.5	Arguments économiques	32
2.3	Types de mutilations.....	32
2.3.1	4 types de mutilations.....	32
2.3.2	Diagnostics différentiels	38
2.4	Conséquences de l'excision.....	38
2.4.1	À court terme	39
2.4.2	Complications à long terme.....	40

2.5	Epidémiologie.....	47
2.5.1	La situation en Afrique.....	48
2.5.2	La situation en Europe.....	51
2.5.3	La situation en France.....	51
2.5.4	La situation dans le reste du monde.....	52
2.6	Législation	53
2.6.1	Les actions internationales.....	53
2.6.2	En Europe.....	55
2.6.3	En Afrique.....	55
2.6.4	La législation française	56
2.7	La prise en charge chirurgicale.....	56
2.8	Généralités sur le clitoris	57
2.8.1	Embryologie	57
2.8.2	Anatomie de la région vulvaire de la femme.....	60
2.8.3	Physiologie du clitoris.....	71
2.8.4	Histologie.....	74
3	Objectifs de l'étude.....	75
3.1	Objectif principal.....	75
3.2	Objectifs secondaires	75
4	Matériels et Méthodes	76
4.1	Inclusion des patientes.....	76
4.2	Technique chirurgicale	76
4.3	Protocole d'hospitalisation et de suivi.....	83
4.4	Recueil des données	83
4.4.1	Données préopératoires	83
4.4.2	Données per opératoires	84
4.4.3	Données post-opératoires.....	84
4.5	Analyse statistique.....	86
5	Résultats	87
5.1	Caractéristiques socio-culturelles.....	87
5.1.1	Statut professionnel.....	87
5.1.2	Statut marital	87
5.1.3	Parité	88
5.1.4	Origine du conjoint.....	88
5.2	Histoire personnelle des patientes	88

5.2.1	Origines	88
5.2.2	Âge d'immigration	90
5.2.3	Fratrie	91
5.3	Contexte de la pratique	91
5.3.1	Âge d'excision	91
5.3.2	Contexte d'excision	91
5.3.3	Type de mutilation	92
5.4	Constatation de la mutilation.....	92
5.5	Complications précoces de l'excision : hémorragies, infections, douleurs	92
5.6	Complications tardives.....	93
5.7	Complications obstétricales	93
5.8	Répercussions sexuelles	93
5.8.1	Complications sexuelles de l'excision	93
5.8.2	Pratiques sexuelles.....	94
5.9	Répercussions physiques : l'esthétique vulvaire	95
5.10	Répercussions psychologiques.....	96
5.11	Répercussions identitaires.....	96
5.11.1	Évaluation préopératoire de l'image corporelle	96
5.11.2	Évaluation préopératoire de l'image renvoyée	97
5.11.3	Évaluation préopératoire des rapports avec autrui.....	97
5.12	Répercussions fonctionnelles.....	97
5.12.1	Évaluation préopératoire du désir	98
5.12.2	Évaluation préopératoire de l'envie.....	98
5.12.3	Évaluation préopératoire de la lubrification.....	98
5.12.4	Évaluation préopératoire de l'orgasme.....	98
5.12.5	Évaluation préopératoire du plaisir	98
5.12.6	Évaluation préopératoire de la douleur	98
5.13	Patientes mutilées et réparation.....	99
5.13.1	Connaissance de l'intervention	99
5.13.2	Personne à l'origine de la décision d'intervention	99
5.13.3	Âge à l'intervention	99
5.13.4	Nombre de consultations préopératoires et suivi multidisciplinaire (sage- femme, médiatrice, sexologue, psychologue, chirurgien).....	99
5.13.5	Motifs de consultation.....	100
5.14	L'intervention	101
5.14.1	Durée de la chirurgie	101

5.14.2	Type d'anesthésie.....	102
5.15	Complications précoces chirurgicales.....	102
5.15.1	Générales	102
5.15.2	Douleur	103
5.16	Complications tardives de la chirurgie	103
5.16.1	Douleur	103
5.16.2	Infections	104
5.17	Résultats de l'intervention	104
5.17.1	Résultat anatomique.....	104
5.17.2	Résultats fonctionnels.....	105
5.17.3	Résultats identitaires.....	108
5.18	Comparaison des résultats préopératoire/post-opératoire	110
5.19	Satisfaction en fonction de la demande initiale	112
5.20	Résultats des sous-populations étudiées	112
5.20.1	Sous population en fonction de l'âge lors de l'excision	113
5.20.2	Sous population en fonction du lieu de naissance	114
5.20.3	Sous population en fonction de l'âge lors de l'intervention	115
5.20.4	Sous population en fonction de la parité.....	116
5.20.5	Sous population en fonction des attentes de l'intervention.	117
6	Discussion.....	118
6.1	Commentaires concernant les caractéristiques de l'étude.....	118
6.1.1	Taux de réponse à l'étude.....	118
6.1.2	Caractéristiques de la population d'étude	118
6.1.3	Les questionnaires.....	122
6.1.4	Les témoins.....	124
6.1.5	La technique et ses complications.....	124
6.2	Bénéfices liés à l'intervention.....	126
6.2.1	Bénéfices Anatomiques	126
6.2.2	Bénéfices fonctionnels	127
6.2.3	Bénéfices psychologiques.....	128
6.3	Attentes des patientes en regard de la demande	128
6.3.1	Attentes des patientes.....	128
6.3.2	Bénéfices de l'intervention en regard de la demande.....	129
6.3.3	Variabilité liée aux différents sous-groupes.....	130
6.4	Variabilités liée aux dilemmes affectant la sexualité et la féminité	131
6.4.1	Dilemmes ethnique influençant la sexualité	131

6.4.2	Féminité et dilemme culturel.....	132
6.5	Perpétuation de la tradition.....	133
6.5.1	Femmes excisées nées en France.....	133
6.5.2	Les familles	134
6.5.3	Excision des filles	134
7	Conclusion.....	135
	Annexes	136
	Bibliographie	158

1 Introduction

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines (MSF) comme: l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et/ou tout geste pratiqué sur les organes génitaux féminins pour des motifs culturels ou tout autre motif non thérapeutique (1).

On estime à 135 millions le nombre de femmes qui ont été victimes d'une mutilation sexuelle rituelle. Chaque année, trois millions de filles et de femmes subiraient une mutilation sexuelle, intervention dangereuse, voire mortelle, ainsi que source de douleurs et de maux indicibles. Cette pratique viole les droits humains fondamentaux des filles et des femmes car elle les prive de leur intégrité physique et mentale, de leur droit à une existence exempte de violence et de discrimination et dans le pire des cas, de la vie (2).

Ces mutilations sont actuellement pratiquées principalement dans 28 pays d'Afrique et du Proche-Orient avec une prévalence variant de 5 à 99% selon les pays et plus rarement dans certains pays d'Asie (Indonésie et Malaisie), ainsi qu'en Europe chez les populations migrantes.

Bien qu'interdite par un nombre croissant de pays, cette pratique perdure. Les MSF sont source de complications, principalement urologiques, gynécologiques et obstétricales, dont le traitement chirurgical a été bien décrit.

Elles sont également source de séquelles psychologiques, anatomiques, fonctionnelles, identitaires et esthétiques.

Une technique de réparation a été décrite par un urologue français, P. Foldes (3). Nous avons voulu évaluer, chez 30 patientes ayant bénéficié de cette chirurgie au CHU de Rouen, l'apport anatomique, fonctionnel et identitaire de cette technique.

Pour cela, nous avons tout d'abord analysé les caractéristiques socio-démographiques de notre population. Puis nous nous sommes intéressés aux résultats sur la sexualité, le bien-être psychologique, l'esthétique, l'identité et la féminité de nos patientes, ces derniers items ayant été jusqu'alors, encore peu évalués.

2 Généralités

2.1 Les mythes

L'origine de la pratique de l'excision est très controversée. De l'ancien testament aux mythes africains, l'excision semble remonter à des pratiques ancestrales. Différentes hypothèses ont été émises, nous allons en détailler quelques-unes.

2.1.1 Une origine biblique

L'origine biblique de l'excision serait rapportée à Sarah, épouse d'Abraham qui aurait pratiqué l'excision par jalousie sur Agar (Tabari, Histoire des Prophètes et des Rois III 83).

Selon le mythe, Sarah était une femme d'une grande beauté. Le roi Abdeler avait tenté de la posséder en vain. Pour lui prouver son amour, il lui offrit une jeune esclave, Agar, à laquelle Sarah s'attacha au point de demander à son mari de la prendre comme seconde épouse afin de leur donner un enfant, Sarah étant stérile. Abraham eut un fils Ismaël, de sa seconde épouse. A 100 ans, Sarah eut à son tour un fils, Isaac. Alors, la jalousie de Sarah vis-à-vis de sa servante grandit et elle décida de faire exciser sa rivale qu'elle chassa ensuite. On peut trouver d'autres versions de la légende dans lesquelles Sarah aurait fait percer les oreilles de son esclave. Plus tard, lorsqu'Ismaël décida de prendre une épouse, sa mère Agar lui dit de n'épouser que des femmes circoncises comme elle. Les femmes se circoncirent et Ismaël les épousa. Il en eut douze princes. Devant cette postérité, qui signait pour ce peuple l'assentiment de Dieu pour les pratiques de circoncisions féminines et masculines, cette coutume se répandit dans les contrées avoisinantes.

2.1.2 Une origine reposant sur les mythes fondateurs des ethnies d'Afrique occidentale

Selon la mythologie de la corne de l'Afrique, tous les individus naissent androgynes. Les femmes sont porteuses d'un vestige anatomique masculin, le clitoris et les hommes d'un reliquat féminin, le prépuce. Pour se débarrasser de ce statut androgyne originel et accroître la fertilité naturelle, il faut recourir à l'excision et à la circoncision.

2.1.2.1 *Le mythe dogon*

Les Dogons sont un peuple du Mali, la pratique de l'excision a d'abord un sens symbolique de différenciation sexuelle. Selon cette croyance, pour pouvoir devenir des adultes complets et féconds, les hommes doivent perdre leur partie féminine (par la circoncision), représentée par le prépuce et les femmes doivent perdre leur partie masculine (par l'excision), cet élément phallique rappelant la dualité originelle est représenté par le clitoris.

Le mythe du Dogon : le dieu Amma créa la terre et en fit son épouse. Le sexe de celle-ci était une fourmilière tandis que son clitoris était une termitière. Lorsque le dieu Amma décida de s'unir à la terre, la termitière se dressa, en rivale du sexe mâle et lui barra le chemin. Le dieu Amma dut alors l'abattre pour s'unir à la terre. La terre excisée, plus docile, mit alors au monde un enfant (4).

2.1.2.2 *Le mythe Bambara*

Chez les Bambara, le clitoris est considéré comme un dard qui peut blesser, voire tuer l'homme, au moment des rapports sexuels. Ce dard est appelé « Wanzo » De plus, certains imaginent qu'il pourrait obstruer les narines du bébé à la naissance et donc le tuer.

Selon le mythe bambara, le premier être mâle nommé Pemba prit la forme de « Balanza », roi de tous les arbres. Alors qu'il s'unissait avec sa sœur jumelle, le premier être femelle nommée « Musso Koroni » (vieille petite femme), ses épines la blessèrent au cours du coït. Elle en devint folle. La folie de Musso Koroni la poussa à circoncire et à exciser tous les hommes et les femmes qu'elle rencontrait, avec les ongles et les dents, semant partout le désordre et le malheur

matérialisés par le Wanzo. Depuis lors, tout enfant, à sa naissance, reçoit le Wanzo, dans son sang et sur sa peau, au moment du contact avec la terre sur laquelle il naît. Cette force maléfique siège plus particulièrement dans le prépuce chez l'homme et dans le clitoris chez la femme. Cette force maléfique représente en chaque individu le désordre et s'oppose à la fécondité.

2.1.2.3 *Mythe Buna Lulua*

Chez les Buna Lulua, une ethnie du Congo, l'excision se justifie par le mythe du « vagin denté ». Selon ce mythe, le clitoris serait la dernière dent à supprimer (5). On retrouve aussi très souvent la croyance selon laquelle le clitoris peut devenir si long, qu'il risquerait d'obstruer l'entrée du vagin et de rendre impossible tout rapport sexuel, ou bien encore qu'il viendrait moucher le nouveau-né à la naissance et l'empêcherait de respirer.

2.1.2.4 *L'évolution de la pratique au cours des siècles*

Il faut noter qu'en Europe et particulièrement en France et en Angleterre, la clitoridectomie, les cautérisations génitales et l'infibulation étaient pratiquées au XIXe siècle et au XXe siècle jusque dans les années 1920, par certains médecins comme les Français, Thésée Pouillet (1849-1923) ou Paul Broca (1824-1880), pour traiter la nymphomanie, pour prévenir la masturbation ainsi que les troubles qui étaient considérés comme pouvant être causés par cette pratique masturbatoire, telles que l'hystérie, la mélancolie et l'épilepsie. De plus, il n'était pas envisageable qu'une femme respectable ait du plaisir lors des rapports sexuels. Aux États-Unis, la pratique de l'excision du prépuce clitoridien, comme traitement de la frigidité et des problèmes psychologiques qui étaient censés en résulter, est proposée dans les années 1940. En 1959, un médecin américain nommé Rathmann inventa une pince spéciale pour circoncire les femmes (6) (7).

2.2 Justifications de l'excision

Les arguments avancés pour justifier les mutilations sexuelles féminines sont nombreux.

L'excision dans ses modalités diverge selon les ethnies. Les pratiques et leurs symboliques sont spécifiques en fonction de chaque croyance et théorie.

2.2.1 Arguments d'ordre religieux

Des raisons religieuses sont parfois invoquées et les MSF sont abusivement considérées comme une tradition du monde musulman. Bien que pratiquées le plus souvent dans les pays à population majoritairement musulmane, elles existaient avant l'avènement de l'Islam (8, 9). La seule allusion à cette pratique est retrouvée dans le Hadith (ensemble des paroles attribuées à Mahomet) : *« Lorsque tu excises une femme, ne lui coupe pas trop de chair, afin qu'elle conserve la beauté de son visage, car, lorsqu'on coupe trop de chair à une femme, la beauté de son visage disparaît, elle n'est plus désirable aux yeux des hommes. »* (Tabari, Histoire des Prophètes et des Rois III 83). Le Coran n'en parle pas. On constate d'ailleurs que ces mutilations sont pratiquées de façon coutumière chez les croyants d'obédience musulmane mais aussi chrétienne, juive, ou animiste, comme chez les athées. Elles sont en revanche ignorées dans l'ensemble du Maghreb ainsi qu'en Turquie.

2.2.2 Arguments d'ordre coutumier

Aujourd'hui la pression sociale et familiale est encore forte dans certains groupes et il est donc difficile de s'y opposer sous peine d'exclusion. Dans de nombreux cas, les parents ou autres membres de la famille perpétuent ainsi cette tradition, tout en la sachant nuisible pour la santé physique et psychique de leurs filles. La pression normative est parfois telle, que certaines femmes réclament cette mutilation pour continuer d'appartenir au groupe et garantir leur chance de mariage. Il arrive aussi que les femmes vivant dans des communautés d'immigrés considèrent la pratique comme une façon de renforcer leur identité culturelle au sein d'une société étrangère (5, 10, 11).

2.2.3 Arguments d'ordre sociologique

Les mutilations sexuelles féminines restent actuellement essentiellement pratiquées dans les sociétés traditionnelles de confessions religieuses variées dans lesquelles les hommes veulent contrôler la sexualité des femmes (5). Les hommes voient dans l'excision un moyen de garantir « l'honneur de la famille ». L'excision permettrait de conserver la virginité des jeunes filles jusqu'au mariage, en prévenant le désir sexuel et par conséquent une expérience sexuelle prénuptiale. D'autre part, elle permettrait de préserver « l'honneur du mari », car elle réduirait le désir sexuel des femmes, qui bien que frustrées par la polygamie, ne seraient alors pas tentées d'avoir des relations adultérines (12). Enfin, il existe dans plusieurs régions une croyance selon laquelle les mutilations amélioreraient la fertilité des femmes (13).

On voit souvent dans ces pratiques le symbole de l'oppression masculine, mais il est intéressant de noter qu'elles sont perpétuées essentiellement par des femmes (14). La décision est souvent prise par la mère ou la grand-mère et le geste est réalisé par des femmes. Elles font ainsi exciser leurs filles dans l'espoir de les marier et d'en faire de bonnes épouses.

2.2.4 Arguments hygiéniques et esthétiques

Les peuples qui pratiquent l'excision ont associé cette intervention sur le sexe de la femme à une recherche esthétique. Cette préoccupation esthétique est souvent justifiée dans les récits par une hypertrophie anormale des organes génitaux et en particulier du clitoris chez les Africaines.

On rapporterait que chez les Hottentotes, peuple d'Afrique australe, les femmes auraient des lèvres et un clitoris tellement grands, qu'ils se rejoindraient et tomberaient en drapage sur les cuisses.

L'apparence d'un sexe féminin excisé répond ainsi pour certains à des critères de beauté : une surface lisse, sans plis et sans polis.

Le clitoris apparaît comme un organe laid et impur. Il est supposé renfermer des vers nuisibles, malpropres et doit subir une toilette pour rendre la vulve plus présentable. Pour certains musulmans, les recommandations du Prophète sur la

purification des corps ont été interprétées comme la nécessité d'exciser et de circoncire afin de rendre les sexes « propres » au sens hygiénique du terme.

Au Mali, l'excision se justifie afin d'éviter l'accumulation du sperme et des restes des menstrues dans les replis du sexe féminin (14).

2.2.5 Arguments économiques

Une femme non excisée ne peut se marier et donc la famille de la jeune fille ne perçoit pas de dot. Or, cette dot doit normalement permettre aux fils de la famille de se marier et de garantir ainsi la continuité de la famille.

Par ailleurs, l'excision est devenue une source de revenus importante pour les exciseuses, qui reçoivent non seulement des cadeaux mais aussi de l'argent. En France, les exciseuses peuvent recevoir jusqu'à cinq cents euros pour une excision (15).

2.3 Types de mutilations

2.3.1 4 types de mutilations

Les mutilations génitales féminines comprennent une série d'interventions à visées réductrices. La terminologie appliquée à ces procédures a connu plusieurs modifications importantes.

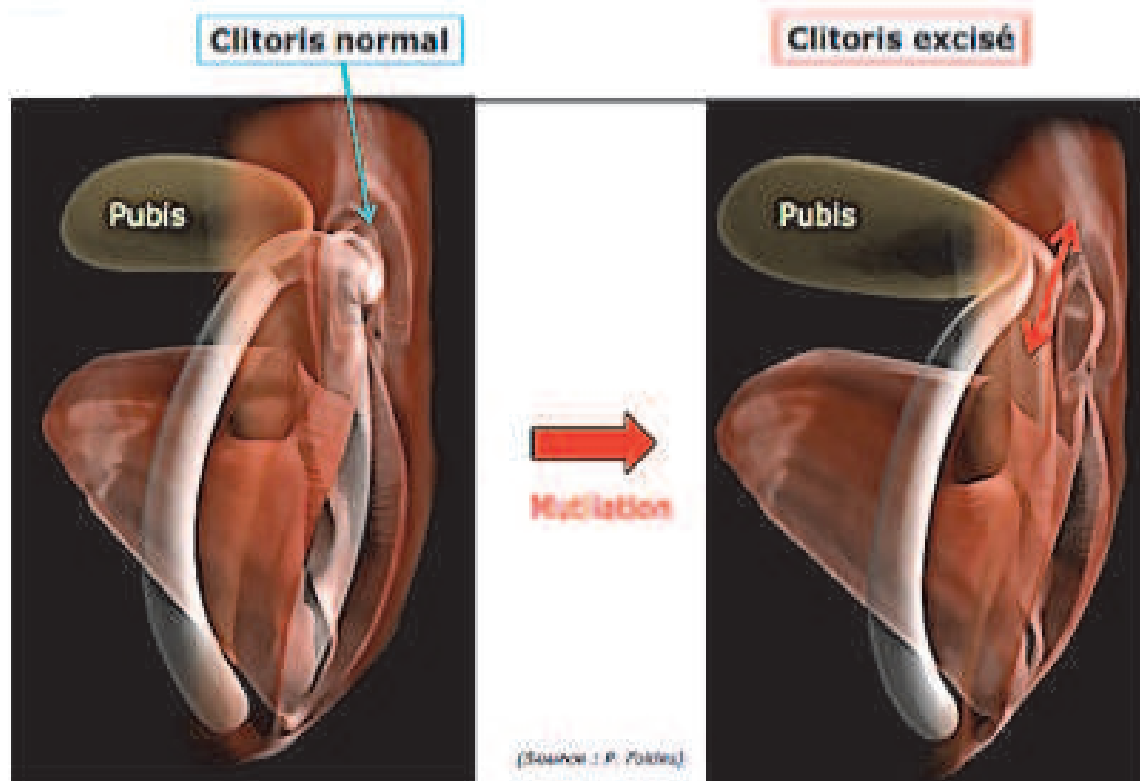


Figure 1 : schématisation en 3D de l'excision

Lorsque la pratique a commencé à être connue au-delà des sociétés dans lesquelles elle appartenait à la tradition, elle était généralement désignée sous le terme de “circoncision féminine”. Cette appellation établit un parallèle direct avec la circoncision masculine et prête à confusion entre ces deux pratiques bien distinctes, minimisant ainsi les graves conséquences physiques et sociales de l’acte.

L’expression “mutilation génitale féminine” (MGF) se répandit vers la fin des années 70. Le mot “mutilation” non seulement établit une distinction linguistique claire avec la circoncision masculine, mais encore, du fait de sa connotation fortement négative, souligne la gravité de l’acte. En 1990, ce terme fut retenu lors de la troisième conférence du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CIAF), à Addis- Ababa. En 1991, l’OMS recommanda l’adoption de cette terminologie qui depuis est largement utilisée dans les documents des Nations Unies. Le mot “mutilation” souligne aussi

l'idée que cette pratique constitue une violation des droits humains des filles et des femmes et renforce ainsi l'engagement national et international en faveur de son élimination.

En France suite au colloque de juin 2004 de l'académie de Médecine consacré au sujet, le terme mutilation génitale féminine est remplacé par le terme de « mutilation sexuelle féminine ». Cette divergence sémantique souligne le but de cette pratique qui est plutôt de brider la sexualité des femmes et non de porter atteinte à leur système reproductif.

L'OMS distingue quatre types de mutilations sexuelles féminines.

- type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (encore appelée clitoridectomie, ou opération de Sunna).

Les subdivisions suivantes sont proposées :

- type Ia : ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement.



Figure 2 : MSF type IA ablation du capuchon clitoridien.

- type Ib : ablation du clitoris et du prépuce.

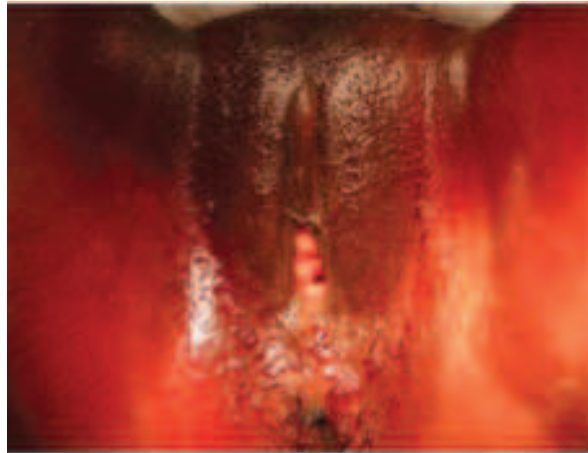


Figure 3 : MSF type Ib ablation du prépuce et du clitoris.

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

Les subdivisions suivantes sont proposées :

- type IIa : ablation des petites lèvres uniquement,
- type IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres,
- type IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.

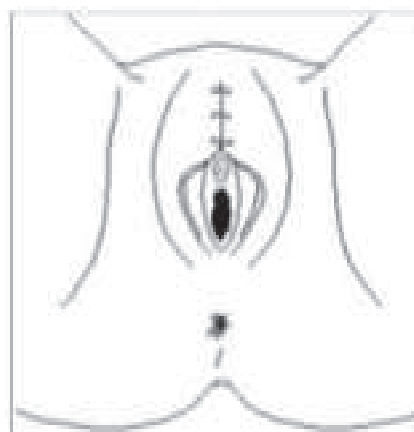
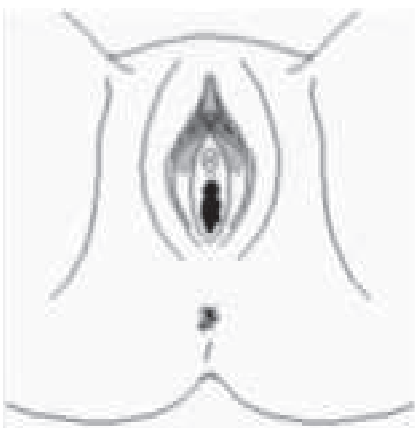




Figure 4 : MFS type IIb ablation totale du clitoris et de petites lèvres sans excision des grandes lèvres.

- Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (encore appelé infibulation, ou «circoncision pharaonique»).

Les subdivisions suivantes sont proposées :

- type IIIa : ablation et accolement des petites lèvres
- type IIIb : ablation et accolement des grandes lèvres

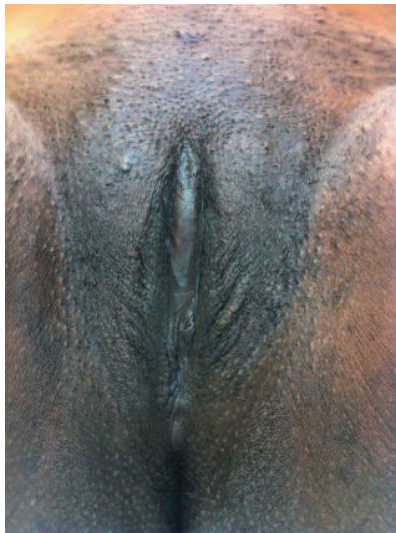
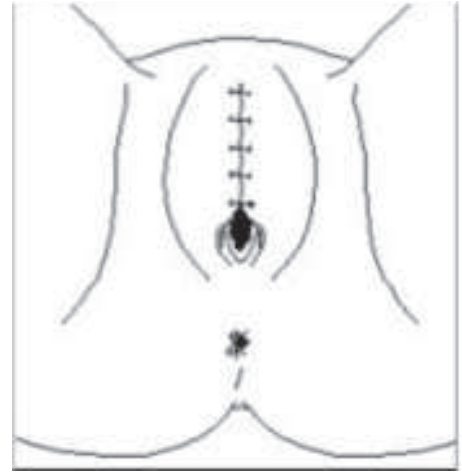


Figure 5 : MFS de type 3 rétrécissements de l'orifice vaginal avec recouvrement par accollement des petites et/ou des grandes lèvres.

Type IV: cette catégorie regroupe toutes les formes de mutilations sexuelles non classables dans les trois types précédents. Elle regroupe toutes les interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification, la cautérisation des organes génitaux féminins, ou encore l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer.

2.3.2 Diagnostics différentiels

Un diagnostic différentiel peut se poser dans un nombre limité de cas et seulement chez un sujet appartenant aux groupes ethniques concernés.

Chez la fillette, une coalescence des petites lèvres peut fermer partiellement l'orifice vaginal; il subsiste un orifice qui est alors antérieur à cet accollement, qui est le plus souvent superficiel, on peut toujours visualiser le clitoris et son capuchon. Un nouvel examen, après préparation vulvaire par application d'œstrogènes locaux peut être réalisé en cas de doute.

Une ambiguïté sexuelle entraîne une fusion postérieure ou totale des grandes lèvres et des testicules sont parfois palpés dans leur épaisseur. Le clitoris apparaît hypertrophié.

Le clitoris et son capuchon peuvent être peu apparents, comme enfouis, pouvant faire hésiter avec un antécédent de clitoridectomie, mais le corps du clitoris reste alors palpable.

Des petites lèvres minces peuvent faire penser à une excision, mais leur bord est régulier et le clitoris est retrouvé.

L'absence de petites lèvres dans la partie postérieure chez l'enfant est normale, leur réunion en partie postérieure ne se fait qu'au moment de la puberté.

