UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

LAURE TUDAL

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

RÉPARATION CHIRURGICALE DES MUTILATIONS SEXUELLES AU TERME D'UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE :

Étude de la satisfaction en terme d'anatomie, de sexualité et d'identité féminine

Soutenu le : 26/06/17

Directeur de mémoire : Docteur C.RAIFFORT

JURY

Madame Claire DRAN, Sage-femme enseignante, département de maïeutique de l'UVSQ
Madame Christine HAMELIN, Maîtresse de conférences et sociologue, UVSQ
Monsieur Rui LOURENCO, sage-femme enseignant, département de maïeutique de l'UVSQ

Numéro national d'étudiant : 113329628170

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, le Docteur Raiffort et ma co-directrice le Docteur Crenn-Hébert sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Merci pour tout le temps consacré, vos précieux conseils, et votre implication sans faille.

Mes remerciements vont également vers le Dr Abramowicz, pour sa collaboration, son temps et son dévouement dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à toute l'équipe de Louis Mourier : Martine Vervaecke pour ta gentillesse et ton aide, Lydie Lopez et Hélène Rumeau pour vos conseils éclairés, Claude.L et Laurence.M pour vos encouragements et relectures.

Un grand merci à mes parents, ma sœur et mes grands-parents pour leur soutien au quotidien. Je remercie tout particulièrement ma chère maman pour le temps passé à m'épauler dans ce travail.

Merci à ma deuxième famille, la famille Cheriet.

Merci au Pr. Francesca MONEBEPIM pour ses conseils éclairés avec son regard de femme africaine.

Merci à mes copines de promo (Mathilde, Flora, Adélaïde, Caroline, Mariana, Adèle, Manon.R, Chloé, Lucile, Marie, Manon.L) pour avoir participé à rendre ces 4 années aussi intenses.

Merci à ma référente pédagogique Marie Bourdillon pour sa bienveillance et son soutien.

Merci à mes amis de la Garenne qui ont égayé les innombrables heures passées à la bibliothèque (Julia, Romain, Maxou, Caro, Aïda, Guillaume, Chach…)

Merci à mes amies de toujours et pour toujours : Rachel, Camille, Clémi, Claire, Merlou, Reudi, Boubou, Lisou, Adé, Alice….

Merci à Claire.G et Constance.V deux sages-femmes et amies d'exception.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Table des matières

AVERTISSEMENT II

REMERCIEMENTS III

TABLE DES MATIERES IV

LISTE DES TABLEAUX VII

LISTE DES FIGURES VIII

LISTE DES ANNEXES IX

LEXIQUE X

TITRE ET RÉSUMÉ XI

TITLE AND ABSTRACT XII

INTRODUCTION 1

1 CONTEXTE 3

1.1 Les mutilations sexuelles féminines 3

1.1.1 Classification anatomique 3

1.1.2 Motivations et contexte de réalisation des MSF 3

1.2 Les conséquences des MSF 4

1.2.1 Complications immédiates et à court terme 5

1.2.2 Complications à long terme 5

1.2.3 Complications liées à la sexualité 5

1.2.4 Complications obstétricales 6

1.2.5 Complications psychologiques 7

1.3 La prise en charge des femmes excisées 7

1.3.1 Naissance de la chirurgie réparatrice du clitoris 7

1.3.2 Technique chirurgicale de transposition du clitoris 8

1.3.3 Parcours de soin au sein des hôpitaux Louis Mourier (92) et André Grégoire (93) 9

1.4 État des lieux sur les connaissances 11

2 MATERIEL ET METHODES 13

2.1 Hypothèses et objectifs 13

2.2 Type d'étude 13

2.3 Outils méthodologiques et déroulement de l'étude 14

2.4 Participants 14

2.5 Variables retenues 14

2.6 Stratégies d'analyse 16

2.7 Obligations réglementaires 16

3 RESULTATS 17

3.1 Description générale de la population 17

3.1.1 Population d'étude 17

3.1.2 Caractéristiques démographiques et épidémiologiques 17

3.1.3 Connaissance de l'intervention et principales motivations 19

3.2 Résultats sur le plan anatomique 20

3.3 Résultats sur le plan fonctionnel 20

3.4 Évolution des résultats au niveau du bien-être et de l'identité féminine 21

3.4.1 Image corporelle de soi 21

3.4.2 Image renvoyée 21

3.4.3 Rapports à autrui 22

3.4.4 Ressenti psychologique 23
3.4.5 Évolution esthétique 24

3.5 Autres analyses 25
3.5.1 Satisfaction post-opératoire en fonction du motif principal de la demande de réparation 25
3.5.2 Résultats chirurgicaux 26
3.5.3 Risque de perpétuation de la tradition 26
3.5.4 Avis général concernant la prise en charge 26

4 DISCUSSION 27

4.1 Résumé des principaux résultats 27
4.1.1 Caractéristiques de la population étudiée 27
4.1.2 Résultats anatomiques du néoclitoris 27
4.1.3 Satisfaction sur le plan fonctionnel 28
4.1.4 Satisfaction sur le plan de l'identité féminine 29
4.1.5 Satisfaction des patientes en fonction du motif principal de la demande de réparation chirurgicale des MSF 30

4.2 Les points forts 31

4.3 Limites et biais 31

4.4 Implications et perspectives 33

CONCLUSION 35

BIBLIOGRAPHIE 36

ANNEXES 40

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description de l'échantillon de l'étude 18

Tableau 2 : Résultats concernant l'image renvoyée après intervention 22

Tableau 3 : Résultats concernant l'évolution des rapports à autrui après intervention 23

Tableau 4 : Satisfaction post-opératoire pour chacun des motifs de consultation préopératoire en fonction du motif principal..... 25

Tableau 5 : Avis général des patientes concernant leur prise en charge 26

Liste des figures

Figure 1 : Parcours de soin 10

Figure 2 : Population d'étude 17

Figure 3 : Motivations principales des patientes ayant souhaité une réparation chirurgicale des MSF 19

Figure 4 : Aspect du clitoris après intervention 20

Figure 5 : Évolution des résultats fonctionnels 20

Figure 6 : Image renvoyée en préopératoire 21

Figure 7 : Ressenti des patientes concernant leurs rapports à autrui en préopératoire 22

Figure 8 : Ressenti psychologique des patientes en préopératoire 24

Liste des annexes

ANNEXE I : Cartographie des MSF dans le monde 40

ANNEXE II : Classification anatomique des MSF (OMS) 41

ANNEXE III : Cadre législatif des MSF..... 42

ANNEXE IV : Schématisation en 3D de l'excision..... 44

ANNEXE IV : Résultats anatomiques de la technique de transposition du clitoris en post-opératoire immédiat..... 45

ANNEXE V : Résultats anatomiques de la technique de transposition du clitoris à distance *(source Foldès)* 46

ANNEXE V : AUTO-QUESTIONNAIRE..... 47

Lexique

MSF : Mutilations sexuelles féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FSFI : Female Sexual Function Index

Réparation chirurgicale des mutilations sexuelles : Étude de la satisfaction en terme d'anatomie, de sexualité et d'identité féminine

Objectifs

En 2016 les mutilations sexuelles féminines touchent encore plus de 200 millions de filles et de femmes dans le monde. Elles peuvent être sources de séquelles anatomiques, sexuelles, psychologiques, gynécologiques et obstétricales. Depuis une quinzaine d'années il est proposé en France une réparation chirurgicale du clitoris au terme d'une prise en charge multidisciplinaire. Nous avons cherché à connaître la satisfaction des femmes après chirurgie d'un point de vue anatomique, fonctionnel et d'identité féminine.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique dans deux services de gynécologie publics franciliens de petite couronne durant laquelle nous avons interrogé au moyen d'un auto-questionnaire 25 femmes opérées entre Janvier 2012 et Janvier 2017. Les critères portaient sur leurs motivations ainsi que leur ressenti pré et post-opératoire concernant principalement leur anatomie, leur sexualité et leur identité féminine.

Résultats

Nos résultats montrent une satisfaction globale avec une amélioration entre le pré et le post-opératoire pour les items évalués. Selon la motivation principale, anatomique, d'ordre sexuel ou pour restauration de leur identité féminine, la satisfaction des patientes est respectivement de 87%, 77% et 67%.

Mots-clés : Mutilations sexuelles féminines, clitoris, excision, clitoridoplastie

Reconstructive surgery of female genital mutilations : An evaluation of women's satisfaction regarding their anatomy, sexuality and female identity

Objective In 2016 more than 200 million women over the world are subjected to genital mutilation. This results in anatomical, psychological, sexual, and obstetrical repercussions. Since about 15 years ago, it is possible to have clitoris reconstructive surgery. Surgery is now proposed after a multidisciplinary care meeting has taken place. The purpose of our study was to investigate whether the women who received reconstructive surgery were satisfied from an anatomical, functional, and female identity point of view.

Methods

The study was conducted using a retrospective bicentric study in two gynaecology wards in public hospitals in the inner suburbs of Paris. 25 patients were interviewed using a self-questionnaire. The patients had received reconstructive surgery between January 2012 and January 2017 and questions were related to their feelings about their anatomy, sexuality and female identity both before and after the reconstructive surgery was carried out.

Results and conclusion

The results show a global satisfaction and an improved satisfaction between pre-operative and post-operative period for genital mutilation victims. Depending of the major motivation, patient's satisfaction was 87% for anatomical main concern, 77% for sexual concern or 67% for female identity concern.

Key-words : Female Genital Mutilation, clitoris, excision, clitoridoplasty.

Introduction

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont définies comme « l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales »[1]. Les MSF sont essentiellement réalisées sur des mineures et constituent un réel problème de santé publique, une violation des droits de l'enfant et une atteinte à l'intégrité de la santé[1]. Il s'agit en effet d'une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes, en les privant d'une partie de leur identité féminine intime et d'un organe essentiel à la sexualité[1].

Selon les estimations de l'UNICEF, en 2016 cette pratique touche plus de 200 millions de filles et de femmes dans le monde[2]. En effet, les MSF sont pratiquées dans 29 pays africains, essentiellement dans l'ouest, l'est et l'Afrique sub-saharienne. On retrouve également cette pratique dans certains pays d'Asie et au Moyen-Orient, ainsi que dans certaines communautés d'immigrants en Amérique du Nord et en Europe[3]. En Afrique, chaque année, plus de trois millions de jeunes filles sont menacées par les mutilations sexuelles féminines[1]. Sur le sol français, en 2015 on estimait à 61 000 environ le nombre de femmes adultes excisées[4].

Elles résultent de divers facteurs culturels, religieux et sociaux au sein des familles et des communautés attachées à la tradition[3].

Les MSF sont chaque année source de décès, de douleur, et de conséquences notamment urologiques, gynécologiques, obstétricales parfois terribles dans la vie génésique des victimes[5]. À long terme, les doléances des victimes portent surtout sur leur vie sexuelle, leur identité féminine et leur anatomie.

Aujourd'hui, la France offre aux femmes excisées la possibilité d'une prise en charge chirurgicale. Celle-ci repose sur la technique de transposition clitoridienne décrite par un urologue français, le docteur P. Foldès[6]. Plusieurs études ayant démontré l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire, quelques hôpitaux opèrent désormais ces femmes au terme d'un parcours faisant intervenir chirurgiens, sexologues, sages-femmes et psychologues[7 8].

Le but de notre étude était d'évaluer chez nos patientes opérées le degré de satisfaction post-opératoire, d'un point de vue anatomique, fonctionnel et relatif à l'identité féminine.

1 Contexte

1.1 Les mutilations sexuelles féminines

1.1.1 Classification anatomique

L'OMS a établi une classification des MSF d'un point de vue anatomique en les regroupant en quatre catégories qui sont les suivantes [1] :

Type 1 : ou clitoridectomie : il s'agit de l'ablation partielle ou totale du clitoris et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau entourant le clitoris).

