

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
ANNÉE 2021

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du 3^{ème} cycle de Médecine Générale

par

Maude PELÉ

Le 25 juin 2021

MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE DE SOIN EN MÉDECINE GÉNÉRALE POUR LES FEMMES VICTIMES DE MUTILATION SEXUELLE

Membres du Jury :

M. le Professeur Olivier MOREL	Président du Jury
M. le Professeur Bernard KABUTH	Juge
Mme la Professeure Sophie SIEGRIST	Directrice de Thèse
Mme le Docteur Sophie HARTER	Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Pr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESim : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE –
Jean-Pierre KAHN- Alain LE FAOU - Thierry MAY - Patrick NETTER - François PLENAT - Jean-Luc SCHMUTZ -
Paul VERT -Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2° sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY –

Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR –

Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL

3° sous-section *(Biologie cellulaire)*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –

Professeur Guillaume VOGIN

3° sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY –
Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : (*Médecine d'urgence*)

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLÉ

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : (*Pédiatrie*)

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Éva FEIGERLOVA

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE – Antoine CANTON - Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Professeur des Universités – Praticien hospitalier en Gynécologie Obstétrique

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre confiance et pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Merci pour l'accueil que vous réservez aux internes de médecine générale et la formation que vous nous apportez à la Maternité Régionale de Nancy.
Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de participer à notre jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Madame la Professeure Sophie SIEGRIST

Professeure associée de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de participer à cette thèse et de juger notre travail.
Nous vous remercions d'avoir rendu ce projet possible et nous vous en sommes reconnaissante.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Docteur Sophie HARTER

Praticien hospitalier en Gynécologie Obstétrique

Tu me fais l'honneur de participer à cette thèse et de juger mon travail.

Je te remercie pour ton enseignement et le partage de tes connaissances.

Merci d'avoir soutenu ce projet et de m'avoir ouvert les portes de ton bloc opératoire.

À ma famille,

À mes parents,

Merci de m'avoir permis de grandir dans une famille aimante. Vous m'avez offert la chance de faire ces longues études. Je suis reconnaissante pour tout l'amour et le soutien que vous m'apportez au quotidien. Vous êtes mon exemple. Je vous aime.

À mes frères, Victor et Augustin,

Merci d'avoir grandi avec moi, d'avoir forgé mon caractère, et de m'avoir beaucoup fait rire. Vous m'avez appris à me battre, à faire du judo, à jouer au football ou encore à la Playstation. Merci de m'avoir toujours protégée. Je vous aime.

PS : je suis obligée de le reconnaître, merci aussi de m'avoir permis d'aller aux toilettes à chaque fois qu'on devait débarrasser la table.

À Antoine,

Merci pour ton soutien, ton amour, et le bonheur que tu m'apportes chaque jour. Merci de partager ma vie. Je t'aime.

À Mamine, Paulette,

Merci d'avoir été la mamie parfaite, douce et drôle, mais aussi forte et indépendante. Tu es un exemple pour les femmes de ta génération. Cette thèse, j'aurais aimé que tu la lises, je te la dédis.

À Grand-Papa, Gillou,

Merci pour tous ces souvenirs à Soulac (maman met tout en œuvre pour qu'on poursuive à s'en construire là-bas). Merci de nous avoir transmis ta détermination (ou ton obstination parfois). Je suis si fière de mon papy marathonien.

À Mamie Monique,

Merci pour ton amour inconditionnel. Merci d'avoir tout fait pour tes petits-enfants. J'ai eu la chance d'avoir ce privilège d'être ta seule petite-fille. Je me souviendrai toujours de l'odeur de ta crème Nivea, ou de tes « rôties » du matin.

À Papy Gérard,

Merci de m'avoir transmis ta passion pour les voyages (et pour les siestes mon colon). À travers ton caméscope, je garde des souvenirs extra ordinaires.

À ma tante, Céline,

Merci d'être la Tati parfaite, qui nous a beaucoup choyés, et beaucoup fait rire. Avec toi, on a pu faire tout ce qui était interdit à la maison. Tu nous montres aussi tous les jours, qu'on peut se relever dans toutes les situations. Merci d'être une battante.

À Bruno, Valentine et Elsa, merci d'avoir intégré la famille et de rendre Céline heureuse.

À ma marraine Véronique et mon oncle Jean-Pierre,

Merci de toujours nous accueillir, à Reims ou à Porto-Vecchio, avec le plus grand bonheur et de nous gâter. Merci pour votre présence.

À Géraldine,

Merci pour ta présence. Et merci de m'avoir offert un dernier cousin supplémentaire !

À Hugues,

Tu nous manques,

Aux cousins, Nicolas, Thibaut, Gauthier, Charles,

Merci de m'avoir fait jouer au foot à chaque réunion de famille, vous avez forgé une partie de mon caractère. Continuez à me faire passer pour la jeune fille parfaite, grâce à vous, je reste la préférée.

À mon parrain, Christophe,

Merci pour tous les souvenirs, à Tizzano, à l'Alpes d'Huez ou aux Fanaux.

À Cécile,

Merci de m'avoir transmis ton goût pour les mots fléchés, sudokus et travaux manuels en tout genre. Merci pour tous les souvenirs avec Juju. À quand notre week-end mères-filles tant attendu ?

À Juliette,

Qui est comme ma sœur, donc qui trouve toute sa place ici. Merci d'avoir grandi avec moi, et de toujours rester présente malgré les années et la distance.

À Aïe,

Mon médecin traitant, ma tante, ma coloc', peu importe, tu fais partie de la famille. Merci de me faire confiance pour te remplacer.

À Manu,

Tu m'as soignée bébé et 27 ans plus tard, me voilà docteur en médecine. Alors merci ! Je te dois cette dédicace.

À ma belle-famille,

À Maryse et Jean-Pascal,

Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans la famille. Merci pour tout ce que vous faites pour nous au quotidien. JP, grâce à vous, j'ai écouté « *Asia, heat of the moment* » tous les matins de mon premier semestre d'internat, en pensant que « *la force du médecin généraliste* » serait avec moi.

À Paul et Quentin,

Merci pour votre bonne humeur, et votre enthousiasme dans les différents projets de la vie. Paul, j'espère que tu seras toujours aussi fou pour t'inscrire à des émissions de télé toute ta vie.

À Morgane et Thomas,

Merci pour les moments passés ensemble, on partage une complicité exceptionnelle. Merci pour les voyages passés, et ceux à venir.

Je mesure la chance d'avoir une belle-famille comme la vôtre.

À mes amis,

À Alexandra,

Notre voyage improvisé en Croatie restera, parmi tant d'autres, un de mes meilleurs souvenirs ensemble. Merci pour ton amitié et ton grain de folie. Merci aussi de nous avoir fait rencontrer Louis (même s'il est supporter de Lens).

À Alix,

Pour ta présence toujours plus importante à mes yeux. Merci d'être une voisine, une amie et une confidente de soirée sans filtre. Enfin pour ta persévérance à jouer à l'EuroMillions tous les vendredis, j'espère que tu finiras par gagner !

À Charlotte,

Merci de m'avoir appris à faire du rappel. J'espère qu'on aura l'occasion de se créer de nouveaux souvenirs Soulac / Saint Georges toutes ensemble.

À Claudia,

Qui m'accompagne depuis si longtemps, et qui malgré la distance, est présente dans tous les moments importants de ma vie. J'espère qu'on continuera longtemps à s'envoyer des textos pour s'annoncer des scoops.

À Éliisa,

Pour ta bonne humeur, ta folie, et parfois ton irresponsabilité qui nous fait beaucoup rire.

À Émilie,

Je remercie Lauriane du fond du cœur de t'avoir mise sur mon chemin. Merci pour ta douceur, ta gentillesse naturelle sans jamais rien attendre en retour, et ton soutien. Ton amitié m'est précieuse.

À Fanny,

On aura tout fait ensemble, et c'est le signe d'une belle amitié qui dure. Merci pour ta présence depuis toutes ces années. Tu m'épateras toujours par ta capacité d'adaptation et ton aisance à tout savoir faire de tes mains.

À Hélène,

Merci pour ton soutien, physique ou téléphonique. Merci pour ton écoute attentive, qu'il s'agisse de sujets perso ou professionnels. Tes conseils sont précieux et ton amitié m'est essentielle.

À Lauriane,

Merci d'avoir eu la patience et la gentillesse de relire cette thèse et d'en corriger les fautes. La « maman » du groupe, comme on aime t'appeler. Merci pour ta force et ta présence depuis la P1, pour les soirées chez toi à Nancy, puis les souvenirs qu'on est en train de se créer en Ardèche.

À Margaux,

Avec qui on m'a bien trop souvent confondue. Je suis très fière de te ressembler. Merci pour tous les conseils dermato que je passe mon temps à te demander. Merci pour ton amitié précieuse.

Aux garçons, Arthur, Benjamin, Jean-Baptiste, Julien (Babs), Victor,

Merci d'être les premiers à nous entraîner pour faire la fête. Merci pour l'amour que vous portez à mes amies. Je suis heureuse de vous avoir auprès de moi, et tellement reconnaissante du groupe que l'on forme.

Mention spéciale pour Pierre, que je détache forcément du groupe. Merci pour ta patience auprès des filles. Merci de nous faire rire. Surtout ne change pas, et garde toujours cette même passion improbable pour les gibbons.

À Marie et Félix,

Grâce à qui on va pouvoir se réunir ce soir. Merci pour votre générosité et votre bonne humeur permanente.

À Paul et Mathieu,

Jamais bien loin, merci pour votre présence et votre amitié.

À Marine et Nico,

Belle (re)découverte de cette année. Merci d'être de nouveaux voisins et amis aux petits soins.

À Arthur et Suzie,

Merci de faire partie de nos plus proches amis.

Marion et Charles,

Pour vos conseils avisés : mode ou cuisine pour Marion, moto ou pharma pour Charles. Merci pour votre présence.

À Marion P.,

Merci pour toutes ces soirées au château de la Prévôtée, tu as vivement participé à ma passion pour les déguisements. J'espère qu'on poursuivra nos longues conversations philosophiques longtemps et qu'on aura l'occasion de Touqueter ensemble !

À Dania,

Pour ta bienveillance et ton sourire rayonnant.

À Ghislain,

Pour ta présence, et ta sincère gentillesse. Merci de participer activement à l'univers de motards qui gravite autour de moi.

À Marine C,

Quelle belle rencontre sur les bancs de Stan Santé, je suis fière de l'amitié qu'on a su créer et faire perdurer.