L'absence de méat urinaire est rare : elle peut se rencontrer dans l'hypospadias.

2.4 Conséquences de l'excision

Les conséquences de l'excision sont multiples et de gravité variable, en fonction du contexte de la pratique. L'OMS les classe en trois catégories (16).

- Complications précoces
- Complications tardives
- Complications psychologiques, sociales et sexuelles

Une étude récente réalisée en Gambie sur 871 femmes excisées conclut qu'une femme sur 3 excisées a des complications dues à son excision, un tiers d'entre elles ont des complications précoces et deux tiers des complications tardives. Les

complications précoces les plus fréquentes sont l'hémorragie et l'anémie. La complication tardive la plus fréquente est une mauvaise cicatrisation. Cette étude démontre également que plus la mutilation initiale est importante, plus les complications sont graves (17).

2.4.1 À court terme

Les complications précoces sont fréquentes, elles sont estimées par Dirie (18) (19) à 38.7% et sont probablement sous-estimées.

2.4.1.1 Hémorragies

L'hémorragie est l'une des complications les plus courantes. Elle est estimée aux alentours de 20% (19). Elle s'explique par la riche vascularisation de la région et fait le plus souvent suite à la section de l'artère clitoridienne lors de la section du clitoris. Après le geste, l'hémostase est réalisée par le bandage des jambes de la jeune fille mutilée avec parfois l'application de plantes. Les saignements peuvent être importants et être ainsi responsables de chocs hémorragiques, voire de décès. Les saignements peuvent également entraîner une anémie sévère nécessitant des transfusions ayant des répercussions sur la croissance d'enfants déjà dénutris.

On remarque également des hématomes pouvant entraîner des compressions d'organes avoisinants.

2.4.1.2 Infections

2.4.1.2.1 Locorégionales

Elles sont généralement dues aux conditions de l'excision : utilisation d'instruments non stériles, manque d'asepsie, pansements traditionnels. On observe le plus souvent une simple suppuration de plaie, mais des complications plus graves peuvent être observées, elles sont estimées à 15% (19), à type de phlegmons du périnée ou d'abcès, mais aussi régionales à type d'adénite.

2.4.1.2.2 Générales

Le tétanos, les gangrènes ainsi que les chocs septiques dus aux souillures des instruments, restent redoutables. Les infections graves seraient retrouvées chez 1.5% des fillettes.

2.4.1.3 *Douleurs*

L'acte en lui même entraîne des douleurs suraiguës, du fait de l'innervation de la région.

2.4.1.4 *Blessures des organes avoisinants*

La douleur peut entraîner des réflexes de défense, responsables de blessures des organes avoisinants (plaies du périnée, lésions du vagin, de l'anوس et surtout plaies de l'urètre, source de rétention aiguë d'urine et de fistule retrouvées chez 4% des excisées). Il peut de plus, exister une atteinte indirecte de ces organes par des phénomènes de compression en rapport avec la survenue d'un œdème ou d'un hématome.

2.4.1.5 *Décès*

Suite à ces complications, la mortalité serait non négligeable mais d'évaluation difficile, car souvent non recensée.

2.4.2 Complications à long terme

2.4.2.1 *Locorégionales*

2.4.2.1.1 Les cicatrices

La cicatrisation peut se faire de façon vicieuse, entraînant des cicatrices chéloïdes inesthétiques encore plus fréquentes chez les femmes noires.



Figure 6 : Cicatrice chéloïde.

2.4.2.1.2 Les Kystes dermoïdes

Ils se retrouvent par inclusion de la région clitoridienne. Ils sont de taille variable, pouvant atteindre celle d'une orange. Il s'agit d'une pathologie bénigne, mais qui peut être très invalidante par sa taille, la localisation du kyste ou les douleurs qu'il entraîne. Il peut également s'infecter et entraîner une suppuration locale.

2.4.2.1.3 Les névromes

Les névromes sont à l'origine d'algies chroniques souvent intensifiées par les mictions ou le contact.

2.4.2.2 **Complications générales**

2.4.2.2.1 Complications urologiques

Les excisions peuvent être responsables, dans certains cas, d'infections urinaires à répétition. L'infibulation aboutit au recouvrement et à l'occlusion de l'orifice vulvaire et du méat urinaire. Cette membrane cicatricielle constitue un obstacle et expose au risque de rétention aiguë d'urine, ou de stase urinaire avec les complications qui en découlent : infections urinaires basses, voire pyélonéphrite (20). Le risque est la néphrite chronique pouvant aboutir à une insuffisance rénale.

La stase urinaire peut aussi être responsable de lithiases des voies urinaires.

2.4.2.2.2 Les fistules

Des cas de fistules recto- ou vésico-vaginales sont classiquement observées chez les patientes excisées. Elles sont la conséquence des traumatismes des organes de voisinage survenant au moment de l'acte.

Elle peuvent également être observées au décours de l'accouchement ; en effet la pression du crâne fœtal sur le périnée peut être responsable de l'ischémie et de la nécrose des cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale, avec comme conséquence à long terme des cas de fistules responsables d'une incontinence définitive (21).

2.4.2.2.3 Les infections génitales

La fermeture de l'orifice vaginal favoriserait la stagnation des germes vaginaux et leur ascension dans les voies génitales. De plus, la pratique de l'acte avec des objets tranchants souillés, des solutions cicatrisantes rudimentaires et l'obstacle à l'écoulement des règles seraient également responsable d'infections pelviennes (22).

2.4.2.2.4 Les douleurs

L'écoulement des règles peut être perturbé et être responsable de dysménorrhées. Dans l'étude de Dirie *et al*, sur 290 femmes somaliennes mutilées, quarante disent avoir souffert de troubles des règles au moment de la puberté, parmi lesquelles dix ont nécessité une intervention chirurgicale, car l'écoulement des règles avait été rendu impossible et avait abouti à la formation d'un hématoocolpos (19).

Les douleurs pelviennes chroniques sont fréquentes et les lésions nerveuses peuvent être responsables de névromes du nerf dorsal du clitoris, engendrant des douleurs fulgurantes à chaque miction ou à chaque contact.

Les différentes complications urinaires peuvent être responsables de dysuries.

2.4.2.2.5 Infections virales

Il existe un risque de transmission virale (hépatite C, ou VIH) en raison de l'utilisation répétée des mêmes instruments non stérilisés au moment des mutilations, ou lors des procédures de désinfibulations. La petite taille de l'ouverture vaginale et la présence de tissus cicatriciels chez les femmes infibulées favorisent, par la survenue de déchirures vulvaires et de saignements, la transmission virale lors des rapports sexuels (13, 23).

2.4.2.2.6 Conséquences sur la fertilité

Alors que l'un des arguments évoqué pour justifier les mutilations est l'amélioration de la fécondité, il apparaît au contraire qu'elles sont responsables de troubles de la fertilité. La première raison est que les rapports sexuels deviennent souvent difficiles après la fermeture de l'orifice vaginal. D'autre part, les infections pelviennes répétées seraient responsables d'une stérilité tubaire. De plus, Almroth *et al*, dans une étude sur 99 femmes soudanaises présentant une infertilité primaire, montrent que le risque d'infertilité est corrélé à l'étendue de la mutilation (13, 24).

2.4.2.2.7 Complications obstétricales

La grossesse est une période à risque pour une jeune femme mutilée. La sensibilité aux infections est plus grande, avec en particulier un risque accru d'infection urinaire.

Les complications liées à l'accouchement sont variables selon le type de mutilation. Une large étude multicentrique menée dans six pays d'Afrique, incluant 28 393 patientes, par le WHO study group a permis d'analyser les complications obstétricales liées au type de mutilations (25). D'après cette étude, les mutilations génitales seraient responsables d'une augmentation de un à deux cas de décès néonataux pour 100 naissances en Afrique. Elle révèle que la fréquence des complications est directement liée au type de mutilations. Plus la mutilation est importante et plus la durée d'hospitalisation maternelle, le risque d'hémorragie, les manœuvres de réanimation néonatale et les décès périnataux sont importants.

Les excisions ont de faibles répercussions sur l'accouchement : la déchirure du périnée secondaire à la perte d'élasticité des tissus cicatriciels en est le risque majeur (26). A l'opposé, une femme infibulée ne peut accoucher sans aide extérieure. En l'absence de désinfibulation, le pont cicatriciel vulvaire est un obstacle mécanique à la progression de la présentation.

Une étude anglaise sur 950 femmes de Sanaria A. Raouf montre que des femmes infibulées ont un risque significativement supérieur ($p= 0.007$) de césarienne par rapport aux femmes désinfibulées (27). L'infibulation est responsable d'une dystocie au niveau des parties molles avec un allongement quasi-systématique de la deuxième phase du travail (28). Une étude effectuée au Burkina Faso sur 354 patientes démontre que l'excision est significativement responsable de différentes complications (29) (résumées tableau 1).

Complications	OR
Dystocie	11.5
Périnée complet	10.2
Episiotomie	6.5
Révision utérine	14.7
Césarienne	5.2
Hémorragie	13
Transfusion	8
Mort né	10.2

2.4.2.2.8 Conséquences psychologiques

Les MSF représentent une atteinte à l'intégrité corporelle et, à ce titre, elles entraînent un traumatisme psychologique. Ces femmes sont également bien souvent tiraillées entre le poids de leur culture, de leur famille, le respect des traditions et le traumatisme qu'a représenté la mutilation.

Il peut donc être observé des états anxio-dépressifs, des signes de névrose, de déséquilibre affectif ainsi que des phobies. Mais ces troubles sont observés chez des femmes immigrées, déracinées, confrontées à de nouvelles habitudes sociales et à un nouvel environnement culturel. Il est donc compliqué de définir la part attribuable des symptômes psychologiques aux différentes situations vécues par ces patientes.

Différentes études ont essayé d'évaluer le retentissement psychologique des MSF. Mais l'inexistence de questionnaire adapté à cette population et à ce traumatisme particulier, doit rendre l'interprétation de ces études très prudente.

En 2008, Applebaum *et al* ont réalisé une étude comparative entre 19 femmes Bédouines israéliennes excisées et 18 femmes non excisées. Ils cherchaient à comparer le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression entre les deux populations en utilisant des questionnaires validés (The Post Traumatic Stress Disorder Scale, Symptom Checklist, Impact of Event Scale.) Aucune différence significative n'a été mise en évidence mais de nombreux biais sont retrouvés (patientes intégrées en Israël, nombre insuffisant de patientes, questionnaires non adaptés à la population d'étude) (30).

Behrendt *et al* (31) rapportent, sur une cohorte de 23 femmes, 80% de désordres affectifs ou d'anxiété. Les syndromes psychiatriques ont une prévalence estimée à 48% dans une population de femmes mutilées, statistiquement plus importante que dans une population de femmes indemnes. Elles présentent de véritables troubles émotionnels avec notamment une prévalence de stress post-traumatique estimée à 30%, proche de celle des stress post-traumatique de l'enfance. De plus ces traumatismes s'accompagnent fréquemment de problèmes de mémoire.

Ces désordres sont plus ou moins graves en fonction de l'histoire personnelle de chaque femme. Ils peuvent retentir sur un très grand nombre de facteurs,

notamment, les habitudes alimentaires, le sommeil, l'humeur et la conscience du monde extérieur.

Une étude plus récente effectuée en République Démocratique du Congo montre que sur 441 femmes ayant rempli l'Impact of Event Scale, (questionnaire axé sur les réactions et le stress engendré par un événement de vie) 54 d'entre elles souffrent de trouble post-traumatique sévère dû à l'excision et nécessitent des traitements et un suivi (32).

2.4.2.2.9 Complications sexuelles.

L'évaluation de l'impact des mutilations sur la sexualité est complexe. Tout d'abord, il est souvent difficile d'aborder ce sujet avec les femmes, qui restent pudiques et avouent difficilement l'existence de troubles dans leur vie sexuelle. De plus, l'évaluation de la sexualité reste très subjective. De nombreux questionnaires ont été validés pour permettre un abord plus objectif. Mais ces questionnaires sont difficiles à appliquer à une population de femmes excisées n'ayant pas la même culture, pas la même langue et pas les mêmes pratiques de la sexualité. Il faut aussi prendre en compte qu'il existe parfois une différence culturelle entre les investigateurs et les patientes qui rend l'abord et la compréhension des différences de sexualités compliqués.

Les différentes études effectuées ne montrent finalement que peu de différences significatives en utilisant des questionnaires validés, mais probablement non adaptés à la population d'étude.

L'étude d'Okonofu (33) ne retrouve pas de différence significative entre les femmes mutilées et les témoins à propos de la fréquence des rapports et de l'orgasme. La principale différence significative concerne les zones érogènes, en effet, les femmes excisées sont plus sensibles au niveau de la poitrine tandis que les femmes non mutilées seraient plus sensibles au niveau du clitoris.

Une étude retrouve des différences entre les femmes excisées et les infibulées. Catania en 2007 (34) a comparé les femmes mutilées de tous types, avec des femmes jeunes mutilées, des femmes infibulées et des femmes desinfibulées, en leur proposant le FSFI (questionnaire de sexualité validé.) Il rapporte que 87% des patientes mutilées ont déjà eu un orgasme. En revanche les femmes

infibulées ont des résultats significativement inférieurs dans 4 des sous-catégories du FSFI (envie, désir, plaisir, orgasme).

Foldes(35, 36) a préféré soumettre les patientes à un questionnaire personnalisé sûrement plus adapté à la population d'étude. Il trouve de réelles perturbations sexuelles chez ses patientes. Dans son étude sur les clitoridoplasties, il a interrogé plus de 2660 femmes.

Il rapporte, en préopératoire, que seulement 11% des femmes excisées ont des orgasmes réguliers, en revanche 50% d'entre elles n'ont jamais connu d'orgasme. De plus, il retrouve que 33% des patientes présentent de l'inconfort et des douleurs pendant les rapports.

Évaluer les pratiques sexuelles reste un exercice d'une rare complexité ; s'il paraît difficile de conclure sur des pratiques et des ressentis intimes et individuels à l'aide de données générales. Il paraît tout de même compréhensible que les complications de l'excision entraînent un rapport très perturbé et douloureux à l'acte sexuel.

2.5 Epidémiologie.

De nos jours, on estime que les mutilations génitales sont pratiquées dans plus d'une trentaine de pays du monde. D'après l'UNICEF, chaque année 3 millions de jeunes filles subiraient une mutilation génitale. Les données les plus sûres et les plus complètes sur la prévalence (définie comme le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation) et la nature des mutilations génitales proviennent des Enquêtes Démographiques et Sanitaires (EDS) et des Enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS) (2) et de l'OMS (37). Le recueil de données concernant les filles de moins de 15 ans pose un certain nombre de problèmes méthodologiques, entre autre, celui de déterminer si elles ont subi une mutilation et comment celle-ci s'est déroulée.

2.5.1 La situation en Afrique.

En Afrique, on recense 28 pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées. Ceci est mieux connu depuis le début des années 1990 grâce à différentes enquêtes nationales.

D'un pays à l'autre la proportion de femme excisées varie beaucoup : de 0.6% en Ouganda à 97.9% en Somalie.

On distingue cinq groupes de pays:

- ceux où la grande majorité des femmes sont excisées ; plus de 80%.
- ceux où la proportion varie en fonction de l'ethnie, la catégorie sociale et la génération, mais reste forte : entre 25 et 79% des femmes sont excisées.
- Ceux où seule une minorité de femmes sont excisées entre 5 et 24%
- Ceux où seuls quelques cas sont recensés
- Ceux pour lesquelles nous n'avons pas de donnée (en blanc).

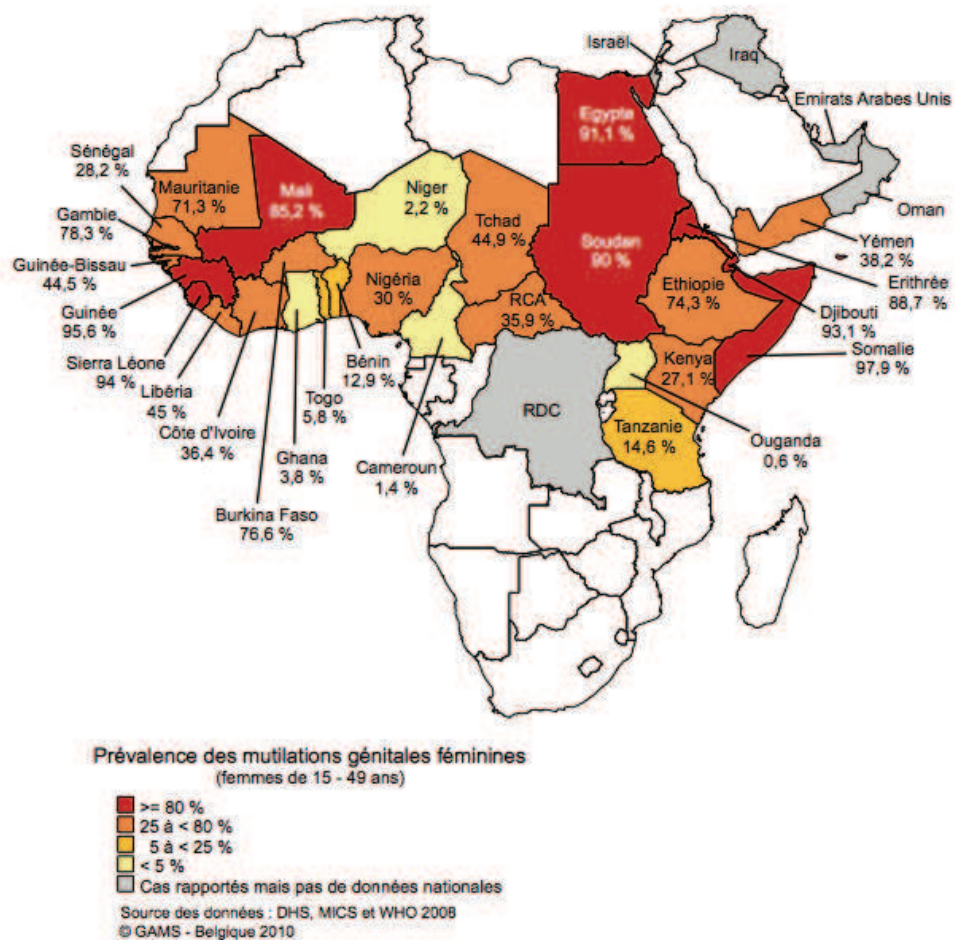


Figure 7: Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de types 1, 2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient.

Pays	Prévalence (%)	Année de l'enquête
Bénin ¹⁴	16,8	2001
Burkina Faso	72,5	2005
Cameroun ¹⁵	1,4	2004
Côte d'Ivoire	41,7	2005
Djibouti	93,10	2006
Egypte	95,8	2005
Erythrée ¹⁶	88,7	2002
Ethiopie	74,3	2005
Gambie	78,3	2005
Ghana	3,8	2005
Guinée ¹⁷	95,6	2005
Guinée-Bissau	44,5	2005
Kenya ¹⁸	32,2	2003
Liberia	45	*
Mali ¹⁹	91,6	2001
Mauritanie ²⁰	71,3	2001
Niger ²¹	2,2	2006
Nigeria ²²	19	2003
Ouganda	0,6	2006
République centrafricaine	25,7	2005
République unie de Tanzanie ²³	14,6	2004
Sénégal ²⁴	28,2	2005
Sierra Leone	94	2005
Somalie	97,9	2005
Soudan	90	2000
Tchad ²⁵	44,9	2004
Togo	5,8	2005
Yémen ²⁶	22,6	1997

* Estimations découlant de diverses études au niveau local et au niveau sous national (Yoder et Khan, 2007)

Tableau: Pourcentage de femmes excisées selon le pays.

De plus en fonction des ethnies, le type de mutilation ne sera pas le même.

Ainsi l'excision concerne principalement le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République Centrafricaine, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Nord du Ghana, la Guinée, la Guinée Bissau, le Kenya, le Mali, la Mauritanie, le Nigeria, l'Ouganda, le Sénégal, la Sierra Leone, la Tanzanie, le Togo et le Tchad.

L'infibulation est pratiquée à Djibouti, en Egypte, dans quelques régions d'Ethiopie, au Mali, en Somalie, ainsi que dans le Nord du Soudan.

Dans ces pays, toutes les ethnies ne pratiquent pas les mutilations génitales et on constate également des variations au sein d'une ethnie donnée. (Figure 8)

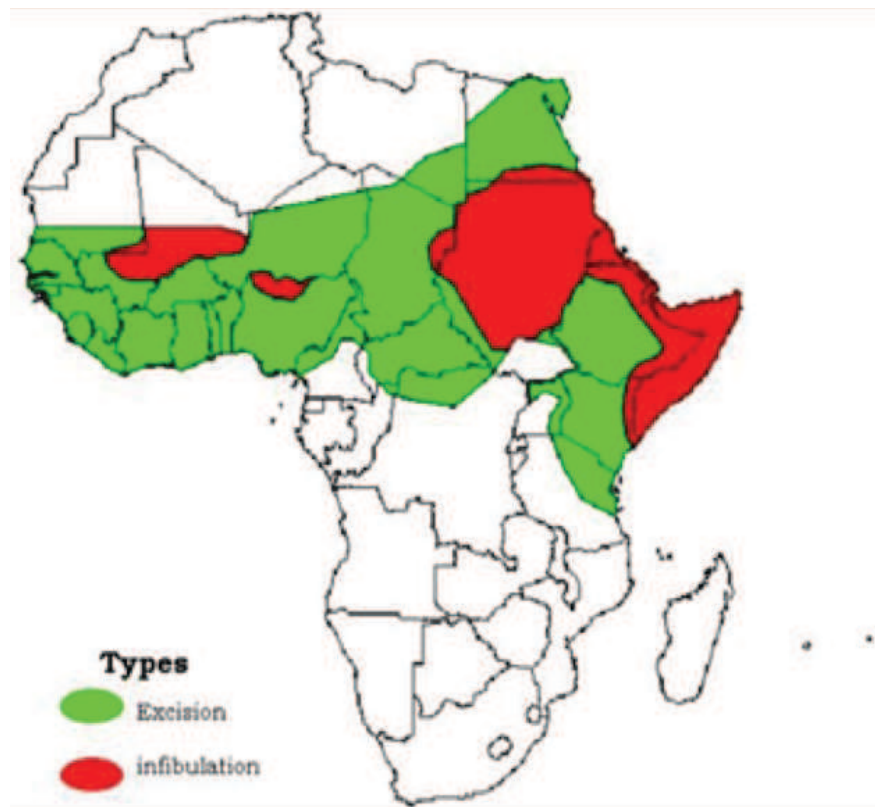


Figure 8 : types de mutilation

2.5.2 La situation en Europe.

Selon une première estimation, actualisée en octobre 2007 à partir des travaux de l'INED (38), il y aurait dans l'Union Européenne environ 220 000 femmes et fillettes mutilées ou menacées de l'être. Les pays les plus concernés sont par ordre décroissant : la France, l'Italie, la Suède et le Royaume-Uni (39).

Malheureusement, ces chiffres sont sans doute sous-estimés. En effet, même si l'indicateur « nationalité d'origine » est recueilli, il ne nous indique pas si la personne vient d'une région ou d'une ethnie qui pratique l'excision ou qui est susceptible de la pratiquer.

2.5.3 La situation en France.

Le nombre de femmes excisées en France reste mal connu. Les mutilations sexuelles touchent des migrantes mais aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée.

Moyennant quelques hypothèses et en s'appuyant sur une définition relativement restrictive de la population féminine à risque, il a été estimé à partir des données de l'Insee et des enquêtes de prévalence menées dans les pays africains qu'il y avait près de 53000 femmes adultes excisées en France, en 2004.

Une étude nationale : l'enquête « Excision et handicap » (40) menée de février 2007 à février 2009 sur le territoire français, nous permet désormais de disposer de données représentatives sur les caractéristiques des femmes mutilées vivant en France.

Les conclusions de cette étude révèlent que les régions et les départements français les plus concernés par les MSF du fait de leur population immigrée sont les suivants :

- Centre (Eure-et-Loir, Loiret)
- Champagne Ardenne (Marne)
- Haute-Normandie (Seine-Maritime)

Concernant leur éducation: 17% de ces femmes ont un niveau scolaire très faible et seulement 19% ont des diplômes supérieurs. Concernant leurs revenus, 33% occupent un emploi, 67% étaient sans emploi et 10% sont étudiantes.

Concernant leurs origines : près de la moitié de ces femmes a grandi à l'étranger et réside en Europe depuis moins de dix ans. Un quart a grandi en Europe et un quart y réside depuis plus de 10 ans.

Concernant leur mode de vie, 45% sont célibataires et 55% vivent en couple. 70% ont déjà eu un enfant.

2.5.4 La situation dans le reste du monde

En dehors du continent africain, l'excision existe en Indonésie, en Malaisie et au Yémen. On trouve enfin des mutilations génitales féminines dans les pays occidentaux chez les femmes et les fillettes immigrées des sociétés concernées.

Dans la péninsule arabique, l'excision de type II est pratiquée au Yémen, dans la Tihama (région littorale de la Mer Rouge), l'Hadramaout (région du golfe d'Aden) et localement à Lahj, Aden et Abyan. Elle est totalement absente des régions montagneuses et désertiques. L'infibulation est pratiquée par les immigrés et les réfugiés somaliens vivant au Yémen.

En Asie du sud-est insulaire, l'excision est signalée en Malaisie. En Indonésie, selon l'historien Ahmad Watik Pratiknya, la pratique de l'excision date du VIII^e siècle quand l'Islam y a été introduit. Elle est pratiquée par la plupart des groupes ethniques. La technique a changé depuis les deux ou trois dernières décades et la mutilation est moins drastique. Dorénavant, il s'agit essentiellement d'une «purification» de la vulve en appliquant une substance traditionnelle ou bien une incision «symbolique», c'est-à-dire une légère ponction du bout du clitoris. L'influence de l'éducation communautaire aux problèmes de santé et la «compréhension religieuse» semblent avoir été les raisons fondamentales de ce changement. Le même type d'excision serait pratiqué à Java dans la première année qui suit la naissance de la petite fille, soit à l'hôpital en milieu urbain, soit par les «dukun» (praticiens traditionnels locaux) en milieu rural. En Inde, à l'ouest, dans la secte musulmane Bohras (moins d'un million de personnes), les fillettes seraient excisées à l'âge de 7 ans.

2.6 Législation

De plus en plus de pays répondent par la législation contre les MSF. Au niveau international, africain, européen ou français la législation paraît être un des moyens les plus efficaces de combattre la torture.

2.6.1 Les actions internationales

- Le 20 décembre 2012, l'assemblée générale des Nations Unies a adopté pour la première fois une résolution sur « l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines » (A/C.3/67/L.21/REV.1). Plus de 110 pays dont une cinquantaine africains, ont soutenu conjointement ce texte qui demande aux états membres de « compléter les mesures punitives par des activités d'éducation et d'information ».

- L'assemblée générale de l'ONU exhorte les états à condamner toutes les pratiques nocives pour les femmes et les filles en particulier les MSF, qu'elles soient ou non pratiquées dans un centre médical. (annexe 1)

- La communauté internationale s'est mobilisée contre ces pratiques depuis 1979, la première conférence internationale sur les mutilations à Khartoum condamne la médicalisation des mutilations par l'OMS, condamnation réaffirmée par la commission des droits de l'homme des Nations Unies; puis en 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié avec le Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP) une déclaration conjointe contre la pratique des mutilations sexuelles féminines. La déclaration de 2008 de l'OMS apporte de nouveaux éléments recueillis au cours de la dernière décennie au sujet de cette pratique. Elle met en évidence la reconnaissance croissante des dimensions juridiques du problème et ses liens avec les droits de l'homme, tout en apportant des données actualisées sur la fréquence et l'ampleur des mutilations sexuelles féminines. Elle résume aussi les recherches sur les causes de la persistance de cette pratique, sur les moyens d'y mettre fin et sur ses effets néfastes pour la santé des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés.

- La déclaration de 2010 demande une stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines en collaboration avec d'autres grandes instances des Nations Unies et organisations internationales (41) (42).

- La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes affirmait en Décembre 1979 que: « Les états parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. » (art 2).

Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains dont : le Bénin, le Burkina Faso, l'Egypte, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Liberia, le Mali, le Nigeria, la République Centrafricaine, la Tanzanie, ...

- La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle dispose dans son article 24 que: "Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants".

Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains dont: le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Djibouti, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Mali, la République Centrafricaine, le Sénégal, la Sierra Leone, le Soudan, le Tchad, la Tanzanie, le Togo, ...

- L'article 5 de la déclaration universelle des droit de l homme : dispose que nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

2.6.2 En Europe

Le parlement européen a adopté une motion contre les mutilations sexuelles féminines. (Annexe 2).

2.6.3 En Afrique

- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte dont: le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Djibouti, l'Egypte, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Mali, le Nigeria, le Sénégal, la Somalie, le Soudan, le Tchad, le Togo, ... (annexe 3).

- La Charte Africaine sur les droits de l'enfant.

Condamne dans son article 21,1 les pratiques au détriment du bien-être et de la dignité des enfants. (Annexe 4).

- Le 26 septembre 2005 le protocole relatif aux droits des femmes en Afrique, dit protocole de Maputo élargi, renforce les droits énoncés dans d'autres textes relatifs aux droits humains, en préconisant l'interdiction légale des mutilations sexuelles féminines.

2.6.4 La législation française

- L'excision et l'infibulation relèvent de la cour d'assise.

Les premiers procès concernant des faits de MSF ont été jugés devant le Tribunal Correctionnel, à partir de 1979, sous divers chefs d'inculpation : homicide involontaire, non-assistance à personne en danger, coups et blessures volontaires. C'est l'intervention d'associations constituées partie civile dans un procès pénal qui a conduit à retenir en 1983 une qualification criminelle pour des actes d'excision.

Il n'existe pas en France de qualification juridique spécifique pour les faits de mutilation sexuelle féminine. Ces pratiques peuvent actuellement être poursuivies et sanctionnées sous divers chefs d'accusations. (Annexe 5).

- Le code de déontologie.

Le Code de Déontologie Médicale va dans le même sens que la loi. (Annexe 6).

2.7 La prise en charge chirurgicale.

La revendication clinique des patientes a fait apparaître des demandes de prise en charge des mutilations. Ces demandes concernent trois principaux aspects : l'identité, la restauration d'une sensibilité sexuelle normale, ainsi que la diminution des douleurs engendrées par les mutilations.

Le Dr Pierre Foldes a le premier, décrit une technique de reconstruction clitoridienne. Cette technique, expérimentée en Afrique lors de missions chirurgicales, a bénéficié de l'expérience des techniques plastiques de reconstruction pénienne et de l'apport de recherches anatomiques sur l'innervation du clitoris.

Elle vise à reconstituer un clitoris d'aspect et de situation normal, en retrouvant puis en respectant son innervation.

Elle est pratiquée de façon courante depuis une dizaine d'années et décrite pour la première fois en 2004 dans « Progrès en urologie »(3).

La réalisation d'une clitoroplastie nécessite un accompagnement pluridisciplinaire. Ces patientes durant ce parcours de reconstruction, rencontreront un psychologue, un chirurgien gynécologue, une sage-femme et un sexologue.

La cicatrisation est rapide. Seul un œdème vulvaire antérieur peut persister, il s'atténue dans les sept jours. La ré-acquisition sensorielle apparaît entre la quatrième et la huitième semaine post-opératoire. Dans les suites opératoires, ces patientes bénéficieront d'un suivi psychologique et sexologique si elles le souhaitent. Cette intervention nécessite une hospitalisation de 24 heures, prise en charge totalement par la sécurité sociale depuis 2004.

2.8 Généralités sur le clitoris

2.8.1 Embryologie

Le clitoris est souvent considéré comme étant le reliquat féminin du pénis, chez la femme. Cependant, malgré un développement précoce similaire, le clitoris aura sa propre morphogenèse.

Au cours de l'embryogenèse à la 3^{ème} semaine du développement, il existe deux régions où le mésoblaste ne s'interpose pas entre l'ectoblaste et l'entoblaste. Ces deux régions de forme arrondie, sont situées sur la ligne médiane au delà de la plaque pré-chordale et à l'extrémité caudale, au delà de la ligne primitive. Au cours des 3^{ème} et 4^{ème} semaines, l'ectoblaste de ces régions adhère fortement à l'entoblaste pour former une membrane bi-laminaire, appelée membrane cloacale du côté caudal. Ces deux membranes sont destinées à se résorber, pour former l'anus ainsi que les ouvertures du tractus urogénital pour la membrane cloacale.

Suite à la formation de la paroi abdominale sous-ombilicale et à la prolifération de mésenchyme en provenance d'origines diverses, la membrane cloacale est repoussée en direction caudale au cours de la 4^{ème} semaine. Avant la 7^{ème} semaine, la membrane cloacale est entourée d'un bourrelet : le repli cloacal, saillant dans sa partie ventrale où il constitue l'éminence cloacale. Au cours de la 7^{ème} semaine, le périnée partage la membrane cloacale en une membrane urogénitale (ventrale) et une membrane anale (dorsale), chacune entourée de son bourrelet. Le bourrelet circonscrivant la membrane uro-génitale donne de chaque côté le repli génital et l'éminence cloacale devient le tubercule génital. Latéralement, une prolifération mésenchymateuse soulève le revêtement ectodermique et détermine la formation des replis labio-scrotaux.

Entre la quatrième et la huitième semaine (6-10 SA) à la suite de la réintégration du mésenchyme extra-embryonnaire, les embryons présentent autour de la membrane cloacale, les mêmes formations mésenchymateuses et épithéliales dont la croissance est indifférenciée.

C'est ce que l'on appelle «le stade indifférencié».

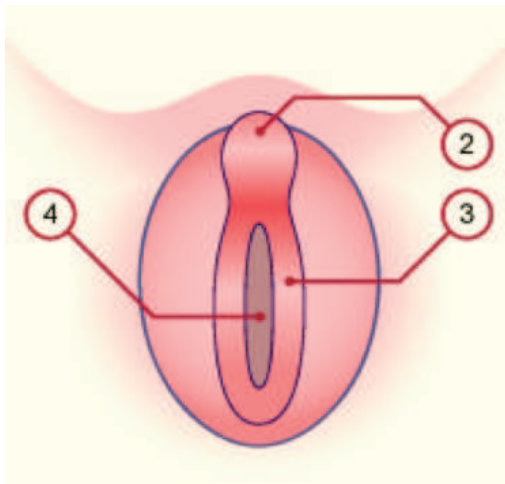


Figure 9 : organes génitaux féminins indifférenciés 6^{ème} semaine.

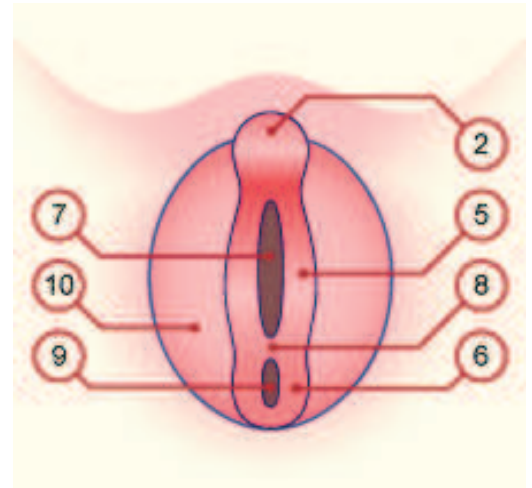


Figure 10 : organes génitaux féminins indifférenciés 7^{ème} semaine.

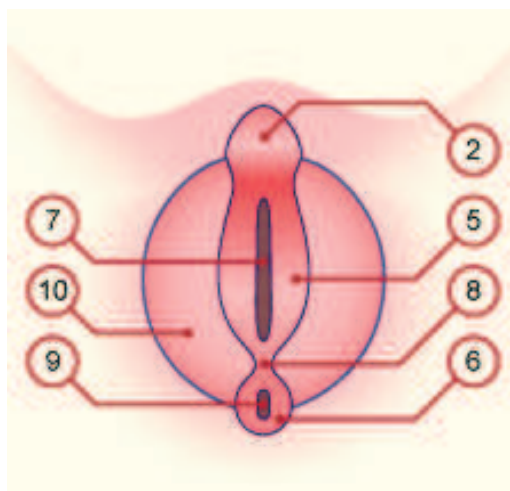


Figure 11 : organes génitaux féminins indifférenciés 9^{ème} semaine.

- 2. Tubercule génital
- 3. Pli cloacal
- 4. Membrane cloacale
- 5. Pli uro-génitale
- 6. Pli anal
- 7. Orifice uro-génital
- 8. Périnée
- 9. Orifice anal
- 10. Bourrelet labio-scrotal

C'est entre la huitième et la douzième semaine (10-14 SA) que l'appareil génital effectue sa différenciation masculine ou féminine. Dans le sexe masculin, les cellules de Leydig du testicule secrètent des androgènes (qui maintiennent les canaux de Wolff et assurent la croissance du bourgeon génital) et les cellules de Sertoli de l'hormone antimüllérienne ou AMH (qui induit la transformation mésenchymateuse des canaux de Müller et leur classique «disparition»). Les

bourrelets génitaux fusionnent et donneront le scrotum, les replis génitaux fourniront le fourreau préputial. Les corps spongieux fusionnent en suivant la migration de l'urètre qui se fait depuis la vessie, ce qui rend compte de leur aspect divergent dans les hypospadias et les états ambigus.

Dans le sexe féminin, l'infundibulum reste ouvert et la croissance du pôle caudal de l'embryon le fait se connecter au sinus uro-génital en laissant une trace hyménéale. Les bourrelets génitaux deviennent les grandes lèvres, apparaissant vers la 20^e semaine, ils fusionnent en avant et en arrière au niveau des commissures labiales. La croissance des replis génitaux se fait vers l'extérieur et donnera les nymphes (ou «petites lèvres») qui circonscrivent l'ouverture du vestibule, qui deviennent saillantes entre la 23^e et la 25^e semaine et sont recouvertes par les grandes lèvres après la 26^e semaine. En l'absence de testostérone, la croissance du tubercule est faible et il garde sa forme et se replie vers le bas pour donner le clitoris dans lequel du tissu érectile apparaît, il se recouvre ensuite d'un capuchon (43). La différenciation des organes génitaux externes est tardive, au cours du 3^e mois et leur féminisation n'est complète qu'en fin de 26^e semaine (44).

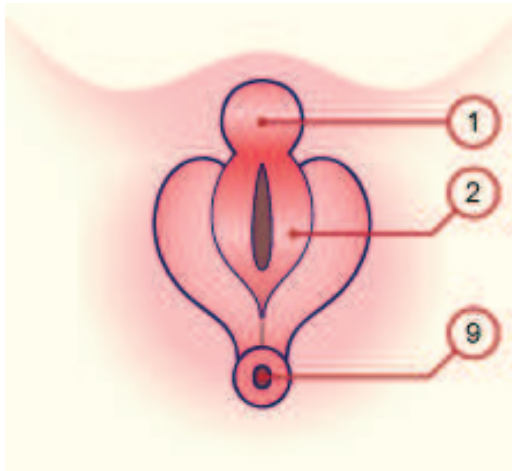


Figure 12 : organes génitaux féminins différenciés 10^{ème} semaine.

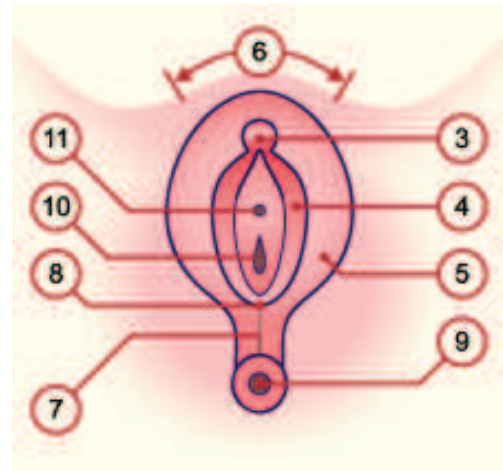


Figure 13 : organes génitaux féminins différenciés 12^{ème} semaine.

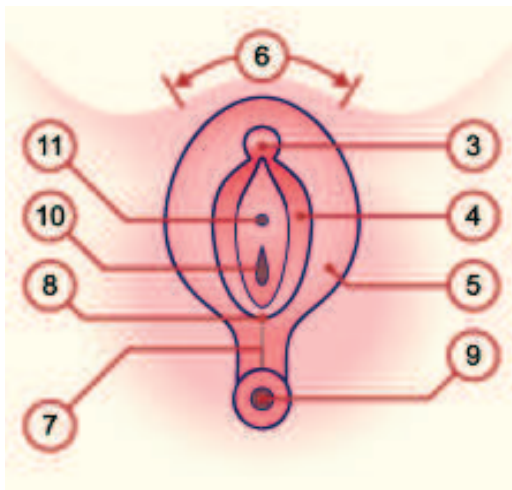


Figure 14 : organes génitaux féminins différenciés 14^{ème} semaine.

1. Tubercule génital
2. plis urogénitaux
3. clitoris
4. petites lèvres
5. grandes lèvres
6. mont du pubis
7. périnée avec raphé anogénital
8. commissure labiale postérieure
9. anus
10. hymen
11. urètre orifice externe

2.8.2 Anatomie de la région vulvaire de la femme

2.8.2.1 La vulve

La vulve s'étend dans le sens antéro-postérieur de la région hypogastrique à 3cm environ de l'anus. Sa limite interne est représentée par le fascia inférieur du diaphragme uro-génital sur lequel se fixent les organes érectiles (45-49).

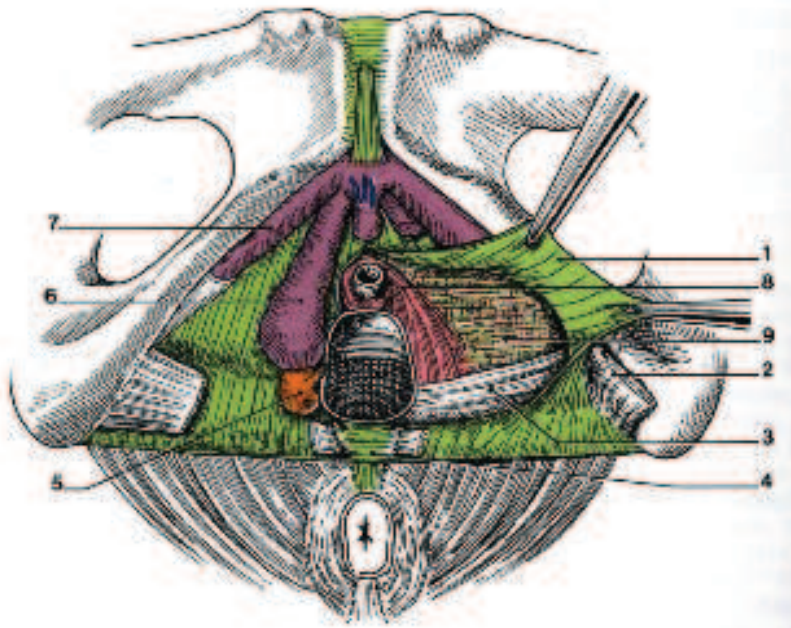


FIGURE 15: Périnée antérieur, vue inférieure (D'après Kamina).

1: Fascia inférieur du diaphragme urogénital 2 : Muscle transverse superficiel 3 : Muscle transverse profond 4 : Centre tendineux du périnée 5 : Glande vestibulaire majeure 6 : Bulbe vestibulaire 7 : Corps caverneux 8 : Sphincter externe de l'urètre 9 : Fascia supérieur du diaphragme urogénital

2.8.2.1.1 Généralités

La vulve est l'organe sexuel externe de la femme. C'est un repli cutané érogène recouvrant l'espace superficiel du périnée. Elle comprend : le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires.

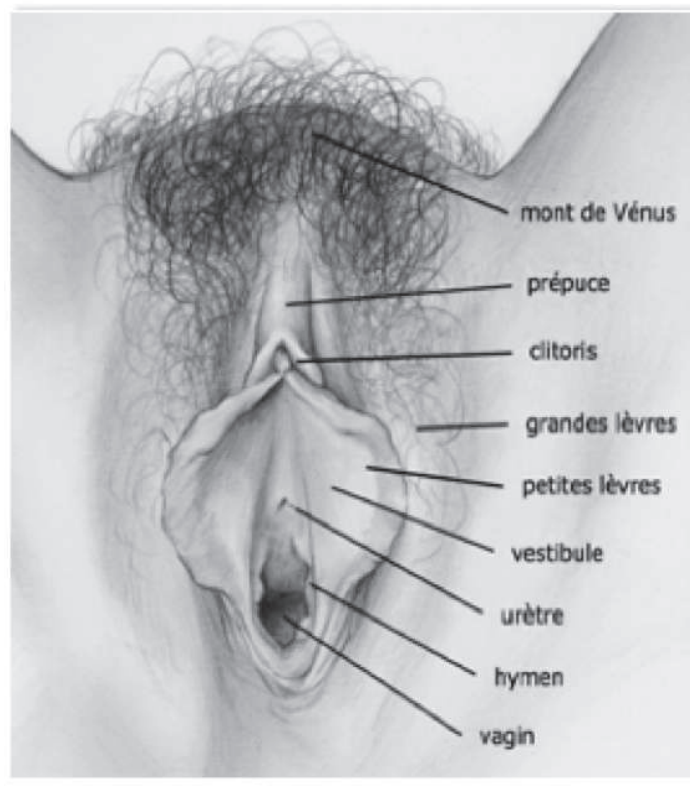


Figure 16: organes génitaux externes.

Le mont du pubis est une saillie arrondie, triangulaire à sommet inférieur, situé devant la symphyse pubienne et limité latéralement par les plis inguinaux. Il se compose essentiellement d'un amas de cellulo-adipeux de 35 mm d'épaisseur en continuité avec celui de la paroi abdominale et des grandes lèvres.

2.8.2.1.2 Les grandes lèvres

Ce sont deux replis cutanés situés sous le mont de Vénus et réunis en bas pour former la fourchette. Elles limitent la fente vulvaire et sont séparées des petites lèvres par le sillon inter-labial.

2.8.2.1.3 Les petites lèvres

Ce sont deux replis cutanés, d'apparence muqueuse, qui limitent le vestibule. Elles sont épaisses de 3 mm environ. Leurs extrémités antérieures se dédoublent en deux replis secondaires: un repli antérieur qui passe au-dessus du corps du

clitoris pour former le prépuce clitoridien et un repli postérieur qui se fixe sur la face inférieure du clitoris pour former le frein du clitoris.

2.8.2.1.4 Le vestibule

C'est un espace virtuel à l'état normal, limité par la face interne des petites lèvres. Il mesure 6 à 7 cm de profondeur. Il présente deux régions: en avant, le vestibule urétral et en arrière, le vestibule vaginal.

Le vestibule urétral présente l'orifice urétral externe. Il est bordé de chaque côté par les orifices des conduits des glandes para-urétrales.

Le vestibule du vagin, profond de 6 à 7 cm, est séparé du vagin par l'introït vaginal. Celui-ci est fermé par l'hymen, chez la femme vierge. L'hymen est séparé des petites lèvres par le sillon vestibulaire.

2.8.2.1.5 Les organes érectiles

Les organes érectiles sont formés par un organe médian, le clitoris (homologue du pénis, ou plus précisément des corps caverneux) et deux organes latéraux : les bulbes vestibulaires analogues, chacun, à une moitié du corps spongieux.

2.8.2.1.5.1 Le clitoris

Décrit par Fallope, est formé d'arrière en avant par:

- Les corps caverneux ou piliers du clitoris, au nombre de deux, situés sur la face médiane des branches ischio-pubiennes. Ils sont fusiformes, longs de 3 à 4 cm. Ils sont constitués d'un tissu érectile aréolaire entouré d'une albuginée. Ils sont recouverts par les muscles ischio-caverneux. Ils se réunissent sur la ligne médiane en avant de l'urètre pour former le corps du clitoris.
- Le corps du clitoris qui suit initialement la direction de ses racines puis se coude un peu en avant de la symphyse pubienne (= coude du clitoris). Le coude du clitoris est suspendu à la symphyse pubienne par son ligament suspenseur. Il est recouvert par le prépuce du clitoris qui se fixe sur sa face inférieure par le frein clitoridien.

A l'état de flaccidité, le clitoris mesure environ 2,5 cm. Son volume augmente en érection d'un demi-centimètre.

La portion libre est formée par le gland qui est renflé, conique et mousse.

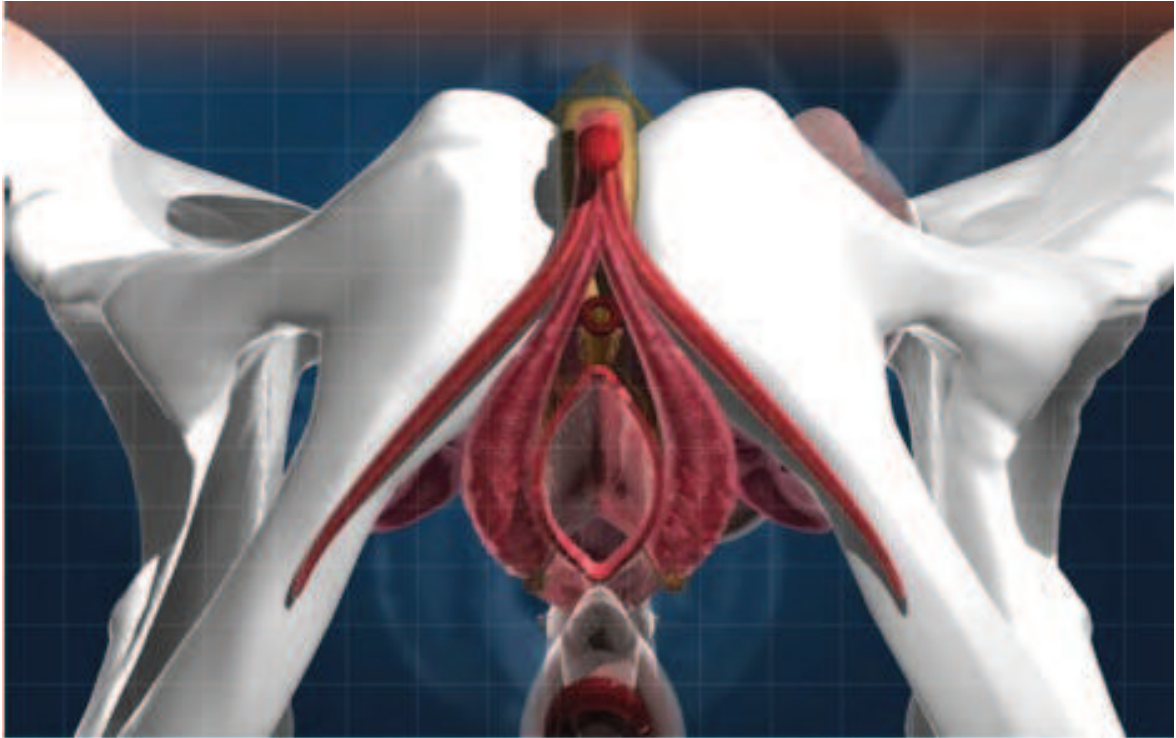


Figure 17: Image du clitoris en 3 dimensions. Source: Dr Foldes, dessin original (2004).

2.8.2.1.5.2 Les bulbes vestibulaires

A l'instar des corps spongieux, les bulbes vestibulaires sont des organes érectiles pairs situés de chaque côté du vestibule en arrière et en dedans des piliers du clitoris. Ils sont en communication avec la face dorsale du clitoris par l'intermédiaire d'un plexus veineux (plexus intermédiaire ou plexus de Kobelt), qui solidarise la circulation veineuse des corps érectiles. Ils ont été décrits par Kobelt. Ils mesurent 35mm de long, 15mm de large et 10mm d'épaisseur. Leur taille est variable en fonction de l'âge et de la fréquence des rapports sexuels.

Ils sont ovoïdes à base postérieure situés entre:

- en haut, le feuillet inférieur du diaphragme uro-génital (= aponévrose périnéale moyenne)
- en bas et latéralement, le muscle bulbo-spongieux.

Ils forment une sorte de fer à cheval ouvert vers l'arrière. Chaque branche du fer à cheval est au contact en arrière de la glande vestibulaire majeure (= de Bartholin). Leur extrémité antérieure, mince, s'unit sur la ligne médiane avec son homologue pour constituer la commissure bulbaire située dans la région vestibulaire entre le méat urinaire et le clitoris.

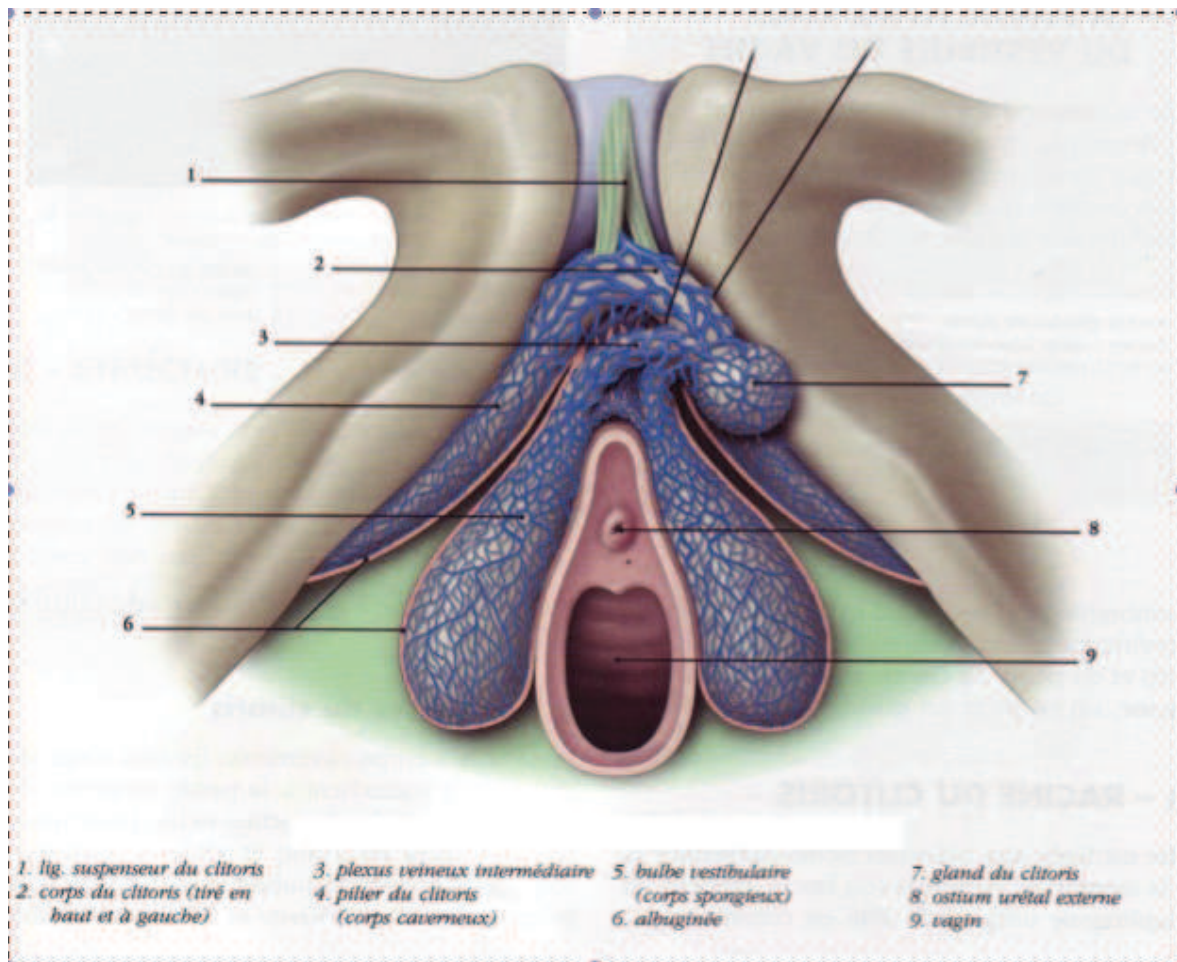


Figure 18: les corps érectiles (d'après Kamina *Petit bassin et périnée, organes génitaux, tome 2*).