Type 2 : ou excision : il s'agit dans ce cas de l'ablation partielle ou totale du clitoris et de la partie supérieure des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Type 3 : ou infibulation, elle concerne un rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.

Type 4 : Il s'agit de toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux…

En pratique, les formes cliniques sont très diverses, et difficilement classables. Les petites lèvres sont souvent asymétriques car l'aspect anatomique dépend du type de mutilation, mais plus encore des conditions de cicatrisation [6] .

1.1.2 Motivations et contexte de réalisation des MSF

La pratique des mutilations sexuelles féminine remonte à environ 27 siècles. Elle serait le produit de la peur ancestrale de l'homme envers la sexualité et le plaisir de la femme[6] . De nombreuses raisons sont invoquées notamment, les coutumes, les facteurs sociologiques, psycho-sexuels, esthétiques, hygiéniques, religieux ou encore mythiques et superstitieux [9 10 11] .

Certaines communautés pensent par exemple que l'excision favorise la fécondité ; qu'elle permet d'assurer une meilleure hygiène, de rendre les femmes plus attrayantes ou même de leur ôter les parties qu'elles considèrent comme masculines ou dangereuses telle que le gland du clitoris. Parfois la mutilation est simplement réalisée dans l'optique de réprimer la sexualité féminine[3].

La mère et les grandes mères sont souvent à l'origine de la décision d'excision. Bien souvent, les raisons qui les poussent à perpétuer cette tradition viennent du sentiment d'obligation sociale très fort. Par conséquent, même lorsqu'elles sont conscientes des répercussions sur la santé physique et psychologique de leurs filles, les familles préfèrent perpétuer la pratique pour ne pas subir de jugements moraux et des sanctions sociales (comme par exemple l'impossibilité pour une fille de se marier)[9] .

La mutilation a habituellement lieu durant l'enfance, dans certains cas en bas âge ou à la puberté et, dans des cas plus rares, au moment du mariage[9]. Cela prend souvent place lors d'une fête de village. La fillette ne sait habituellement pas ce qui se passera, mais on lui fait croire que quelque chose de spécial et d'excitant est sur le point de lui arriver[9].

L'excision est souvent réalisée par une femme âgée de la communauté, une ainée respectée de la tribu ou de la religion, parfois une accoucheuse, et de plus en plus par des soignants[1] [3] [9]. Le plus souvent sans aucune forme d'anesthésie, l'exciseuse coupe verticalement à l'aide d'un objet tranchant l'extrémité du gland clitoridien et le haut des petites lèvres tandis que les femmes autour de la fillette lui maintiennent les jambes en hyperextension, voire lui attachent les jambes. Devant cet acte responsable d'une douleur atroce, les fillettes se débattent et il n'est donc pas rare que l'exciseuse dérape, entrainant parfois des coupures profondes, des plaies asymétriques, des lésions de l'urètre, des petites lèvres, des cuisses, ou même vasculaires et abdominales[10] .

1.2 Les conséquences des MSF

Ces mutilations sont essentiellement réalisées dans des conditions

d'hygiène déplorables, au sol, avec parfois des outils souillés. La gravité des répercussions est dépendante du type d'excision, des instruments utilisés, de l'hygiène, des risques de contamination bactérienne et virale comme le tétanos et le VIH, de l'état physique et mental de la victime et de l'immobilisation prolongée ou non de la fillette qui baigne dans ses urines et excréments[10 11 6].

Une méta-analyse publiée en 2014 dans le *British Medical Journal* fait l'inventaire des complications immédiates et tardives les plus retrouvées dans la littérature médicale[5]. Elles sont nombreuses et peuvent être lourdes en conséquences allant parfois même jusqu'au décès.

1.2.1 Complications immédiates et à court terme

Parmi les complications immédiates résident les douleurs intenses liées à la mutilation, les hémorragies, les rétentions d'urines, des œdèmes périnéaux, des troubles de la cicatrisation, des infections ou encore des décès par collapsus[10 11 5].

1.2.2 Complications à long terme

A distance, ces femmes peuvent présenter une détérioration des tissus génitaux avec des complications cicatricielles fréquentes à type de cicatrice chéloïde et de kyste épidermoïde. Il n'est pas rare d'observer chez ces patientes des infections urinaires et génitales ainsi que des algies chroniques et des dysménorrhées. Un hématocolpos peut apparaître chez les femmes infibulées [5 6 10 11].

1.2.3 Complications liées à la sexualité

D'un point de vue anatomique, dans la moitié des cas les patientes victimes de MSF de type III possèdent un clitoris intact sous la cicatrice de l'infibulation. En revanche, dans le cadre d'une excision de type I ou II le clitoris est lésé[6].

Plusieurs études montrent un retentissement des MSF sur la sexualité. Il se manifesterait notamment par des dyspareunies, des troubles du désir sexuel,

une perte de la réceptivité sensorielle clitoridienne, une frigidité, une angoisse des rapports sexuels, une impossibilité du rapport sexuel (infibulation), une anorgasmie[11] [12] .

De plus, le clitoris étant connu et valorisé pour sa connotation sexuelle, le fait d'avoir l'impression d'en être « démunie » peut indirectement jouer sur le désir, l'excitation, le plaisir, l'image de soi et le sentiment de féminité des femmes excisées.

Lorsque l'on évoque le retentissement sexuel des MSF, il ne faut pas perdre de vue que d'une part l'évaluation du plaisir sexuel est par définition assez subjective, et d'autre part que les MSF sont essentiellement réalisées chez des jeunes filles avant la puberté, qui ne connaissent donc pas le fonctionnement sexuel « normal ». Ces femmes sont le plus souvent amenées à ressentir un sentiment de déficit, de manque d'intégrité corporelle lorsqu'elles sont loin de leur pays traditionnel, dans un territoire où la culture diffère comme dans les pays occidentaux[13] .

Toutefois l'organe du plaisir féminin ne se résume pas à sa seule partie visible. Même si le capuchon et le gland clitoridien ont été coupé, le corps du clitoris reste présent. La littérature a d'ailleurs démontré que bien qu'excisées, certaines femmes ressentent du plaisir[12] .

F. Allag et al, rapportant la parole des femmes, témoigne ainsi « les occidentaux pensent que les femmes excisées ne jouissent pas mais c'est faux »[12].

1.2.4 Complications obstétricales

Selon une étude prospective menée par l'OMS dans six pays africains, « les femmes ayant subi des mutilations sexuelles ont une probabilité d'avoir des complications obstétricales durant l'accouchement nettement plus élevée que celles qui n'en ont pas subi »[14]. L'OMS estime que les MSF entraînent une surmortalité périnatale de un ou deux décès pour 100 accouchements[14].

Des répercussions de l'excision peuvent survenir pendant la grossesse, comme la majoration du risque d'infections urinaires, l'impossibilité de pratiquer un toucher vaginal chez les femmes infibulées, la réactivation psychique du souvenir douloureux[10 13 14].

Par ailleurs, les conséquences obstétricales peuvent être importantes au moment du travail et de l'expulsion comme la hausse du taux de déchirures périnéales et le recours à l'épisiotomie plus fréquent[10]. Chez les patientes infibulées, en l'absence de désinfibulation, le travail peut se compliquer d'une dystocie des parties molles causée par un obstacle mécanique à la progression du mobile fœtal[14].

De plus, les femmes ayant subi des MSF de type II ou III étaient, par rapport aux femmes non mutilées, plus à risque d'hémorragie du post-partum, de césarienne, d'hospitalisation prolongée, de réanimation néonatale et de décès périnatal pendant l'hospitalisation[14] .

1.2.5 Complications psychologiques

Si l'excision a été réalisée dans l'enfance ou l'adolescence, le souvenir de la douleur et de l'effroi de l'acte mutilant peut rester ancré dans la mémoire des victimes. Ainsi, ces femmes peuvent être touchées par des flashes back, des troubles affectifs, un stress post-traumatique, une anxiété et des phobies[15 16].

Dans son étude, *E. Antonetti Ndiaye et al.*[8] explique que les récentes campagnes de lutte contre l'excision dans les médias, en dénonçant les conséquences catastrophiques possibles sur la sexualité ont eu un effet secondaire non attendu. En effet, certaines femmes assimilent le fait d'être excisée au fait d'être incapables de connaître le plaisir sexuel, donnant lieu à un fort sentiment de « honte d'être excisée »[8].

1.3 La prise en charge des femmes excisées

1.3.1 Naissance de la chirurgie réparatrice du clitoris

Ces dernières décennies, dans les pays d'immigration comme la France,

beaucoup de femmes africaines, immigrées ou nées en France mais excisées lors d'un voyage au pays ou en France malgré la loi, n'adhèrent plus aux systèmes culturels qui les ont éduquées. La médiatisation brise peu à peu les tabous et incite doucement ces femmes excisées à faire état de leurs mutilations et à exprimer leurs désirs de réappropriation de leur corps, par exemple à travers la chirurgie réparatrice. Elles sont de plus en plus nombreuses à être désireuses de « retrouver cette partie d'elle, prise à leur insu et qui les rend parfois honteuses et démunies d'une sensibilité sexuelle normale dans une société ou les autres femmes sont physiquement intactes »[6]. C'est dans ce contexte qu'est mis au point dans les années 1990 avec l'urologue français Pierre Foldès, la chirurgie réparatrice de l'excision[6].

Expérimentée en Afrique lors de missions chirurgicales, cette méthode inspirée des techniques plastiques d'allongement pénien consiste à libérer le corps du clitoris restant, à enlever la zone cicatricielle, et à reconstituer un gland clitoridien en respectant sa position anatomique et son innervation[6].

En France, depuis 2004 il s'agit désormais d'une opération entièrement remboursée par la Sécurité Sociale [6].

1.3.2 Technique chirurgicale de transposition du clitoris

L'opération est réalisée au sein d'un bloc opératoire sous anesthésie générale ou locorégionale. Elle dure en moyenne une trentaine de minutes et comprend plusieurs grandes étapes [6 17] :

- Incision de la zone cutanée cicatricielle : elle est réalisée au bistouri froid, de manière sagittale médiane. L'incision va de la commissure antérieure de la vulve jusqu'à mi-hauteur de la symphyse pubienne.
- Dissection des piliers et du coude du clitoris
- Libération du corps du clitoris et section du ligament suspenseur
- Résection du tissu cicatriciel
- Réimplantation du néo-gland clitoridien
- Suture cutanée

1.3.3 Parcours de soin au sein des hôpitaux Louis Mourier (92) et André Grégoire (93)

Depuis quelques années, les services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux Louis Mourier et André Grégoire, tous deux situés en petite couronne de la région francilienne, respectivement dans le nord des Hauts de Seine et en Seine-Saint-Denis, proposent aux femmes ayant été victimes de MSF une prise en charge multidisciplinaire impliquant des consultations avec sage-femme, psychologue, chirurgien gynécologue. L'objectif de ces entretiens est d'étudier les demandes des patientes, de leur permettre de s'exprimer librement et de les informer de la prise en charge dont elles peuvent bénéficier.

- **Consultation avec la sage-femme spécialisée dans les MSF**

Elle permet de rassembler l'anamnèse des données générales, l'identification de la nature des plaintes, de faire un examen clinique avec un miroir, d'avoir une information sur le type d'excision, une explication de l'anatomie, et la réassurance sur l'existence du clitoris faisant saillie ou non sous la cicatrice. Elle évalue la vie sexuelle et relationnelle.