À Marion G,

Ma copine docteur des animaux. Merci pour ces balades à cheval, ou pour les souvenirs un peu plus fous des soirées piscine / champagne.

À MainMain, Charles F., Simon G., Lolo, Val'Mat, Paul M., Tonio et Ju, Willy, Morgane et Arthur,

Pour tous les moments passés ensemble.

À Théo, Moule, Gui, Julian, Touff, Najib, Nassim, Léo, Paolo,

Qui ont traversés ces belles premières années de médecine et qui le continuent.

À mes amis de Thionville, Margaux, Ludovic, Marine, Esther et Margot,

Les souvenirs de Saint Pierre Chanel, et de notre équipe de danse ou de gym resteront pour toujours.

Au service des Urgences de Lunéville,

Merci pour votre pédagogie. Merci de m'avoir permis de passer ce premier semestre dans une ambiance vraiment détendue. Merci pour mon seul et unique bizutage de l'internat, je m'en souviendrai !

À la maison de santé de Dieue sur Meuse, aux Docteurs Beissel, Pancher et Pasquini x 2,

Merci de m'avoir fait découvrir le métier de médecin généraliste. Merci de m'avoir fait très vite confiance pour la prise en charge de vos patients.

Particulièrement à Audrey, merci pour ton accueil, au cabinet comme à la maison. Merci de m'avoir montré qu'une femme peut concilier son métier de médecin avec celui de maman. Tu as été un élément fort de ma formation.

Au service de pédiatrie de Bel Air,

Merci pour cet agréable semestre et vos conseils avisés.

À l'équipe de l'hôpital de Joeuf,

Aux Docteurs Ravenel, Lecoannet et Berger, merci pour tout ce que vous m'avez appris. Mention spéciale à Thomas, qui m'avait claqué dans les pattes pendant 6 mois, tu as été courageux !

Au Docteur Pazzogna,

Merci Rémy de m'avoir formée pendant mon SASPAS, et merci de continuer à me faire confiance en tant que remplaçante. Je suis ravie de poursuivre l'aventure dans ton cabinet.

Aux Docteurs Etienne, Pierot et Di Patrizio, mes autres maîtres de stage SASPAS.

À l'HADAN, et particulièrement au Dr Mariage,

Merci de t'être donné tant de mal à me faire découvrir la structure. Et merci de m'avoir partagé gracieusement ta thèse, avec ces remerciements particulièrement inspirants.

Aux co-internes de la Mat, Charlotte, Elena, Maxime, Pauline,

Merci de m'avoir accueillie royalement, de m'avoir aidée et soutenue dans les moments parfois difficiles. Clairement la meilleure équipe d'escape game. Big up aux Dr Cottez et Martin, grâce à vous j'ai pu parler des Marseillais sans avoir honte.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	24
LISTE DES ABRÉVIATIONS	26
INTRODUCTION	27
1. GÉNÉRALITÉS	28
1.1. Rappels anatomiques.....	28
1.1.1. La vulve	28
1.1.2. Les organes érectiles.....	30
1.1.3. Zones érogènes.....	31
1.2. Mutilations Sexuelles Féminines.....	31
1.2.1. Définition.....	31
1.2.2. Origines	34
1.2.3. Législation.....	38
1.2.4. Dépistage.....	40
1.2.5. Conséquences.....	41
2. THÉRAPEUTIQUES	48
2.1. Chirurgie réparatrice.....	48
2.1.1. Technique	48
2.1.2. Résultats.....	50
2.1.3. Complications	56
2.2. Accompagnement psychologique	57
2.3. Accompagnement sexologique	57
2.4. Exemples de filière de soin en France	59
2.5. Associations	61

3. FILIÈRE DE SOIN	63
3.1. Parcours patient	63
3.2. CPTS.....	64
3.2.1. Définition.....	64
3.2.2. CPTS de Metz et environs.....	66
3.2.3. Moyens de communication entre professionnels.....	67
3.3. Création du projet de soin	68
3.3.1. Recrutement des professionnels de santé	68
3.3.2. Site internet.....	70
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	80
Annexe 1 : Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée ou de risque imminent sur une mineure	80
Annexe 2 : Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une femme majeure avec son consentement	82
Annexe 3 : Questionnaire sur l'activité sexuelle chez la femme (Female Sexual Function Index FSFI).....	83
Annexe 4 : Les 10 mesures phares de « ma santé 2022 » selon l'ARS	88

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Viscères pelviens et périnée féminin, coupe sagittale médiane (Source : Netter).....	28
Figure 2 : La vulve : la vulve en position gynécologique (Source : UVMaF).....	29
Figure 3 : Anatomie descriptive du clitoris (Source : EspaceSoignant.com)	30
Figure 4 : MSF Type I (Source : Huston P. - Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins - Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, 2000.).....	32
Figure 5 : MSF Type II : Excision du clitoris avec excision des petites lèvres (Source : GAMS)	32
Figure 6 : MSF Type III : Infibulation avec fermeture quasi-complète de la vulve (Source : GAMS).....	33
Figure 7 : MSF Type IV (Source : WORLD HEALTH ORGANISATION - Female genital mutilation : a teacher's guide - WHO, Geneva, 2007.).....	33
Figure 8 : Femmes de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation, par type de religion % (Source : UNICEF, The State of the World's Children - 2005).....	34
Figure 9 : Cartographie mondiale des MSF (Source : UNICEF, 2014, Adaptation de la carte réalisée par GAMS Belgique).....	36
Figure 10 : Prévalence des MSF en Afrique et dans la péninsule Arabique (Source : GAMS)	36
Figure 11 : Répartition de la population de référence dans les différents régions françaises (Source : recensement de la population 2014 : tabulation sur mesure, Insee, Adisp pour les « premières générations » ; enquête famille et logements 2011, Insee pour les « deuxièmes générations ». Cartes réalisées à l'aide du logiciel Magrit.).....	37
Figure 12 : Difficultés dans la sexualité : avoir déclaré "souvent" ou "toujours" les gênes suivantes (%) (Source : enquête ExH, 2007-2009).....	44
Figure 13 : Désinfibulation (Source : P.Foldès)	48

Figure 14 : Foldès et al. - 2015 - (A) Schéma représentant l'anatomie d'un clitoris non mutilé. L'effet d'une excision du gland clitoridien est représenté par la ligne rouge. (C) Clitoris fixé après cicatrisation : la chirurgie consiste à libérer le clitoris de ces adhérences qui l'immobilise et bloque sa dynamique physiologique. (E) Schéma représentant le résultat après une chirurgie reconstructive.....	49
Figure 15 : Tableau récapitulatif des études de la revue de littérature X : sujet abordé dans l'étude	51
Figure 16 : Merckelbagh et al. - 2015 - Evolution de la sensation clitoridienne après prise en charge avec chirurgie.....	53
Figure 17 : P. Foldès - 2006 - Complications précoces de l'intervention.....	56
Figure 18 : Parcours de soins pluridisciplinaire proposé à une femme victime de MSF au CHU de Nantes (Source : Dugast et al. – 2017 – Prise en charge sexologique des femmes excisées : expérience nantaise, France.).....	59
Figure 19 : Antonetti et al. - 2015 - Résultats de l'étude rétrospective qualitative menée dans l'Unité de soins des femmes excisées (hôpitaux Rothschild, Trousseau, de Montreuil, Bicêtre) de décembre 2007 à janvier 2012	60
Figure 20 : 5 étapes clés, indispensables pour garantir un accès aux soins de proximité de manière pérenne (Source : CPTS : des projets de santé émergent grâce à la mobilisation de tous sur les terrain – Ministère des Solidarités et de la Santé – 2020).....	66
Figure 21 : Carte du territoire de la CPTS de Metz et environs (Source : CPTS Metz et environs)	67
Figure 22 : Page internet Mutilations Sexuelles Féminines (Source : https://www.cpts-metz.fr/mutilations-sexuelles-feminines/)	71
Figure 23 : Formulaire de signalement (Source : https://www.cpts-metz.fr/mutilations-sexuelles-feminines/).....	71

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMS : Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

CDC : Convention on the Rights of the Child / Comité des droits de l'enfant

CEDAW : Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women / Comité contre la discrimination à l'égard des femmes

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

ExH : Enquête Excision et Handicap

FSFI : Female Sexual Function Index

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

GSF : Gynécologie Sans Frontière

HAS : Haute Autorité de Santé

Ined : Institut National d'Études Démographiques

LGBT : Lesbiens, Gays, Bisexuels, Transgenres

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MGF : Mutilation Génitale Féminine

MSF : Mutilation Sexuelle Féminine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PSNC : Pratiques de Soins Non Conventiionnelles

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

UNICEF : United Nations International Childrens Fund / Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INTRODUCTION

En 2016, l'UNICEF estimait qu'au moins 200 millions de femmes étaient victimes de Mutilation Sexuelle Féminines (MSF) dans le monde et qu'environ 30 millions de filles risquaient de l'être au cours des dix prochaines années (1).

Ces femmes vivent principalement en Afrique ou au Moyen-Orient mais on estime qu'elles sont environ 125 000 à vivre en France (2).

En tant que médecins généralistes, la prise en charge et l'accompagnement des patientes victimes de MSF est primordiale. Nous sommes malheureusement peu informés sur le sujet pendant nos études. Il est impératif de connaître l'anatomie de la femme pour savoir reconnaître un corps mutilé et comprendre les conséquences de ces rituels culturels.

Le gouvernement français a mis en place depuis 2005 un plan d'action à l'égard de ces femmes, qu'il s'agisse de prévention ou de reconstruction. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en février 2020 des recommandations de bonnes pratiques à ce sujet (3).

Dans un premier temps, nous détaillerons les origines et les conséquences des MSF. Puis l'objectif du travail sera de réaliser une revue de littérature sur la prise en charge des femmes victimes de MSF. Enfin, il s'agira de déterminer les éléments nécessaires à l'élaboration d'une filière de soin et de les organiser dans le but de rédiger le projet de soin dans un bassin de vie donné.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. Rappels anatomiques

1.1.1. La vulve

L'appareil sexuel féminin est composé du vagin et de la vulve (Figure 1).