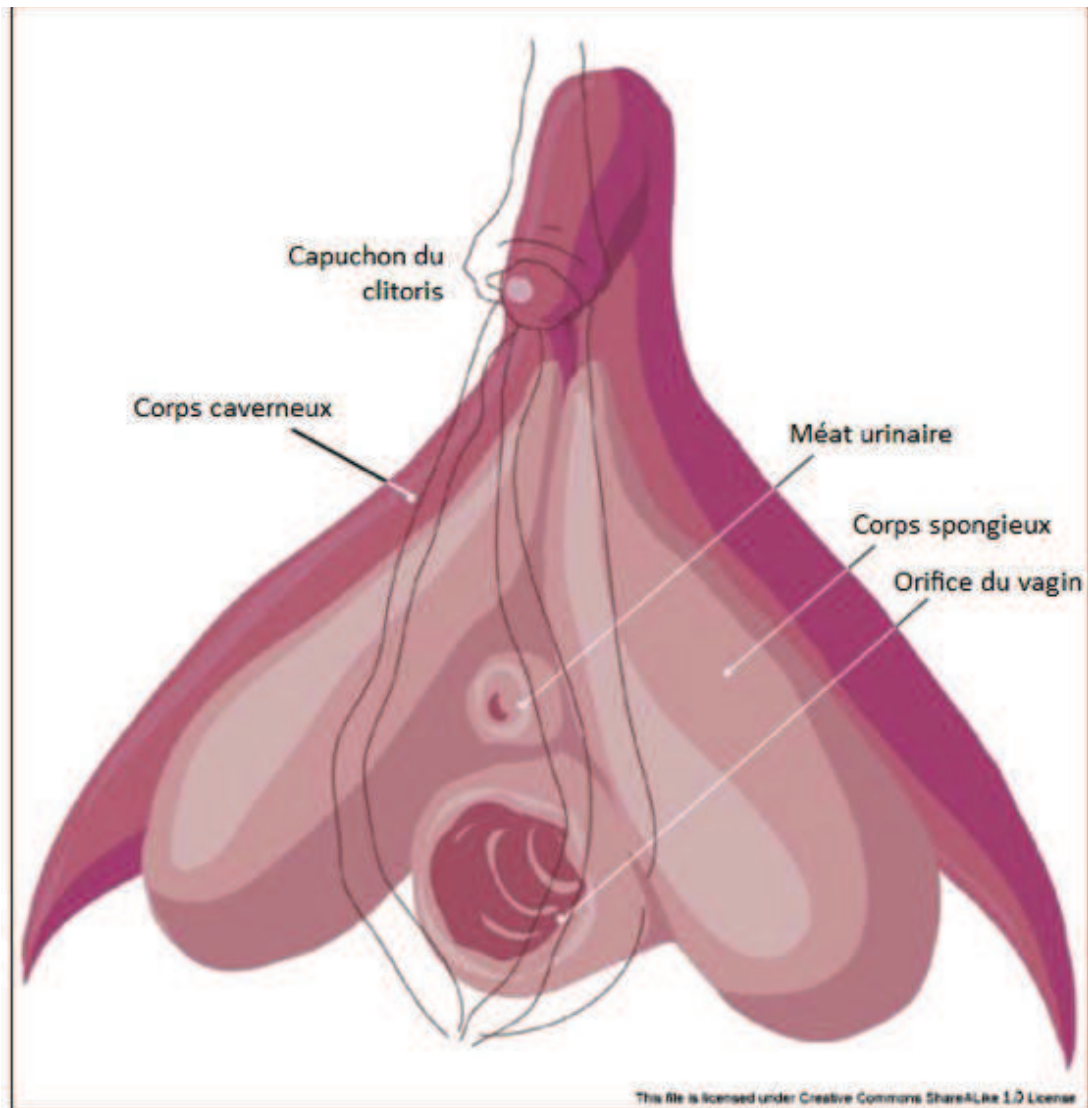


Figure 19: le complexe clitoridien.

2.8.2.1.6 Le ligament suspenseur du clitoris

Le ligament suspenseur est annexé à la face centrale du clitoris. Les éléments fibro-élastiques qui le constituent, descendent de la ligne blanche (linea alba) et de la symphyse pubienne et se terminent sur le fascia clitoridien.

2.8.2.1.7 Les muscles périnéaux antérieurs

Ce sont des muscles striés puissants. On en distingue trois: les muscles ischio-caverneux, bulbo-spongieux et le muscle transverse superficiel qui est inconstant.

2.8.2.1.7.1 Le muscle ischio-caverneux

Il s'insère sur l'ischion, se dirige en avant et médialement, pour se mélanger aux fibres supérieures du muscle bulbo-spongieux homolatéral. Il recouvre le pilier du clitoris. Lors de sa contraction, il comprime le corps caverneux.

2.8.2.1.7.2 Le muscle bulbo-spongieux

C'est un muscle bifide. Il s'insère sur le centre tendineux du périnée, chemine au-dessus des bulbes et se termine par deux faisceaux (supérieur et inférieur) à hauteur du clitoris. Il favorise l'érection du clitoris en comprimant la veine dorsale profonde du clitoris et le bulbe vestibulaire. Il abaisse le clitoris. Il comprime la glande vestibulaire majeure et rétrécit l'introït vaginal.

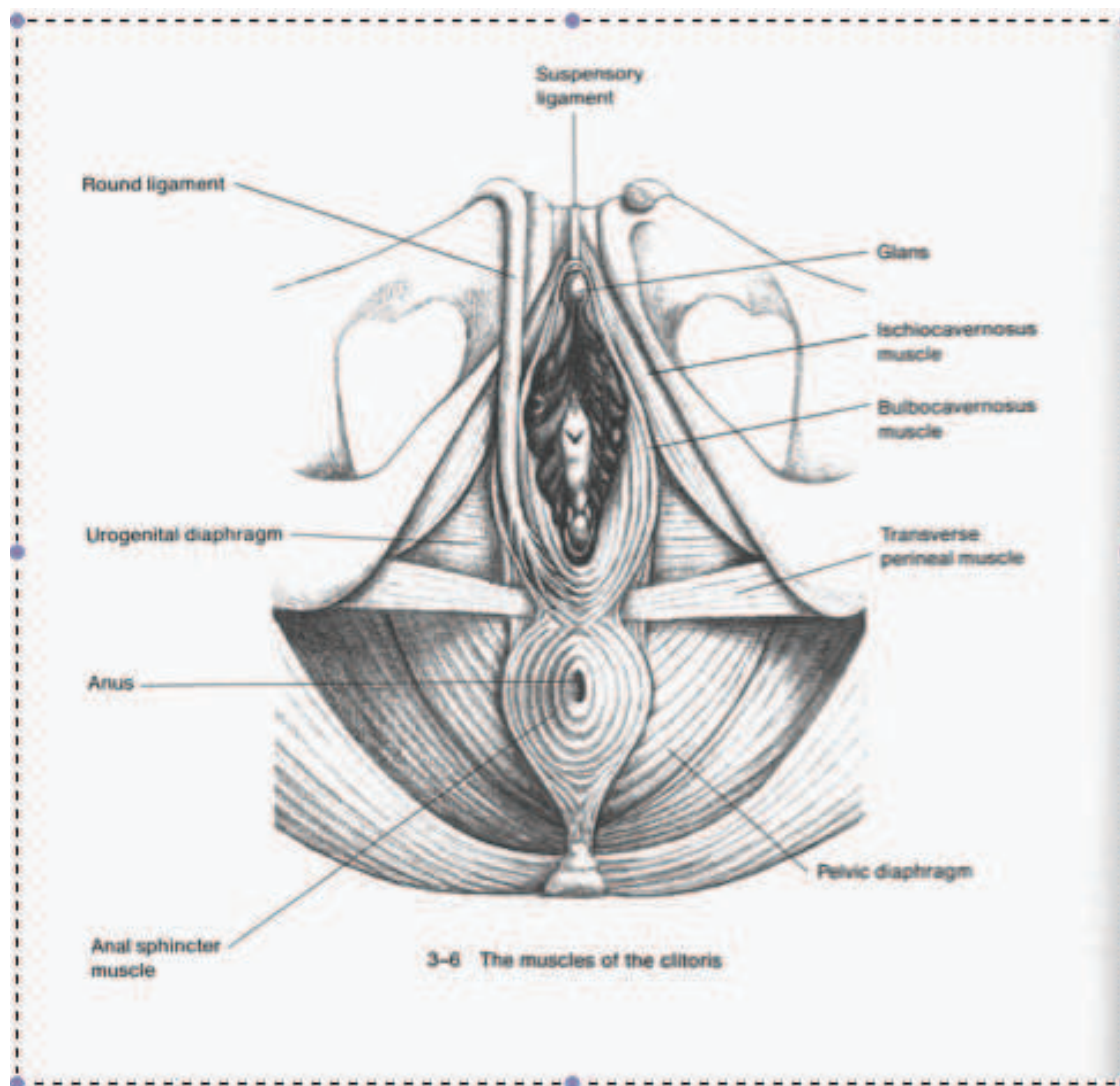


Figure 20: Les muscles du clitoris.

2.8.2.1.8 Glandes vulvaires

Plusieurs types de glandes sont annexés à l'appareil génital de la femme: les glandes vestibulaires mineures, majeures, ainsi que les glandes para-urétrales et les glandes vulvo-vaginales.

- Les glandes vestibulaires mineures sont des glandes sébacées et sudoripares disséminées à la surface des grandes lèvres essentiellement.
- Les glandes para-urétrales (de Skene) sont les deux plus volumineuses glandes urétrales dont les canaux excréteurs s'ouvrent au voisinage de l'ostium externe de l'urètre.
- Les glandes vestibulaires majeures sont facilement palpables, situées de chaque côté de la moitié postérieure de l'introït vaginal.

2.8.2.2 *Vascularisation*

2.8.2.2.1 Artères

Une ligne horizontale passant par le clitoris divise la vulve en deux territoires artériels. Le territoire antérieur est vascularisé par les artères honteuses externes supérieures et inférieures. Le territoire postérieur est vascularisé par l'artère honteuse interne (ou pudendale).

Le clitoris et son capuchon reçoivent les branches terminales de l'artère honteuse interne:

- L'artère profonde du clitoris : elle pénètre obliquement les piliers du clitoris.
- L'artère dorsale du clitoris, branche terminale de la honteuse interne : elle passe sous le muscle transverse profond du périnée, puis elle traverse le ligament suspenseur du clitoris pour parcourir le dos du clitoris qu'elle pénètre à la hauteur du gland.

Le bulbe est irrigué par les artères du bulbe vestibulaire.

2.8.2.2.2 Veines

Le drainage du clitoris, des bulbes vestibulaires et de la partie postérieure des lèvres se fait par les veines honteuses internes dans la veine iliaque interne.

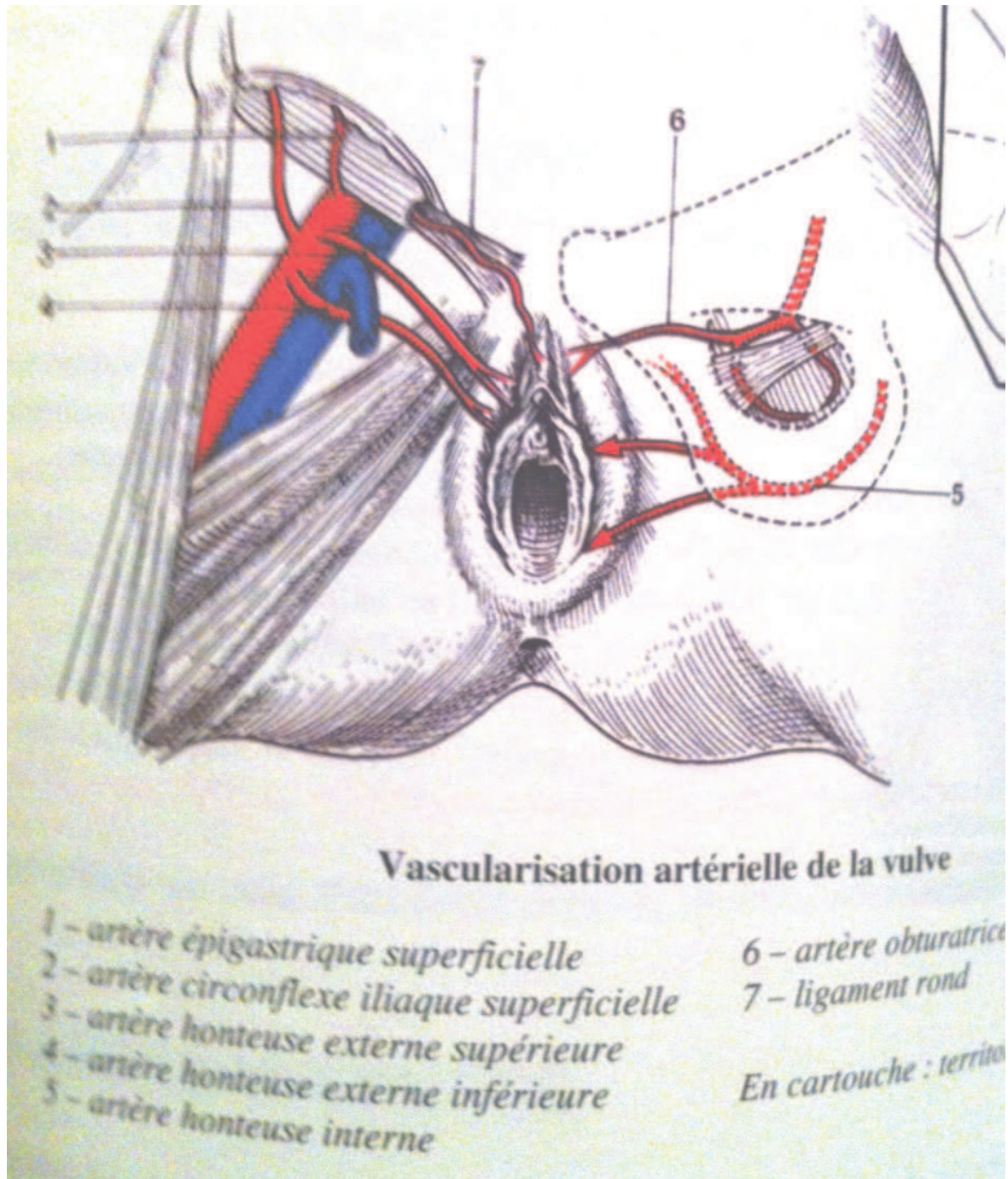


Figure 21 : vascularisation de la vulve (d'après Kamina *Petit bassin et périnée, organes génitaux*, tome 2).

2.8.2.3 Lymphatiques

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est inguinal; le drainage iliaque interne est accessoire.

2.8.2.4 Innervation

L'innervation du clitoris

2.8.2.4.1 Le nerf dorsal du clitoris

2.8.2.4.1.1 Portion périnéale

Le nerf dorsal est une des deux branches terminales de division du nerf pudendal, l'autre étant le nerf périnéal (innervant notamment le bulbe). Le nerf dorsal peut aussi être défini comme étant la véritable branche terminale du nerf pudendal. Après son émergence du canal pudendal, il est entouré d'une gaine aponévrotique (le canal d'Alcock) issue d'un dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne.

2.8.2.4.1.2 Portion terminale

Le nerf dorsal du clitoris quitte le périnée antérieur en traversant le ligament suspenseur pour cheminer à la face dorsale (ou antérieure) du clitoris, entre l'albuginée du corps caverneux et le fascia profond.

Ce nerf somatique sensitif, innerve le corps et le gland du clitoris ainsi que le prépuce. L'innervation des piliers est mal connue.

2.8.2.4.2 Le nerf ilio-inguinal

Sa branche génitale innerve le pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres.

2.8.3 Physiologie du clitoris

2.8.3.1.1 La réaction psychosomatique

Une réaction psychosomatique met en relation les centres psychiques et les centres végétatifs.

La mise en œuvre d'une réaction psychosomatique commence au niveau des aires psychiques. Les influx suivent un circuit neuronal (circuit dit de Papez) et agissent sur des effecteurs. La voie emprunte le gyrus cingulaire jusqu'au cinquième gyrus temporal (ou hippocampe), où les informations sont transmises au fornix. Elles parcourent ensuite cette commissure jusqu'au tubercule mamillaire et à l'hypothalamus. Depuis les noyaux hypothalamiques, les influx peuvent agir sur le système nerveux végétatif (d'où l'effet sur le clitoris) ou sur la neurosécrétion endocrine. Ils peuvent aussi gagner le thalamus, qui est associé au cortex par les radiations thalamiques et agir sur les voies motrices ou sensibles.

2.8.3.1.2 Le nerf dorsal du clitoris

Le nerf dorsal véhicule la sensibilité du corps et du gland du clitoris, ainsi que celle du prépuce. L'innervation du reste du clitoris, c'est-à-dire des corps caverneux, est mal connue.

Le gland concentre des corpuscules de Pacini à l'origine de la sensibilité profonde et des corpuscules de Meissner à l'origine de la sensibilité tactile extéroceptive. Dans la couche superficielle de l'épiderme siègent les terminaisons nerveuses libres impliquées dans la douleur et les corpuscules non capsulés ou ménisques du tact, sensibles au toucher léger.

Dans la couche papillaire de l'épiderme se situent les corpuscules capsulés du tact, mécanorécepteurs sensibles au toucher plus appuyé et des corpuscules génitaux dont la stimulation provoque l'érection et l'orgasme.

Dans le derme siègent des corpuscules capsulés qui sont des thermorécepteurs et des mécanorécepteurs, les corpuscules capsulés aplatis sensibles à la chaleur,

les corpuscules bulboïdes, sensibles au froid et les corpuscules lamelleux sensibles aux pressions et vibrations.

Les terminaisons nerveuses des follicules pileux sont sensibles au tact léger.

Dans les corps érectiles se localisent aussi des corpuscules génitaux.

Dans les muscles et les fascias siègent des propriocepteurs. Ce sont essentiellement des mécanorécepteurs sensibles à la pression et à la tension ; ils contribuent à la valorisation des sensations sexuelles.

Étudiée par de nombreux auteurs et en particulier en 1958 par Krantz (50), la distribution quantitative des récepteurs permet de souligner deux points essentiels:

Le mont du pubis et les grandes lèvres sont particulièrement sensibles au toucher léger et à la température ;

les petites lèvres et le clitoris, plus riches en récepteurs génitaux, sont moins sensibles au toucher que le mont du pubis et les grandes lèvres. Le clitoris, particulièrement riche en corpuscules lamelleux, est très sensible aux pressions et aux vibrations.

Les fibres du nerf dorsal sont acheminées via le nerf pudendal jusqu'aux ganglions spinaux correspondants, S2, S3 et S4. La distribution des informations aux interneurons est la même chez l'homme et la femme. Des prolongements sont émis dans quatre structures différentes:

- Un contingent moteur somatique, qui permet la contraction volontaire des muscles du clitoris.
- Un contingent moteur orthosympathique (T1 à L3): il fait relais dans la chaîne orthosympathique latéro-vertébrale, puis via le plexus hypogastrique supérieur et le nerf hypogastrique, descend dans le plexus hypogastrique inférieur qui donne ensuite naissance au nerf caverneux. Cette composante végétative est responsable de la contraction des fibres musculaires lisses et provoquera la détumescence.
- Un contingent moteur parasympathique (S2 à S4) : il traverse le plexus hypogastrique inférieur puis rejoint le clitoris en empruntant le grand nerf

caverneux. Il est responsable de la vasodilatation ainsi que de la contraction des muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux.

- Un contingent sensitif somatique: il remonte par les tractus spino-thalamique et spinocérébelleux, passe dans le noyau para-gigantocellulaire du tronc cérébral, vers l'aire génitale du cortex somato-sensitif, en faisant relai dans l'hypothalamus.

2.8.3.1.3 Mécanismes mis en jeu lors de l'érection clitoridienne

Le mécanisme est initié par une afférence sensitive suite à une stimulation mécanique du clitoris, ou par la voie psychosomatique à la suite de la stimulation des aires psychiques. Cette information est véhiculée par le contingent sensitif du nerf dorsal qui par l'intermédiaire du nerf pudendal, rejoint les ganglions rachidiens S2, S3 et S4. Ensuite, ces informations sont dirigées vers :

- Le cortex somato-sensitif. - Les centres médullaires de S2 à S4, point de départ du parasympathique. - Les centres médullaires de T1 à L3, à l'origine des fibres orthosympathiques à destinée pelvienne.

L'activation du système parasympathique augmente le débit de base du flux sanguin dans l'artère clitoridienne, remplissant ainsi les corps caverneux. Mais le système parasympathique est également responsable de la rétention veineuse par fermeture des valves et des coussinets des troncs veineux collecteurs. Dans le même temps, l'inhibition du système orthosympathique est à l'origine de la myorelaxation des fibres musculaires lisses des corps caverneux.

Au total, l'érection clitoridienne résulte d'une participation vasculaire, végétative et tissulaire. Cependant, il existe un système d'échappement: les stimulations mécaniques se font par des mouvements de va-et-vient aussi bien au moment du coït qu'au cours d'une masturbation. Par conséquent, les arcs réflexes sont intermittents, créant une alternance de contractions-relaxations des muscles bulbo-spongieux et ischio-caverneux. Cette intermittence est absolument indispensable pour prévenir l'ischémie tissulaire en permettant l'évacuation du sang désoxygéné entre chaque contraction.

L'augmentation de la pression sanguine dans le gland due au système parasympathique ne permet pas à lui seul d'obtenir une érection. De même, une contraction musculaire volontaire des muscles bulbo-spongieux et ischio-

caverneux ne permet pas d'obtenir une sensation intense mais peut aider à initier l'excitation (48).

2.8.4 Histologie

Les corps caverneux sont constitués :

- D'une albuginée fibro-élastique ou fascia clitoridien, riche en neurorécepteurs.
- D'un tissu érectile formé de cavernes vasculaires séparées par des trabécules conjonctives riches en fibres musculaires lisses.

Les bulbes vestibulaires sont comme les corps caverneux, constitués d'un tissu érectile formé de cavernes vasculaires séparées par des trabécules conjonctives.

Ils sont cependant pauvres en fibres musculaires lisses.

Le gland est constitué d'un revêtement superficiel de type cutané et d'une masse centrale fibro-élastique contenant quelques îlots de cavernes.

3 Objectifs de l'étude

3.1 Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'amélioration psychique et physique de la clitoridoplastie après mutilation sexuelle féminine.

3.2 Objectifs secondaires

Déterminer :

- Le profil sociodémographique des patientes demandant une réparation.
- les raisons de la demande chirurgicale.
- l'amélioration anatomique post-chirurgicale.
- l'amélioration psychique, fonctionnelle, identitaire et esthétique post-chirurgicale.
- Les complications chirurgicales.
- le risque de perpétuation de la tradition.

4 Matériels et Méthodes

4.1 Inclusion des patientes

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique réalisée au CHU de Rouen entre 2007 et 2012.

Toutes les patientes incluses dans cette étude, ont été prises en charge au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen dans le Service de Gynécologie. Elles ont toutes bénéficié d'une reconstruction clitoridienne. Chaque patiente a bénéficié d'un parcours de soins comprenant, au moins une consultation avec le chirurgien et la psychologue. De plus, si elles le souhaitaient, il était proposé aux patientes un rendez-vous avec une sexologue, une sage-femme spécialisée dans les MSF et une médiatrice.

4.2 Technique chirurgicale

Toutes les patientes ont été opérées par le même chirurgien, selon la technique décrite par le Dr Foldes (3), soit sous anesthésie générale soit sous rachianesthésie.

La technique chirurgicale est décrite ci-dessous.

Résection de la peau recouvrant le moignon clitoridien, libération du corps clitoridien puis reconstruction et réimplantation du néogland.

Résection cutanée



Figure 22 : résection de la peau cicatricielle.

Incision pré-pubienne

La nécessité d'aborder les piliers clitoridiens et d'en respecter l'innervation conduit à une incision plus large, longeant le bord de l'ogive pubienne, de manière à dégager le triangle vulvaire antérieur à distance de la région cicatricielle.

On dégage ainsi le bord supérieur du genou clitoridien, en restant près du périoste. Le ligament suspenseur est ainsi isolé.



Figure 23 : incision longeant le corps de l'ogive pubienne.

Section du ligament suspenseur

C'est le premier temps fondamental de l'allongement. Le pédicule vasculo-nerveux est solidaire de l'albuginée de la partie dorsale de l'organe et chemine loin de

l'implantation médiane du ligament. La section se fait au ras de l'os, aussi loin que nécessaire.

Ce faisant, un abaissement et une antéversion de genou s'effectuent.

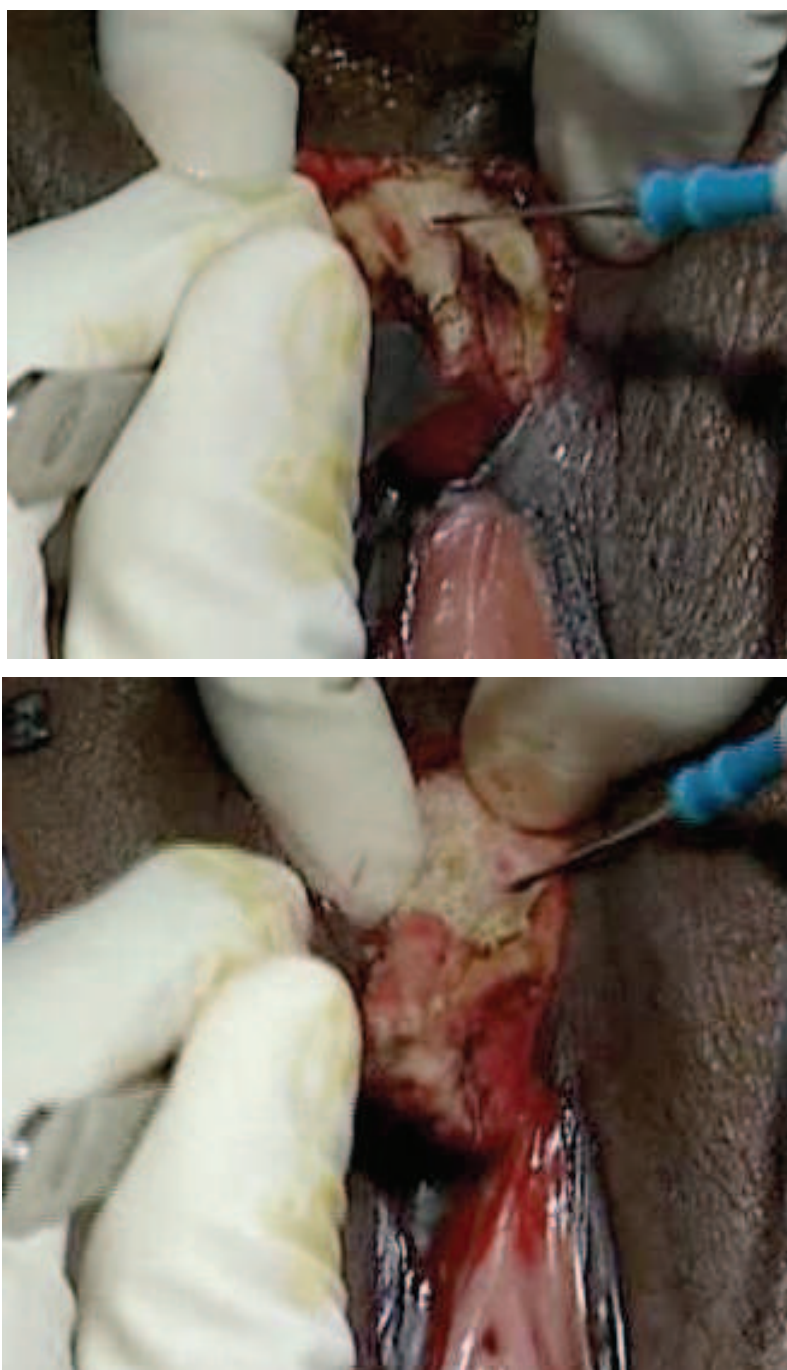


Figure 24: section du ligament suspenseur.