- **Consultation avec la psychologue**

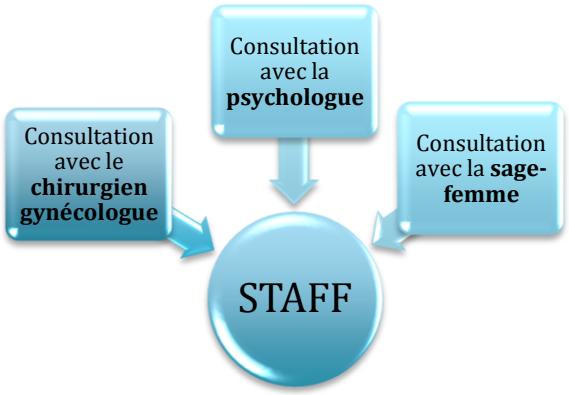
C'est un échange ouvert. La patiente aborde les sujets qu'elle souhaite, en lien ou non avec son excision. Par exemple elle peut explorer le contexte psychologique et social, le soutien ou non de la famille et les éventuelles répercussions de la démarche sur les liens familiaux. C'est également un moment ou certaines femmes peuvent exprimer les éventuelles séquelles post-traumatiques, comme les cauchemars pendant lesquels elles revivent leur excision. Le fait même de raconter son vécu exerce une sorte de catharsis chez la patiente, en lui offrant parfois un nouveau regard sur son vécu, bénéfique pour la démarche de réparation. Le but de cette consultation est d'éviter autant que possible la réactivation psychique de la douleur si la patiente décide de faire la chirurgie.

- **Consultation avec le chirurgien-gynécologue**

Il réalise un examen clinique pour évaluer la faisabilité de la chirurgie, il explique la technique opératoire, ses suites, les soins post-opératoires et la prise en charge de la douleur.

A l'issue de ces consultations, la demande de la patiente est présentée lors d'un staff multidisciplinaire pendant lequel les informations et réflexions des différents professionnels se croisent afin d'essayer de trouver la réponse la plus appropriée à la demande explicite ou implicite de la patiente.

Figure 1 : Parcours de soin



L'intervention peut être effectuée en ambulatoire ou peut nécessiter une nuit d'hospitalisation en fonction des besoins de la patiente. Les soins post-opératoires sont simples et consistent en des lavages périnéaux réguliers au savon doux et l'application d'un topique gras associé à antibiotique, la Tobramycine, pendant 10 jours. Le clitoris étant un organe très innervé, la douleur postopératoire est parfois très intense, et chez certaines patientes elle peut faire craindre un rappel de la douleur de l'excision. C'est pourquoi une prise en charge par des antalgiques de pallier I ou II est capitale. Il est également proposé aux patientes un arrêt de travail d'un mois.

Après l'intervention, des consultations post-opératoires sont prévues avec l'opérateur au minimum à J3-J5, J15, 1 mois et 2 mois, et si elles le désirent avec la sage-

femme et/ou la psychologue.

Pour certaines patientes, le seul échange avec les différents membres de l'équipe suffit à apporter l'écoute et la réassurance dont elles avaient besoin. C'est pourquoi plusieurs d'entre elles quittent le parcours de soin, et ne demanderont pas cette chirurgie. Certaines reviennent plusieurs mois ou années après, avec cette fois-ci une demande qui a évolué elles sont alors prêtes pour la chirurgie.

1.4 État des lieux sur les connaissances

La technique de clitoridoplastie mise au point dans les années 90 par le Dr P.Foldès s'est peu à peu diffusée, d'abord en France puis à l'international notamment en Afrique. La littérature commence donc à s'étayer et plusieurs études ont été publiées dernièrement. En 2006 le Dr P. Foldès publie une étude prospective de 453 cas opérés ayant pour objectif d'évaluer les résultats anatomiques et fonctionnels de la technique qu'il a mis au point [18]. Cette étude montre des résultats satisfaisants avec une nette restauration du massif clitoridien, et une amélioration de la sexualité dans 75% des cas à 6 mois.

En 2012 *Foldès et al.* publient dans le *Lancet* la plus grande étude concernant la réparation des MSF en se basant sur une cohorte de 2938 femmes[19]. Celle-ci vient conforter ses premiers résultats, en montrant une nette amélioration du point de vue cosmétique, sexuel, et de la douleur.

En 2015, deux études ont démontré l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire lors d'un parcours de réparation des MSF, en s'intéressant d'une part aux patientes ayant été opérées, et d'autre part à celles qui n'ont pas eu recours à l'intervention [7] [8]. Les résultats montraient que la chirurgie réparatrice du clitoris réalisée au sein d'une prise en charge multidisciplinaire semble améliorer significativement la qualité de vie sexuelle et fonctionnelle des patientes excisées ; cependant un encadrement médico-psychologique et social seul, semble apporter satisfaction même chez les patientes qui renoncent spontanément à la chirurgie[7]. Ainsi ces études mettaient en avant l'idée que la chirurgie seule n'est pas « la réparation »[8].

Une étude très récente d'Abramowicz et al, publiée en 2016 dans le *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction,* s'est intéressée aux résultats de la clitoridoplastie chez 26 patientes en mettant l'accent sur les changements au niveau identitaire et psychologique[20]. Jusqu'alors personne n'avait étudié l'impact de cette prise en charge sur l'identité, l'estime de soi, le rapport à autrui. Les résultats de cette étude à petit effectif ont montré qu'en plus de l'amélioration au niveau anatomique et sur la sexualité, il y aurait « une amélioration du bien-être, de l'image corporelle des femmes et de leur vécu de la féminité »[20].

Question de recherche : Quel est le degré de satisfaction des femmes ayant eu accès à une chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles sur le plan anatomique, fonctionnel et sur les plans du bien-être et de l'identité féminine ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Hypothèses et objectifs

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Les femmes ayant recours à la chirurgie réparatrice de l'excision sont satisfaites d'un point de vue anatomique, fonctionnel et de l'identité féminine.
- La motivation initiale, c'est à dire la raison principale pour laquelle les femmes souhaitent l'intervention influe sur leur satisfaction.

L'objectif principal de cette étude est de connaître les composantes de la satisfaction des femmes bénéficiant d'une intervention.

Les objectifs secondaires sont d'apporter des éléments permettant d'améliorer l'organisation et le mode de prise en charge de ces femmes.

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative bicentrique et rétrospective ayant pour but d'estimer la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une prise en charge multidisplinaire incluant une réparation chirurgicale des MSF.

L'enquête initialement envisagée sur le seul hôpital Louis Mourier a été étendue à l'hôpital André Grégoire pour augmenter l'effectif de l'échantillon. Ces hôpitaux ont été choisis en raison de l'existence d'une unité pluridisplinaire prenant en charge de manière très comparable les demandes de réparation chirurgicale des MSF. De plus les deux chirurgiens opérant respectivement à Louis Mourier et à Montreuil utilisent la même technique opératoire décrite par le Dr P. Foldès. .

2.3 Outils méthodologiques et déroulement de l'étude

La première partie de l'étude a consisté en l'analyse rétrospective des informations générales contenues dans le dossier médical des patientes**.**

La deuxième partie a reposé sur l'analyse des données d'un auto-questionnaire. Celui-ci était administré lors d'une consultation post-opératoire avec l'opérateur, à distance de l'intervention. En cas de difficultés de compréhension pour certains items du questionnaire les patientes pouvaient bénéficier de l'aide du chirurgien ou d'une étudiante sage-femme.

2.4 Participants

Les critères d'inclusion sont les suivants : L'échantillon analysé se composait de patientes ayant été opérées à l'hôpital Louis Mourier ou André Grégoire, il y a plus de 4 mois et acceptant de répondre à un questionnaire sur leur ressenti post-opératoire. Il s'agissait de patientes vivant en France avec une excision de type I ou II selon la classification OMS.

Sont exclues de l'étude, les patientes ayant été prises en charge pour une demande de réparation chirurgicale des MSF mais n'ayant pas bénéficié d'une opération ainsi que les patientes ayant été opérées il y a moins de 4 mois.

2.5 Variables retenues

Par l'analyse des dossiers médicaux ont été relevées les informations suivantes : Âge au moment de l'excision, âge le jour de l'intervention, type de MSF.

Les questionnaires s'organisaient de la façon suivante :

- Partie 1 : Données générales, parcours de soins et motif principal de la demande de réparation
- Partie 2 : Données préopératoires et post-opératoires à court et moyen terme

⇒ La durée de la cicatrisation (= durée des soins locaux)

⇒ L'existence ou non de complications immédiates (< 1 semaine) et à distance de l'opération (> 1 mois)

⇒ La douleur post-opératoire de retour au domicile, évaluée par l'échelle verbale simple (EVS)

- Partie 3 : Évaluation des résultats à distance de l'intervention sur le plan anatomique, fonctionnel et de l'identité féminine.

  ⇒ Anatomique : aspect du clitoris, amélioration esthétique ou non

  ⇒ Fonctionnel : amélioration ou non au niveau de la fonction sexuelle, de la douleur, du désir sexuel, de l'excitation, du type d'activités sexuelles et la persistance ou non d'une sécheresse vaginale. Ces items tirés du questionnaire utilisé dans l'étude *d'Abramowicz et al.*[20] reprennent pour la partie fonctionnelle ceux utilisés par P.Foldes[18] puis chacun des items du FSFI (questionnaire validé de sexualité) a été résumé en une question.

  ⇒ Identité féminine : Amélioration ou non de l'image corporelle de soi, de l'image renvoyée, des rapports à autrui, de l'estime de soi. Pour la création de ces items *Abramowicz et al.*[20] se sont inspirés d'un questionnaire validé sur la qualité de vie des femmes présentant une impériosité mictionnelle[21.]

- Partie 4 : Risque de perpétuation de la tradition et avis concernant la prise en charge globale

⇒ Souhait ou non de faire exciser leurs filles

⇒ Avis global sur la prise en charge et recommandation ou non à une proche

2.6 Stratégies d'analyse

Cette étude descriptive a été essentiellement réalisée à l'aide du logiciel Excel. Les questions ouvertes ont été classées par catégorie permettant une analyse descriptive.

2.7 Obligations réglementaires

Concernant les obligations réglementaires, nous avons obtenu l'autorisation des chefs de service des deux établissements pour l'accès aux dossiers médicaux et la réalisation de notre enquête.

Nos résultats ont été exploités de manière anonyme. Nous nous engageons également à restituer l'intégralité des données recueillies au chef du service ou au directeur de mémoire après la validation du mémoire, puis à détruire toutes les données en notre possession.

Les photos montrant les résultats post-opératoires ont été prises par le chirurgien avec l'accord des patientes.

3 Résultats

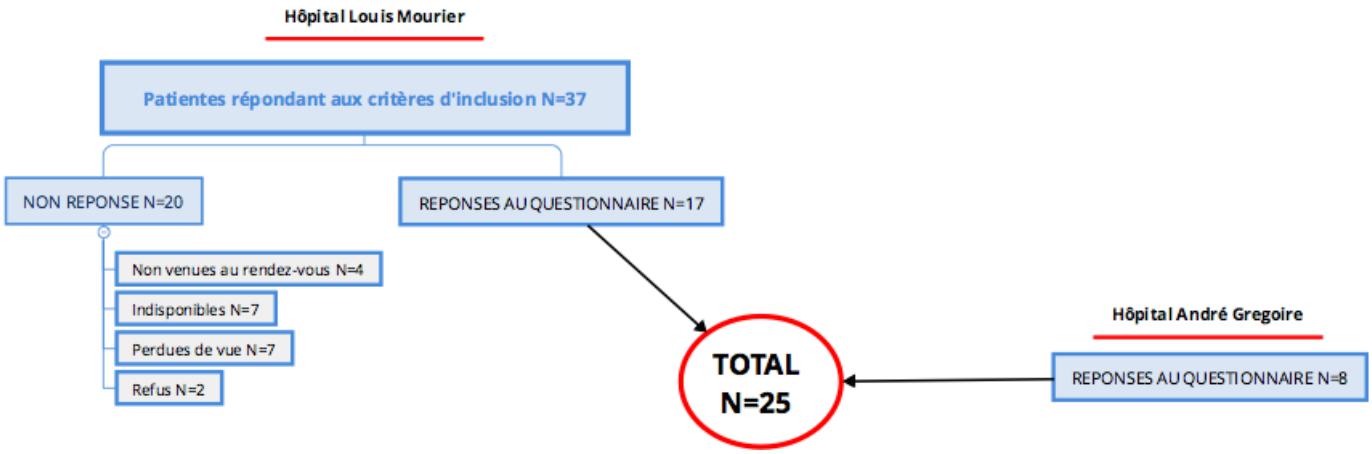
3.1 Description générale de la population

3.1.1 Population d'étude

À l'hôpital Louis Mourier, sur les 37 patientes opérées depuis 2012 répondant aux critères d'inclusion, nous avons pu obtenir 17 questionnaires.