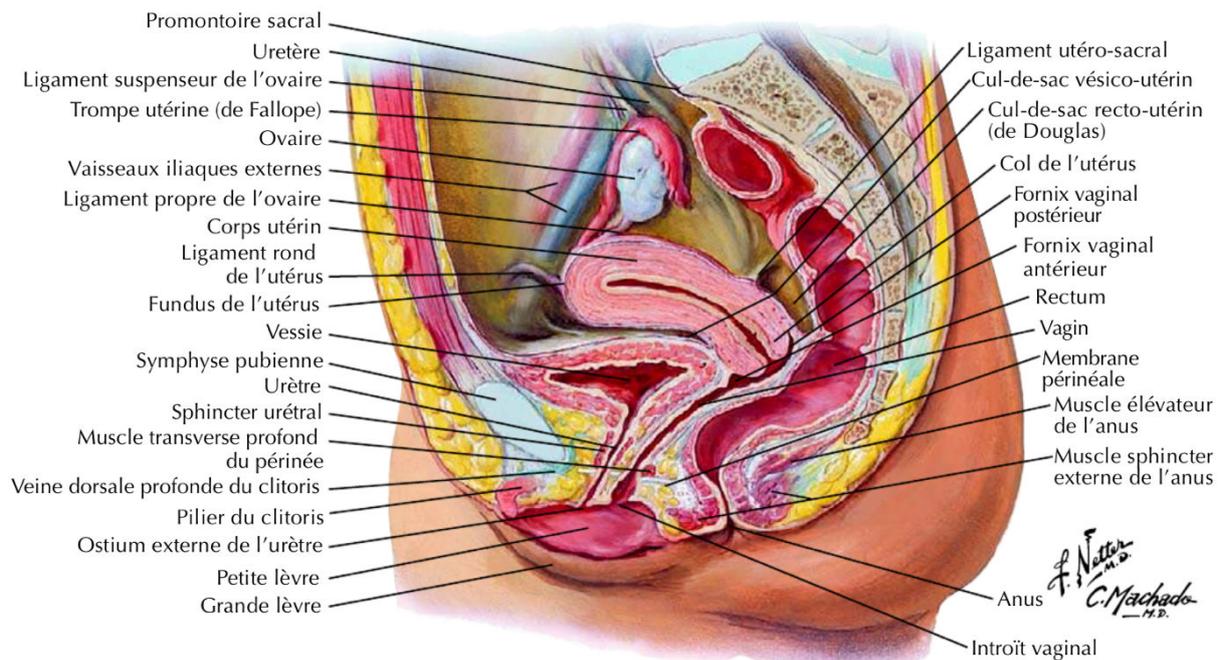


Figure 1 : Viscères pelviens et périnée féminin, coupe sagittale médiane (Source : Netter)

Le vagin traverse le périnée de bas et haut et d'avant en arrière (4).

La vulve, superficielle, se situe entre le mont du pubis en avant, et l'anus en arrière. Elle désigne l'ensemble des organes génitaux externes de la femme, et constitue une saillie. Elle se compose de replis cutanés latéraux qui sont les grandes lèvres (Figure 2).

À l'intérieur de celles-ci se trouvent deux autres replis cutanés, plus minces et plus rosés qui sont les petites lèvres. Ces dernières se rejoignent en avant pour former le capuchon du clitoris, et en arrière au niveau de la fourchette vulvaire (5).

Au sein de cet espace interlabial, appelé fente vulvaire, se trouvent, d'avant en arrière :

- le vestibule
- le méat urétral
- les glandes de Skene (glandes para urétrales) de chaque côté de l'ostium urétral
- l'orifice du vagin
- les glandes de Bartholin (glandes vestibulaires majeure ou vulvo-vaginale) situées entre l'hymen et les petites lèvres. Ce sont des glandes mucipares qui produisent une sécrétion qui s'écoule au moment des rapports sexuels et lubrifie la paroi vaginale.

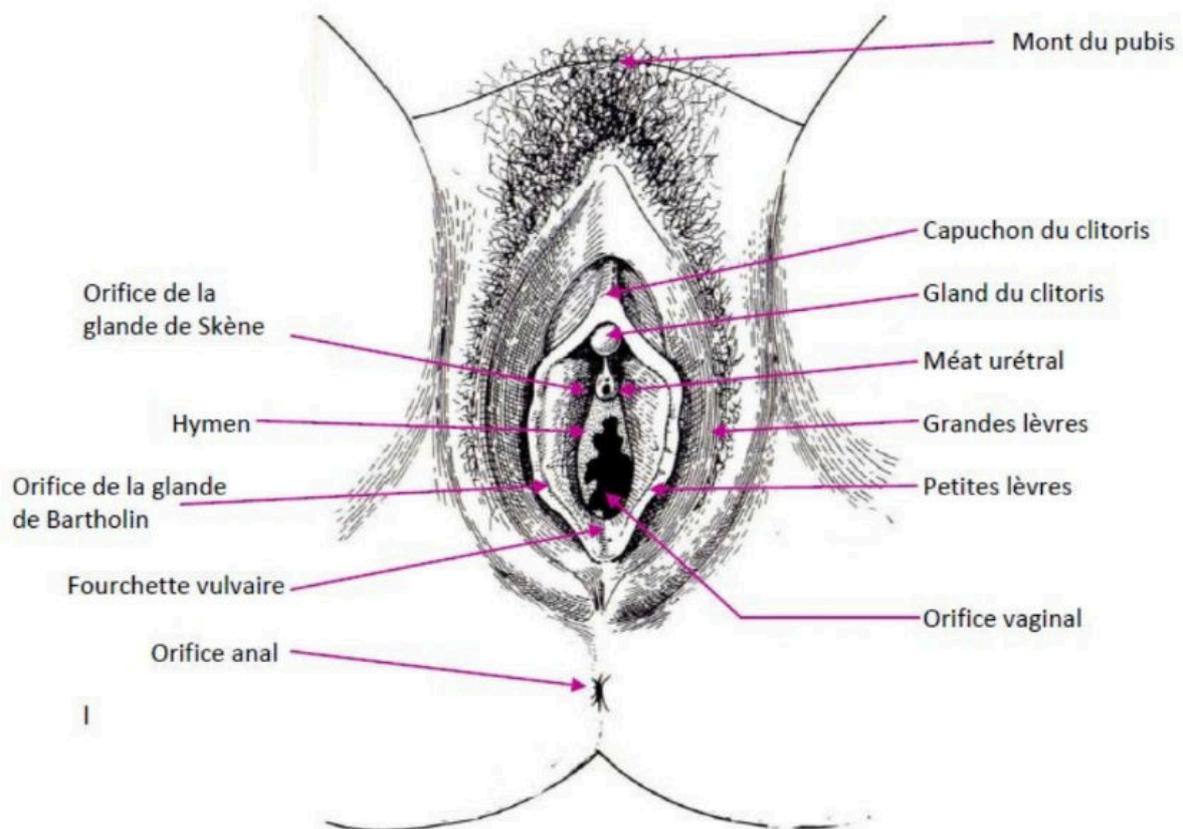


Figure 2 : La vulve : la vulve en position gynécologique (Source : UVMaF)

1.1.2. Les organes érectiles

Les organes érectiles féminins se composent du clitoris, ayant une position centrale, et de 2 bulbes vestibulaires de part et d'autre de l'orifice vulvaire (Figure 3).

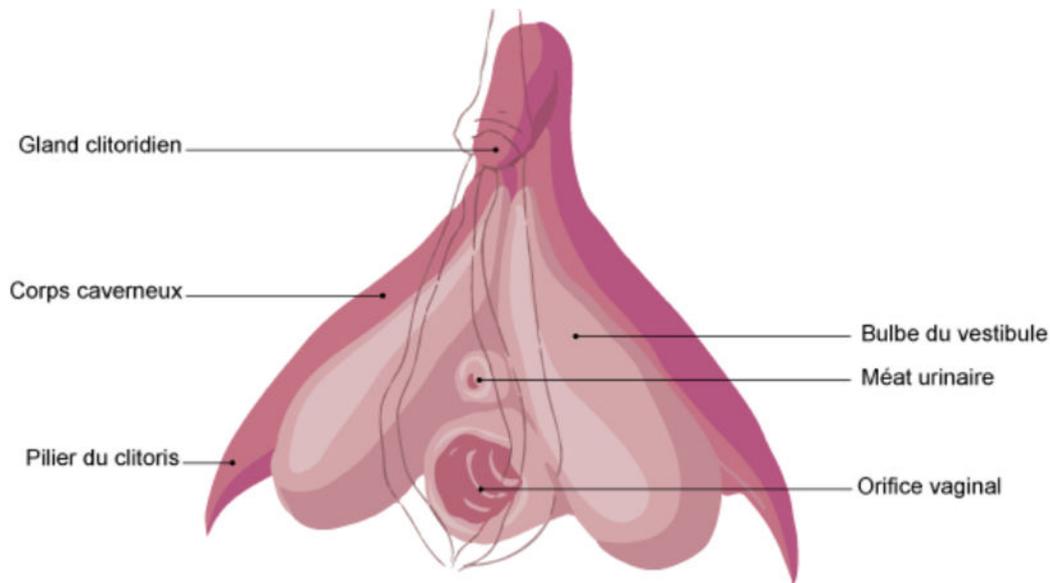


Figure 3 : Anatomie descriptive du clitoris (Source : EspaceSoignant.com)

- *Le clitoris*

Le clitoris est composé de 2 piliers, ou corps caverneux, qui se réunissent pour former le corps du clitoris avec en son extrémité le gland du clitoris. Il est l'équivalent du pénis chez l'homme avec ses 2 corps caverneux érectiles également.

Il mesure 6 à 10 cm de longueur totale, environ 0,6 cm de diamètre, et son volume total peut augmenter d'un demi-centimètre lorsqu'il est en érection.

Le gland clitoridien mesure environ 0,3 cm de diamètre et correspond à la partie la plus sensible des organes génitaux externes de la femme.

- *Les bulbes vestibulaires*

Les bulbes vestibulaires sont les homologues des corps spongieux chez l'homme. Ils se réunissent en avant en forme de fer à cheval. Chaque bulbe est en contact en arrière avec la glande de Bartholin, ou glande vestibulaire majeure.

1.1.3. Zones érogènes

On distingue 2 types de zone érogène (6) :

- Les zones primaires, dont l'excitation aboutit au réflexe orgasmique.
 - alors que l'homme ne possède qu'une zone érogène primaire, à savoir le gland de la verge, la femme en possède deux : le gland du clitoris et le canal vaginal.
 - Chacune de ces deux régions est autonome quant à son pouvoir orgasmique mais elles fonctionnent habituellement de manière synergique.
- Les zones secondaires, dont la stimulation est nécessaire pour préparer les zones primaires à l'aboutissement orgasmique. Ces zones ne peuvent pas, à elle seules, déclencher l'orgasme. Elles sont de trois types différents :
 - les zones extra génitales : lèvres, nuque, faces latérales du cou ...
 - les zones péri et para génitales : bas-ventre, région inguinale, seins ...
 - les zones génitales : ensemble des organes génitaux externes.