Libération du genou clitoridien

Elle se pratique également très près du périoste et suit une bifurcation divergente qui amène aux corps clitoridiens, lesquels descendent le long des branches

ischio-pubiennes. Ce triangle de dissection os/ligament/genou est avasculaire et loin des branches nerveuses. Ce geste permet de compléter la libération de l'organe et de gagner une longueur suffisante à sa reconstitution.



Figure 25: libération du genou clitoridien.

Libération du corps clitoridien

Une résection importante ou une perte de substance plus grande peut rendre nécessaire une libération plus complète encore. On l'obtient par une poursuite de la dissection le long de la branche ischio-pubienne en dégageant progressivement le corps, qui mesure au moins huit centimètres.

Résection cicatricielle

Deuxième point-clé de la technique, ce temps va supprimer les tissus cicatriciels et retrouver en arrière une recoupe saine de corps caverneux normalement innervés et vascularisés, de façon à reconstituer un néo-gland fonctionnel. La recoupe se fait en zone saine et laisse apparaître les corps caverneux adossés au raphé médian. Le tissu alvéolaire saigne normalement.

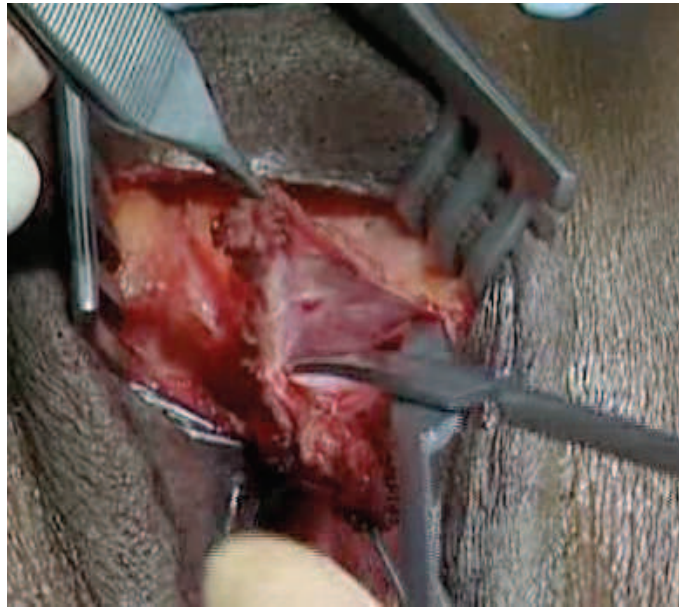


Figure 26 : ablation du tissu cicatriciel scléreux de l'extrémité du moignon clitoridien.

Reconstitution du gland

On peut commencer par reprendre finement la section initiale, de manière à obtenir deux joues externes d'albuginée souple et une section centrale cunéiforme.

Les tranches de section obtenues sont des recoupes directement innervées et vascularisées par le pédicule dorsal intact.

On reconstitue un néogland à points séparés de fils à résorption rapide trois zéros en adossant de façon étanche les deux albuginées.

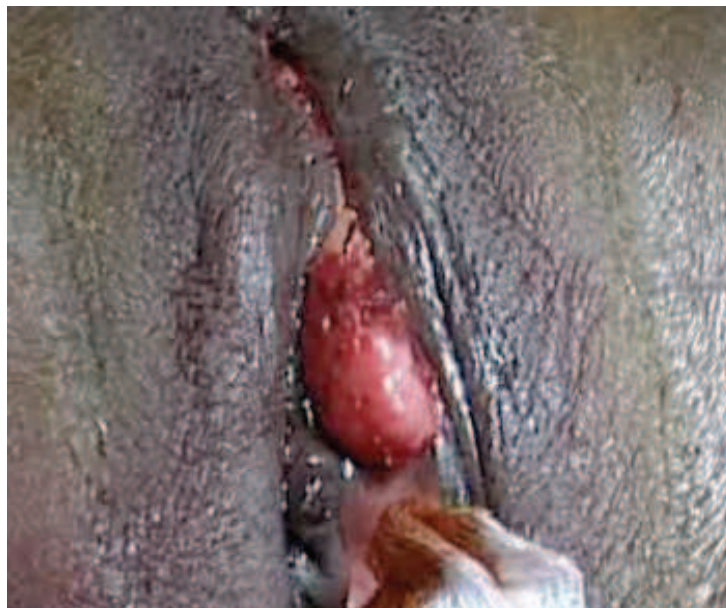


Figure 27: néogland dans sa position anatomique

Réimplantation

Il reste à repositionner le gland reconstitué dans sa situation normale, un peu en dessous de l'horizontale passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne et marquant une saillie nette d'au moins cinq millimètres en avant du plan vulvaire.

L'importance de la libération permet d'arriver à ce résultat sans tension, même en cas de recoupe sévère.

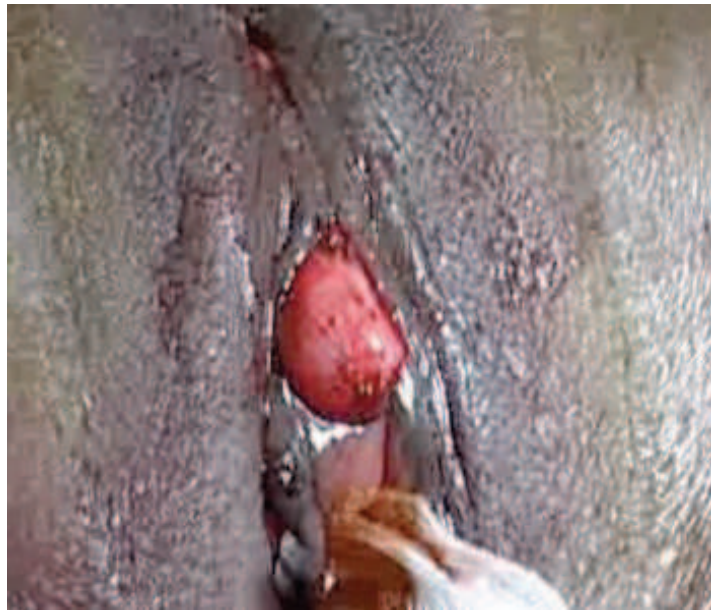


Figure 28 néogland fixé.

La couverture

Celle-ci dépend de l'état initial. Parfois, une loge faite de peau fine peut être respectée, non sans avoir pris soin d'en vérifier la sensibilité en préopératoire.

Le plus souvent, on réimplante l'extérieur de l'albuginée sans couverture supplémentaire.



Figure 29: réimplantation de l'albuginée.

Fermeture cutanée

Comme dans le cas des plasties de verge, il est utile de rapprocher les pannicules adipeux sous-cutanés latéraux, pour éviter une adhérence dermique.

L'abaissement de la région peut être accompagnée d'une plastie Y- V.

Elle est réalisée en points séparés à résorption lente sans drainage.



Figure 30: résultats en fin d'intervention.

4.3 Protocole d'hospitalisation et de suivi

Les patientes ont été hospitalisées en hospitalisation classique, elles entraient le matin de l'intervention. Elles restaient hospitalisées une journée en post-opératoire, si aucune complication ne survenait. Les patientes étaient ensuite revues à J7 puis une fois par semaine jusqu'à cicatrisation; elles bénéficiaient d'une consultation post-opératoire à 2 mois.

4.4 Recueil des données

Les données recueillies ont concerné :

4.4.1 Données préopératoires

Lors des différents entretiens préopératoires, les patientes étaient soumises à un questionnaire personnalisé (Annexe 7). De plus, il leur était demandé de répondre au FSFI légèrement modifié (Annexe 8).

Ce questionnaire abordait divers aspects de la vie personnelle et médicale de la patiente mutilée :

- Ses antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux.
- Ses origines géographiques, ethniques, religieuses et culturelles, ainsi que le contexte d'installation en France. Nous les avons donc interrogées sur leur lieu de naissance, leur pays d'origine, la date de leur arrivée ainsi que la raison de leur installation en France, si elles étaient nées à l'étranger. La situation dans la fratrie a été précisée.
- Leur statut socio-éducatif, comprenant le niveau de scolarité, le statut professionnel ainsi que le statut marital.
- l'histoire de l'excision ainsi que le contexte de constatation. Nous avons essayé de préciser l'âge de l'excision, le contexte. Pour l'âge, nous avons défini deux périodes pendant lesquelles les patientes pensaient avoir été excisées :
 - la petite enfance : avant 4 ans
 - l'enfance après 4 ans

Pour le contexte, nous leurs avons demandé si la mutilation avait été effectuée :

- au cours d'un voyage
- d'une fête
- en groupe
- à l'hôpital
- ou de façon isolée

-

- les complications à court et long terme de l'excision. Les répercussions psychologiques, douloureuses et sexuelles.
- Le motif de consultation, l'âge de la première consultation et ce qu'elles attendaient de l'intervention.
- le risque de perpétuation de la tradition, chez leurs filles.

4.4.2 Données per opératoires

Elles ont été recueillies dans le dossier médical et anesthésique. Elles concernaient :

- le temps d'intervention.
- le type d'anesthésie.
- la réalisation ou non d'un bloc pudendal.
- l'âge lors de l'intervention.

4.4.3 Données post-opératoires

4.4.3.1 *Précoces*

Elles étaient recueillies dans le dossier médical et infirmier. Elles concernaient :

- la douleur (évaluée par l'EN).
- les complications précoces (lâchage de suture, rétention urinaire, hématome, infections).

4.4.3.2 À moyen terme

Elles étaient évaluées aux cours des consultations post-opératoires et concernaient :

- l'amélioration sur les plans douloureux, urinaires, sensitifs, sexuels, et psychologiques.
- les infections tardives.
- les névralgies.
- l'aspect anatomique.

4.4.3.3 À long terme

Chaque patiente a été contactée à nouveau et il lui a été proposé un questionnaire d'évaluation post-opératoire, (annexe 9) concernant :

- l'anatomie clitoridienne
- l'amélioration de la fonction clitoridienne
- l'amélioration sexuelle
- la diminution des douleurs
- le mieux-être psychologique
- L'amélioration de l'estime de soi
- La perpétuation de la tradition

Après avoir proposé le FSFI en post-opératoire à nos 13 premières patientes, il nous a paru trop compliqué et peu informatif de le reprendre en totalité. En effet, la barrière de la langue rendait les réponses peu fiables, de plus ce questionnaire ne nous semblait pas adapté à la sexualité de femmes africaines (il n'est d'ailleurs pas validé dans cette population). En revanche, il nous a paru important pour conserver une analyse objective de la sexualité, d'utiliser des questionnaires validés en les simplifiant. C'est pourquoi la partie fonctionnelle de notre questionnaire reprend celui utilisé par Foldes; puis chacun des items du FSFI, a été résumé en une question, avec des réponses binaires. Pour la partie liée aux questionnements identitaires, à l'estime de soi, à la psychologie, nous nous sommes inspirés d'un questionnaire validé sur la qualité de vie spécifique à l'impériosité mictionnelle (51) et avons repris les questions pertinentes pour notre étude en les adaptant à notre population, à savoir l'image de soi, la vie

relationnelle, le bien-être. Nous avons interrogé les patientes sur chacun de ces éléments et y avons ajouté d'une part, une question sur l'esthétisme, qui nous a paru être une attente fréquente des patientes et d'autre part, une question sur l'intention de perpétuer la tradition (annexe 9).

4.5 Analyse statistique

Les comparaisons de variables qualitatives indépendantes ont été effectuées à l'aide d'un test exact de Fisher ou du Chi² en fonction du nombre de groupes et/ou des effectifs.

La comparaison de groupes de variables quantitatives a été effectuée par un test de Kruskal-Wallis.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Stata10.

5 Résultats

5.1 Caractéristiques socio-culturelles

5.1.1 Statut professionnel

Dans notre groupe de patientes, 12 ne travaillaient pas et 14 avaient une activité professionnelle. Pour 4 patientes, nous n'avions pas connaissance de leurs activités.

Les activités professionnelles se résument comme suit :

Profession	Patientes=30
Sans profession	12
Paramédical	5
Étudiantes	4
Autres	5
np	4

5.1.2 Statut marital

Dans notre population, 23 (77%) patientes déclaraient être en couple. En fait, il est difficile de connaître réellement le statut marital des patientes. En effet, beaucoup déclarent un conjoint, mais après interrogatoire précis, il semblerait que ces patientes soient pour la plupart séparées, avec un nouveau partenaire ou célibataires.

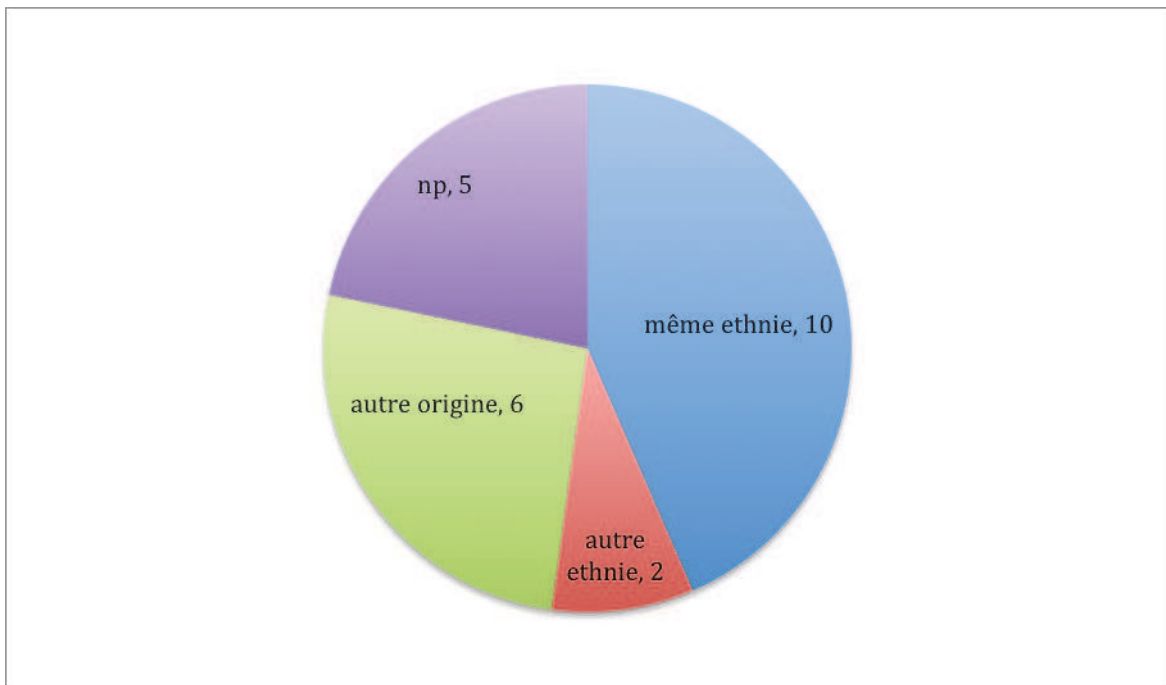
Quatre patientes nous ont dit ne jamais avoir eu de rapport avant l'intervention. Une d'entre elles avait un compagnon mais pas d'activité sexuelle. La raison évoquée par cette femme était un orifice vaginal empêchant tout rapport.

5.1.3 Parité

Au moment de l'intervention, 10 patientes étaient nullipares, 11 étaient primipares et 9 étaient multipares.

5.1.4 Origine du conjoint

Pour les patientes déclarant un conjoint, les origines des conjoints se répartissent comme suit :



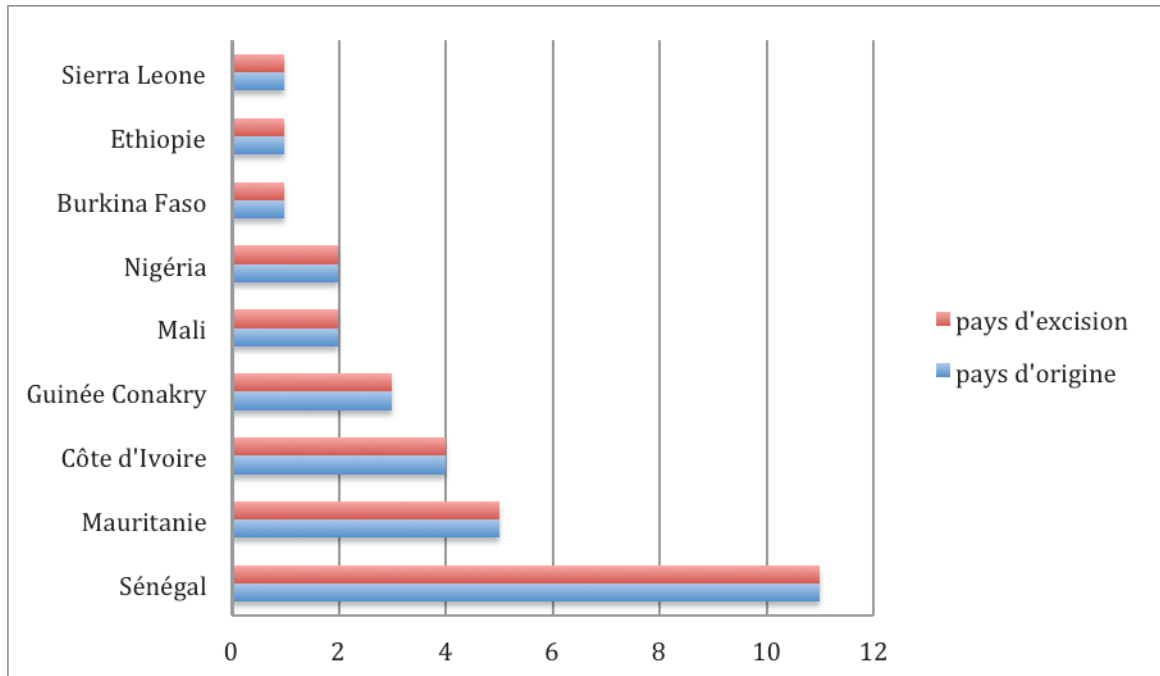
5.2 Histoire personnelle des patientes

5.2.1 Origines

5.2.1.1 *Origines géographiques et lieu d'excision*

Comme l'indique le graphique ci-dessous, toutes les patientes ont été excisées dans leur pays d'origine.

Toutes les femmes sont originaires de pays d'Afrique, avec une majorité de patientes d'origine sénégalaise. Certaines sont nées en France et n'ont jamais vécu en Afrique.

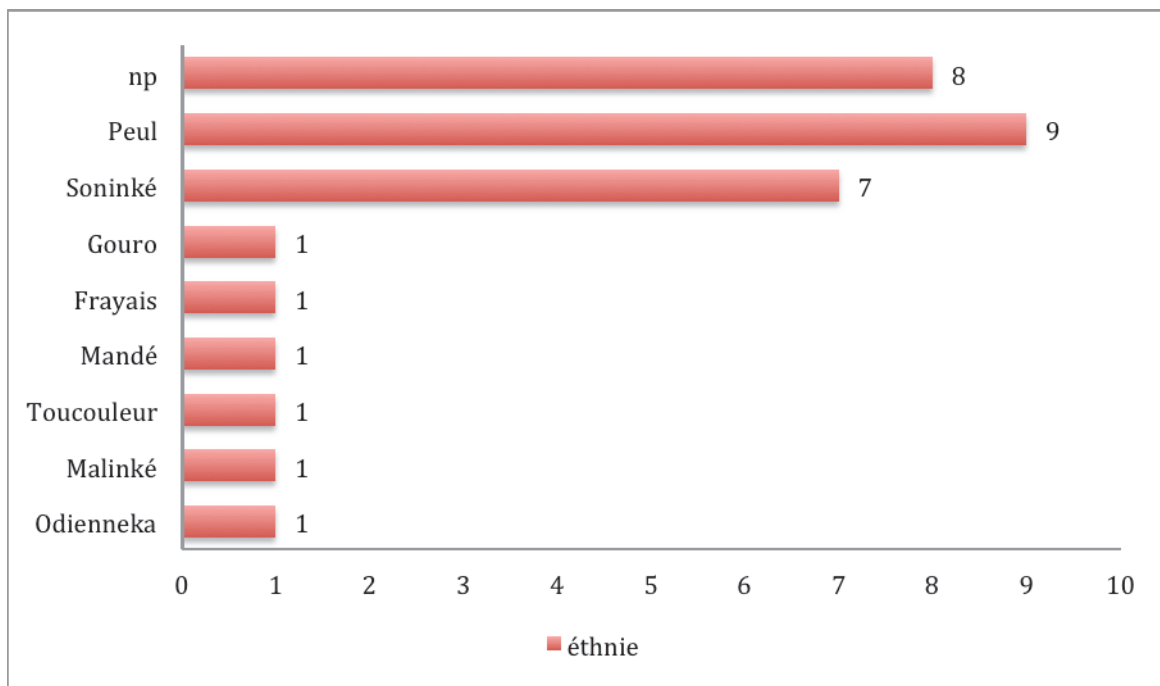


5.2.1.2 Religion

L'excision n'est pas liée à la religion, il s'agit plutôt d'un rituel culturel, dépendant plus de l'ethnie que de la religion. C'est pourquoi la religion n'a pas été renseignée dans tous les dossiers. Cependant, pour celles pour lesquelles nous avons l'information (13 patientes), la majorité étaient musulmanes (11 patientes), les autres étaient chrétiennes (2 patientes).

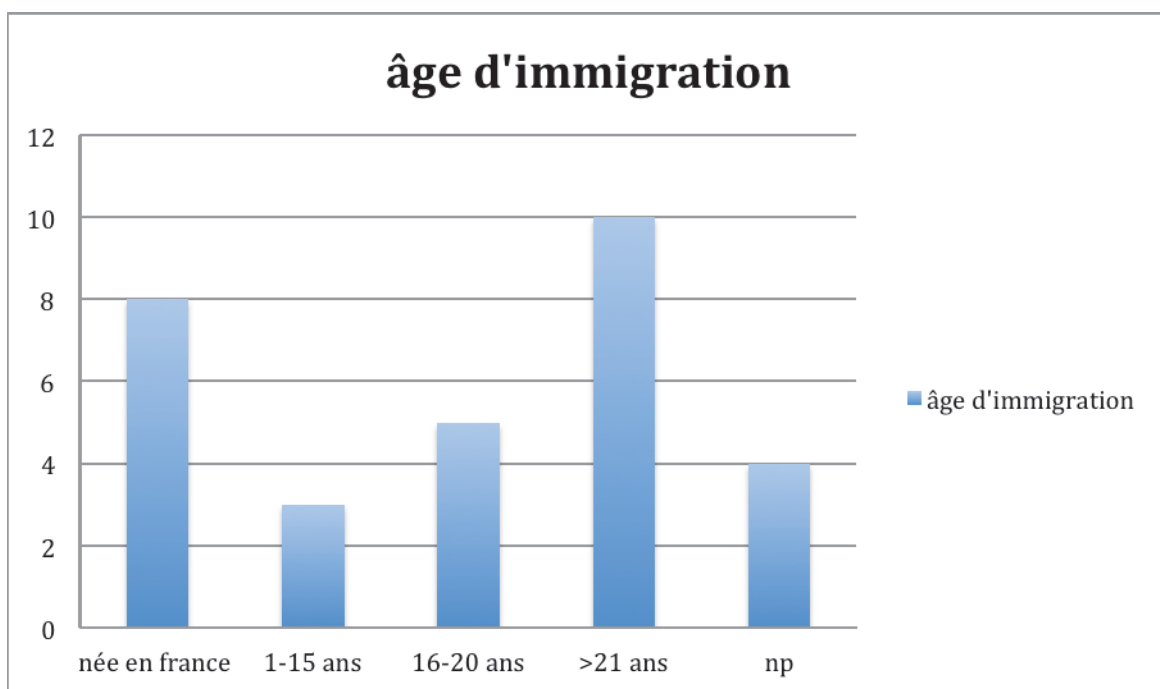
5.2.1.3 Ethnie

L'excision se rapporte la plupart du temps aux ethnies. Dans notre population, les différentes ethnies étaient représentées comme suit :



5.2.2 Âge d'immigration

La majorité des patientes est arrivée en France après 21 ans (10 patientes). Il faut cependant noter que dans notre population, 8 patientes sont nées en France et n'ont jamais vécu en Afrique. L'âge d'immigration est résumé ci-dessous.



5.2.3 Fratie

Nous avons interrogé les patientes sur le nombre de sœurs dans la fratrie et leur avons demandé si ces dernières étaient également excisées. Au total, sur les réponses que nous avons obtenues, le total des fratries était de 72 sœurs dont 40 étaient excisées soit 56%.

5.3 Contexte de la pratique

5.3.1 Âge d'excision

Les patientes ayant été relativement imprécises sur l'âge auquel elles ont été mutilées, nous avons défini deux périodes.

Ainsi, 13 patientes (43%) ont été mutilées lors de la petite enfance, avant 4 ans. Dix-sept patientes (57%) ont été mutilées dans l'enfance entre 5 ans et 14 ans. L'âge médian de la mutilation est de 5 ans (0-14). Une seule patiente n'avait pas notion de la période pendant laquelle la mutilation s'était déroulée. Une patiente a été excisée deux fois, une première fois lorsqu'elle était nourrisson, puis une deuxième fois lors de son enfance. La raison invoquée pour cette deuxième excision était que le clitoris n'avait pas été assez coupé la première fois.

5.3.2 Contexte d'excision

Nous avons interrogé les patientes sur le déroulement de l'acte. Même si la plupart n'ont pas d'autres souvenirs précis que la douleur, certaines se souviennent du contexte. Pour les patientes nées en France, toutes disent que la mutilation s'est effectuée lors de vacances au pays, sans aucune préparation. Pour 8 patientes, la mutilation s'est faite avec d'autres petites filles, la plupart du temps suivie d'une fête et de cadeaux. Pour 9 patientes, l'acte a été réalisé de façon isolée. Une seule patiente a été excisée à l'hôpital.

5.3.3 Type de mutilation

Vingt et une patientes avaient une mutilation de type II selon la classification de l'OMS. Quatre patientes avaient une mutilation de type I. Cinq patientes étaient infibulées (type III). Trois d'entre elles ont été désinfibulées lors de leur premier accouchement et deux d'entre elles ont bénéficié d'une désinfibulation au cours de l'intervention de transposition du clitoris.

5.4 **Constatation de la mutilation**

Nous avons cherché à connaître comment les patientes s'étaient rendues compte de leur mutilation.

19 (63%) patientes l'avait découverte par elles-mêmes. La majorité d'entre elles se souvenait du jour de l'excision.

Certaines avaient constaté toute seule leur particularité anatomique génitale.

Deux patientes nous ont précisé qu'elles s'en étaient rendues compte après les cours de biologie au lycée.

2 (6,5%) patientes ont été informées de leur excision par leur conjoint.

7 (24%) patientes l'ont appris par leur entourage, amies, parents.

2 (6,5%) patientes ont été informées de leur excision par le personnel médical lors de leur accouchement.

5.5 **Complications précoces de l'excision : hémorragies, infections, douleurs**

Quatre de nos patientes ont déclaré avoir présenté une hémorragie grave dans les suites immédiates de leur excision.

Une seule a fait une infection ayant nécessité son hospitalisation.

Une grande majorité (22 patientes) se souvient d'une douleur immédiate foudroyante.

Trois patientes n'ont pas su ou pas pu nous répondre.

5.6 Complications tardives

Sept patientes se plaignent de douleurs persistantes en dehors des rapports, dues à leur excision. Il s'agit de douleurs à type de brûlures, de gêne à la marche, de douleurs urinaires, ou nerveuses.

Sept patientes ont des complications urinaires à type d'infections à répétition ou de douleurs mictionnelles.

5.7 Complications obstétricales

Dans notre série, 20 patientes avaient déjà accouché au moins une fois par voie basse. Aucune d'entre elles n'avait présenté de déchirure grave ou de saignement vaginal. En revanche, 80 % avaient eu une épisiotomie préventive, ce qui est plus important que le taux d'épisiotomie dans la population générale française, estimé à 47% (52).

La seule complication obstétricale due à l'excision retrouvée dans notre série est une stagnation à dilatation complète ayant nécessité une désinfibulation. Cette mutilation était connue de la patiente, mais celle-ci était mal suivie. Il a été décidé une désinfibulation pendant le travail au vu de la stagnation. La désinfibulation a permis à la patiente d'accoucher voie basse, avec une épisiotomie préventive.