Pour augmenter notre population d'étude et obtenir un effectif minimum de 25 patientes, nous avons décidé en cours d'étude de colliger 8 dossiers de patientes à l'hôpital André Grégoire à Montreuil. Il s'agissait de patientes vues en consultations post-opératoires entre février et avril 2017 (dans un délai de plus de 4 mois après l'intervention) ayant accepté de participer à notre étude.

Figure 2 : Population d'étude



3.1.2 Caractéristiques démographiques et épidémiologiques

La description de l'ensemble de la population étudiée est résumée dans le tableau suivant (**Tableau 1**)

Tableau 1 : Description de l'échantillon de l'étude

	Description de l'échantillon
Âge	La moyenne et la médiane d'âge le jour de l'intervention est de **36 ans** Âge minimum : 22 ans Âge maximum : 50 ans
Origine	⇒ **Mali** (16/25) ⇒ Côte d'Ivoire (3/25) ⇒ Sénégal (3/25) ⇒ Mauritanie (2/25) ⇒ Burkina Faso (1/25)
Ethnie	• **Soninké** (n=10) • **Bambara** (n=7) • Peul (n=1) , Senoufou (n=1) , Dioula (n=1), Guéré (n=1), Malinké (n=1), Yadega (n=1) • Non connue (n=2)
Lieu de naissance	• **France** (n=10) • **Mali** (n=8) • Côte d'Ivoire (n=4) • Sénégal (n=1), Burkina Faso (n=1), Mauritanie (n=1)
Niveau d'étude	• Pas d'études (n=4) • Primaire (n=1) • **Secondaire** (n=10) • **Études supérieures** (n=10)
Parité	• Nullipare (n=5) • Primipare (n=1) • Multipare (n=19)
Situation conjugale	• En couple (n = 18/25) Soutien du partenaire (n=14) Pas de soutien du partenaire (n=3) Donnée manquante (n=1) • Célibataire (n=7/25)
Âge à la découverte de l'excision	• 0 à 12 ans (n=13/25) • 13 à 17 ans (n=6/25) • > 18 ans (n=6/25)
Découverte de l'excision	• Se souviennent (n=12/25) • Par un professionnel de santé (n=6) • Par un proche (n=5) • Par les médias (n=2)

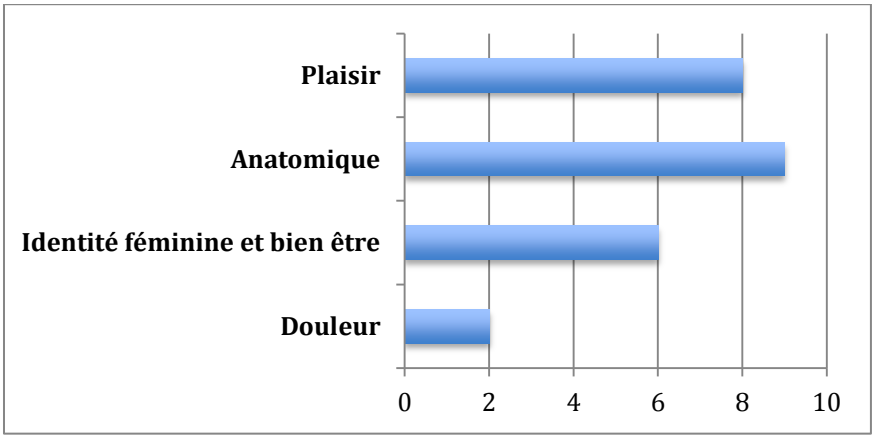
3.1.3 Connaissance de l'intervention et principales motivations

La moitié des patientes ont eu connaissance de l'existence de la réparation chirurgicale du clitoris par l'intermédiaire d'un professionnel de santé (gynécologue, sage-femme, planning familial, médecin traitant). L'autre moitié grâce à leur entourage ou les médias (télévision, internet, presse). Pour un questionnaire cette donnée est manquante.

Les raisons et motivations pour lesquelles les femmes souhaitaient réaliser cette opération étaient diverses. Toutefois, 4 motivations principales ont été retenues :

- L'amélioration de la vie sexuelle : « avoir enfin du plaisir » ; « avoir une sexualité correcte »
- L'identité féminine et le bien-être psychologique « se sentir femme » « être mieux » « de l'aide morale »
- La reconstruction anatomique et l'esthétique vulvaire « retrouver une partie de mon corps » « me sentir entière »
- La douleur pendant les rapports « plus de confort et moins de douleur »

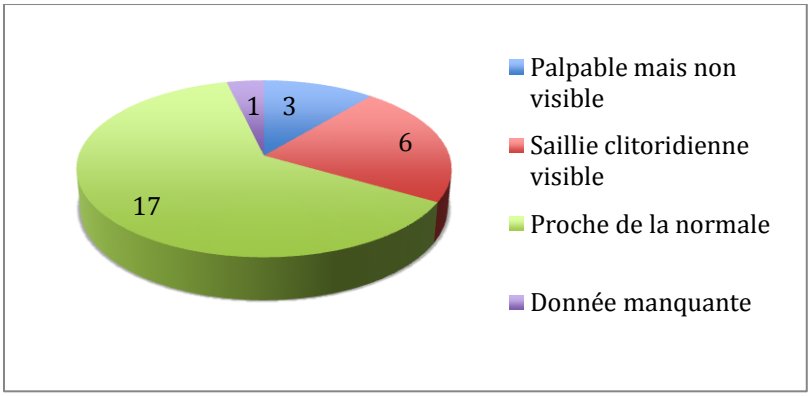
Figure 3 : Motivations principales des patientes ayant souhaité une réparation chirurgicale des MSF



3.2 Résultats sur le plan anatomique

Les résultats concernant l'aspect du clitoris perçu par les patientes en post-opératoire sont renseignés dans la **Figure 4**. 2 patientes ont coché plusieurs items.

Figure 4 : Aspect du clitoris après intervention

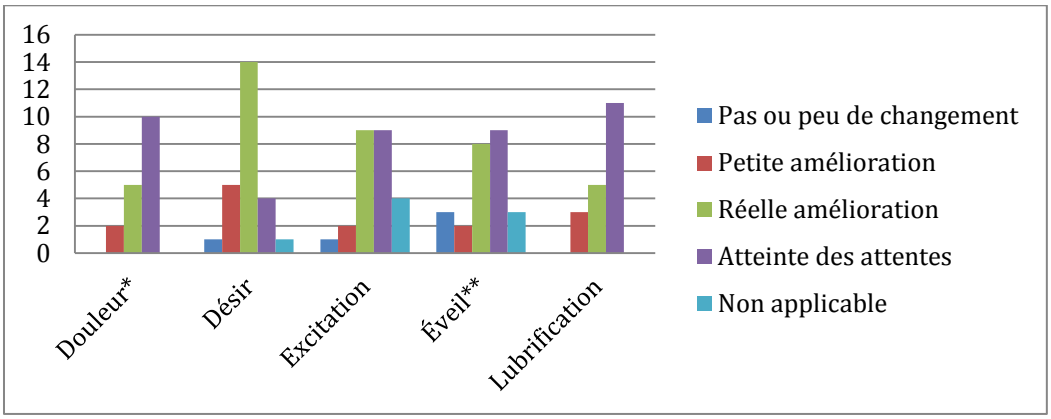


3.3 Résultats sur le plan fonctionnel

En post-opératoire, concernant la fonction clitoridienne la majorité des femmes obtenaient un orgasme restreint ou régulier (13/25) ; 10/25 constataient une petite ou une réelle amélioration de leur fonction clitoridienne sans toutefois obtenir d'orgasme ; 2 n'ont pas répondu à l'item.

Les résultats concernant les items fonctionnels issus du FSFI (Female Sexual Function Index) sont exprimés dans la **Figure 5** ci-dessous.

Figure 5 : Évolution des résultats fonctionnels



3.4 Évolution des résultats au niveau du bien-être et de l'identité féminine

3.4.1 Image corporelle de soi

Par « image corporelle de soi », on entend l'idée que les femmes se font de leur propre corps.

Parmi les 12 patientes qui avaient une image corporelle d'elles-mêmes peu satisfaisante ou insatisfaisante avant l'intervention, presque la totalité (n=11/12) signalent une amélioration en post-opératoire. Seule une femme qui trouvait son image corporelle insatisfaisante n'a pas vu d'amélioration.

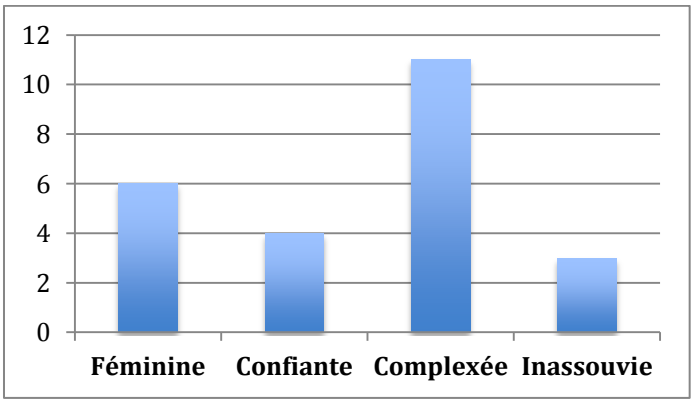
Pour toutes les autres patientes chez qui il n'y a pas ou peu de changement retrouvé, il s'agissait de patientes ayant une image corporelle d'elles-mêmes attirante, plaisante ou satisfaisante avant l'intervention.

3.4.2 Image renvoyée

Par « image renvoyée », on entend l'image que les femmes pensent avoir auprès des autres.

La **figure 6** ci dessous représente l'image qu'avait l'impression de renvoyer les patientes avant la prise en charge chirurgicale.

Figure 6 : Image renvoyée en préopératoire



En post-opératoire, on note que 19/25 estiment qu'il y a une amélioration. Les résultats sont exprimés dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Résultats concernant l'image renvoyée après intervention

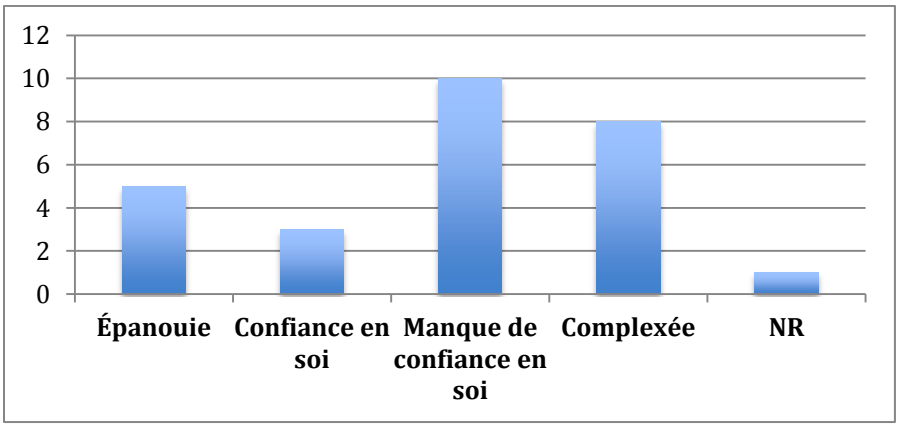
Image renvoyée	Patientes (n=24)
Réalisation des attentes	**10/25**
Réelle amélioration	**6/25**
Petite amélioration	**3/25**
Pas de changement *	**5/25**
** Le sentiment de féminité ou confiance déjà présent en préopératoire.*	

3.4.3 Rapports à autrui

Par les termes « rapports à autrui » on entend la perception qu'ont les patientes d'elles-mêmes lorsqu'elles sont au contact d'autrui.