1.2. Mutilations Sexuelles Féminines

1.2.1. Définition

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) ou Mutilations Génitales Féminines (MGF) regroupent l'ensemble des actes à visée non thérapeutique qui aboutissent à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme (7).

Une première classification des MSF a été établie par Dr Robin Cook en 1995. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a réalisé une modification de cette dernière en 2007, puis en 2018 :

- **Type I** : *Clitoridectomie* : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (Figure 4).
- **Type II** : *Excision* (80% des mutilations) : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (Figure 5).
 - IIa : ablation uniquement des petites lèvres
 - IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres

- Ilc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres
- **Type III** : *Infibulation* (15% des mutilations) : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (Figure 6).
- **Type IV** : tous les autres procédés de mutilation (scarifications, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale ...) (Figure 7).

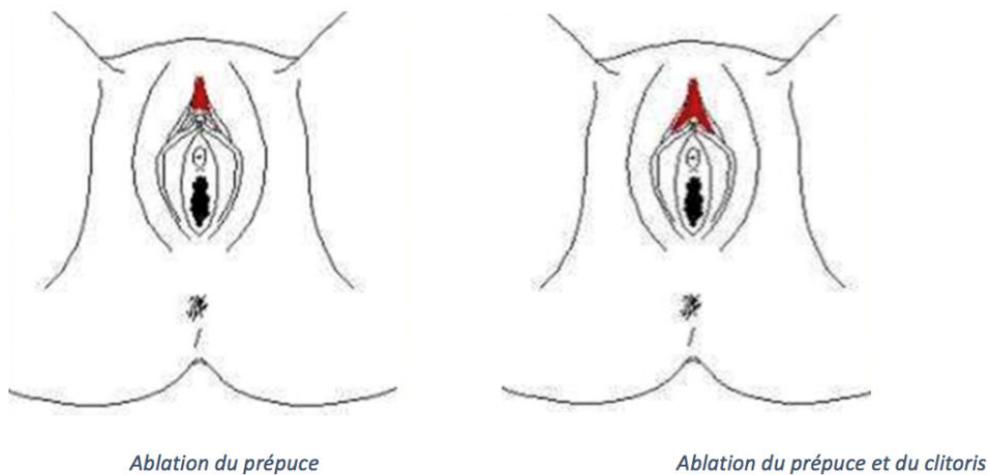


Figure 4 : MSF Type I (Source : Huston P. - Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins - Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, 2000.)

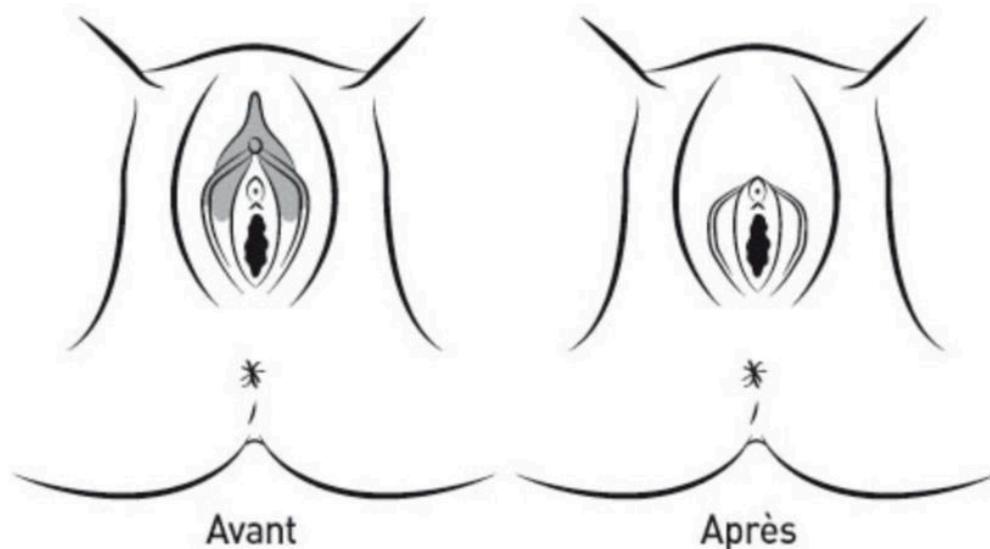


Figure 5 : MSF Type II : Excision du clitoris avec excision des petites lèvres (Source : GAMS)

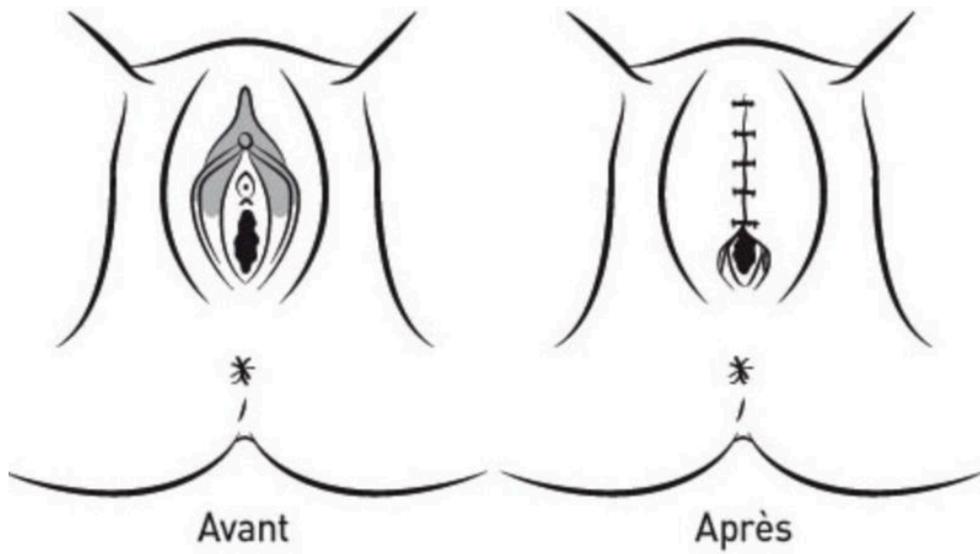


Figure 6 : MSF Type III : Infibulation avec fermeture quasi-complète de la vulve (Source : GAMS)



Scarification des petites lèvres



Étirement des petites lèvres

Figure 7 : MSF Type IV (Source : WORLD HEALTH ORGANISATION - Female genital mutilation : a teacher's guide - WHO, Geneva, 2007.)

1.2.2. Origines

- *Origines culturelles*

L'origine des MSF n'est pas précisément connue. Il s'agit d'une pratique très ancienne, qui pourrait remonter à l'Égypte antique. En effet, la première mention d'excision a été retrouvée sur un papyrus datant du II^e siècle avant Jésus-Christ (8).

Les raisons de la pratique des MSF sont variées selon les pays et les siècles. Malgré les idées reçues, aucun texte religieux ne prescrit ces interventions. Il n'est pas constaté d'association entre fréquence de MSF et confession religieuse (Figure 8).

Par exemple, au Burkina Faso, parmi les femmes mutilées de 15 à 49 ans, 21% sont de confession musulmane et 7% de confession chrétienne. Alors qu'au Kenya, il s'agit majoritairement de femmes de religion chrétienne (26% contre 15% de religion musulmane).

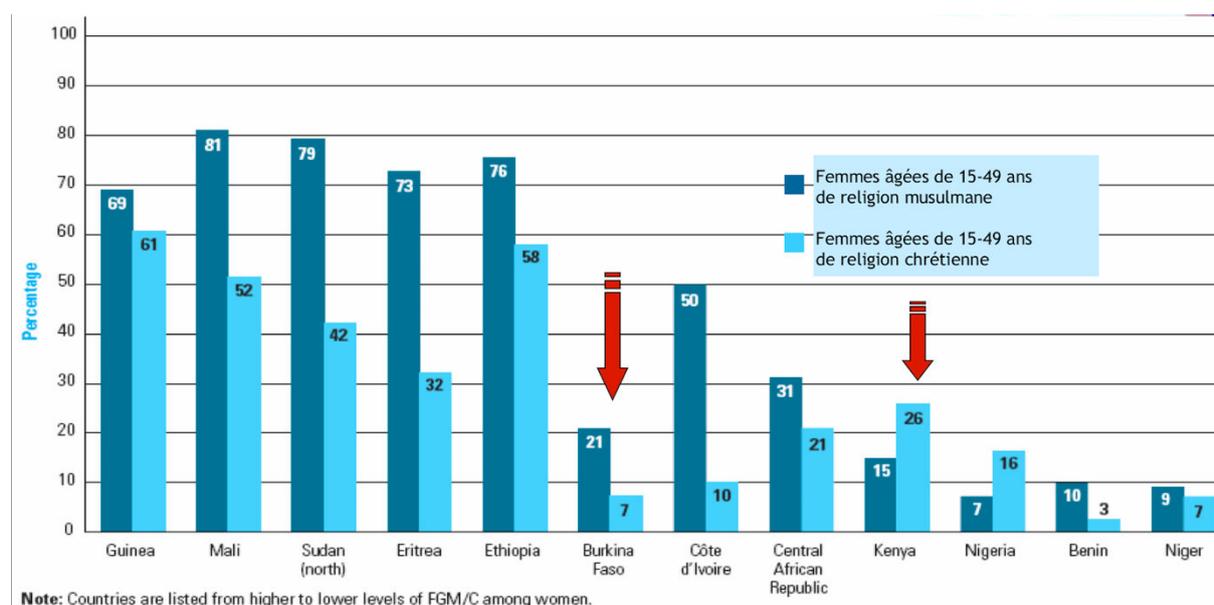


Figure 8 : Femmes de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation, par type de religion % (Source : UNICEF, *The State of the World's Children - 2005*)

L'OMS évoque différentes raisons aux MSF (9) :

- Il s'agit d'une « norme » sociale, avec un besoin de reconnaissance et une crainte du rejet de la société.
- L'acte est considéré comme un rite nécessaire à l'éducation d'une jeune fille et à sa préparation à l'âge adulte et au mariage.
- Il représente une forme de renoncement à une androgénie primitive. En effet, le clitoris étant considéré comme un vestige du pénis chez l'homme, l'excision favoriserait la fertilité chez la femme.
- Les MSF visent à assurer la virginité pré-nuptiale et la fidélité conjugale. En réduisant la libido féminine, les femmes résistent plus facilement aux actes sexuels extra-conjugaux.
- Dans certains pays, la mutilation est un passage obligatoire pour accéder à la beauté féminine, ses attributs anatomiques étant considérés comme « malpropres ».