5.8 Répercussions sexuelles

En préopératoire, les patientes ont été interrogées sur leurs éventuelles difficultés sexuelles en rapport avec l'excision et sur leurs pratiques sexuelles de manière générale.

5.8.1 Complications sexuelles de l'excision

Les complications sexuelles ont été évaluées pour toutes les patientes (n=30).

5.8.1.1 Dyspareunies

Nous avons interrogé les patientes sur leurs douleurs pendant les rapports.

18 patientes (soit 60%) présentaient des dyspareunies superficielles régulières.

7 patientes (soit 23%) présentaient des dyspareunies profondes. Il paraît difficile de rapporter ces dernières uniquement aux conséquences de l'excision. Les 5 autres patientes ne présentaient pas de douleur (soit 17%).

5.8.1.2 Saignements pendant les rapports

Une seule patiente (3%) se plaignait de saignements réguliers pendant les rapports.

Les vingt-neuf autres patientes (97%) n'avaient jamais de saignement pendant les rapports.

5.8.1.3 Impossibilité des rapports

Cinq patientes (17%) n'avaient pas de rapport avant l'intervention du fait de l'excision, soit à cause de douleurs intolérables, soit d'un orifice vaginal trop étroit empêchant toute pénétration.

5.8.2 Pratiques sexuelles

Nous avons essayé d'évaluer les pratiques sexuelles des patientes, à l'aide d'une sexologue en abordant plusieurs aspects du déroulement des rapports.

5.8.2.1 Âge du premier rapport

Seules quatorze patientes ont répondu à cette question. L'âge médian du premier rapport était de 19 ans (13-29).

5.8.2.2 Masturbation, préliminaires et pratiques sexuelles

Nous avons également interrogé les femmes sur la façon dont se déroulaient les rapports avant l'intervention.

Vingt-deux patientes ont répondu à la question sur la masturbation. Parmi elles, seulement huit patientes (36%) avaient une activité masturbatoire.

Dix-sept patientes ont répondu aux questions sur les préliminaires. Parmi elles, huit patientes pratiquaient des préliminaires (47%).

Nous avons voulu savoir si la sexualité était subie ou active et ce que les patientes ressentait pendant le coït.

Quinze patientes ont répondu à ces questions, onze d'entre elles estimaient avoir une sexualité subie et quatre disaient participer activement à leur sexualité.

Les ressentis pendant l'acte sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Ressenti	Nombre de patientes
Bien	2
Rien	2
Désagréable	2
Douloureux	9
Total	15

5.9 Répercussions physiques : l'esthétique vulvaire

Nous avons essayé d'évaluer en préopératoire la façon dont les patientes se percevaient sur le plan de l'esthétique vulvaire, en leurs proposant 4 possibilités, reprenant leurs propres expressions :

- Intègre
- Normale
- Laide
- Amputée

Sur les 26 patientes ayant répondu, la grande majorité, 18 (69%) se considéraient comme amputée, 4 (15%) estimaient que leur anatomie vulvaire était laide, 2 (7,5%) la considéraient comme normale et 2 (7,5%) comme intégrée.

5.10 Répercussions psychologiques

Nous avons demandé aux patientes (n=26) comment elles se sentaient psychologiquement, en leur proposant 4 réponses :

- Complexée
- Manque de confiance
- Confiante
- Epanouie

13 (50%) patientes se sentaient complexées, 11 (42%) disaient ressentir un manque de confiance en elles et seulement 2 (8%) avaient confiance en elles. Aucune ne se trouvait épanouie.

5.11 Répercussions identitaires

Nous avons étudié différents aspects de l'identité et de la féminité, afin d'évaluer les résultats de l'intervention sur ces différents thèmes.

5.11.1 Evaluation préopératoire de l'image corporelle

Nous avons évalué l'image corporelle des patientes (n=26) en leur proposant différentes définitions de leur aspect physique :

- Peu ou pas satisfaisant
- Satisfaisant
- Plaisant
- Attirant

17 (65%) patientes étaient peu ou pas satisfaites de leur image corporelle, 9 (35%) se disaient satisfaites, mais aucune ne se définissait comme plaisante ou attirante.

5.11.2 Évaluation préopératoire de l'image renvoyée

Nous les avons également interrogé sur l'image qu'elles pensaient renvoyer à autrui (n=26).

Nous leur avons demandé si leur entourage les définissait comme :

- Complexée
- Inassouvie
- Confiante
- Féminine

Vingt (77%) considéraient que leur entourage les voyait comme une personne complexée. Trois (12%) pensaient renvoyer une image inassouvie et 2 (8%) une image confiante. Seulement 1 (4%) patiente pensait que l'entourage la définissait comme féminine.

5.11.3 Évaluation préopératoire des rapports avec autrui

Nous avons également demandé aux patientes (n=26) si la mutilation influait sur les rapports avec leur entourage.

Quinze (58%) ont répondu qu'elles étaient complexées dans leurs rapports, 9 (35%) qu'elles manquaient de confiance, seulement 2 (8%) étaient confiantes et aucune ne se disait épanouie.

5.12 Répercussions fonctionnelles

Pour évaluer l'aspect fonctionnel des répercussions des mutilations, nous avons repris chaque grand item du FSFI (désir, envie, lubrification, orgasme, satisfaction, douleur) et avons demandé à toutes les patientes (n=29) si elles ressentaient ou non ces symptômes.

5.12.1 Évaluation préopératoire du désir

Nous avons demandé aux patientes si elles avaient du désir. 18 (62%) patientes n'avaient pas de désir.

5.12.2 Évaluation préopératoire de l'envie

Nous avons demandé aux patientes si elles ressentait une excitation pendant les rapports. 19 (65%) nous ont répondu négativement.

5.12.3 Évaluation préopératoire de la lubrification.

Nous avons demandé aux patientes si au cours de leurs rapports, elles avaient une bonne lubrification vaginale. 20 (69%) ont répondu avoir des problèmes de lubrification.

5.12.4 Évaluation préopératoire de l'orgasme

Aucune patiente n'avait d'orgasme pendant les rapports.

5.12.5 Évaluation préopératoire du plaisir

Nous avons demandé aux patientes si elles étaient satisfaites de leurs rapports. 25 (86%) patientes ne ressentait pas de plaisir pendant les rapports.

5.12.6 Évaluation préopératoire de la douleur

Nous avons demandé aux patientes si elles avaient des douleurs pendant les rapports. 19 (66%) patientes se plaignaient de douleurs coïtales.

5.13 Patientes mutilées et réparation

5.13.1 Connaissance de l'intervention

Nous avons voulu savoir comment les patientes avaient eu connaissance de l'existence d'une intervention pouvant restaurer un clitoris. 15 (50%) femmes ont été orientées vers le service par des médecins ou par un personnel médical. Il s'agit le plus souvent de médecins exerçant dans des centres de santé ou des centres de Protection Maternelle et Infantile ou bien par les sages-femmes lors du suivi de grossesse ou de l'accouchement. 8 (28%) patientes ont été informées par leur entourage et 7 (23%) par les médias (émissions télévisuelles ou presse féminine).

5.13.2 Personne à l'origine de la décision d'intervention

Deux patientes ont été fortement encouragées par leur sœur qui avait elle-même bénéficié de l'intervention.

Cinq patientes ont pris la décision, fortement soutenues par leur conjoint.

Vingt-trois patientes ont pris cette décision seule.

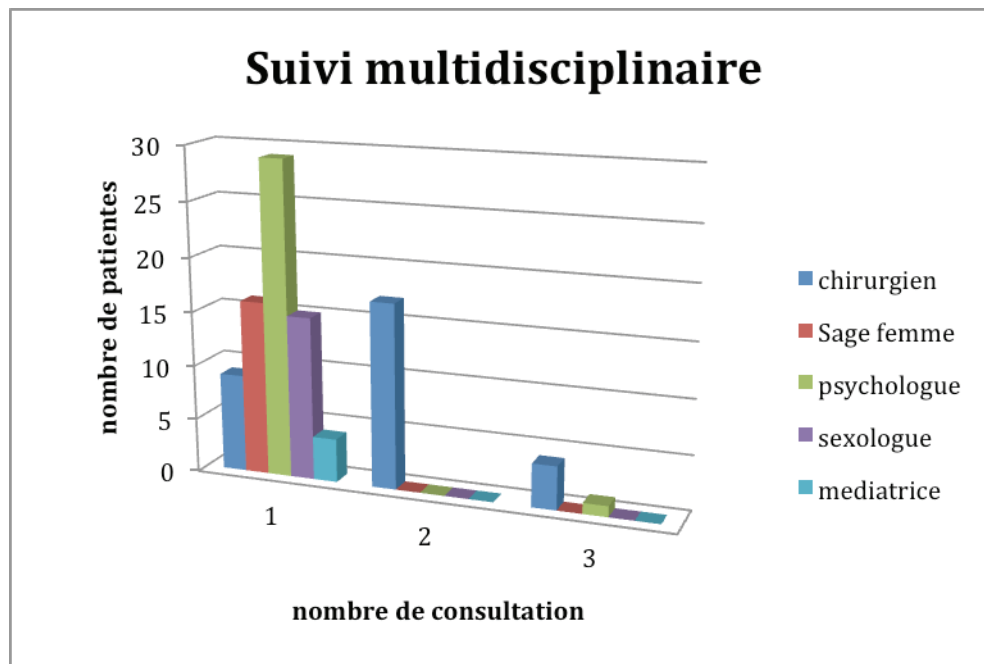
5.13.3 Âge à l'intervention

Nous avons défini deux périodes d'âge d'intervention : avant et après l'âge médian qui est de 25 ans (18-46). Quatorze patientes ont été opérées avant 25 ans et 16 après.

5.13.4 Nombre de consultations préopératoires et suivi multidisciplinaire (sage-femme, médiatrice, sexologue, psychologue, chirurgien)

Le parcours de la réparation comprend non seulement l'aspect chirurgical, mais également la prise en charge globale des patientes, notamment psychologique et sexologique. C'est pourquoi il était proposé aux patientes, en dehors des

consultations avec le chirurgien, de rencontrer une médiatrice, une sexologue et une sage-femme spécialisée. La consultation avec la psychologue était obligatoire dans le parcours de soin. Nous avons résumé dans le graphique ci-dessous le nombre de consultations avec chacun des intervenants. Malheureusement, seules quatre patientes ont souhaité rencontrer la médiatrice et seulement 15 patientes ont vu la sexologue.



5.13.5 Motifs de consultation

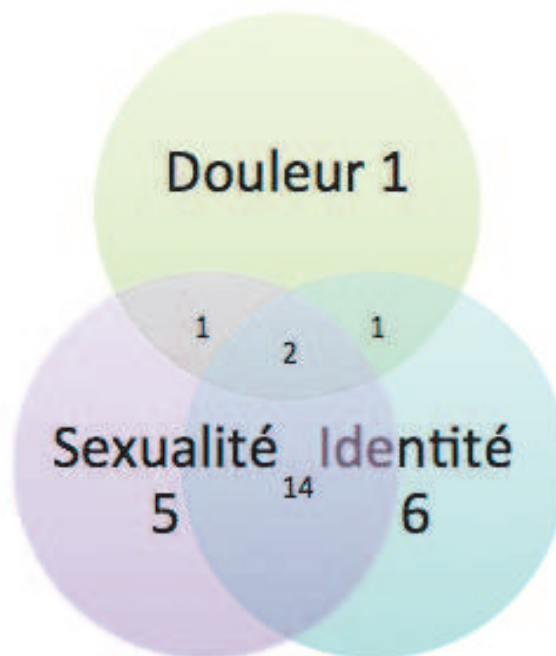
Les raisons de la demande de réparation sont multiples et souvent intriquées.

Les deux motivations principales des femmes pour cette intervention, sont la recherche d'une identité féminine rattachée au clitoris et la sexualité. Parmi celles que nous avons interrogées, quatorze patientes invoquaient les deux raisons pour l'intervention. Huit évoquaient seulement l'identité, deux d'entre elles ont précisé qu'il s'agissait surtout d'une gêne esthétique.

Six patientes avaient exclusivement une demande concernant la sexualité. Parmi elles, trois patientes ont précisé qu'elles souhaitaient se faire opérer pour que les rapports soient possibles.

La troisième raison concernait la douleur. Seules cinq patientes souhaitaient se faire opérer pour limiter les douleurs dues à la mutilation.

Le diagramme ci-dessous résume les raisons invoquées.



5.14 L'intervention

5.14.1 Durée de la chirurgie

La durée opératoire médiane était de 35 minutes (20-70). Sachant que pour une patiente, seule une désinfibulation a été effectuée, car elle n'était pas excisée sous la suture des grandes lèvres. Pour deux patientes une nymphoplastie a été réalisée dans le même temps opératoire.

Nous avons regardé si le stade d'excision influait sur le temps d'intervention.

Stade	Temps médian
1	30
2	50
3	35
p= 0,21	

Le stade d'excision n'influe pas sur la durée de l'intervention.

5.14.2 Type d'anesthésie

Quatre patientes ont été opérées sous rachianesthésie. Les 26 autres patientes ont été opérées sous anesthésie générale. Pour 24 d'entre elles, un bloc pudendal a été réalisé en fin d'intervention, afin de diminuer les douleurs post-opératoires.

5.15 Complications précoces chirurgicales

5.15.1 Générales

Aucune complication per opératoire n'a été recensée.

Des complications précoces (dans les huit jours suivant l'intervention) sont survenues chez 9 des 30 patientes, soit un taux de complication de 30 %.

Six cas de lâchage de suture ont été rapportés. Dans quatre cas, il s'agissait d'une désunion superficielle sur 3 à 4 cm du bord latéral du néoclitoris, désunion qui n'a nécessité que des soins locaux.

Pour les deux autres patientes, une petite suppuration est apparue après lâchage des sutures ayant nécessité 48h d'hospitalisation supplémentaire, une antibiothérapie et des soins locaux. Aucune patiente n'a été reprise au bloc opératoire.

Un cas d'hématome surinfecté a été diagnostiqué. Il a nécessité un drainage, suivi de soins locaux.

Une patiente a présenté une complication urinaire à type de rétention aiguë d'urine, ayant nécessité la mise en place d'une sonde à demeure pendant 24h,

sans récurrence à l'ablation de la sonde. Cette dernière avait été opérée sous anesthésie générale et avait bénéficié d'un bloc pudendal.

Une patiente a présenté une lymphocèle ayant nécessité un drainage sous anesthésie locale.

5.15.2 Douleur

Une évaluation de la douleur a été effectuée à J1 de l'intervention et à J8. Pour cela, nous avons utilisé l'échelle numérique de la douleur en demandant aux patientes de coter de 0 à 10 leur douleur.

5.15.2.1 *Premier jour post-opératoire*

L'échelle numérique de la douleur (EN) était en moyenne à 2. Seules quatre patientes avaient une EN supérieure à 3 à J1. Les doses d'antalgiques ont été augmentées de façon à réduire les douleurs.

5.15.2.2 *Huitième jour post-opératoire*

A J8, quatre patientes présentaient une EN à 6. Toutes les autres n'avaient plus aucune douleur. Parmi les quatre patientes, deux d'entre elles sont celles qui ont présenté une infection, la troisième est celle qui a présenté un hématome et la quatrième, une de celles qui ont présenté un lâchage de suture.

5.16 Complications tardives de la chirurgie

Lors des rendez-vous post-opératoire des patientes la recherche de douleurs ou d'infections a été effectuée.

5.16.1 Douleur

La principale complication tardive constatée est la persistance de douleurs. Trois patientes nous ont ainsi signalé la présence de douleurs dans la région

clitoridienne jusqu'à 1 an après l'intervention. Néanmoins, ces douleurs sont peu invalidantes et en dehors d'une activité sexuelle altérée, elles n'ont pas eu de retentissement sur l'activité quotidienne. Les douleurs provenaient pour les trois patientes d'une légère rétraction cutanée due à la cicatrisation, nécessitant simplement la prise d'antalgiques de façon ponctuelle. Il a également été conseillé à ces patientes de masser la cicatrice quotidiennement avec du Trophicrème*.

5.16.2 Infections

Deux patientes ont présenté des infections tardives à type d'écoulement purulent au niveau de la cicatrice (à 3 semaines de l'intervention). L'infection a été réglée par la mise sous antibiotiques probabilistes, sans nécessiter de réintervention.

5.17 Résultats de l'intervention

5.17.1 Résultat anatomique

En ce qui concerne le résultat anatomique, nous avons tout d'abord évalué cliniquement le résultat, soit lors de la visite post-opératoire, soit pour celles qui ont accepté de revenir, à l'occasion de l'entretien. Nous avons évalué différents aspects. Tout d'abord, nous avons déterminé si le clitoris était visible ou non. Pour la totalité des patientes le clitoris était visible.

Puis nous avons évalué la souplesse des tissus. Pour la totalité des patientes le clitoris était souple.

Nous avons ensuite interrogé les patientes sur l'aspect selon elles, de leur clitoris en les répartissant selon 5 catégories :

- Pas ou peu de changement
- Palpable mais non visible
- Saillie clitoridienne visible
- Gland exposé sans capuchon
- Proche de la normale

Les résultats sont reportés dans le tableau ci-dessous :

	Patientes (26)
Pas ou peu de changement	0 (0%)
Palpable mais non visible	1 (4%)
Saillie clitoridienne visible	4 (16%)
Gland exposé sans capuchon	6 (24%)
Proche de la normale	15 (58%)

Le clitoris était visible pour 96% des patientes, normal pour 58%.

5.17.2 Résultats fonctionnels

Nous avons tout d'abord interrogé les patientes en post-opératoire sur l'évolution des résultats fonctionnels. Pour cela, nous avons repris chacun des 5 grands items du FSFI. Pour l'item orgasme, nous nous sommes inspirés de la question de P. Foldes (53).

5.17.2.1 Désir :

Désir	Patientes (26)
Pas de changement	10
Petite amélioration	2
Réelle amélioration	7
Réalisation des attentes	7

Soit 62% (16/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

L'envie :

Envie	Patientes (26)
Pas de changement	7
Petite amélioration	4
Réelle amélioration	10
Réalisation des attentes	5

Soit 73% (19/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.2.2 La lubrification :

Lubrification	Patientes (26)
Pas de changement	8
Petite amélioration	3
Réelle amélioration	7
réalisation des attentes	8

Soit 69% (18/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.2.3 Fonction clitoridienne:

Fonction clitoridienne	Patientes (26)
Douleurs	3
Gêne légère	0
Petite amélioration	3
Réelle amélioration	5
Orgasme restreint	10
Orgasme régulier	5

Soit 88% (23/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.2.4 Satisfaction :

Éveil	Patientes (26)
Pas de changement	5
Petite amélioration	5
Réelle amélioration	9
Réalisation des attentes	7

Soit 81% (21/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.2.5 Douleur:

Douleur	Patientes (26)
Pas de changement	4
Petite amélioration	1
Réelle amélioration	3
Plus de douleur	18

Soit 85% (22/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.3 Résultats identitaires

Nous nous sommes ensuite intéressés aux résultats identitaires et psychologiques et nous avons également demandé aux patientes de juger de l'évolution par rapport à la période préopératoire.

Image corporelle :

Image corporelle	Patientes (26)
Pas de changement	3
Petite amélioration	2
Réelle amélioration	12
Réalisation des attentes	9

Soit 88% (23/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.3.1 Image renvoyée :

Image renvoyée	Patientes (26)
Pas de changement	4
Petite amélioration	2
Réelle amélioration	8
Réalisation des attentes	12

Soit 85% (22/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.3.2 Relations à autrui :

Rapport à autrui	Patientes (26)
Pas de changement	3
Petite amélioration	3
Réelle amélioration	10
Réalisation des attentes	10

Soit 88% (23/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.3.3 Psychologique:

, amélioration psychologique	Patientes (26)
Pas de changement	1
Petite amélioration	3
Réelle amélioration	11
Réalisation des attentes	11

Soit 96% (25/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.17.3.4 Esthétique :

, amélioration esthétique	Patientes (26)
Pas de changement	2
Petite amélioration	2
Réelle amélioration	13
Réalisation des attentes	9

Soit 92% (24/26) d'amélioration entre le préopératoire et le post-opératoire.

5.18 Comparaison des résultats préopératoire/post-opératoire

Nous avons, dans un second temps, fait une comparaison avec les résultats préopératoires, sur chacun des items fonctionnels, identitaires, psychologiques et esthétiques. Pour cela nous avons demandé aux patientes (n=26) si elles étaient satisfaites ou non, pour chacun des items étudiés.

Satisfaction entre le préopérateur et le post-opérateur pour les items fonctionnels.

	Fonction clitoridienne		Douleur		Désir		Envie		Eveil		Lubrification	
	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
Préopérateur	26	0	16	10	20	6	17	9	22	4	18	8
Post-opérateur	11	15	5	21	9	17	8	18	10	16	8	18
p	<0,005		=0,004		=0,005		=0,03		=0,001		=0,01	
IC	[6.6105 ; INF]		[1.6652 ; 29.4434]		[1.6172 ; 25.7835]		[1.162 ; 15.9802]		[2.031 ; 43.7655]		[1.3576 ; 19.47]	

Une différence significative est retrouvée pour chaque item fonctionnel entre le pré opérateur et le post-opérateur

Satisfaction entre le préopérateur et le post-opérateur pour les items identitaires.

	Image corporelle		Image renvoyée		Relation à autrui		Psychologique		Esthétique	
	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
Préopérateur	26	0	23	3	24	2	24	2	22	4
Post-opérateur	5	21	5	21	3	23	3	23	1	25
p	<0,005		<0,005		<0,005		<0,005		<0,005	
IC	[17.5401 ; INF]		[5.7782 ; 214.0861]		[11.5494 ; 993.0823]		[11.5494 ; 993.0823]		[12.9231 ; 5621.2684]	

Pour chaque item identitaire étudié, nous retrouvons une amélioration significative entre le préopérateur et le post-opérateur.

5.19 Satisfaction en fonction de la demande initiale

Nous avons ensuite analysé les résultats par rapport à la demande. Pour cela, nous avons regardé le principal motif de consultation en préopératoire. Nous avons ensuite analysé la satisfaction post-opératoire par rapport à cette demande principale, mais aussi par rapport aux autres motifs de consultation référencés.

Les résultats sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Satisfaction post-opératoire pour chacun des motifs de consultation préopératoire en fonction du motif principal.

Satisfaction par rapport à la demande Motif principal initiale de consultation	Sexualité	Identité	Douleur
Sexualité (n=16)	9 (56%)	12 (75%)	14 (88%)
Identité (n=19)	12 (63%)	16 (84%)	17 (89%)
Douleur (n=5)	2 (40%)	5 (100%)	5 (100%)

Les patientes consultant pour des motifs d'identité féminine et de douleur, sont globalement plus satisfaites du résultat que les patientes consultant pour un motif de sexualité.

5.20 Résultats des sous-populations étudiées

Nous avons ensuite repris chaque item étudié et avons recherché des différences, pour des sous-groupes de la population totale en post-opératoire.

5.20.1 Sous population en fonction de l'âge lors de l'excision

Satisfaction post-opératoire sur les items fonctionnels en fonction de l'âge de l'excision.

	Fonction clitoridienne : orgasme	Douleur	Désir	Envie	Eveil	Lubrification
Âge de l'excision						
≤4 ans (n=11)	4 (36%)	9 (82%)	5 (45%)	5 (45%)	5 (45%)	6 (55%)
>4 ans (n=15)	10 (67%)	12 (80%)	11 (73%)	12 (80%)	11 (73%)	13 (87%)
p	0,23	1	0,23	0,1	0,23	0,09
IC	[0.5329 ; 24.412]	[0.0622 ; 9.6286]	[0.4865 ; 23.4529]	[0.6468 ; 39.9477]	[0.4865 ; 23.4529]	[0.6091 ; 67.7601]

Satisfaction post-opératoire sur les items identitaires en fonction de l'âge de l'excision

	Image corporelle	Image renvoyée	Relation à autrui	Psychologique	Esthétique
Âge de l'excision					
≤4 ans (n=11)	10 (91%)	8 (72%)	10 (91%)	9 (82%)	10 (91%)
>4 ans (n=15)	12 (80%)	13 (87%)	12 (80%)	13 (87%)	15 (100%)
p	0,61	0,62	0,61	1	0,42
IC	[0.0069 ; 6.1228]	[0.2183 ; 34.0426]	[0.0069 ; 6.1228]	[0.0879 ; 23.1319]	[0.035 ; INF]

L'âge de l'excision n'influe pas de façon significative sur les résultats fonctionnels et identitaires.

5.20.2 Sous population en fonction du lieu de naissance

Satisfaction post-opératoire sur les items fonctionnels en fonction du lieu de naissance.

	Fonction clitoridienne : orgasme	Douleur	Désir	Envie	Eveil	Lubrification
Lieu de naissance						
Née en France (n=8)	6 (75%)	8 (100%)	8 (100%)	8 (100%)	6 (75%)	4 (50%)
Née en Afrique (n=18)	14 (78%)	15 (83%)	10 (55%)	10 (55%)	11 (61%)	12 (67%)
p	1	0,53	0,03*	0,03*	0,67	0,69
IC	[0.0905 ; 11.9921]	[0.1804 ; INF]	[0.9554 ; INF]	[0.9554 ; INF]	[0.2344 ; 24.0353]	[0.094 ; 4.8058]

* valeur significative

Le lieu de naissance influe de façon significative sur le désir et l'envie.

Satisfaction post-opératoire sur les items identitaires en fonction du lieu de naissance.

	Image corporelle	Image renvoyée	Relation à autrui	Psychologique	Esthétique
Lieu de naissance					
Née en France (n=8)	8 (100%)	6 (75%)	7 (88%)	8 (100%)	7 (88%)
Née en Afrique (n=18)	13 (72%)	15 (83%)	16 (88%)	15 (83%)	17 (94%)
p	0,28	0,62	1	0,53	0,53
IC	[0.4272 ; INF]	[0.0541 ; 9.0796]	[0.0393 ; 58.8872]	[0.1804 ; INF]	[0.005 ; 36.8995]

Le lieu de naissance n'influe pas de façon significative sur les résultats identitaires.

5.20.3 Sous population en fonction de l'âge lors de l'intervention

Satisfaction post-opératoire sur les items fonctionnels en fonction de l'âge de l'intervention.

	Fonction clitoridienne	Douleur	Désir	Envie	Éveil	Lubrification
Âge de l'intervention						
<25 ans (n=12)	7 (58%)	11 (92%)	7 (58%)	9 (75%)	5 (42%)	7 (58%)
≥25 ans (n=14)	10 (71%)	11 (79%)	9 (64%)	10 (71%)	11 (79%)	11 (79%)
p	0,68	0,60	1	1	0,11	0,40
IC	[0.2638 ; 12.475]	[0.0058 ; 5.1205]	[0.1997 ; 8.251]	[0.0954 ; 6.5619]	[0.7157 ; 41.860 5]	[0.3548 ; 21.7489]

Satisfaction post-opératoire sur les items identitaires en fonction de l'âge de l'intervention.

	Image corporelle	Image renvoyée	Relation à autrui	Psychologique	Esthétique
Âge de l'intervention					
<25 ans (n=12)	9 (75%)	9 (75%)	10 (83%)	11 (92%)	12 (100%)
≥ 25 ans (n=14)	12 (86%)	12 (86%)	13 (93%)	12 (86%)	13 (93%)
p	0,63	0,66	0,48	0,65	0,34
IC	[0.1816 ; 27.9984]	[-0.4454 ; 0.2311]	[-0.3739 ; 0.1834]	[-0.2046 ; 0.3236]	[-0.0829 ; 0.2257]

L'âge de l'intervention n'influe pas de façon significative sur les résultats fonctionnels et identitaires.

5.20.4 Sous population en fonction de la parité

Satisfaction post-opératoire sur les items fonctionnels en fonction de la parité.

	Fonction clitoridienne	Douleur	Désir	Envie	Éveil	Lubrification
Parité						
Nullipare (n=9)	4 (44%)	6 (67%)	5 (56%)	6 (67%)	4 (44%)	4 (44%)
Multipare (n=17)	11 (65%)	14 (82%)	11 (65%)	12 (71%)	12 (71%)	9 (53%)
p	0,42	0,63	0,69	1	0,23	1
IC	[0.331 ; 16.2737]	[0.2323 ; 22.3116]	[0.2025 ; 10.0721]	[0.1372 ; 8.9652]	[0.4176 ; 22.0113]	[0.2103 ; 9.7795]

Satisfaction post-opératoire sur les items identitaires en fonction de la parité.