La **figure 7** ci-dessous représente le ressenti des patientes concernant leurs rapports à autrui avant prise en charge chirurgicale.

Figure 7 : Ressenti des patientes concernant leurs rapports à autrui en préopératoire



Pour la majorité des patientes il y a une amélioration. Pour celles qui déclaraient qu'il n'y a pas de changement entre le pré et post-opératoire, il s'agissait majoritairement de patientes se sentant épanouies ou ayant confiance en elles avant l'intervention.

Pour une patiente qui déclarait avoir un manque de confiance en elle, il en était de même après l'intervention.

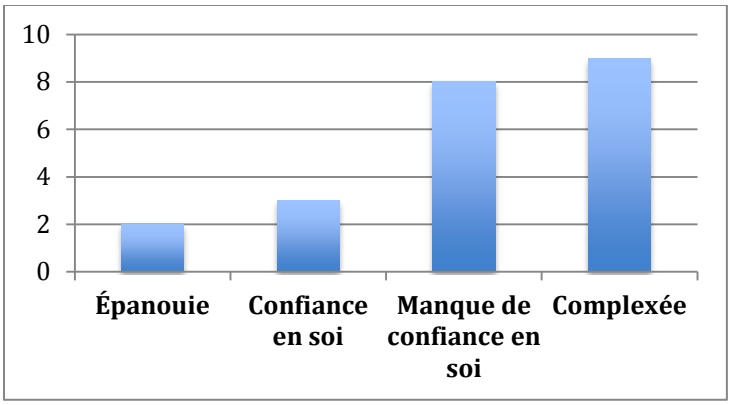
Tableau 3 : Résultats concernant l'évolution des rapports à autrui après intervention

Rapports à autrui	Patientes (25)
Réalisation des attentes	9/25
Réelle amélioration	8/25
Petite amélioration	0/25
Pas de changement *	8/25
• *Manque de confiance en préopératoire*	*1/8*
• *Confiantes ou épanouies en préopératoire*	*6/8*
• *Ressenti préopératoire non renseigné*	*1/8*

3.4.4 Ressenti psychologique

Le degré d'estime de soi des patientes avant intervention est exprimé dans le diagramme ci dessous (**Figure 8**).

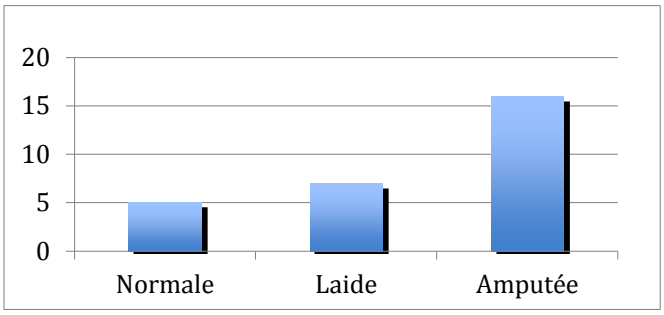
Figure 8 : Ressenti psychologique des patientes en préopératoire



En post-opératoire, 18 sur les 19 patientes qui déclaraient en préopératoire un manque de confiance et/ou se sentaient complexées sont désormais confiantes, ou épanouies. Pour 1 patiente présentant un manque de confiance en préopératoire il n'y a pas de changement en post-opératoire.

3.4.5 Évolution esthétique

Figure 9 : Ressenti esthétique avant chirurgie



** 3 patientes ont coché plusieurs items*

Après la chirurgie toutes les patientes qui se sentaient « laides » et/ou « amputées » (n=20) trouvent qu'il y a une réelle amélioration et/ou se sentent désormais normales ou intègres.

Parmi les 5 patientes qui se trouvaient « normales » en préopératoire, 2 trouvent qu'il n'y a pas de changement, 2 témoignent d'une réelle amélioration et 1 d'une petite amélioration.

3.5 Autres analyses

3.5.1 Satisfaction post-opératoire en fonction du motif principal de la demande de réparation

Nous avons classé les principaux motifs pour lesquels les patientes souhaitaient avoir recours à la chirurgie réparatrice des MSF en 4 catégories. Nous avons ensuite analysé la satisfaction post-opératoire par rapport à ce motif principal. Les résultats sont énoncés dans le **Tableau 4** ci-dessous.

Tableau 4 : Satisfaction post-opératoire pour chacun des motifs de consultation préopératoire en fonction du motif principal

Motif principal	Satisfaction par rapport à la demande initiale
Sexualité (n = 8) ** classée comme satisfaite si pour chacun des 6 items fonctionnels la patiente avait une majorité de réponse « réelle amélioration » et/ou « atteinte des attentes »*	**6/8** (75%)
Identité (n = 6) • *classée comme satisfaite si aux 5 items portant sur l'identité féminine la patiente avait entouré une majorité de réponse « réelle amélioration » et/ou « atteinte des attentes »*	**4/6** (67%)
Anatomie (n = 9 dont n = 1 NR) * classée comme satisfaite si à l'item aspect clitoridien la patiente a entouré « saillie clitoridienne visible », « gland exposé sans capuchon » ou « proche de la normale »	**7/8** (87%)
Douleur (n=2) ** classée comme satisfaite si à l'item amélioration de la douleur la patiente a entouré: « réelle amélioration » ou « plus de douleur »*	**2/2** (100%)

87% des patientes avec une motivation anatomique, 77% avec une motivation d'ordre sexuel, et 67% pour celles qui cherchaient une restauration de leur identité féminine et 100% pour l'amélioration de la douleur, sont satisfaites.

Ces résultats montrent une satisfaction globale avec une amélioration entre le pré et le post-opératoire.

3.5.2 Résultats chirurgicaux

Concernant les résultats chirurgicaux, la douleur éprouvée à domicile était absente ou modérée pour 18/25 patientes. La durée de cicatrisation était de moins de 2 mois pour 22/25 patientes, permettant de supporter le port de sous-vêtements pour 11/25 au bout d'une semaine, et pour toutes au bout d'un mois.

Les complications immédiates étaient des saignements pour 3/25 patientes, une infection, une inflammation ; 20/25 n'avaient aucune complication.

Concernant les complications à long terme, il y avait des douleurs persistantes pour 8 patientes sur 25 et des décharges électriques au delà d'un mois après l'intervention pour 6/25 ; 4 avaient l'impression que leur clitoris s'était ré enfouit.

3.5.3 Risque de perpétuation de la tradition

Unanimement aucune des patientes n'envisage de faire exciser ses filles.

3.5.4 Avis général concernant la prise en charge

Tableau 5 : Avis général des patientes concernant leur prise en charge

	N = 25 (%)
Réponse aux attentes	Oui : **23 / 25** (92%) Non : **2 / 25** (8%)
Recommanderait à une proche	Oui : **24 / 25** (96%) Non : **1 / 25** (4%)

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

4.1.1 Caractéristiques de la population étudiée

Dans notre échantillon la moyenne d'âge est de 36 ans, beaucoup plus élevée que dans l'étude d'*Abramowicz et al.*[20](25 ans) et de *Foldès*[18](30 ans).

Toutes nos patientes sont originaires d'Afrique de l'ouest, pour la plupart originaire du Mali (n=16/25) et de ses pays frontaliers (Côte d'Ivoire, Sénégal, Mauritanie, Burkina Faso) où, selon l'OMS le taux d'excision est important[1] . Ces pays correspondent à ceux décrit dans une étude du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés en Europe, des patientes venant de pays pratiquant des MSF. Il s'agit principalement du Mali, de Côte d'Ivoire et de Mauritanie.[27] Dans l'étude de *P. Foldès* paru en 2006 [23], le Mali, le Sénégal, et la Côte d'Ivoire étaient les principaux pays d'origine.

Dans notre échantillon, les ethnies les plus représentées sont les Soninkés et Bambara, qui sont des ethnies pratiquant l'excision, très présentes en Afrique de l'Ouest[22]. Dans l'étude d'*Abramowicz et al.*[20] les Peuls et les Soninkés étaient majoritairement représentés.

4.1.2 Résultats anatomiques du néoclitoris

Dans notre étude la majorité des patientes, 17/25 (63%) estiment que leur clitoris est proche de la normale après intervention. Dans son mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, M. Lormier s'était intéressée aux ressenti de la chirurgie réparatrice des MSF sur une série de 49 patientes[23]. Nous retrouvons un taux comparable à celui de son étude (63%), et à celle *d'Abramowicz et al.* (58%)[20].

Dans les études de P. Foldès, le jugement du résultat esthétique émane du chirurgien. Ce dernier les trouve très satisfaisants, avec une restauration du massif clitoridien (au minimum de son volume) dans 87% des cas[6 18 19].

Nous avons choisi de faire évaluer le résultat anatomique par les patientes et non par l'opérateur. L'idée était de connaître leur ressenti sur la représentation qu'elles ont de leur sexe.

Comme l'ont déjà constaté *Abramowicz et al*.[20] et M.Lormier[23], les patientes mutilées accordent une importance primordiale à l'aspect de leur clitoris. Avant l'intervention elles se sentent souvent « honteuses » « laides » « amputées » lorsque l'on évoque l'image qu'elles ont de leur sexe. De ce fait, il découle très souvent lors des consultations post-opératoires que les femmes attendent un clitoris proéminant et bien visibles, certainement dans l'idée de « restaurer ce qu'on leur a volé ».

4.1.3 Satisfaction sur le plan fonctionnel

La reprise des rapports est décrite comme ayant lieu en moyenne lieu à 2 mois après l'intervention[24].

Les résultats de notre étude montrent qu'il y a une amélioration de la vie sexuelle entre la période pré et le post opératoire sur les items du FSFI. L'étude d'*Abramowicz et al.*[20] qui a utilisé le même questionnaire, avec un effectif comparable (n=26 patientes), constate une amélioration de la fonction clitoridienne de 88%. En 2006 P. Foldès avait déjà retrouvé des résultats fonctionnels satisfaisants avec une amélioration nette de la sexualité dans 75% des cas à 6 mois[19].

Dans notre étude, en ce qui concerne la fonction clitoridienne, la majorité des femmes obtenaient un orgasme restreint ou régulier après l'intervention (13/25) ; 10/25 constataient une petite ou une réelle amélioration de leur fonction clitoridienne sans toutefois obtenir d'orgasme. Dans l'étude de Foldès[19], 35% des femmes qui étaient anorgasmiques ont commencé à ressentir des orgasmes débutants ou normaux en post-opératoire ; plus de 51% des femmes qui décrivaient un plaisir

existant mais réduit en préopératoire, ressentaient des orgasmes complets en post-opératoire ; inversement 23% déclaraient ne pas avoir retrouvé le niveau d'orgasme préopératoire.

Il en est de même pour *Ouédraogo et al*.[25] qui dans une étude rétrospective sur 94 patientes Burkinabés, montre une amélioration de la sexualité chez 89.4% des patientes ayant bénéficié d'une chirurgie reconstructrice du clitoris.