L'acte est principalement réalisé entre l'enfance et l'âge de 15 ans, ou juste avant un mariage. Il est pratiqué par des exciseuses ou des professionnels de santé, sans anesthésie, à l'aide d'un couteau ou d'une lame de rasoir, sans précaution particulière d'asepsie. Il est difficile, voire quasiment impossible pour une exciseuse, d'enlever partiellement ou totalement le clitoris sans mutiler les petites lèvres, surtout lorsque l'acte est pratiqué sur une jeune fille. C'est pour cette raison que les mutilations de type II sont les plus fréquentes.

- *Origines géographiques*

Les MSF sont principalement observées dans 31 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, mais aussi en Asie (Malaisie, Indonésie...), et en Amérique du Sud (Colombie, Pérou) (10).

On retrouve également les MSF dans les pays d'immigration africaine tels qu'en Europe, en Amérique du Nord, et en Australie (Figure 9).

En France, les MSF touchent les femmes migrantes mais également les femmes nées en France, dont le pays d'origine est coutumier des excisions. Cependant, les MSF se pratiquent très peu sur le territoire français. Les familles renvoient les petites filles dans leur pays d'origine pour la réalisation de l'excision. En 2004, on estimait que 53 000 femmes adultes mutilées vivaient sur le sol français (12).

En 2019, selon une étude récente, les MSF concernent 125 000 femmes adultes en France. Ces chiffres sont expliqués par la féminisation de la population migrante et par le vieillissement des fillettes antérieurement mutilées, qui entrent alors dans le recensement des femmes majeures (2).

Parmi les régions les plus touchées, on note : l'Île de France, la Nouvelle-Aquitaine, l'Auvergne-Rhône-Alpes, la Provence-Alpes-Côte d'Azur (2) (Figure 11). À noter que la région Grand Est recense entre 13 300 et 20 000 femmes mutilées de première ou deuxième génération entre 2011 et 2014.

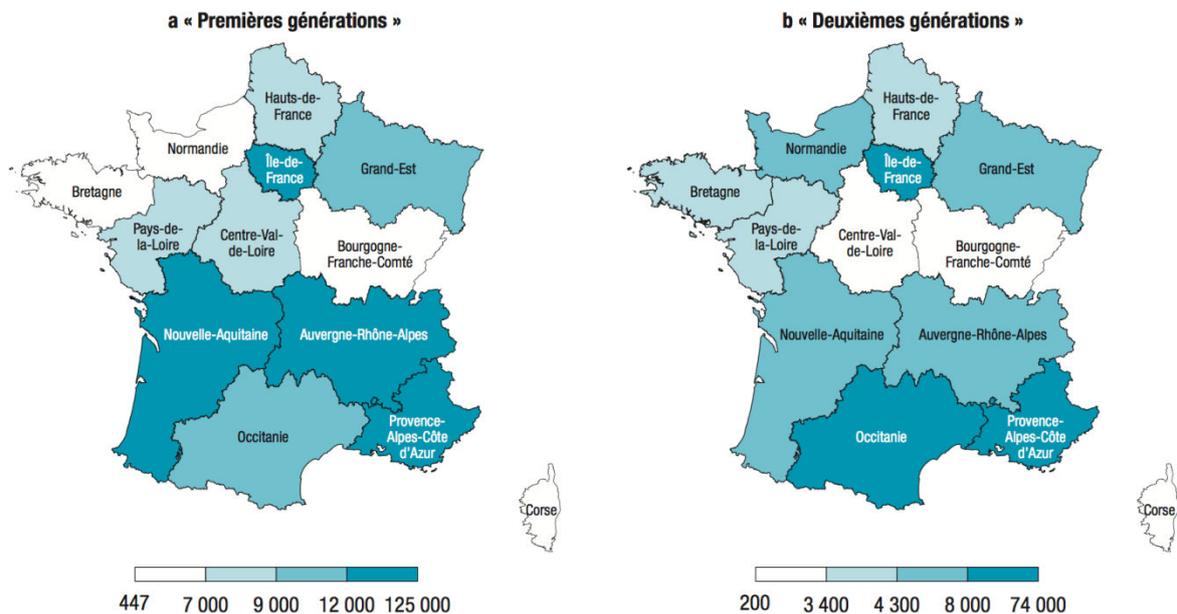


Figure 11 : Répartition de la population de référence dans les différentes régions françaises (Source : recensement de la population 2014 : tabulation sur mesure, Insee, Adisp pour les « premières générations » ; enquête famille et logements 2011, Insee pour les « deuxièmes générations ». Cartes réalisées à l'aide du logiciel Magrit.)

1.2.3. Législation

- *Dans le monde*

Cinq articles de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 10 décembre 1948, constituent une base pour condamner les MSF (13). Il s'agit de l'article 2 sur la discrimination, l'article 3 sur le droit à la sécurité de la personne, l'article 5 sur les peines cruelles, inhumaines et dégradantes, l'article 12 sur la vie privée et l'article 25 sur la protection de la maternité et de l'enfance. Il en est de même pour la Convention contre la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), en particulier les articles 2 et 5 (14), et la Convention des droits de l'enfant (CDC) avec l'article 24 qui condamnent les MSF (15).

En Europe, d'après les données de l'Union Inter Parlementaire (UIP), la pratique des MSF est interdite et chaque pays présente sa propre législation.

Il en est de même pour l'Australie, le Canada, les États-Unis, et la Nouvelle Zélande.

Pour le continent africain, l'Union africaine adopte en 2003, le Protocole de Maputo (16) au sein duquel l'article 4 stipule que « *la personne humaine est inviolable* » et que « *tout être humain a droit au respect de sa vie et de l'intégrité physique et morale de sa personne* » et l'article 5 « *interdit et sanctionne toute forme de mutilation / excision génitale féminine, scarification (...) afin de les éradiquer* ».

Sur les 53 pays membres de l'Union africaine, les chefs d'États de 46 pays ont signé ce protocole. Les MSF sont donc interdites et condamnables dans la plupart des pays de l'Union africaine.

En 2020, au Soudan, alors que 90% des femmes soudanaises sont excisées, une loi a enfin été votée afin de criminaliser les mutilations sexuelles féminines (17).

Il est certain que malgré les lois, des exciseurs clandestins perpétuent ces traditions. Il s'agit toutefois d'une victoire pour les femmes, et d'une première avancée pour faire changer les mentalités.

- *En France*

À l'image de la situation internationale, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme s'applique en France, et l'article 16 du Code Civil (18) protège contre les actes néfastes du corps. L'article 371 du Code civil protège également les enfants puisque la décision de pratiquer une excision n'a pas pour finalité l'intérêt de l'enfant et est exclue de l'autorité parentale.

Concernant les peines encourues, l'article 222 du Code pénal (19) décrit :

- Article 222-9 : « les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende. »
- Article 222-10 : « aggrave la peine à 15 ans de réclusion criminelle si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans, et jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle si l'infraction est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute personne ayant autorité sur le mineur. »

Depuis la loi du 5 août 2013, l'article 227 du code pénal décrit deux nouveaux délits qui sont punissables de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende :

- « Le fait de faire à un mineur des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle est puni, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée ».
- « Le fait d'inciter directement autrui, par l'un des moyens énoncés au premiers alinéa, à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée ».

Le principe d'extraterritorialité, permet d'appliquer la loi française lorsque la mutilation est commise à l'étranger.

Le délai de prescription pour les crimes de MSF sur mineur est porté à 30 ans après la majorité de la victime.

Par ailleurs, il existe, selon l'article 226-14 du code pénal, une levée du secret professionnel devant :

- la constatation d'une MSF chez une mineure, même SANS son accord,
- la constatation d'une MSF chez une majeure mais AVEC son accord.

Face à la découverte d'une MSF sur mineure, le praticien doit réaliser un signalement en urgence au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance (Annexe 1 et 2). Il est recommandé de s'interroger également sur l'existence de sœurs dans la fratrie, qui pourraient, elles aussi avoir subi une mutilation (20).

Devant la suspicion d'un risque imminent de mutilation sur mineure, le praticien doit également informer le Procureur de la République en réalisant un signalement. Si le risque n'est pas imminent, il suffira de rédiger une information préoccupante à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP).

1.2.4. Dépistage

Afin d'orienter le professionnel de santé dans son dépistage, la HAS a établi une liste de facteurs de risque devant l'orienter lorsqu'il voit en consultation (3) :

- une patiente originaire d'un pays ou d'une communauté où sont pratiquées les MSF,
- une mineure dont le père et/ou la mère est originaire d'un pays ou d'une communauté où sont pratiquées les MSF,
- une mineure dont la mère, la sœur, la cousine a subi une MSF.

Il est également important de se renseigner sur l'origine de la famille, car même si les parents semblent contre ce genre de pratiques, la famille peut faire pression pour organiser la MSF.

Par ailleurs le professionnel doit savoir reconnaître un risque imminent de MSF. Les signes qui doivent l'alerter sont :

- si les parents organisent un voyage à l'étranger pour leur fille, y compris en Europe,

- si la fille annonce qu'elle va participer à une cérémonie ou une fête, qu'elle portera « une belle robe » et « recevra des cadeaux »,
- si le suivi médical de la fillette n'est pas correctement assuré,
- si le sujet est directement abordé par la fillette ou un membre de sa famille.

Rappelons qu'en cas de risque imminent de MSF sur une mineure, le professionnel de santé doit rédiger un signalement au Procureur de la République.

1.2.5. Conséquences

- *Conséquences gynécologiques (6)(20)*

Immédiates :

- Douleur suraigüe,
- Saignements, pouvant aller jusqu'au choc hémorragique et au décès,
- Lésions traumatiques d'organes voisins (urètre, vessie, méat urinaire, vagin, périnée postérieur, anus, rectum...) pouvant entraîner des fistules (vésico-vaginales ou recto-vaginales),
- Infections aiguës (très fréquentes) : vulvo-vaginite, cervicite, abcès, pouvant entraîner une infection génitale haute, voire une pelvi-péritonite et une septicémie,
- Risque de transmission du tétanos, du VIH, des hépatites, etc. lors de l'utilisation du même matériel chez différentes fillettes,
- Pseudo-infibulation : complication plus fréquente lors des MSF de type II, où les petites lèvres s'accolent et recouvrent le méat urinaire. Cette complication est d'autant plus fréquente que la fillette est jeune,
- Rétention d'urine réflexe (très fréquente) du fait de la douleur provoquée par l'écoulement des urines sur la plaie,
- Cicatrisation pathologique du fait d'un manque d'asepsie, et de l'absence de suture,
- Fractures des membres imputables aux contentions ou aux mouvements de débats de la femme ou de la fillette lors de l'acte,
- Décès suite aux précédentes complications.