	Image corporelle	Image renvoyée	Relation à autrui	Psychologique	Esthétique
Parité					
Nullipare (n=9)	8 (89%)	8 (89%)	8 (89%)	8 (89%)	9 (100%)
Multipare (n=17)	13 (76%)	13 (76%)	15 (88%)	15 (88%)	16 (94%)
p	0,63	0,63	1	1	1
IC	[0.0061 ; 3.8895]	[0.0061 ; 3.8895]	[0.0142 ; 20.788]	[0.0142 ; 20.788]	[0.0136 ; INF]

La parité n'influe pas de façon significative sur les résultats fonctionnels et identitaires.

5.20.5 Sous population en fonction des attentes de l'intervention.

Satisfaction post-opératoire sur les items fonctionnels en fonction des attentes de l'intervention.

	Fonction clitoridienne	Douleur	Désir	Envie	Éveil	Lubrification
Attentes						
Sexualité (n=16)	9 (56%)	14 (88%)	11 (69%)	11 (69%)	10 (63%)	10 (63%)
Identité (n=19)	12 (63%)	17 (89%)	12 (63%)	14 (74%)	12 (63%)	14 (74%)
Douleur (n=5)	2 (40%)	5 (100%)	3 (60%)	4 (80%)	2 (40%)	3 (60%)
p	0,64	0,71	0,91	0,87	0,62	0,73

Satisfaction sur les items identitaires en fonction des attentes de l'intervention.

	Image corporelle	Image renvoyée	Relation à autrui	Psychologique	Esthétique
Attentes					
Sexualité (n=16)	12 (75%)	13 (81%)	14 (88%)	13 (81%)	15 (94%)
Identité (n=19)	16 (84%)	15 (79%)	17 (89%)	18 (95%)	18 (95%)
Douleur (n=5)	5 (100%)	5 (100%)	5/5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
p	0,42	0,54	0,71	0,30	0,85

Les attentes de l'intervention n'influent pas de façon significative sur les résultats fonctionnels et identitaires.

6 Discussion

Notre étude démontre que la transposition du clitoris permet aux femmes d'améliorer significativement leur sexualité et leur image féminine.

6.1 Commentaires concernant les caractéristiques de l'étude

6.1.1 Taux de réponse à l'étude

Vingt-six patientes sur les 30 patientes opérées au CHU de Rouen ont répondu au questionnaire. Nous avons réussi à recontacter 27 patientes, ce qui fait un taux de perdues de vue de 10%.

Trois patientes n'ont pu être retrouvées, faute de coordonnées correctes. Une patiente a refusé de participer à l'étude, sans donner de justification. Ce taux de réponse est bon en comparaison avec d'autres études portant sur ce sujet (40).

En effet, la population étudiée est difficile à réinterroger pour plusieurs raisons : c'est une population souvent en situation précaire, avec des difficultés de communication liées à la maîtrise de la langue. De plus, il est peut-être difficile d'aborder avec une personne inconnue ce sujet sensible et intime des mutilations sexuelles féminines.

6.1.2 Caractéristiques de la population d'étude

Une étude d'envergure nationale, l'enquête « Excision et handicap » menée de février 2007 à février 2009 sur le territoire français dans 74 sites de consultations gynécologiques répartis dans cinq régions, permet de disposer de données représentatives sur les caractéristiques des femmes mutilées en âge de procréer vivant en France. Cette enquête a recueilli le témoignage de 714 patientes consultant en PMI ou à l'hôpital.

Ainsi les migrants africains en France viennent essentiellement de la région du fleuve Sénégal qui traverse le Mali, le Sénégal et la Mauritanie, mais aussi de la Guinée Conakry et de la Gambie. Une récente étude du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a publié, en 2013, un communiqué sur les lieux d'immigration des patientes venant de pays pratiquant des MSF en Europe (39). Il démontre qu'en France les femmes victimes de MSF proviennent principalement de Guinée, du Mali, de la Côte d'Ivoire et de la Mauritanie (figure 32, 33).

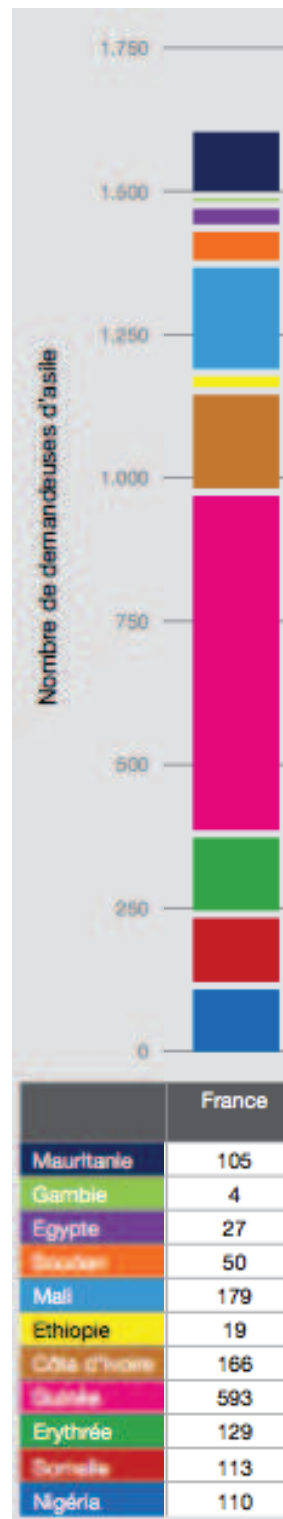


Figure 31 : Nombre estimé de demandeuses d'asile potentiellement affectées par les MGF en France. (2011).

Notre étude retrouve à l'échelle de la région rouennaise un flux migratoire presque semblable au flux retrouvé dans cette étude, si ce n'est une forte population sénégalaise. Cette différence s'explique par le fait que l'UNHCR s'est concentrée sur le flux migratoire des femmes venant des pays où l'excision est très pratiquée. Or, le Sénégal, même s'il reste un pays pourvoyeur de MSF, les pratique moins que certains autres pays, du fait que certaines ethnies très représentées comme les Wolofs ne pratiquent pas l'excision.

Nous retrouvons également un profil ethnique en Haute Normandie en rapport avec le profil national. Les deux ethnies les plus représentées dans notre étude sont les Peules et les Soninkés. Ces deux ethnies sont effectivement reconnues pour représenter un facteur de risque d'excision. Comme nous l'avons expliqué, c'est l'ethnie qui conditionne les mutilations sexuelles féminines (54).

Les patientes ont été relativement imprécises sur l'âge auquel elles ont été mutilées. De plus, comme il était observé dans l'étude d'Elmusharaf *et al* (53), les femmes ne savent pas toujours ce qu'elles ont subi. Il est intéressant de noter que certaines femmes ignoraient même qu'elles avaient été mutilées et ont découvert leur mutilation le plus souvent à l'adolescence, au moment de leurs premiers rapports sexuels voire même lors de leurs accouchements.

Nous avons donc défini deux périodes en accord avec l'étude ExH : la petite enfance (avant 4 ans) et l'enfance (après 4 ans). Dans notre étude, 45% des patientes ont été excisées avant 4 ans. Dans l'étude ExH, 64% des patientes avaient été excisées avant 4 ans. En revanche, nous retrouvons un taux similaire de patientes excisées avant l'âge de 10 ans, c'est-à-dire 90%. Ces pourcentages restent stables entre les différentes générations et on n'observe pas de recul de l'âge à l'excision parmi les plus jeunes générations. L'âge de l'excision dépend surtout des origines des patientes. Dans la littérature, nous retrouvons que les femmes d'origine malienne sont plus souvent excisées bébés, alors que les femmes d'origine ivoirienne et guinéenne sont excisées un peu plus tardivement (40).

Dans notre étude la grande majorité des femmes présentait une excision de grade 2, ce qui confirme les données de la littérature(40).

Sur le plan professionnel, 40% des patientes n'ont pas d'activité professionnelle, 13% sont étudiantes et 10% sont cadres. 10% de nos patientes sont sans

domicile fixe. L'étude ExH retrouve un taux de 65% de femmes sans emploi, de 10% d'étudiantes et seulement 5% de leurs patientes sont cadres.

Cette différence peut s'expliquer par un biais de recrutement. En effet, nos patientes qui ont eu connaissance et ont fait la démarche de l'intervention évoluent certainement dans un milieu moins défavorisé que la population étudiée dans l'enquête ExH.

20% des patientes étudiées sont des femmes vivant seules et élevant seules leurs enfants. Dans l'étude ExH, 30% des femmes sont célibataires avec au moins un enfant à charge.

Enfin, la religion musulmane semble être un facteur de risque de mutilation sexuelle féminine car 85% des patientes de notre étude ayant répondu à cette question ont déclaré pratiquer l'Islam.

Nous avons étudié l'âge des patientes lors de l'intervention. La médiane se trouve à 25 ans. L'âge médian du premier rapport sexuel est à 20 ans. Deux types de profil se détachent : d'une part, les patientes opérées très jeunes avant 20 ans, pour rendre une sexualité possible; d'autre part, les patientes se faisant opérer plus tardivement, dans le cadre d'un changement de vie ou d'un objectif de mieux-être en tant que femme. Dans son étude réalisée en 2006 (36), P. Foldès retrouve un âge moyen à l'intervention de 30 ans, ce qui est légèrement plus élevé. Ceci s'explique peut-être par le fait que la technique est maintenant plus connue et plus accessible à la population concernée qu'il y a 7 ans.

6.1.3 Les questionnaires

Comme nous l'avons vu, aucun score spécifique n'existe pour étudier les conséquences de l'excision et les résultats de la réparation. Cependant, certaines études ont analysé la qualité des rapports sexuels chez les femmes excisées en utilisant tout de même ces questionnaires. Catania a utilisé le questionnaire validé du FSFI et rapporte une différence significative entre les femmes infibulées et les témoins par rapport au désir, à l'envie, à l'orgasme et à la satisfaction (34). Mais il n'a pas pu réellement conclure, étant donné un biais majeur, à savoir qu'il est difficile de comparer la sexualité de femmes italiennes (les témoins) à celle de

femmes africaines. De plus, le FSFI n'est pas validé chez les populations de femmes africaines.

Une autre étude (55) compare les résultats avant/après désinfibulation à l'aide du FSFI chez des patientes originaires de Somalie. Cette étude ne rapporte pas de différence concernant l'orgasme mais il s'agissait de patientes « non coupées », la fonction clitoridienne étant probablement mieux conservée malgré l'infibulation que chez les femmes « coupées ».

Deux études récentes utilisent le Arabe FSFI afin de comparer la sexualité des femmes excisées à des témoins (56, 57). Toutes deux retrouvent une différence significative sur le plaisir, l'orgasme, l'envie et la lubrification, mais pas de différence sur la douleur. La première étude retrouve également une différence significative sur le désir, pas la seconde.

Thabet et al (58) montrent une amélioration des scores sexuels après réparation clitoridienne selon une technique proche de la nôtre. Dans son étude, il utilise le questionnaire réalisé par son équipe, mais ce dernier nous a paru complexe car il associe, en un seul score, des items disparates. Les résultats fonctionnels obtenus sont satisfaisants avec une amélioration nette de la sexualité dans 75 % des cas.

Une étude récente parue dans le BJOG utilise le SQOL-F (59), pour comparer la qualité de vie sexuelle des femmes excisées, avec des femmes non excisées. Cette étude retrouve que les femmes mutilées ont un score significativement inférieur au groupe contrôle. Malheureusement, cette étude se concentre uniquement sur les problèmes de sexualité, dus aux MSF.

D'autres tests sont validés pour évaluer la qualité de vie : par exemple, le PISC-12 pour le prolapsus. Dans chacun de ces scores de qualité de vie se retrouvent des questions de sexualité. Mais finalement, le contexte est très éloigné de celui des mutilations et les questions n'abordent qu'un aspect très prosaïque de la sexualité, sans aucune évaluation psychologique, de féminité ou d'identité.

C'est pourquoi nous avons interrogé les patientes selon notre propre questionnaire.

6.1.4 Les témoins

Nous avons, dans un premier temps, essayé de comparer nos résultats avec une population témoin de femmes excisées non opérées, en appariant chacune des patientes avec deux témoins excisées du même grade.

Les résultats nous ont paru très subjectifs et faussés. En effet, il paraît très difficile de comparer des groupes de patientes n'ayant pas la même origine géographique, la même langue parlée, le même milieu social, la même éducation et le même vécu de l'excision sur des questions aussi personnelles que la recherche d'identité, le bien-être psychologique et la sexualité, sans questionnaire dûment adapté.

Dans la présente étude, nous cherchions surtout à caractériser l'intérêt de cette intervention chez des patientes ayant fait la démarche personnelle de renoncer à cette tradition. C'est pourquoi, nous avons choisi que chaque patiente soit son propre témoin, en comparant les résultats avant et après réparation. Comme P. Foldes nous retrouvons des résultats significatifs sur les items fonctionnels en comparant nos patientes de cette façon.

La plupart des études comparent la sexualité des femmes excisées à celle des femmes non mutilées, mais très peu étudient l'impact de la réparation sur la sexualité et aucune sur l'identité et la féminité.

De futures études incluant des cas contrôles (réparée/ non réparée ou réparée/ non excisée) évaluées avec des questionnaires validés, sur une large population appareillée, permettront de compléter ce travail afin de mieux caractériser les sous populations de femmes concernées par les réparations clitoridiennes.

6.1.5 La technique et ses complications

L'intervention chirurgicale est simple, la durée d'hospitalisation courte et aucune complication per opératoire n'a été rapportée. Les complications précoces sont mineures (hématome, lâchage de suture, rétention aigue d'urine) et ne nécessitent que très rarement une réhospitalisation et encore moins souvent une reprise chirurgicale. Dans notre série, la morbidité précoce est de 30%, équivalent à celui retrouvé par Foldes *et collaborateurs* (36) en 2006 mais supérieur à celle

retrouvé dans son étude de 2012 (35). Cependant seul 13% des patientes ont présenté de réelles complications nécessitant une prise en charge médicale, comme un hématome ou une suppuration. Les autres patientes ont présenté des lâchages de sutures et des douleurs pouvant rentrer dans le cadre de la cicatrisation. En effet, aucune patiente n'a présenté de complication ayant nécessité une reprise chirurgicale. Les complications à distance retrouvées consistent principalement en la persistance de douleurs prolongées, avec une hyperesthésie de la région clitoridienne. Il faut moduler ces hyperesthésies par rapport aux douleurs préopératoires, si ces patientes se plaignent de douleurs résiduelles, notons qu'en préopératoire ces femmes signalaient de fortes douleurs lors des rapports. Ainsi malgré les douleurs résiduelles, nous notons tout de même une amélioration post-opératoire. Peu de patientes se sont plaintes de ces douleurs en post-opératoire, peut-être du fait de la bénignité relative de cette douleur par rapport à celle ressentie pendant l'excision ou à celle séquellaire de la mutilation. Si l'on se réfère à la consommation d'antalgiques dans les semaines suivant l'intervention, aucune patiente n'a paru vouloir calmer de douleur post-opératoire. Dans notre série, 3 patientes sur 30 ont présenté des douleurs prolongées. Ce résultat semble supérieur à celui retrouvé par Foldes *et al* avec 4 patientes douloureuses sur 453, sans que la différence ne soit réellement significative compte tenu de la taille réduite de notre échantillon.

Il est important de noter que cette technique est simple et très peu morbide. Pourtant, la reconstruction des femmes mutilées ne semble pas être répandue et représenter une priorité de santé publique dans les pays développés. En effet, cette technique est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale en France, seul pays à rembourser cette intervention (60).

6.2 Bénéfices liés à l'intervention

6.2.1 Bénéfices Anatomiques

Les résultats anatomiques sont très satisfaisants avec un clitoris visible dans 96% des cas. Nous avons choisi de faire une double évaluation du résultat anatomique, par le chirurgien et par les patientes elles-mêmes. L'évaluation par le chirurgien était nécessaire car les patientes n'ont pas une idée précise des aspects normaux du clitoris et de son capuchon. Ensuite, nous leurs avons demandé de s'auto-évaluer afin d'éviter le biais d'évaluation de la subjectivité du chirurgien et pour apprécier leur propre satisfaction, ce qui était un des objectifs de l'étude. Les femmes opérées ne recherchent pas tant un aspect normal qu'un clitoris proéminent et très visible. C'est sûrement pourquoi seulement 58% des patientes définissent l'aspect du néoclitoris comme normal, alors que les résultats anatomiques sont jugés satisfaisants par le chirurgien dans 100% des cas. Foldes nous engageait à en tenir compte au moment de l'intervention, de manière à ne pas obtenir à distance un résultat trop discret qui, bien qu'anatomiquement satisfaisant pour le chirurgien, pourrait être décevant pour la patiente. Cependant, trois de nos patientes nous ont tout de même signalé trouver que leur néoclitoris était trop gros. Des résultats anatomiques plus faibles ont été observés par d'autres auteurs : Henry (61), dans sa série, retrouvait une restauration du massif clitoridien dans 89,7 % des cas, 87 % dans la série de Foldes (36). En revanche, ces résultats se rapprochent de ceux qui ont été publiés dans l'étude d'Ouédraogo (62) qui retrouvait un clitoris visible dans 96% des cas. Tous ces résultats ont été appréciés suivant la grille d'évaluation établie par le Dr Foldes(36).



Figure 32: résultat anatomique à 1 an.

6.2.2 Bénéfices fonctionnels

Un de nos objectifs était de vérifier s'il existait bien un bénéfice fonctionnel à l'intervention proposée. Les études sur les clitoridoplasties dans les ambiguïtés sexuelles ou dans la chirurgie du transsexualisme ont prouvé que la sensibilité clitoridienne est récupérée dans les six semaines, pour peu que l'on respecte le pédicule vasculo-nerveux sagittal dorsal. C'est la raison pour laquelle il est recommandé, lors de la section du ligament suspenseur, de rester toujours très près de l'os et à distance de ce pédicule (63, 64). Les résultats fonctionnels obtenus sont très satisfaisants. En effet, en préopératoire nous retrouvons des troubles de la sexualité chez 90% de nos patientes. En post-opératoire l'amélioration de la fonction clitoridienne est de 88%.

De plus, nous retrouvons pour chacun des six items du FSFI (orgasmes, désir, plaisir, envie, lubrification, douleurs,), une différence significative ($p < 0,05$). Ces résultats confirment plusieurs autres études montrant une amélioration des scores sexuels après réparation clitoridienne selon une technique proche de la nôtre. Ouédraogo notait une nette amélioration de la sexualité chez 89,4 % des

patientes (62) et Henry (61) chez 83,6 % des patientes. L'étude de Mansour retrouve une amélioration fonctionnelle post-réparation de 73% (65).

6.2.3 Bénéfices psychologiques

Dans la mesure où la motivation principale des femmes pour cette intervention est l'effacement du traumatisme causé par la mutilation, sa dimension psychologique est majeure. Un soutien psychologique systématique nous a semblé indispensable à proposer.

Sur le plan psychologique, l'intervention semble répondre aux attentes des patientes puisqu'en préopératoire, 92% des patientes se définissaient comme complexées ou ayant un manque de confiance en elles, et 8% comme confiantes ou épanouies alors qu'en post-opératoire, 88% se définissaient comme confiantes ou épanouies. L'amélioration est significative ($p < 0,005$). Une étude de Behrendt montre que les pathologies psychiatriques sont plus fréquentes dans les populations de femmes mutilées que non mutilées. Il rapporte, sur une cohorte de 23 femmes, 80 % de désordres affectifs ou d'anxiété et même un syndrome post-traumatique chez 30 % d'entre elles (31). Le fait que nos patientes vivent dans un milieu social où les femmes ne sont pas mutilées représente probablement un autre facteur de risque pour l'établissement d'un PTSD, d'autant plus que les femmes excisées sont conscientes que leur statut n'est pas admis dans la société dans laquelle elles vivent. En conséquence, l'assimilation du traumatisme peut être plus difficile que dans les pays africains où l'excision est répandue. Bien sûr, beaucoup d'autres facteurs, comme le déroulement de l'acte en lui même, l'existence d'autres expériences traumatisantes et les expériences sexuelles, peuvent aussi jouer un rôle psychologique important.

6.3 Attentes des patientes en regard de la demande

6.3.1 Attentes des patientes

Les conséquences de ces mutilations, qui comprennent l'ablation d'une partie éminemment sensible de la vulve suivie de l'apparition de cicatrices parfois

vicieuses et douloureuses, sont inéluctables (36). Quelques soient les motifs de la mutilation, les troubles de la sexualité et le traumatisme psychologique de la mutilation paraissent inévitables. Comme dans l'étude de P. Foldès (35), la raison pour laquelle les femmes souhaitent l'intervention est principalement (67%), la recherche d'une identité féminine, qu'elles rattachent au clitoris. En découle également la recherche d'une sexualité épanouie, dans cette recherche d'identité féminine, même s'il a été montré que les femmes excisées peuvent avoir du plaisir notamment les femmes excisées grade 1 (58). Une minorité de patientes demande cette intervention en vue de réduire leur douleur.

6.3.2 Bénéfices de l'intervention en regard de la demande.

Nous avons recherché si l'intervention avait répondu aux attentes des patientes. Pour cela, nous avons analysé leur taux de satisfaction par rapport à la recherche d'identité, l'amélioration de la sexualité et la réduction des douleurs. Nous avons ensuite comparé ces résultats au motif principal d'intervention déclaré en préopératoire.

Les patientes qui ne recherchaient qu'une réduction des douleurs, sont toutes totalement satisfaites. Ceci peut s'expliquer par la technique opératoire, consistant en l'ablation des cicatrices vicieuses donc douloureuses et à l'agrandissement d'un orifice parfois trop étroit. Il ressort également de notre étude que ces patientes sont également toutes satisfaites sur le plan identitaire, ayant retrouvé une anatomie leur permettant de ne plus souffrir. En revanche, seulement 40% des patientes recherchant une diminution des douleurs, sont sexuellement satisfaites. Une hypothèse possible serait que la recherche du plaisir sexuel ne semble pas être la principale préoccupation de ces femmes.

Pour les patientes qui se présentaient en quête d'identité féminine en préopératoire, les résultats sont bons. En effet, 84% estiment leur image corporelle plaisante ou attirante en post-opératoire. Nous pouvons donc en déduire que l'intervention permet à ces femmes de réparer leur identité perdue, par la restauration de l'organe mutilé, cet organe étant particulièrement associé au sentiment d'identité féminine. Cela souligne bien la dimension psychologique de l'intervention, en dehors même de toute récupération organique de la fonction

clitoridienne. Le retentissement psychologique de la mutilation peut en effet être majeur. Pour ces patientes en recherche d'identité, toutes sont également satisfaites sur le plan de la douleur et 63% sont épanouies sexuellement, l'amélioration identitaire permettant un épanouissement global de leur vie de femme.

Les résultats sont moins favorables pour les patientes qui attendaient de cette intervention une amélioration de leur sexualité. En effet, seulement 56% sont satisfaites. 22% d'entre elles présentent encore des douleurs. Cependant, 75% disent se sentir épanouies sur le plan de l'identité féminine.

Ces résultats nous enseignent que la réparation clitoridienne ne peut à elle seule résoudre tous les problèmes de sexualité. De plus la sexualité de ces femmes répond aussi aux standards des hommes africains qui comme nous l'avons vu imposent souvent une sexualité subie. La complexité des dysfonctionnements sexuels souligne que la chirurgie n'est qu'un moyen technique et ne peut pas réparer les traumatismes plus profonds, d'autant plus que nombre de nos patientes ont subi des violences de natures différentes. C'est pourquoi la prise en charge multidisciplinaire, notamment psychologique et sexologique est indispensable.

6.3.3 Variabilité liée aux différents sous-groupes

P Foldes (35) démontre que l'âge de l'excision et l'attente de l'intervention influencent les résultats fonctionnels. Nous avons donc également voulu analyser si différents facteurs temporels et conjoncturels influaient sur les résultats. Pour cela, nous avons regardé si les mêmes critères ainsi que l'âge lors de l'intervention, le lieu de naissance et la parité influençaient les résultats fonctionnels et identitaires. Nous constatons que les patientes nées en France ont significativement plus de désir et d'envie que les patientes nées en Afrique. Ceci peut probablement s'expliquer par l'environnement dans lequel ces patientes nées en France, ont toujours évolué. Le désir et l'envie sont des notions acceptées et moins taboues dans la société française. Nos autres résultats ne montrent pas d'influence statistiquement significative, ceci pouvant être lié à la taille réduite des échantillons considérés en comparaison à l'étude de P. Foldes qui

analysait plus de 2900 patientes. Cependant les résultats des deux études ne semblent pas s'opposer. Concernant l'âge lors de l'excision, nous avons aussi constaté, mais de façon non significative que les patientes excisées avant quatre ans ont de moins bons résultats fonctionnels que les patientes excisées après.

6.4 Variabilités liée aux dilemmes affectant la sexualité et la féminité

6.4.1 Dilemmes ethnique influençant la sexualité

Sachant que les notions de douleur et de plaisir sont variables selon chaque culture, il faut prendre en compte dans l'analyse des résultats le fait que notre population est constituée de femmes d'origine africaine vivant en France et même, pour certaines nées en France. Leur manière d'aborder la question de la sexualité est donc très probablement modifiée par rapport aux femmes vivant en Afrique, puisqu'elles sont influencées par des critères occidentaux. L'influence culturelle peut changer la perception du plaisir. L'âge, la situation familiale, le nombre de coépouses dans le ménage, l'âge d'immigration, le temps passé dans le pays d'accueil, l'adhésion à ses valeurs culturelles, le niveau d'études ainsi que d'autres éléments, peuvent jouer un rôle sur le vécu des femmes quant à la sexualité, l'image du corps et la beauté. Ceci les amène à remettre en cause la tradition.

Mais leur sexualité n'est pas non plus comparable à celle des femmes occidentales non mutilées. En effet, grâce aux entretiens avec ces patientes, nous avons appris à prendre en considération la différence des pratiques sexuelles entre les pays africains et européens. Comme nous l'avons vu, la plupart des patientes avaient une sexualité subie avant l'intervention et peu d'entre elles avaient des notions de plaisir masturbatoire ou de préliminaires. La vie sexuelle d'une partie importante de notre échantillon se caractérisait par le fait que la sexualité et la conjugalité restaient totalement associées, ce qui n'est souvent plus le cas dans les pratiques et les normes sociales de la société française aujourd'hui (40). L'abord de la sexualité chez les peuples africains est bien plus direct et moins basé sur le plaisir en général. Les impulsions sexuelles

sont honteuses et déplorées. Les femmes pensent que la souffrance est naturelle et normale pendant les rapports (66). Ces notions de sexualité sont à garder à l'esprit pour l'interprétation de nos résultats. C'est pourquoi, la satisfaction fonctionnelle post-opératoire est très difficile à évaluer. Certaines patientes ne sont que peu satisfaites, mais n'avaient en préopératoire aucune notion de sexualité. D'autres patientes sont très satisfaites, mais ne présentent pas une grande variation avec le préopératoire, car elles avaient déjà des notions de plaisir. Il a donc été important d'évaluer la différence entre le pré opératoire et le post-opératoire mais également l'amélioration pour confirmer les bénéfices de l'intervention.

Ainsi, l'appréciation du retentissement de la mutilation sur la sexualité est compliquée par le manque de définition de ce qu'est une sexualité normale, qu'il s'agisse des sociétés africaines ou occidentales.

Nous pouvons toutefois souligner que l'absence de plaisir et l'anorgasmie ne sont pas les principaux motifs de consultation. Dans notre série, aucune des patientes n'a évoqué l'absence d'orgasme lors de sa demande de réparation.