Comme le souligne P. Foldès dans son ouvrage dédié à la chirurgie réparatrice de l'excision[6], dans de nombreux cas, après l'intervention « la femme redécouvre des sensations clitoridiennes avec de simples conseils de bon sens », notamment grâce à la stimulation quotidienne. Le partenaire peut ainsi jouer un rôle fondamental. Mais il ne faut pas perdre de vue que le contexte familial ou social laisse souvent les femmes seules dans leur combat. En matière de sexualité, l'environnement joue aussi un rôle majeur ; la perpétuation d'autres violences (mariage forcé, rapports imposés, violences conjugales) peut notamment entraver gravement la refonte d'une sexualité brisée[6] .

4.1.4 Satisfaction sur le plan de l'identité féminine

Le ressenti post-opératoire des patientes d'un point de vue de l'identité féminine et du bien-être est peu décrit dans la littérature.

Dans son étude, M.Lormier[23] avait interrogé de manière rétrospective 49 patientes sur l'évolution de leur sentiment de féminité. Il y avait une légère amélioration chez 24% d'entre elles, une nette amélioration chez 41%, aucune modification chez 35%, en sachant que parmi les 17/ 49 patientes chez qui il n'y avait pas d'amélioration, le sentiment de féminité était déjà présent en préopératoire chez 8 d'entre elles.

On constate dans notre étude qu'en préopératoire, les patientes rencontrent des obstacles à leur épanouissement et leur bien-être général. Il s'agit pour certaines d'une image corporelle déplaisante, de rapports à autrui entravés par un manque de

confiance en soi, par des complexes, ou encore le sentiment d'être laide ou amputée.

En post-opératoire pour beaucoup d'entre elles nous retrouvons aussi une amélioration de ce ressenti initial. Ces résultats, convergents avec les autres études, similaires, nous conduisent à penser, que la chirurgie a un réel intérêt dans la « réparation » des MSF du point de vue de l'identité féminine. D'autre part ils rappellent le lien solide entre l'excision et les répercussions psychologiques, et confirment donc la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire.

Cela n'a pas été envisageable dans notre étude, mais il aurait été intéressant d'inclure comme population témoin les femmes ayant suivi un parcours de réparation des MSF, mais n'ayant pas été opérées. En effet, l'étude de *Antonetti Ndiaye et al.*[8], montre qu'a l'issue de la consultation psychologique, 26% des femmes quittent le parcours de soin. Elle explique qu'« il y a pour ces femmes une redéfinition ou une extinction de la demande initiale de chirurgie » et que « Ces patientes n'associent plus leur mieux être à l'intervention chirurgicale »[8].

4.1.5 Satisfaction des patientes en fonction du motif principal de la demande de réparation chirurgicale des MSF

Dans notre étude nous avons retrouvé 4 types de motifs principaux à la demande de réparation : la sexualité, l'identité féminine, l'anatomie et la douleur. Dans son étude, *M.Lormier*[23] avait mis en évidence deux motifs supplémentaires : le futur obstétrical, et l'amélioration de la vie de couple.

Nos résultats montrent que les patientes consultants initialement pour les motifs concernant la douleur, l'anatomie, ou la sexualité sont sensiblement plus satisfaites, respectivement 100%, 87%, 75%, que celles consultants pour un motif d'identité féminine (67%). L'étude d'*Abramowicz et al.*[20] trouvait que les patientes sont davantage satisfaites lorsqu'elles avaient comme motifs initiaux la douleur (100%) ou l'identité féminine (84%), que lorsqu'elles consultaient pour un motif sexuel (56%).

4.2 Les points forts

Nous avons choisi d'utiliser pour évaluer la satisfaction post-opératoire de nos patientes un questionnaire déjà testé dans l'étude d'*Abramowicz et al*[20].

Même s'il peut paraître difficile voire réducteur d'interpréter des items complexes tels que l'identité féminine ou la sexualité avec un questionnaire à choix multiples, cette approche nous a semblé adaptée au contexte, en étant rapide et facilement reproductible et compréhensible pour les patientes.

De plus, ce choix avait l'avantage de favoriser les comparaisons de nos résultats, notamment en ce qui concerne les items relatifs à l'identité féminine, relativement peu présents dans la littérature et pourtant cruciaux dans le ressenti et la satisfaction globale des patientes.

Cette étude par auto-questionnaires a permis de tester un outil qui pourrait par la suite être utilisé en routine par les équipes multidisciplinaires pour évaluer leurs résultats et participer à l'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Cet outil pourrait être amélioré en étant complété par un questionnaire préopératoire délivré de manière prospective. Cela limiterait le biais que fait apparaître notre étude en évaluant le ressenti préopératoire de manière rétrospective et à distance de l'intervention, avec des souvenirs qui peuvent être plus ou moins flous.

Analyser la satisfaction post-opératoire en fonction de la motivation initiale nous a semblé pertinent et indispensable pour mieux renseigner à l'avenir les patientes désireuses de réaliser cette intervention. Toutefois, il paraît difficilement envisageable de tirer des conclusions tranchées de notre étude car les motivations sont en fait le plus souvent intriquées les unes aux autres.

4.3 Limites et biais

Notre échantillon de départ sur le seul site de Louis Mourier est faible (n=17). Cela s'explique par les phénomènes suivants :

D'une part, le type d'intervention chirurgicale vise une population très spécifique, les centres sont peu nombreux et, à l'exception de l'hôpital de Saint Germain (78) où opère le Dr P. Foldès, le nombre d'opérées par année est restreint. D'autre part, le taux de non réponse sur l'Hôpital Louis Mourier était important (54%). La population concernée par les MSF est difficile à interroger, car souvent en situation de précarité avec des changements de domiciliation fréquents, parfois des difficultés linguistiques. Enfin, on peut imaginer qu'il peut pour certaines femmes paraître difficile de répondre à un questionnaire concernant des données aussi intimes que le sont les MSF, l'anatomie féminine, la sexualité…

Pour pallier à ce petit échantillon, et atteindre notre échantillon minimal attendu de 25 patientes nous avons étendu notre étude à l'hôpital de Montreuil. Le biais de suivi a été limité par le choix d'un établissement de santé où le même suivi pluridisciplinaire est pratiqué (chirurgien, sage-femme, psychologue) et où la technique opératoire est similaire. Malgré cela, la taille de l'échantillon limite la portée des analyses statistiques.

De plus, l'inclusion de nos patientes implique un biais de volontariat. En effet, ces patientes étaient toutes volontaires pour se rendre à la consultation post-opératoire et répondre au questionnaire proposé. Or, on peut imaginer que les caractéristiques de ce groupe de patientes peuvent être différentes de celles ayant refusé de venir consulter.

Bien que majoritairement compréhensibles, certains items du questionnaire pouvaient parfois être difficiles à comprendre par les femmes ayant des difficultés de langage. C'est pourquoi la présence d'une tierce personne était presque systématiquement requise. Ceci implique donc un biais de désirabilité sociale, d'autant plus que les questionnaires remplis sur le site de Montreuil, l'étaient avec l'aide du chirurgien.

Il faut aussi garder à l'esprit dans l'interprétation des résultats de cette étude que la sexualité, l'identité féminine et l'estime de soi sont des éléments dont le vécu et l'analyse sont très subjectifs et qui peuvent évoluer dans le temps.

A posteriori, on peut se demander si une étude purement qualitative aurait pu être une meilleure alternative. Nous aurions pu proposer, par exemple, plus de questions ouvertes, ou encore des entretiens semi-directifs qui nous auraient peut-être permis d'obtenir des réponses plus approfondies, permettant de mieux appréhender le ressenti de ces patientes.

4.4 Implications et perspectives

L'utilisation d'un questionnaire pour la réalisation de notre étude nous a conduit à penser qu'il serait intéressant dans un but d'évaluation des pratiques professionnelles d'incorporer un questionnaire préopératoire systématique donné avant l'intervention, ainsi qu'un questionnaire post-opératoire à distance.

Pour ce faire nous avons le projet de réalisé un questionnaire préopératoire en nous inspirant des items figurant dans les études de *Foldès*[18] [19] et d'*Abramowicz et al*[20]. Notre questionnaire post-opératoire sera amélioré en incorporant de nouvelles questions, notamment sur la stimulation du clitoris dans les mois qui suivent l'intervention (pratique de la masturbation) et le sentiment de « levée d'un tabou ». Pour la partie concernant l'identité féminine, un travail sera réalisé avec l'aide de nos résultats et de leur analyse par la psychologue pour mieux cibler le ressenti des femmes et adapter le questionnaire sur un plan qualitatif et quantitatif.

De plus, les résultats de notre étude, de la littérature ainsi que les remarques des patientes lors des consultations post-opératoires nous ont conforté dans l'idée qu'il serait judicieux de mettre en place un suivi post-opératoire sur un plus long terme, comme un ou deux ans, pour permettre d'envisager une meilleure rééducation fonctionnelle sexuelle. En effet, comme le disait le docteur P.Foldès[6] pour certaines patientes, la curiosité partagée de la patiente et/ou de son partenaire pour ce « néo-clitoris », suffisent à stimuler les terminaisons nerveuses lors des préliminaires et de la masturbation. Mais nous avons remarqué que pour certaines patientes, à distance, le clitoris est peu stimulé, et reste encore parfois tabou. Dans ce contexte, il nous paraît du rôle de l'équipe soignante qui a réussi à amorcer un travail sexologique avec la patiente, de continuer à l'aider dans la découverte de son corps.

Pour le versant visant l'identité féminine, il pourrait être intéressant de proposer, aux patientes qui le souhaitent, et celles pour lesquelles il existe toujours un complexe, un entretien avec la psychologue de l'unité. Que la source de ce complexe ou du mal-être soit l'excision, ou complètement autre, leur parcours de soin leur aura permis de rencontrer des professionnels de santé qui les auront autorisées à libérer la parole et se seront intéressés à leur ressenti. Ainsi, pour ces patientes ce parcours de soin peut être une porte ouverte vers une prise en charge psychologique plus globale.

Enfin, les études évaluant les résultats de la prise en charge chirurgicale des MSF sont encore peu nombreuses et il serait pertinent de réaliser des études à plus large effectif, notamment en ce qui concerne les notions d'identité féminine et de bien-être.

Conclusion

Nos résultats montrent que la réparation chirurgicale au terme d'une prise en charge multidisciplinaire apporte une satisfaction globale en répondant majoritairement aux attentes des patientes y ayant eu recours.

Notre étude confirme les résultats de la littérature en montrant l'amélioration sur le plan anatomique et fonctionnel de la transposition clitoridienne.

De plus, comme l'étude d'*Abramomiwz et al.*[20], nous avons montré que la prise en charge multidisciplinaire apportait une réponse aux femmes en quête d'une amélioration de leur bien-être, de leur image corporelle et de leur féminité, autant d'éléments capitaux dans la vie d'une femme.

Cette étude aura permis de donner un autre éclairage aux professionnels afin d'optimiser la prise en charge des femmes ayant subi des MSF. Par ailleurs, au vu des résultats de notre étude comme de ceux de la littérature, il paraît important que les professionnels de santé intervenant dans la vie des femmes excisées, sachent les orienter vers des associations ou centres multidisciplinaires. En ayant une approche différente et complémentaire, ils peuvent en effet apporter une réponse aux maux de ces femmes qui, les touchants au cœur même de leur identité féminine et de leur sexualité sont souvent bien plus profonds que la plaie du couteau.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Bibliographie

1. OMS. *Prévalence des mutilations sexuelles féminines.* Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/fr/). (Accessed: 21st May 2017)

2. UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern* (2016). Available at:https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf. (Accessed: 21st May 2017)

3. Excision parlons-en. *Pourquoi l'excision est-elle pratiquée ?* Available at: https://www.excisionparlonsen.org/pourquoi-lexcision-est-elle-pratiquee/. (Accessed: 21st May 2016)

4. EIGE (European Institute for Gender Equality. *Current situation of female genital mutilation in France.* Available at : http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/current_situation_and_trends_of_female_genital_mutilation_in_france_en.pdf. (Accessed: 21st May 2017)

5. Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A. & Vist, G. E. *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis.* BMJ Open **4,** e006316 (2014).