À long terme :

- Algies chroniques : « une femme excisée sur 10 est gênée au quotidien pour uriner, marcher, ou porter certains vêtements » (21),
- Hématocolpos : l'orifice vaginal externe est complètement fermé, empêchant l'évacuation des menstruations qui s'accumulent dans le vagin,
- Dysménorrhées (psycho-traumatiques) / stérilité (liée aux potentielles infections génitales hautes),
- Cicatrices chéloïdes : résultent d'un défaut de cicatrisation en réponse à une effraction cutanée,
- Névrome cicatriciel : prolifération désorganisée des fibres nerveuses proximales, potentiellement source de douleurs neuropathiques chroniques,
- Kystes vulvaires : formés après inflammation des glandes et obturation de leurs canaux excréteurs,
- Troubles urinaires : dysurie, rétention d'urine, infections urinaires à répétition, incontinence urinaire,
- Insuffisance rénale chronique, en lien avec les infections urinaires à répétition ou avec une obstruction des voies urinaires,
- Infections génitales basses et hautes,
- Décès suite aux précédentes complications.

- *Conséquences obstétricales (6)(20) :*

Les complications pendant la grossesse dépendent du type de MSF :

MSF type I :

- On ne retrouve généralement peu voire pas de complications,
- La principale peut être la déchirure au niveau du périnée antérieur lors du dégagement de la tête du nouveau-né.

MSF type II et III :

- Elles augmentent le risque d'infection urinaire et de vaginose et donc le risque de fausse couche spontanée tardive, de menace d'accouchement prématuré ou de rupture prématurée des membranes, entraînant alors une naissance prématurée ou potentiellement une mort fœtale in utero liée à une infection intra-utérine,
- Elles présentent également un sur-risque de déchirure périnéale lié à la perte d'élasticité du tissu cicatriciel,
- Ces déchirures peuvent être très hémorragiques du fait de l'augmentation de la vascularisation vulvo-vaginale lors de la grossesse,
- Ces déchirures peuvent également être plus importantes et toucher le méat urinaire.

MSF type III :

- Il s'agit de la forme de MSF dont les complications sont les plus redoutables,
- Elles empêchent une surveillance correcte pendant le travail du fait de la fermeture totale de la vulve,
- Il existe un risque de défaut de progression du fœtus, confronté à la barrière périnéale. Cette situation entraîne un risque majoré d'extraction instrumentale ou de césarienne en urgence, ainsi que des potentielles séquelles neurologiques néonatales voire un décès per-partum ou néonatal,
- En cas de rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale, on peut voir apparaître des fistules vésico-vaginales ou ano-génitales par nécrose des tissus,
- Enfin l'insuffisance rénale liée aux infections urinaires à répétition peut être à l'origine d'une hypertension gravidique et de toutes ses complications (pré-éclampsie, HELLP syndrome ...).

- *Conséquences sexuelles*

L'enquête ExH (enquête Excision et Handicap) réalisée entre 2007 et 2009 par l'Institut National d'Études Démographiques (Ined) met en évidence que les femmes excisées vivent leurs relations sexuelles comme peu satisfaisantes voire systématiquement douloureuses (21) (Figure 12).

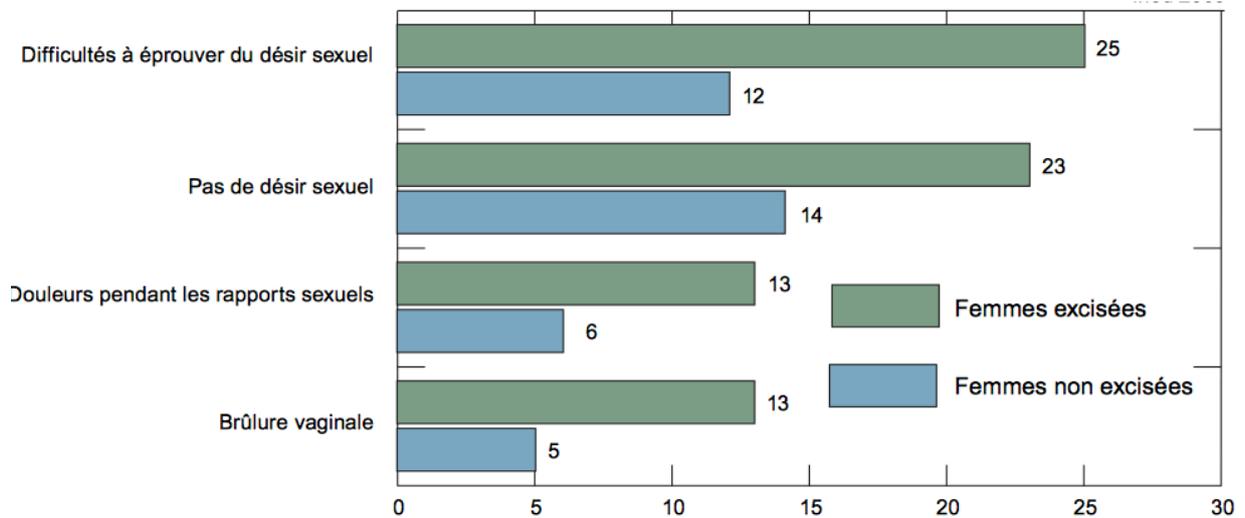


Figure 12 : Difficultés dans la sexualité : avoir déclaré "souvent" ou "toujours" les gênes suivantes (%)
(Source : enquête ExH, 2007-2009)

Parmi les douleurs les plus décrites, sont retrouvées :

- Les douleurs liées aux névromes,
- Les dyspareunies engendrées par les remaniements cicatriciels,
- Voire des rapports sexuels impossibles du fait d'une cicatrisation complète et de la formation de brides (situation souvent retrouvée après un accouchement traumatique)

Comme expliqué précédemment, le gland clitoridien est la zone la plus sensible des organes génitaux féminins. La mutilation de ce dernier peut entraîner une détérioration des terminaisons nerveuses, ainsi que le développement de tissu cicatriciel inélastique et d'adhérences autour des zones excisées. De cette manière, la MSF peut entraîner une altération de la fonction sexuelle (22).

Abdulcadir et al. ont mené une étude comparative sur 15 femmes mutilées et 15 femmes non mutilées (23). Ils ont étudié, par reconstruction IRM tridimensionnelle, la taille et le volume du gland, du clitoris et des bulbes. Ces derniers étaient plus petits dans le groupe des femmes avec MSF mais sans différence significative avec le groupe des femmes sans MSF. En parallèle, ils ont distribué aux femmes des questionnaires reconnus afin d'évaluer leur désir (SDI Sexual Desire Index), leur fonction sexuelle (FSFI Female Sexual Function Index) et l'image de leur corps (QIC Questionnaire d'Image Corporelle). Les résultats des femmes victimes de MSF étaient significativement inférieurs à ceux des femmes non mutilées en ce qui concerne le désir et la fonction sexuelle ($p < 0,01$).

Les auteurs en déduisent donc que le plaisir de la femme n'est pas exclusivement lié à la taille des organes sexuels. Il est certes restreint par les violences physiques mais il l'est également par les violences psycho-traumatiques comme la brutalité de l'acte, l'association de ce dernier à un mariage forcé, ou à des violences sexuelles.

Un des biais principal de cette étude est l'origine culturelle et religieuse des femmes lorsqu'il s'agissait de répondre aux questionnaires. En effet, seulement 2 femmes du groupe des femmes mutilées ont accepté de répondre à la question sur la masturbation.

Par ailleurs, ils démontrent qu'il n'existe pas de différence significative en terme de volume clitoridien et de plaisir sexuel entre les femmes victimes de MSF de type II ou de type III. Les différents types de mutilation ne sont donc pas associés à des troubles sexuels différents.

Enfin, plusieurs études ont révélé que les femmes excisées ayant immigré en Europe sont plus sujettes à des problèmes d'ordre sexologiques que celles ayant grandi dans leur pays d'origine (24,25). En se comparant aux femmes non excisées, elles développeraient un sentiment de « honte », et se sentent « anormales, ou incomplètes ». Par ailleurs elles peuvent être influencées par les informations relayées dans les médias selon lesquelles une femme excisée ne pourrait pas ressentir de plaisir sexuel, cela agissant alors comme une inhibition puissante du plaisir lui-même.

- *Conséquences psychologiques*

La mutilation est vécue comme un réel traumatisme parce qu'elle est, la plupart du temps, réalisée dans un acte de violence, sans anesthésie, et parce qu'elle blesse la femme au plus profond de son intimité.

Dans une récente analyse bibliographique exhaustive, 14 des 16 études incluses ont fait état d'un lien entre MSF et au moins une conséquence néfaste sur la santé mentale (26).

Les MSF sont susceptibles d'entraîner :

- Un réel état de stress post-traumatique (SSPT) avec des reviviscences hallucinatoires, des cauchemars. Behrendt et al. démontrent jusqu'à 30% de SSPT chez les femmes ayant subi une MSF (28),
- Des états dissociatifs post-traumatiques (absence d'intérêt ou d'émotion lors de l'évocation de la mutilation, détachements),
- Des symptômes psychosomatiques (asthénie, maux de tête, douleurs abdominales...),
- Un mal-être avec une forme de tristesse et de découragement, pouvant aller jusqu'à la dépression et au comportement suicidaire. Une récente recherche transversale néerlandaise retrouvent des symptômes de dépression chez 33% des 66 femmes mutilées interrogées (29),
- Une anxiété de manière générale, ou le développement d'angoisses vis à vis des rapports sexuels, de l'accouchement (6). Dans la même étude néerlandaise, les troubles anxieux sont retrouvés chez 30% des femmes interrogées (29),
- Un repli sur soi, une perte de l'estime de soi avec le sentiment d'être différente des autres (particulièrement chez les immigrées),
- Un sentiment de honte, d'injustice et de colère (30).
- Enfin, certaines femmes ont néanmoins la capacité à ne pas être anéanties par l'acte de l'excision : il s'agit de la résilience.

Cependant, une étude cas-témoins menée en Israël dont le but était d'évaluer la santé psychologique des femmes victimes de MSF en comparaison aux femmes non mutilées, n'a pas réussi à démontrer de différence significative entre les deux groupes (31). Dans ce sens, une revue de la littérature par Berg et al. (27) indique que les études sur les conséquences psychologiques des MSF se caractérisent par des échantillons de petite taille et des résultats parfois incohérents, empêchant de tirer des conclusions définitives.