6.4.2 Féminité et dilemme culturel

Nous n'avons retrouvé aucune étude évaluant les résultats identitaires des réparations. Pourtant, au vu des différentes données, il nous a paru indispensable d'évaluer la féminité et le bien-être de ces patientes. En effet, les femmes de notre étude ont été confrontées à un dilemme particulier les amenant à faire face à un conflit idéologique et culturel. Ces patientes ont été élevées dans l'idée que les MSF sont un témoignage de beauté et de courage. Les idéaux de féminité sont renforcés par des valeurs esthétiques. L'excision est vue comme l'élimination des parties masculines et l'infibulation est une représentation de la douceur. La non-pratique de ces traditions peut faire craindre aux femmes une perte de féminité. Les préférences esthétiques et cosmétiques sont dans chaque société des questions essentielles. On comprend donc l'importance pour ces femmes de modifier leurs critères de beauté pour renoncer à ces pratiques (67). De plus, le fait de ne pas se conformer à la tradition condamne toute la famille à la honte et à la désapprobation, ce qui empêche l'intéressée de devenir un membre reconnu et

à part entière de la communauté. Cependant, grandissant dans des pays occidentaux, leur opinion a été transformée par le sens péjoratif donné aux mutilations, dépeignant ces femmes comme les victimes de la violence et de la barbarie familiale. Leur sens de la beauté a changé. La stigmatisation sociale et les messages des médias ont pu provoquer des sentiments négatifs par rapport à leur image corporelle et leurs relations à autrui. Tous ces éléments nous ont amenés à interroger ces femmes qui, d'elles-mêmes se présentent comme en recherche d'identité, sur l'image de leur corps.

Dans notre étude, les items identitaires, sur l'image corporelle, les relations avec autrui, le bien-être et l'esthétique, montrent tous une différence significative entre le préopératoire et le post-opératoire. Nous pouvons en conclure que, chez nos patientes, l'excision ne représente plus un honneur et un critère de beauté, mais, au contraire, qu'elles ont trouvé, à travers la réparation, un nouvel essor à leur féminité.

6.5 Perpétuation de la tradition

6.5.1 Femmes excisées nées en France

Dans notre étude, huit patientes excisées sont nées en France soit 27%. Toutes les huit ont été excisées lors de vacances au pays.

Les mutilations sexuelles féminines sont donc pratiquées sur des fillettes vivant en France, éloignées géographiquement de leurs traditions originelles. Le retour au pays, dans la famille, représente certainement le facteur de risque le plus important de mutilation. Même si, dans notre série, aucune patiente n'a été mutilée sur le territoire français, nous savons que ces pratiques existent (68), d'où l'importance de la prévention menée par les professionnels sociaux, éducatifs, médicaux et judiciaires. Ainsi, les conséquences médicales, psycho-sexuelles et judiciaires doivent être clairement expliquées aux parents d'enfants à risque. Le médecin peut également faire un certificat de non-excision avant un départ au pays et préciser que de retour en France, l'intégrité des organes génitaux externes de la fillette sera vérifiée.

Il est également important que les personnes en contact avec ces enfants comme les enseignants, les médecins scolaires soient formés pour pouvoir déceler tous comportements inhabituels.

6.5.2 Les familles

Nous avons étudié le taux de femmes excisées au sein des fratries de nos patientes. 56% des sœurs de nos patientes étaient excisées.

Ceci peut faire apparaître un premier biais : n'ayant connaissance ni de l'âge auquel est pratiqué l'excision, ni de l'âge des sœurs, il est probable que certaines sœurs, non encore excisées, le seront.

Cependant, plusieurs patientes nous ont expliqué que la pratique de l'excision s'était arrêtée dans leur famille et que seules les aînées avaient été excisées.

Plusieurs explications sont données à cet arrêt de l'excision : tout d'abord, un grand nombre de familles, après leur immigration, se sont senties plus à même de refuser cette pratique culturelle, la famille imposant cette tradition n'étant plus à proximité. De plus, la loi française l'interdisant, certaines familles, après en avoir eu connaissance, ont décidé de ne plus faire exciser leurs plus jeunes filles.

Une autre explication semble être le fait d'accidents dus à l'excision, survenus chez les aînées, ayant, en conséquence, entraîné l'arrêt de la pratique chez les benjamines.

6.5.3 Excision des filles

Nous avons demandé à toutes nos patientes si la question de l'excision se poserait ou s'était posée pour leurs filles. Il est important et rassurant de noter que ces femmes, bien qu'elles aient été élevées dans le respect des traditions et coutumes de leur pays d'origine, ont répondu de façon unanime être contre cette pratique et refusent de la perpétuer pour leurs filles.

7 Conclusion

Les mutilations génitales féminines ont des significations culturelles et sociales fortes et complexes car elles sont liées à la sexualité des femmes. Leur poids dans l'intégration sociale représente un obstacle majeur pour renoncer à cette pratique.

La prévention de la perpétuation de cette pratique passe par une information claire et précise de ces patientes concernant les conséquences médicales, obstétricales, sexuelles et psychologiques. L'excision reste un traumatisme avec pour conséquences, une profonde atteinte de la féminité et de l'intégrité corporelle.

Notre étude confirme les résultats de la littérature, en montrant que la transposition du clitoris améliore non seulement l'anatomie et la sexualité de nos patientes, mais également ce qui n'avait pas été étudié et démontré jusqu'alors, que cette intervention permet une amélioration du bien-être, de l'image corporelle des femmes et de la féminité. La transposition clitoridienne encadrée par une équipe multidisciplinaire est donc une réponse possible aux souffrances tant organiques que psychiques de ces femmes.

Annexes

, nnexe1 : ONU

L'ONU exhorte les états à prendre toutes les mesures nécessaires pour préserver les filles et les femmes de cette pratique, en promulguant et en faisant appliquer une législation interdisant cette forme de violence et à mettre fin à l'impunité dont jouissent les auteurs de ces actes. L'assemblée exhorte également les Etats à assortir les sanctions d'activités informatives et éducatives conçues pour promouvoir un consensus en vue de l'élimination des MSF. Elle exhorte aussi à fournir protection et assistance aux femmes et aux filles qui ont subi ou risquent de subir des mutilations sexuelles.

, nnexe 2 : loi européenne

- Résolution 2035, adoptée par le Parlement européen le 26 février 2001 dispose que toute les formes de mutilation sexuelles à l'égard des femmes constituent une violation de leurs droits fondamentaux qui sont les droits de l'intégrité de la personne et à la santé physique et mentale et que de telles violations ne sauraient être justifiées par le respect de traditions culturelles ou de cérémonies initiatiques.

, nnexe 3 : Charte africaine

Article 4: "La personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit".

, nnexe 4 : Droit de l'enfant

Article 21,1: " Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier :

a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant.

b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons.

La Charte a été adoptée par la vingt-sixième Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine.

, nnexe 5 : les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation sont définies par le Code Pénal :

Article 222-7 : Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-8 : L'infraction définie à l'article 222-7 est punie de 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise:

1) Sur un mineur de 15 ans;

2) Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur;

La peine encourue est portée à 30 ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'art 222-7 est commise sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Article 222-9 : Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 222-10 : L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de 15 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise:

1) Sur un mineur de 15 ans;

2) Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur; La peine encourue est portée à 20 ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-9 est commise sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Répression des excisions pratiquées à l'étranger :

Les dispositions légales ont été renforcées afin de sanctionner également les MSF commises à l'étranger sur des fillettes françaises ou résidant habituellement en France. En effet, il est fréquent que des parents fassent exciser leurs filles à l'occasion d'un retour au pays lors des vacances scolaires, dans le but de se soustraire à l'interdiction légale existant en France.

L'article 222-16-2 du Code Pénal prévoit la sanction des faits délictueux commis à l'étranger sur une personne ayant la nationalité française. La loi du 4 avril 2006 permet désormais des poursuites lorsque des fillettes de nationalité étrangère mais résidant habituellement en France ont été mutilées à l'étranger.

Non assistance à personne en péril

Les professionnels informés d'un projet d'excision doivent saisir le Procureur chargé des mineurs ou le Juge des Enfants, selon l'article 223-6 du Code Pénal qui stipule que toute personne pouvant empêcher par son action la commission d'un crime est tenue de le faire sous peine de poursuites judiciaires pour non assistance à personne en péril (5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende).

Le code pénal autorise la levée du secret professionnel, notamment du secret médical, en cas d'atteintes sexuelles infligées à une mineure ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (point 1 article 226-14).

- L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

, nnexe 6 : code de déontologie

" Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage."(Art.43). " Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de moins de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. " (Art. 44). Dans tous les départements, il existe un service d'accueil téléphonique gratuit pour signaler les cas d'enfants en danger. S'ils sont en détresse, ces mêmes enfants peuvent eux-mêmes appeler. Ce service est bien évidemment à la disposition des fillettes menacées de mutilations génitales féminines ou de mariage forcé.

, nnexe 7 : questionnaire préopératoire.

Généralités

Quel âge avez vous ?

Combien d'enfant(s) avez-vous eu(s) par les « voies naturelles » (en dehors des césariennes) ?

Fratrie (sœurs)

Nombre de sœur(s) excisée(s)

Profession

Niveau scolaire

Lieu de naissance

Nationalité

Origine géographique

Ethnie

Religion

Age d'arrivée en France

Antécédents médico-chirurgicaux

Antécédents gynéco-obstétricaux

Motif(s) de consultation

Découverte de l'opération de réparation

Conjoint (origine, implication)

Rapports sexuels (Age du premier rapport, contexte)

Statut marital

En couple

Célibataire

Questionnaire sur les circonstances de l'excision

Age de l'excision:

Moins de 2 ans

Enfance

Adolescence

Adulte

Lieu

Pays d'origine avant l'arrivée en France

Pays d'origine à l'occasion de vacances

France

Ne sait pas

Contexte

En groupe

Fête

Avec explications ou non,

En vue d'un mariage

Ne sait pas

Si vous n'avez pas de souvenir de l'excision

Quand avez vous appris que vous étiez excisées ?

Pendant l'enfance

A l'adolescence

A l'âge adulte

Comment l'avez-vous appris ?

Par votre mère

Par une autre femme de la famille (grand mère, tante, sœur)

Par un partenaire sexuel

Par des amies excisées

Par la presse

Par un médecin ou personnel de santé

Autre (précisez)

Avec qui en avez-vous parlé par la suite ?

Votre mère

Une autre femme de la famille (grand mère, tante...)

Des amies excisées

Un partenaire sexuel

Par un médecin ou personnel de santé

Une militante associative

Autre

Qu'avez-vous ressenti quand on vous a appris votre excision ?

Sur le plan personnel

A l'égard de votre famille ou de votre communauté

Si vous vous souvenez de votre excision

Qu'est-ce qui vous a été dit avant l'excision (plusieurs réponses possibles) ?

Que c'était la coutume

Que c'était nécessaire pour être une « vraie fille »

Que c'était nécessaire pour qu'un homme accepte de vous épouser

Rien ne vous a été dit

Autre

Le comportement de votre entourage après l'excision?

Il y a eu une fête avec des cadeaux

Les femmes de la famille vous ont entourée et vous avez pu en parler

On vous a soignée jusqu'à cicatrisation mais sans explications

Rien n'a été dit

Autre

Quel souvenir gardez-vous de l'excision sur le plan corporel ?

Y a t il eu des complications (précisez lesquelles) ?

Complications immédiates ?

Complications tardives ?

Avez vous actuellement des séquelles douloureuses ?

Aucune séquelle

Pas de douleur, mais des gênes dans certaines circonstances (précisez)

Douleurs chroniques

Avez vous déjà eu des rapports sexuels ?

Oui

non

Questionnaire personnalisé

Douleur

Pas de douleur

Gêne légère pendant les rapports sexuels

Douleur modérée pendant les rapports sexuels

Douleur forte à intolérable pendant les rapports

Douleur en dehors des rapports

Plaisir clitoridien

Jamais

Sensation discrète

Plaisant sans orgasme

Orgasme restreint par les mutilations

Orgasme régulier

A quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?

Tous les jours

Au moins une fois par semaine

Au moins une fois par mois

Jamais

Ressentez-vous de l'excitation lors des activités sexuelles avec votre partenaire ?

Toujours
Souvent
Quelquefois
Rarement
Jamais

Etes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?

Toujours
Souvent
Quelquefois
Rarement
Jamais

Ressentez-vous une sécheresse vaginale pendant les rapports sexuels ?

Toujours
Souvent
Quelquefois
Rarement
Jamais

L'image corporelle que vous avez de vous-même est :

Attirante
Plaisante
Satisfaisante
Peu satisfaisante
Insatisfaisante

Vous pensez renvoyer une image

Féminine

Pure

Confiante

Complexée

Inassouvie

Sur le plan des rapports à autrui vous vous trouvez

épanouie

Ayant confiance en vous

Ayant un manque de confiance en vous

Complexée

Vous vous définiriez psychologiquement comme

épanouie

Ayant confiance en vous

Ayant un manque de confiance en vous

Complexée

Sur le plan esthétique vous vous considérez comme

Intègre

Opportune

Amenuisée

Amputée

, nnexe 8: FSFI

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.

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

- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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

- Très haute
- Haute
- Modérée
- Faible
- Aucun Très peu ou pas du tout

L'excitation sexuelle est un sentiment qui comporte des aspects à la fois physique et mentale de violence sexuelle excitation. Il peut inclure des sensations de chaleur ou des picotements dans les organes génitaux, de la lubrification (Humidité), 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
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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
- Très haute
- Haute
- Modérée
- Faible
- Aucun Très peu ou pas du tout

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
- De confiance très élevé

- Haut niveau de confiance
- Une confiance modérée
- Faible confiance
- Degré de confiance très faible ou nul

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
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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
- Extrêmement difficile ou impossible
- Très difficile

- Difficiles
- Un peu difficile
- Pas difficile

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
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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
- Extrêmement difficile ou impossible
- Très difficile
- Difficiles
- Un peu difficile
- Pas difficile

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
- Presque toujours ou toujours

- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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
- Extrêmement difficile ou impossible
- Très difficile
- Difficiles
- Un peu difficile
- Pas difficile

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
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- À propos tout aussi satisfaits et insatisfaits
- Moyennement insatisfait
- Très insatisfait

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
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- À propos tout aussi satisfaits et insatisfaits
- Moyennement insatisfait
- Très insatisfait

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 satisfait
- Moyennement satisfait
- À propos tout aussi satisfaits et insatisfaits
- Moyennement insatisfait
- Très insatisfait

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

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- À propos tout aussi satisfaits et insatisfaits
- Moyennement insatisfait
- Très insatisfait

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

- Je n'ai pas essayé les rapports
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)

- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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

- Je n'ai pas essayé les rapports
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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

- Je n'ai pas essayé les rapports
- Très haute
- Haute
- Modérée
- Faible
- Aucun Très peu ou pas du tout

, nnexe 9 : questionnaire post-opératoire.

Anatomie du néoclitoris

Pas ou peu de changement
Palpable mais non visible
Saillie clitoridienne visible
Gland exposé sans capuchon
Proche de la normale

Fonction clitoridienne

Douleur, pas de plaisir
Gêne légère
Petite amélioration, pas de douleur
Réelle amélioration sans orgasme
Orgasme restreint
Orgasme régulier

Amélioration de la douleur

Pas ou peu de changement
Petite amélioration
Réelle amélioration
Plus de douleur

Amélioration du désir

(A quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?)

Pas ou peu de changement (rarement ou jamais)

Petite amélioration (quelquefois)

Réelle amélioration (souvent)

Atteinte des attentes (toujours)

Amélioration de l'envie

(Ressez-vous de l'excitation lors des activités sexuelles avec votre partenaire ?)

Pas ou peu de changement (rarement ou jamais)

Petite amélioration (quelquefois)

Réelle amélioration (souvent)

Atteinte des attentes (toujours)

Amélioration de l'éveil

(Êtes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?)

Pas ou peu de changement (rarement ou jamais)

Petite amélioration (quelquefois)

Réelle amélioration (souvent)

Atteinte des attentes (toujours)

Amélioration de la lubrification

(Ressez-vous une sécheresse vaginale pendant les rapports sexuels ?)

Pas ou peu de changement (toujours)

Petite amélioration (souvent)

Réelle amélioration (quelquefois)

Réalisation des attentes (jamais ou rarement)

Amélioration de l'image corporelle/ L'image corporelle que vous avez de vous même est

Pas ou peu de changement /peu ou pas satisfaisante

Petite amélioration /satisfaisante

Réelle amélioration /plaisante

Réalisation des attentes /attirante

Amélioration de l'image que vous renvoyez/ Vous pensez renvoyer une image

Pas ou peu de changement /complexée

Petite amélioration /manque de confiance

Réelle amélioration /confiante

Réalisation des attentes /épanouie

Amélioration de vos rapports à autrui / Sur le plan des relations à autrui vous vous trouvez

Pas ou peu de changement /complexée

Petite amélioration /manque de confiance

Réelle amélioration /confiante

Réalisation des attentes /épanouie

Amélioration du bien-être psychologique/ Sur le plan psychologique vous vous définissez comme

Pas ou peu de changement /complexée

Petite amélioration /manque de confiance

Réelle amélioration /confiante

Réalisation des attentes /épanouie

*Amélioration esthétique/ Sur le plan esthétique vous vous définissez
comme :*

Pas ou peu de changement /amputé

Petite amélioration /amoindrie

Réelle amélioration /normale

Réalisation des attentes /intègre

Pensez vous faire exciser vos filles ?

Oui

Non

Ne sais pas encore

, NNEXE 10 : Liste des centres pratiquant la réparation chirurgicale des mutilations en France (liste non exhaustive)

VILLE	ETABLISSEMENT	CHIRURGIEN	PERSONNE A CONTACTER	PARCOURS
PARIS 12 (75)	Hôpital Armand Trousseau	Pr Jean-Louis Benifla	Mme Dominique Louboutin (sage femme) T : 01 44 73 51 42	Rencontre avec psychologue / sexologue
PARIS 14 (75)	Hôpital Cochin	Dr Franck Léonard	Secrétariat service gynécologie T : 01 58 41 18 81	Rencontre au cas par cas avec un psychologue ou assistante sociale
PARIS 18 (75)	Hôpital Bichat	Dr Philippe Faucher	Secrétariat T : 01 40 25 70 19	Rencontre avec sexologue
ST GERMAIN EN LAYE (78)	Clinique Louis XIV Centre hospitalier de St Germain en Laye	Dr Pierre Foldès	Secrétariat du Dr Foldès T : 01 39 10 26 03	Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente
MONTREUIL (93)	CHI André Grégoire	Dr Emmanuelle Antonetti-Néjaye	Secrétariat T : 01 49 20 31 05	Rencontre avec psychologue / sexologue
CRETEIL (94)	CHI de Créteil	Pr Bernard-Jean Paniel	Secrétariat du Pr Paniel T : 01 45 17 55 51	Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente
BAGNOLET (93)	Clinique de la Dhuis	Dr Pierre Becache	Secrétariat du Dr Becache T : 01 48 97 50 13	
ROUEN (76)	CHU de Rouen	Dr Benoît Resch Dr Hubert Bugel	Secrétariat consultations T : 02 32 88 82 44	Rencontre avec psychologue / sexologue
NANTES (44)	CHU de Nantes	Pr Henri-Jean Philippe	UGOMPS T : 02 40 08 30 32	Rencontre avec psychologue / sexologue
MARSEILLE (13)	Hôpital Nord	Pr Léon Boubli Dr Florence Bretelle	Secrétariat T : 04 91 96 46 58	
ANGERS (49)	CHU d'Angers	Dr Sébastien Madzou	Secrétariat du Dr Madzou T : 02 41 35 44 59	Rencontre avec psychologue à l'issue de l'opération.
LYON (69)	Hôpital de la Croix Rousse	Dr Gil Dubernard	Secrétariat T : 04 72 07 24 18	
POITIERS (86)	CHU de Poitiers	Dr Richard Sarfati	Mme Lorraine Douhaud (sage femme) T : 05 49 44 48 31	Rencontre avec psychologue / sexologue

Bibliographie

1. OMS. Les Mutilations sexuelles féminines: aperçu du problème. Genève. 1998.
2. Unicef. Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting. Innocenti Research Centre: Florence, Italy. 2005.
3. Foldes P. [Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation]. Prog Urol. 2004 Feb;14(1):47-50.
4. Kelly E, Hillard PJ. Female genital mutilation. Curr Opin Obstet Gynecol. [Review]. 2005 Oct;17(5):490-4.
5. Allag F, Abboud P, Mansour G, Zanardi M, Quereux C. [Ritualistic female genital mutilation. The sentiment of the women]. Gynecol Obstet Fertil. 2001 Nov;29(11):824-8.
6. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions. Int J Gynaecol Obstet. 2002 Dec;79(3):281-7.
7. Rathmann WG. Female circumcision, indications and a new technique. Gp. 1959 Sep;20:115-20.
8. Rey-Salmon C, Vazquez P, Do Quang LD. [Sexual female mutilation]. Arch Pediatr. 2005 Mar;12(3):347-50.
9. Toubia NF, Sharief EH. Female genital mutilation: have we made progress? Int J Gynaecol Obstet. 2003 Sep;82(3):251-61.
10. Moschovis PP. When cultures are wrong. Jama. 2002 Sep 4;288(9):1131-2.

11. Dare FO, Oboro VO, Fadiora SO, Orji EO, Sule-Odu AO, Olabode TO. Female genital mutilation: an analysis of 522 cases in South-Western Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 2004 Apr;24(3):281-3.
12. Missailidis K, Gebre-Medhin M. Female genital mutilation in eastern Ethiopia. *Lancet*. 2000 Jul 8;356(9224):137-8.
13. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2005 Jul 30-Aug 5;366(9483):385-91.
14. Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation: a prospective view. *J Sex Marital Ther*. 2001 Oct-Dec;27(5):459-64.
15. Vaysse-Buitys J. Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines. [memoire de fin d'études.]2006.
16. OMS. Female genital mutilation - new knowledge spurs optimism. *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*. 2006.
17. Kaplan A, Hechavarria S, Martin M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reprod Health*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011;8:26.
18. Carton V, Philippe HJ. [Medical, psychological and sexual consequences of female genital mutilations]. *Arch Pediatr*. 2008 Jun;15(5):820-1.
19. Dirie MA, Lindmark G. The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J*. 1992 Sep;69(9):479-82.
20. Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med*. 1994 Sep 15;331(11):712-6.
21. Browning A, Allsworth JE, Wall LL. The relationship between female genital cutting and obstetric fistulae. *Obstet Gynecol*. [Research Support, N.I.H., Extramural]. 2010 Mar;115(3):578-83.

22. Carcopino X, Shojai R, Boubli L. [Female genital mutilation: generalities, complications and management during obstetrical period]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. [Review]. 2004 Sep;33(5):378-83.
23. Brady M. Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission. *AIDS Patient Care STDS*. [Review]. 1999 Dec;13(12):709-16.
24. Chen G, Dharia SP, Steinkampf MP, Callison S. Infertility from female circumcision. *Fertil Steril*. [Case Reports]. 2004 Jun;81(6):1692-4.
25. 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*. [Multicenter Study, Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Jun 3;367(9525):1835-41.
26. Cariou J. Mutilations sexuelles féminines: état des lieux et devenir obstétrical dans les maternités de la région rouennaise. Thèse pour le doctorat en médecine. 2010.
27. Raouf SA, Ball T, Hughes A, Holder R, Papaioannou S. Obstetric and neonatal outcomes for women with reversed and non-reversed type III female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 May;113(2):141-3.
28. Sundby J. Female genital mutilation. *Lancet*. 2003 Dec;362 Suppl:s26-7.
29. Ndiaye P, Diongue M, Faye A, Ouedraogo D, Tal Dia A. [Female genital mutilation and complications in childbirth in the province of Gourma (Burkina Faso)]. *Sante Publique*. 2010 Sep-Oct;22(5):563-70.
30. Applebaum J, Cohen H, Matar M, Abu Rabia Y, Kaplan Z. Symptoms of posttraumatic stress disorder after ritual female genital surgery among bedouin in Israel: myth or reality? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(6):453-6.
31. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry*. [Comparative Study]. 2005 May;162(5):1000-2.

32. Mankuta D, Aziz-Suleyman A, Yochai L, Allon M. Field evaluation and treatment of short-term psycho-medical trauma after sexual assault in the Democratic Republic of Congo. *Isr Med Assoc J*. 2012 Nov;14(11):653-7.
33. 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*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Oct;109(10):1089-96.
34. 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*. [Comparative Study]. 2007 Nov;4(6):1666-78.
35. Foldes P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2012 Jul 14;380(9837):134-41.
36. Foldes P, Louis-Sylvestre C. [Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006 Dec;34(12):1137-41.
37. WHO. Female genital mutilation : a teacher's guide, WHO, Geneva. 2001.
38. Gilette-Faye I, Leye E. Cartographie des mutilations génitales féminines (MSF) en Europe. 2002.
39. UNHCR. Mutilations génitales féminines et asile dans l'union européenne. 2013, fev.
40. Andro A LM, Cambois E, Cirbeau C. . Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. 2009.
41. WHO. éliminer les mutilations sexuelles féminines. 2008.
42. WHO. Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. 2010.

43. Lemaire V, Simmons PS. The adolescent female: Breast and reproductive embryology and anatomy. Clin Anat. 2012 Sep 19.
44. Barrière P, Langlois M-L, Mirallié S, Jean M. Embryologie de l'appareil génital féminin. EMC.Gynécologie.
45. Kamina P. Petit bassin et périnée, organes génitaux. Maloine ed 160 tome 2. 1995; .
46. O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. J Urol. 2005 Oct;174(4 Pt 1):1189-95.
47. Phillippe H. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. 2010.
48. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. Clin Anat. 2012 Nov 21.
49. Yavagal S, de Farias TF, Medina CA, Takacs P. Normal vulvovaginal, perineal, and pelvic anatomy with reconstructive considerations. Semin Plast Surg. 2011 May;25(2):121-9.
50. Krantz KE. Innervation of the human vulva and vagina; a microscopic study. Obstet Gynecol. 1958 Oct;12(4):382-96.
51. Marquis P, Amarenco G, Sapède C, Josserand F, McCarthy C, Zerbib M, et al. [Elaboration and validation of a specific quality of life questionnaire for urination urgency in women]. Prog Urol. 1997 Feb;7(1):56-63.
52. Jacquetin B, Dreyfus M, Goffinet F, Teurnier F, (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique: l'épisiotomie. . RCP. 2005.
53. Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. Bmj. 2006 Jul 15;333(7559):124.
54. Bellas C. L'excision ou les identités douloureuses. 2008.

55. 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. [Clinical Trial]*. 2011 May;8(5):1420-5.
56. 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.
57. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril. [Comparative Study]*. 2010 Feb;93(3):722-4.
58. Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res*. 2003 Feb;29(1):12-9.
59. 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.
60. Alet C. Exciser la souffrance. *Libération*. 2012/11/04.
61. Henry E. réparation chirurgicale des mutilations sexuelles féminines à partir d'une série de 123 cas. mémoire pour le diplôme de gynécologie-obstétrique Université de Nantes. 2009.
62. Ouedraogo CM, Madzou S, Toure B, Ouedraogo A, Ouedraogo S, Lankoande J. [Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. About 94 cases]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2013 Jun;58(3):208-15.
63. Rehman J, Melman A. Formation of neoclitoris from glans penis by reduction glansplasty with preservation of neurovascular bundle in male-to-female gender surgery: functional and cosmetic outcome. *J Urol. [Clinical Trial]*. 1999 Jan;161(1):200-6.

64. Sagehashi N. Clitoroplasty for clitoromegaly due to adrenogenital syndrome without loss of sensitivity. *Plast Reconstr Surg.* [Case Reports]. 1993 Apr;91(5):950-5; discussion 6.
65. Mansour-Hugues M. Transposition du clitoris: résultats anatomiques et fonctionnels sur 42 patientes. Thèse pour le doctorat en médecine, diplôme d'état 2007.
66. Catania. Defibulation: A practice to improve the quality of infibulated women's life. Female and male genital surgeries: Critical intersections/astonishing issues. Abstract Book of the 10th Annual Meeting American Anthropological Association San Jose, California American Anthropological Association: Arlington, VA; . 2006, November 15–19(167.).
67. Gruenbaum E. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: research findings, gaps, and directions. *Cult Health Sex.* [Review]. 2005 Sep-Oct;7(5):429-41.
68. Commission nationale consultative des droits de l'homme. 2004.