6. Foldès, P. *Chirurgie réparatrice de l'excision et des mutilations génitales féminines*. Paris : Doin, 2013.

7. Merckelbagh, H.-M., Nicolas, M.-N., Piketty, M.-P. & Benifla, J.-L.-B. *Assessment of a multidisciplinary care for 169 excised women with an initial reconstructive surgery project*. Gynécologie Obstétrique Fertil. **43,** 633–639 (2015).

8. Antonetti Ndiaye, E., Fall, S. & Beltran, L. *Benefits of multidisciplinary care for excised women*. J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod. **44,** 862–869 (2015).

9. Programme international pour la santé des femmes. *L'excision génitale féminine.* Available at:http://iwhp.sogc.org/index.php?page=female-genital-cutting&hl=fr_FR (Accessed: 21st May 2016)

10. Carcopino, X., Shojai, R. & Boubli, L. *Female genital mutilation: generalities, complications and management during obstetrical period*. J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod. **33,** 378–383 (2004).

11. Catania, L. *et al. Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting* (FGM/C). J. Sex. Med. **4,** 1666–1678 (2007).

12. Allag, F., Abboud, P., Mansour, G., Zanardi, M. & Quéreux, C. *Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes.* Gynécologie Obstétrique Fertil. **29,** 824–828 (2001).

13. Carton, V. & Philippe, H.-J. *Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles des mutilations sexuelles féminines*. Arch. Pédiatrie 15, 820–821 (2008).

14. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome *et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.* Lancet Lond. Engl. **367,** 1835–1841 (2006).

15. Hearst, A. A. & Molnar, A. M. *Female genital cutting: an evidence-based approach to clinical management for the primary care physician*. Mayo Clin. Proc. **88,** 618–629 (2013).

16. Behrendt, A. & Moritz, S. *Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation*. Am. J. Psychiatry **162,** 1000–1002 (2005).

17. Chevrot, A. *et al. Operative technique: The clitoral transposition*. J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod. **44,** 787–791 (2015).

18. Foldes, P. & Louis-Sylvestre, C. [*Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases*]. Gynécologie Obstétrique Fertil. **34,** 1137–1141 (2006).

19. Foldès, P., Cuzin, B. & Andro, A. *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study.* Lancet Lond. Engl. **380,** 134–141 (2012).

20. Abramowicz, S., Oden, S., Dietrich, G., Marpeau, L. & Resch, B. [*Anatomic, functional and identity results after clitoris transposition]*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris) **45,** 963–971 (2016).

21. Marquis, P. *et al.* [*Elaboration and validation of a specific quality of life questionnaire for urination urgency in women*]. Progres En Urol. J. Assoc. Francaise Urol. Soc. Francaise Urol. **7,** 56–63 (1997).

22. Masho, S. W. & Matthews, L. *Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation*. Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet. **107,** 232–235 (2009).

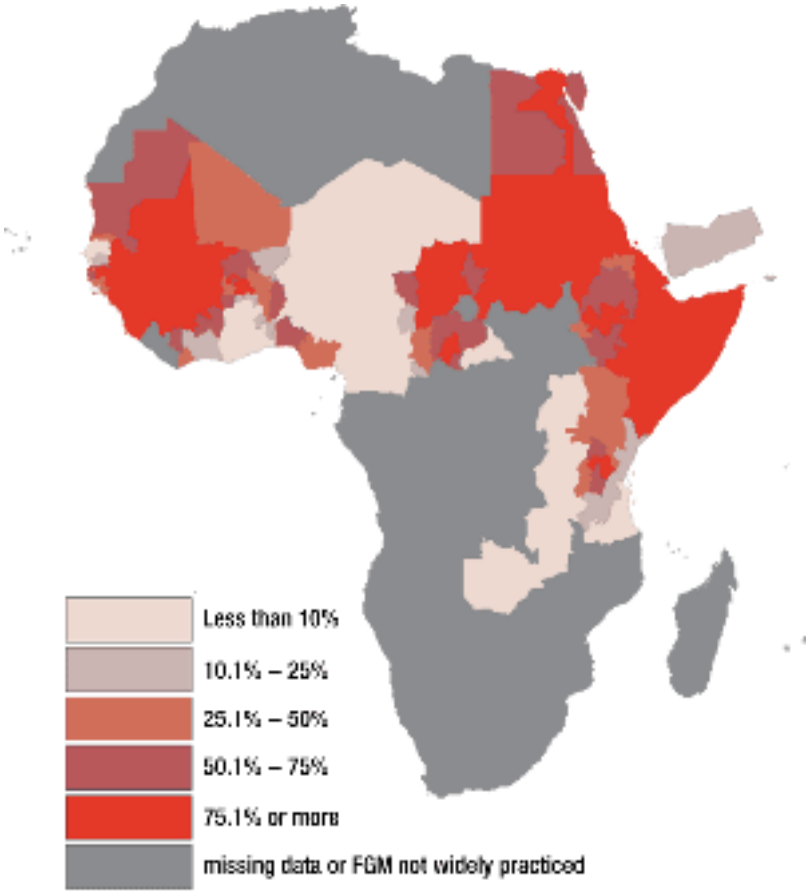
23. Lormier, M. Une chirurgie réparatrice de l'excision : Incidence sur le ressenti des femmes opérées, à propos d'une série de 49 patientes, 98, Mém.fin ét : sage-femme : Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 2011.

24. Piketty, M. *L'adolescence face aux mutilations sexuelles féminines*. 3ème édition de la demi journée de réflexion de la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de- France . Université d'Évry, 2012.

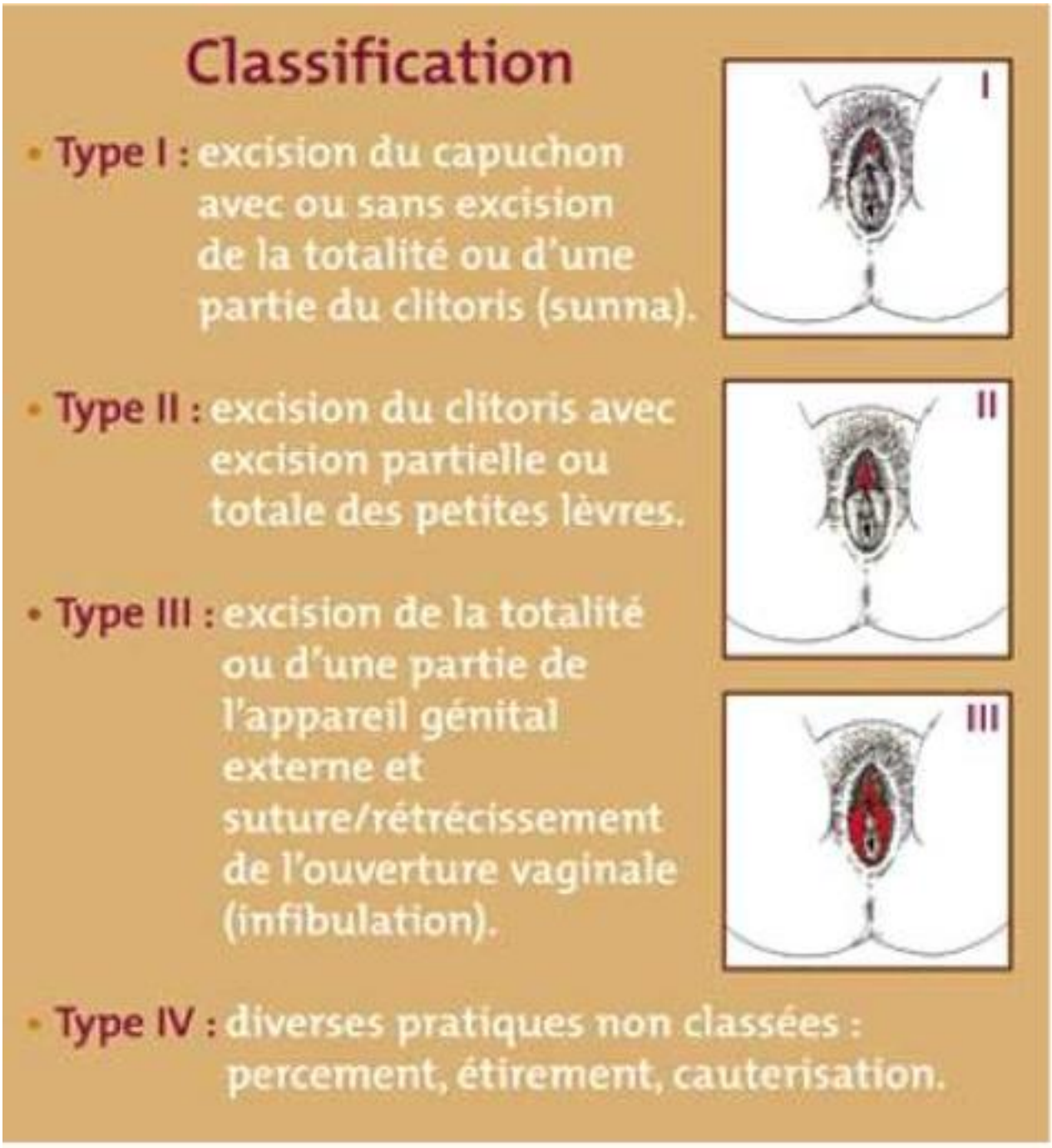
25. Ouédraogo, C. M. R. *et al.* [*Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. Report of 94 cases*]. Ann. Chir. Plast. Esthet. **58,** 208–215 (2013).

Annexes

ANNEXE I : Cartographie des MSF dans le monde



ANNEXE II : Classification anatomique des MSF (OMS)



ANNEXE III : Cadre législatif des MSF

- Les MSF sont interdites et punies par la loi française.
- La loi protège tous les enfants qui vivent en France, quelle que soit leur nationalité.
- La loi française s'applique pour les mutilations commis en France comme à l'étranger
- D'après l'article 222-16-2 du Code Pénal : L'auteur d'une mutilation commise à l'étranger, qu'il soit français ou étranger, peut être poursuivi en France, si la victime est de nationalité française ou bien si elle est étrangère et réside habituellement en France.
- **Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour le(s) responsable(s) de l'enfant mutilée sont définies par le Code Pénal:**

⇒ Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies par **10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende** *(article 222-9).*

⇒ Si la mutilation est commise sur une mineure de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel, adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la mineure, la peine encourue est de **20 ans de réclusion criminelle** *(article 222-10).*

C'est ainsi que de nombreux parents et des exciseuses ont été condamnés en Cour d'Assises **à des peines d'emprisonnement.**

- Une action en justice peut être engagée **20 ans après la majorité de la victime,** c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans.

- Selon la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique du 11 mai 2011,

aucun acte de violenceà l'encontre d'une femme ne peut être justifié par « la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu "honneur" ».