2. THÉRAPEUTIQUES

2.1. Chirurgie réparatrice

2.1.1. Technique

L'étude de Andro et al (12) a interrogé 714 femmes victimes de MSF en France. Parmi elles :

- 55% étaient au courant de la possibilité d'une reconstruction,
- 27% étaient intéressées et
- 3% y ont eu recours.

Pourtant, les interventions de chirurgie réparatrice sont prises en charge par l'Assurance Maladie en France depuis 2004 et concernent uniquement les personnes majeures. Elles sont réalisées sous anesthésie générale.

Les différentes options proposées aux patientes sont les suivantes :

- Exérèse de kystes
- Libération de névromes (tuméfaction cicatricielle sensible)
- Désinfibulation : il s'agit de la procédure chirurgicale la plus simple. Elle peut être pratiquée au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement. Il est également possible d'anticiper cette chirurgie afin de préparer ces événements. L'acte est généralement réalisé à l'aide de ciseaux (27) (Figure 13). Les bords libres labiaux sont ensuite suturés séparément (6).



Figure 13 : Désinfibulation (Source : P.Foldès)

- Reconstruction du clitoris ou clitoridoplastie : technique la plus fréquemment utilisée (22)(26), mise en place en 1998 par le Dr Pierre Foldès, urologue français. Elle consiste à découvrir le moignon du clitoris en le libérant des tissus cicatriciels et en sectionnant le ligament suspenseur du clitoris afin de pouvoir le mobiliser. Le néo clitoris sera ainsi fixé en position physiologique (32) (Figure 14).

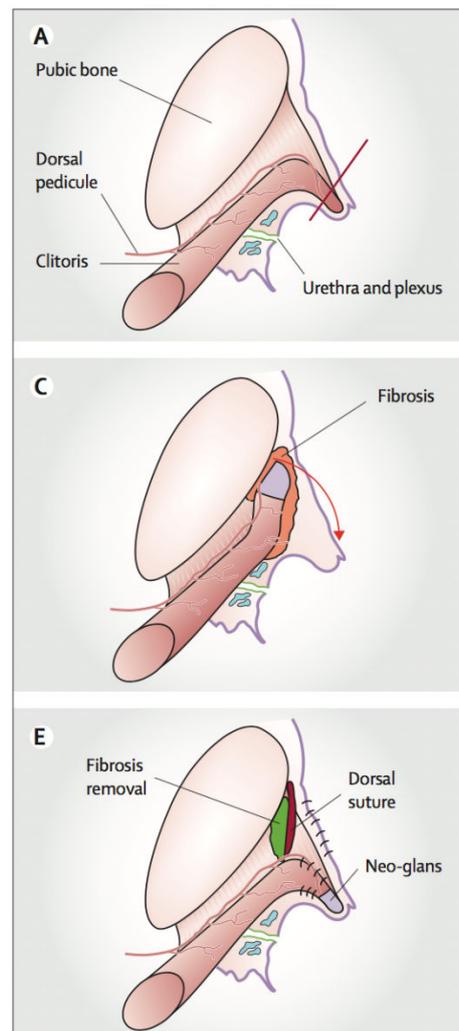


Figure 14 : Foldès et al. - 2015 - (A) Schéma représentant l'anatomie d'un clitoris non mutilé. L'effet d'une excision du gland clitoridien est représenté par la ligne rouge. (C) Clitoris fixé après cicatrisation : la chirurgie consiste à libérer le clitoris de ces adhérences qui l'immobilise et bloque sa dynamique physiologique. (E) Schéma représentant le résultat après une chirurgie reconstructive.

Le moignon clitoridien s'épithélialise lentement en 4 à 6 mois (33).

À 6 mois, une épithélialisation quasi complète du clitoris a été observée chez toutes les patientes de l'étude de Ouedraogo et al (34).

Selon l'étude de P. Foldès publié dans le Lancet en 2012 (24), les femmes espéraient avec la chirurgie :

- retrouver leur identité sexuelle (dans plus de 99% des cas)
- améliorer leur vie sexuelle (81% des cas)
- diminuer la douleur (29% des cas)

Ces chiffres sont similaires dans la revue de littérature de Berg et al. réalisée en 2017 (27).

2.1.2. Résultats

La revue de littérature concerne les études sur les résultats post-opératoires de chirurgie reconstructrice de MSF. Ces résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous (Figure 15).

Le biais principal de toutes ces études est le grand nombre de perdues de vue (de 22 à 79%) et la courte période de suivi d'un an ou moins (24)(36)(40)(45). Les raisons évoquées sont la barrière de la langue, la situation souvent précaire des patientes, les déménagements, ainsi que le parcours fastidieux et psychologiquement douloureux du processus de réparation. Les facteurs individuels et socio-culturels qui limitent l'adhésion aux suivis médicaux sont inconnus, il est nécessaire de mettre en place des plans adaptés pour prévenir l'attrition. L'autre point faible commun à toutes ces études est la taille des échantillons de patientes.

Études / Thèmes abordés	Abramowicz et al.	Merckelbagh et al.	Foldès et al. 1	Foldès et al. 2	Vital et al.	Buggio et al.	Palaskis et al.	Dugast et al.	Antonetti et al.
Anatomie	96% de satisfaction	64% des femmes se sentent plus féminines	87% de satisfaction	96% d'amélioration physique					
Douleur		41% de diminution des dyspareunies		97% d'amélioration ou non aggravation des douleurs pré-existantes					
Sexologie	88% de satisfaction	-56% d'amélioration de la libido -17% de femmes atteignent l'orgasme	75% de satisfaction	51% des femmes opérées atteignent l'orgasme à 1 an	92% de satisfaction	X	X	X	
Psychologie	96% d'amélioration					X	X		X
Complications	Seules 58% des patientes opérées considèrent leur néo-clitoris comme normal	11% des patientes opérées constatent une détérioration esthétique	12,8% de complications (désunion, hématome, douleur)	-23% de complications dont 5% de ré-hospitalisations, et 4% de ré-interventions -23% des femmes constatent une diminution de leur fréquence orgasmique					60% des patientes opérées sont très douloureuses et nécessitent un traitement par morphiniques

Figure 15 : Tableau récapitulatif des études de la revue de littérature

X : sujet abordé dans l'étude

- *Sur le plan anatomique*

Abramowicz et al. démontrent au CHU de Rouen, que 96% des femmes opérées se sentent améliorées anatomiquement, ce qui influe positivement sur leur désir de retrouver une identité sexuelle (35).

Parallèlement, Merckelbagh et al. affirment que 64% des patientes opérées étaient satisfaites de l'amélioration esthétique et se sentaient davantage féminines (36).

- *Sur le plan de la douleur*

Selon P. Foldès, 97,7% des participantes ont signalé une diminution de la douleur (24). Ces résultats sont identiques pour Abramowicz (35). La chirurgie prend alors tout son sens lorsque la motivation principale de la patiente est la diminution de ses douleurs.

- *Sur le plan fonctionnel sexuel*

Une des premières études est celle menée par Pierre Foldès de 1992 à 2005 sur 453 patientes opérées. Il a évalué la douleur dans la région clitoridienne ainsi que le retentissement de la MSF sur le plaisir sexuel avant et après l'intervention. Les résultats mettent en évidence de manière globale une amélioration significative de la sexualité après l'opération dans 75% des cas. (32)

Le même auteur décrit les résultats suivants lors d'une seconde étude en 2012 (24) :

- Après l'opération, 1 femme sur 3 qui n'avait jamais eu d'orgasme a commencé à avoir un orgasme restreint ou régulier
- La moitié des femmes qui avaient un orgasme restreint ont déclaré avoir des orgasmes réguliers après l'opération.

Dans ce sens, l'étude de Merckelbagh et al. met en avant une amélioration des sensations clitoridiennes après la chirurgie reconstructive (36) (Figure 15). Ces résultats sont fondés sur des données subjectives de déclaration de patientes, ce qui limite leur interprétation.

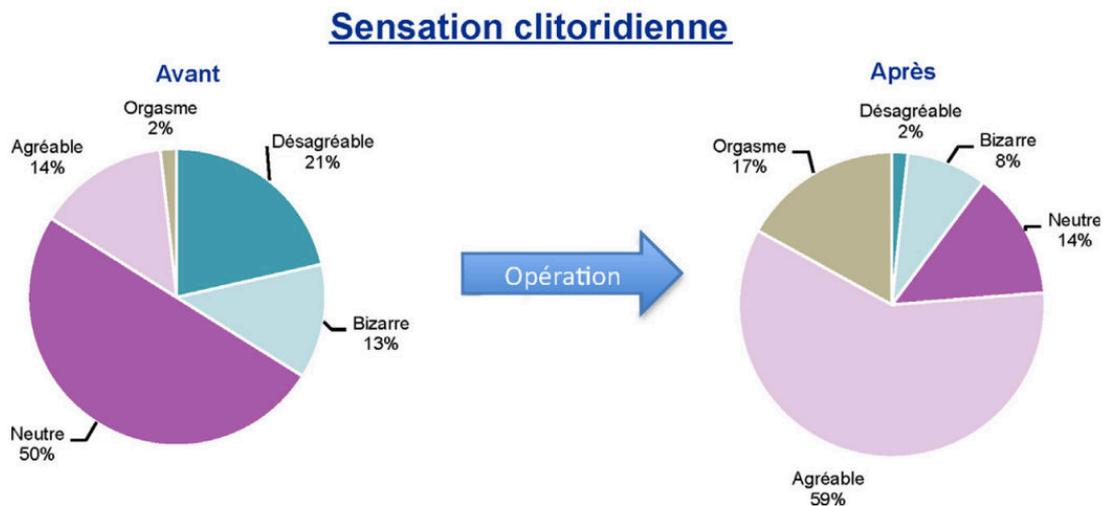


Figure 16 : Merckelbagh et al. - 2015 - Evolution de la sensation clitoridienne après prise en charge avec chirurgie

Afin d'être la plus objective possible, une étude observationnelle prospective et monocentrique, menée au CHU de Nantes (37), évalue l'impact de la chirurgie reconstructive du clitoris sur la fonction sexuelle des femmes ayant subi une MSF en utilisant le questionnaire validé Female Sexual Function Index (FSFI). Ce dernier donne un score de 2 à 36 (Annexe 3). Un score inférieur à 23 oriente vers une dysfonction sexuelle (38)(39).