La loi n° 2013-711 du 5 août 2013 a introduit deux nouvelles infractions dans le Code Pénal pour **renforcer la protection des mineurs :**

⇒ **le fait d'inciter un mineur à subir une mutilation sexuelle,** par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, est puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende *(art. 227-24-1) ;*

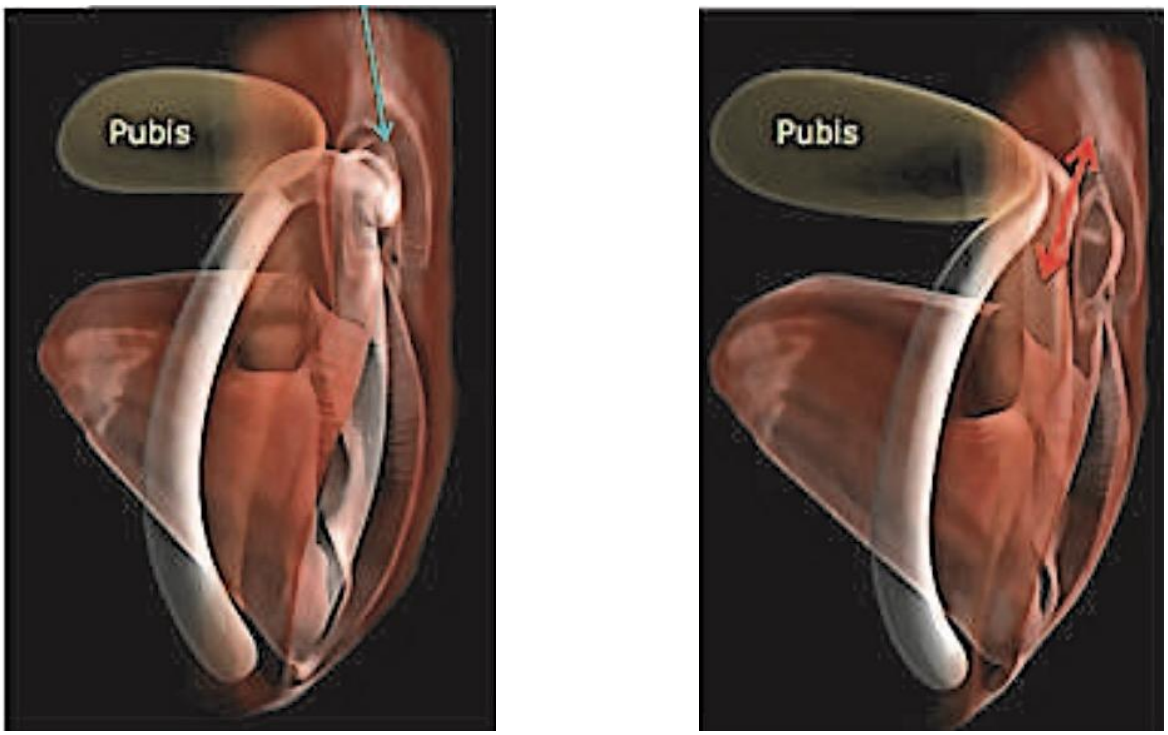
⇒ **le fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sexuelle** sur la personne d'un mineur est puni des mêmes peines *(art. 227-24-1).*

- **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 judicaires 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).

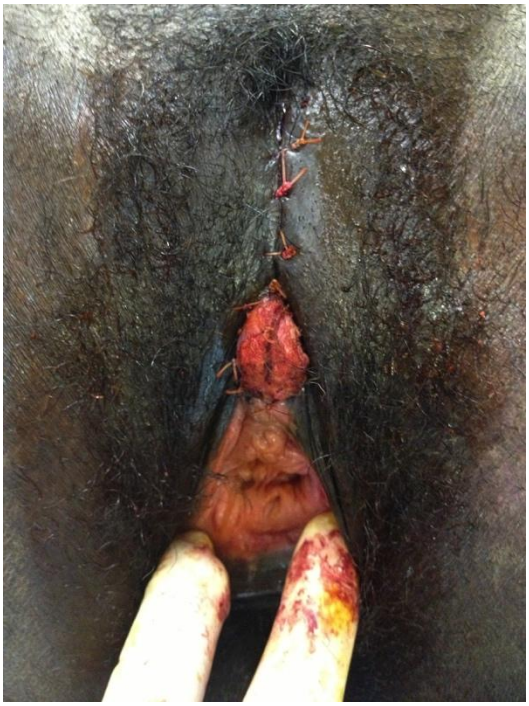
ANNEXE IV : Schématisation en 3D de l'excision

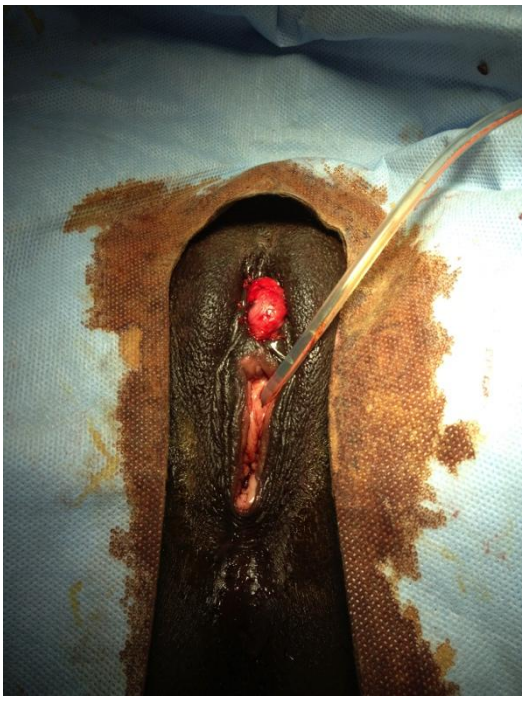


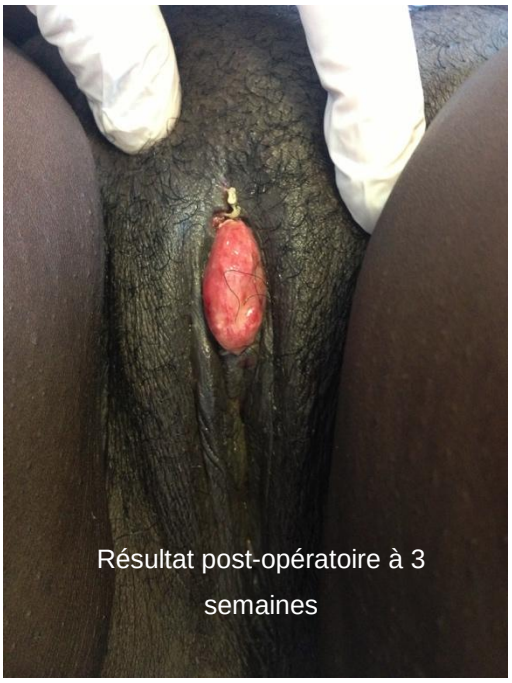
Source : P. Foldès

ANNEXE IV : Résultats anatomiques de la technique de transposition du clitoris en post-opératoire immédiat









Résultat post-opératoire à 3 semaines

ANNEXE V : Résultats anatomiques de la technique de transposition du clitoris à distance *(source Foldès)*

Situation postopératoire à 6 semaines (gauche) et 6 mois (droite)



Clitoris reconstitué, sensibilité normale, légère dépigmentation



Un bon résultat à 1 an



ANNEXE V : AUTO-QUESTIONNAIRE

AUTO – QUESTIONNAIRE CONCERNANT VOTRE PRISE EN CHARGE

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Renseignements généraux

1) **Avez –vous des enfants ? Si oui, combien d'enfant(s) avez-vous ?**
   Oui / Non Nombre d'enfants :

2) **De quelle origine et de quelle ethnie êtes vous ?**
Origine : Ethnie :

3) **Quel est votre lieu de naissance ?**

4) **Quel niveau d'étude avez-vous ?**

Pas d'études / Primaire / Secondaire / études supérieures

5) **Quand avez-vous découvert que vous étiez excisée ?**

6) **Comment l'avez-vous su ?**

7) **Comment avez-vous découvert qu'il existait une opération de réparation ?**

8) **Comment avez-vous été orienté vers notre unité de soin ?**

9) **Qu'est-ce que vous pensiez que l'opération pouvait vous apporter ?**

10) **Aviez-vous un partenaire au moment de la démarche de réparation ?**

Oui / Non
Soutenait-il votre démarche ? Oui / Non

11) **Aviez-vous déjà eu des rapports sexuels avant l'opération ?**

Concernant votre parcours de soin :

12) Combien de consultations avez-vous eu avec le chirurgien ?

13) Combien de consultations avez-vous eu avec la sage-femme ?

14) Combien de consultations avez-vous eu avec la psychologue ?

Concernant l'opération chirurgicale et ses suites :

15) Quelle a été la durée de cicatrisation ?

- < 1 mois
- 1 – 2 mois
- > de 2 mois

16) Avez-vous eu des complications chirurgicales à type de :

- Désunion des points de sutures
- Saignements
- Hématomes
- Infection et/ou abcès

17) Avez-vous eu des complications à distance telles que :

- Brûlures mictionnelles
- Décharge électrique
- Enfouissement
- Réintervention
- Psychologiques

18) Pouvez-vous noter la douleur à domicile ?

- Absence de douleur
- Douleur faible
- Douleur modérée
- Douleur intense
- Douleur atroce

19) A partir de quand étiez-vous en mesure de porter une culotte/ un jean ?

- 1 semaine
- 2 semaines
- 1 mois
- 2 mois
- > 2 mois

Après l'opération :

20) Comment considérez-vous l'aspect de votre clitoris ?

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

21) Que pensez-vous de votre fonction clitoridienne ?

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

22) Concernant la douleur, pensez-vous qu'il y a ?

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

23) À 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)

24) Ressentez-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)

25) 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)

26) Ressentez vous une sècheresse vaginale pendant les rapports sexuels ?

- Pas ou peu de changement (toujours)
- Petite amélioration (souvent)
- Réelle amélioration (quelquefois)
- Atteinte des attentes (jamais ou rarement)

27) L'image corporelle que vous aviez de vous même avant l'opération était :

- Attirante
- Plaisante
- Satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Insatisfaisante

28) Que pensez-vous de l'évolution de votre image corporelle ?

- Pas ou peu de changement (peu ou pas satisfaisante)
- Petite amélioration (satisfaisante)
- Réelle amélioration (plaisante)
- Atteinte des attentes (attirante)

29) Quelle image pensiez-vous renvoyer avant l'opération ?

- Féminine
- Pure
- Confiante
- Complexée
- Inassouvie

30) Concernant l'image que vous renvoyez après l'opération, vous trouvez qu'il y a :

- Pas ou peu de changement (complexée)
- Petite amélioration (manque de confiance)
- Réelle amélioration (confiante)
- Atteinte des attentes (épanouie)

31) Sur le plan des rapports a autrui vous vous trouviez avant l'intervention ?

- Épanouie
- Ayant confiance en vous
- Ayant un manque de confiance en vous
- Complexée

32) Amélioration de vos rapports à autrui

- Pas ou peu de changement (complexée)
- Petite amélioration (manque de confiance)
- Réelle amélioration (confiante)

- Atteinte des attentes (épanouie)

33) Vous vous définissez psychologiquement avant l'intervention comme :

- épanouie
- Ayant confiance en vous
- Ayant un manque de confiance en vous
- Complexée

34) Concernant l'évolution du bien être psychologique

- Pas ou peu de changement (complexée)
- Petite amélioration (manque de confiance)
- Réelle amélioration (confiante)
- Atteinte des attentes (épanouie)

35) Sur le plan esthétique vous vous considériez avant l'intervention comme ?

- Intègre
- Normale
- Laide
- Amputée

36) Pensez-vous qu'il y a eu une amélioration esthétique ?

- Pas ou peu de changement (amputée)
- Petite amélioration (amoindrie)
- Réelle amélioration (normale)
- Atteinte des attentes (intègre)

37) Pensez vous faire exciser vos filles ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas encore

Concernant votre prise en charge

38) Cette prise en charge a t'elle répondu à vos attentes ? Oui / Non

39) Recommanderiez-vous cette prise en charge ? Oui / Non

40) Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge qui vous a été proposée ?

Consultation avec le chirurgien :

Consultation avec la sage-femme :

Consultation avec la psychologue :

Consultation d'anesthésie :

L'hospitalisation :

Consultations post-opératoires :

Nous vous remercions vivement d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire qui nous sera utile pour améliorer notre prise en charge.