- Avant l'opération, sur les 12 femmes interrogées, 8 n'avaient aucune sensation clitoridienne, et le score FSFI médian était de 17. Ce qui confirme la présence de dysfonction sexuelle chez les femmes mutilées.
- À 3 mois de l'intervention, le score médian était de 25 et ne différait pas significativement de celui avant l'opération ($p = 0,620$).
- À 6 mois de l'intervention, le score médian était de 29 avec une augmentation significative ($p = 0,009$) sur tous les items, sauf celui de la lubrification.

Grâce à un questionnaire spécifique concernant les sensations clitoridiennes (non présent dans le FSFI original), il a été permis de démontrer que la sensation clitoridienne était significativement améliorée à 6 mois de l'opération.

Une revue de la littérature sur la reconstruction clitoridienne publiée dans *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* en mai 2015 (40) rapporte une quantité limitée de preuves disponibles. Sur 269 études, seulement 4 ont été retenues. Elle déplore qu'aucune des 4 études n'ait évalué l'impact de la thérapie et de l'éducation sexuelle, seules ou en association avec la chirurgie.

Dans ce sens, une étude descriptive transversale a été menée au CHU de Nantes (41). Entre 2011 et 2015, 27 femmes ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale et/ou sexologique de leur MSF. Un questionnaire leur a été soumis afin d'évaluer leur qualité de vie sexuelle avant et après la chirurgie. Le score moyen pour toutes les femmes avant chirurgie était de 61/190. Après chirurgie, accompagnée ou non de thérapie sexuelle, on note une amélioration significative du score de qualité de vie sexuelle :

- Après chirurgie seule : 163/190 ($p = 0,014$)
- Après chirurgie associée à une prise en charge sexologique : 102/190 ($p = 0,024$)

Les auteurs expliquent la différence de score obtenus par de nombreux biais (biais de mémorisation, taille de l'échantillon, délais hétérogènes entre les débuts de prise en charge et l'évaluation de la sexualité) qui ne permettent pas de comparer les résultats des 2 groupes.

Cependant, ils mettent en évidence une amélioration des composantes personnelles et cognitives de la sexualité dans le groupe avec prise en charge sexologique.

Une meilleure compréhension de la façon dont cette chirurgie affecte l'identité de genre, la douleur, et le plaisir sexuel est nécessaire pour identifier les femmes qui pourraient en bénéficier et celles pour lesquelles une thérapie alternative est indiquée (40). Cette conclusion rejoint les études de Buggio et al (22) et Abdulcadir et al (42) qui mettent en avant une approche multi disciplinaire de la réparation.

- *Sur le plan fonctionnel sexuel et psychologique*

Palaskis et al. ont couplé l'évaluation de la fonction sexuelle et celle du bien-être psychologique des femmes mutilées avant reconstruction clitoridienne, puis 1 an après (43). Ils ont utilisé 7 échelles validées (indice de fonction sexuelle des femmes FSFI, échelle de détresse sexuelle féminine révisée FSDS-R, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5, questionnaire sur la forme corporelle BSQ, échelle d'auto-image des organes génitaux féminins FGSI, échelle de traumatologie de Davidson DTS, liste de contrôle des symptômes SCL-90-R). Les auteurs mettent en avant une diminution significative de la détresse sexuelle. Par ailleurs, la fonction sexuelle apparaît comme améliorée mais les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. L'étude a été menée sur 43 patientes, et seulement 15 se sont présentées à la réévaluation 1 an après l'opération.

- *Les limites*

Les résultats des études menées après reconstruction clitoridienne sont probants mais certains chiffres doivent alerter le lecteur.

En effet, dans l'étude de P. Foldès, 23% des femmes qui atteignaient régulièrement l'orgasme avant l'opération, ont signalé une réduction de la fréquence orgasmique après l'opération. (24)

L'étude d'Abramowicz décrit que seulement 58% des patientes opérées définissent leur néo-clitoris comme « normal », et celle de Merckelbagh que 11% ressentent une détérioration sur le plan esthétique.

De la même manière, Mestre-Bach et al. ont évalué l'image de soi après reconstruction clitoridienne. La patiente leur a fait part d'une détérioration de l'image du clitoris à 6 mois de l'opération. (44) L'étude n'a été menée que sur une seule patiente et constitue la faiblesse de ces résultats.

2.1.3. Complications

Les complications décrites par Pierre Foldès dans son étude (26) concernent 23,6% des patientes opérées. Il s'agit principalement de formation d'hématome, surinfections, lâchage des points de suture ou douleurs post-opératoires. Parmi elles, seulement 5,3% ont été réhospitalisées et 3,7% ont nécessité une réintervention chirurgicale (Figure 16).

Type	Nombre	Réhospitalisation	Traitement
<i>Hématome</i>	21	15	9 reprises
<i>Lâchage suture</i>	32	2	8 reprises
<i>Pertes sales</i>	49	2	31 cas : antibiothérapie
<i>Douleur postopératoire</i>	5	5	antalgiques
		= 5,3 %	réinterventions = 3,7 %

Figure 17 : P. Foldès - 2006 - Complications précoces de l'intervention

La douleur post opératoire est fréquente et 60% des patientes opérées ont recours aux morphiniques dans l'unité de soin des femmes excisées à Paris (hôpitaux Rothschild, Trousseau, Montreuil, Bicêtre) (45).

Le traitement antalgique systématique en post opératoire comprend : un antalgique de pallier II, un anti-inflammatoire, un médicament spécifique des douleurs neuropathiques.

Plusieurs patientes qui n'ont pas bénéficié d'une antalgie suffisante, ont eu l'impression de « revivre leur excision ».

Les complications plus sévères décrites à distance sont les cicatrices chéloïdes, une hyperesthésie du clitoris avec sensation de décharges électriques, ré-enfouissement du moignon après cicatrisation (24) et la récurrence d'un ancien syndrome de stress post-traumatique (46). En effet, la douleur post opératoire immédiate liée à la reconstruction clitoridienne peut créer une reviviscence du traumatisme dans l'enfance et nécessite un accompagnement psychologique de la patiente.

2.2. Accompagnement psychologique

La douleur post opératoire immédiate liée à la reconstruction clitoridienne peut créer une reviviscence du traumatisme dans l'enfance au point de déclencher une rechute des symptômes du syndrome de stress post traumatique (SSPT) tels que des cauchemars, des flashbacks, une humeur dépressive, des troubles du sommeil... (22)(46).

Il apparaît donc judicieux de proposer systématiquement un soutien psychologique pour la gestion de la douleur post-opératoire, la récupération et le bien-être de la patiente.

Il n'existe pas d'études portant directement sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez les femmes ayant subi une MSF. Cependant ce type d'intervention a été utilisé avec succès pour traiter le SSPT à la suite de divers événements, notamment la torture, les guerres et la violence sexuelle (47,48). Dans ce sens, l'OMS suggère que la TCC, axée sur l'interaction complexe entre les pensées, les affects, et les comportements, peut fonctionner chez les femmes qui présentent des symptômes de SSPT (7).

Mais l'accompagnement psychologique ne se limite pas aux situations de SSPT. En effet, dans l'étude d'Antonetti et al. (45), sur les 110 patientes vues en consultation psycho-traumatologique par la victimologue, 82 d'entre elles (soit 74,5%) avaient subi d'autres événements traumatiques (mariages forcés, agressions sexuelles avant l'âge adulte, violences politiques, accidents ou maltraitance dans l'enfance). Tous ces événements impactent inéluctablement la vie sexuelle des patientes. La majorité des patientes vues en consultation psycho-traumatologique, se rendent à la consultation sexologique. L'association de ces différentes disciplines est essentielle dans la prise en charge de la patiente mutilée.

2.3. Accompagnement sexologique

Les leçons d'anatomie de base et la thérapie sexuelle peuvent avoir un rôle important à jouer dans la réparation d'une femme excisée. De nombreuses femmes ayant subi une MSF ainsi que leurs partenaires, ne savent pas qu'une partie voire la totalité du clitoris est enfoui sous la cicatrice et peut être stimulée. Elles peuvent penser qu'elles n'ont pas de plaisir sexuel uniquement parce qu'elles sont excisées,

ou supposer que, lorsqu'elles ont du plaisir, leur rapport est forcément moins satisfaisant que celui d'une femme non excisée (40).

L'OMS recommande ainsi un accompagnement sexologique pour la patiente, mais prend en compte également le conjoint lorsqu'il y en a un (7).

Dans l'enquête mondiale de la Global study of sexual attitudes and behaviour (GSSAB) en 2009, il en ressort que 20,9% des femmes interrogées dans la population générale en France présentent des troubles du désir, et que 15,8% n'atteignent pas l'orgasme (49).

De même, selon l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) en 2006, 29% des femmes déclarent avoir « parfois » des troubles du désir, et 28,9% déclarent « parfois » ne pas atteindre l'orgasme (34).

La consultation sexologique de la patiente mutilée en pré opératoire paraît alors tout à fait essentielle afin d'évaluer la part attribuable à la mutilation elle-même. En tant que spécialiste, le sexologue pourra analyser un symptôme sexuel dans ses 4 composantes (51) (physiologique, sexodynamique, cognitive, relationnelle) et ainsi potentiellement le détacher de la MSF et de sa dimension psychoaffective.

D'autres thérapies permettent une prise en charge globale du corps, des émotions et de l'esprit (51) telles que la sophrologie, l'hypnose, la méditation pleine conscience ou la thérapie sexocorporelle. Elles pourraient ainsi trouver leur place dans une prise en charge pluridisciplinaire des femmes victimes de MSF.

Mais ces thérapies alternatives font partie des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC), n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques, et ne sont pas reconnues dans le cadre du code de la santé publique (52). Elles ne sont par ailleurs pas prises en charge par la sécurité sociale et restent à charge du patient.

2.4. Exemples de filière de soin en France

Plusieurs filières de soins existent en France, mais les deux exemples présentés ci-dessous décrivent une vision efficiente des possibilités de prise en charge des femmes victimes de MSF.

Depuis 2013, le CHU de Nantes propose un parcours de soins pluridisciplinaire à ses patientes victimes de MSF (Figure 17). Lorsqu'une patiente fait part d'un désir de reconstruction, cette dernière rencontre systématiquement un chirurgien, un sexologue, ainsi qu'au moins un des intervenants suivants : psychologue, médecin légiste, assistante sociale ou associations. Ces acteurs peuvent être accompagnés d'un interprète si besoin. Avant toute décision d'intervention chirurgicale, la patiente bénéficie d'un délai de réflexion de 3 mois.

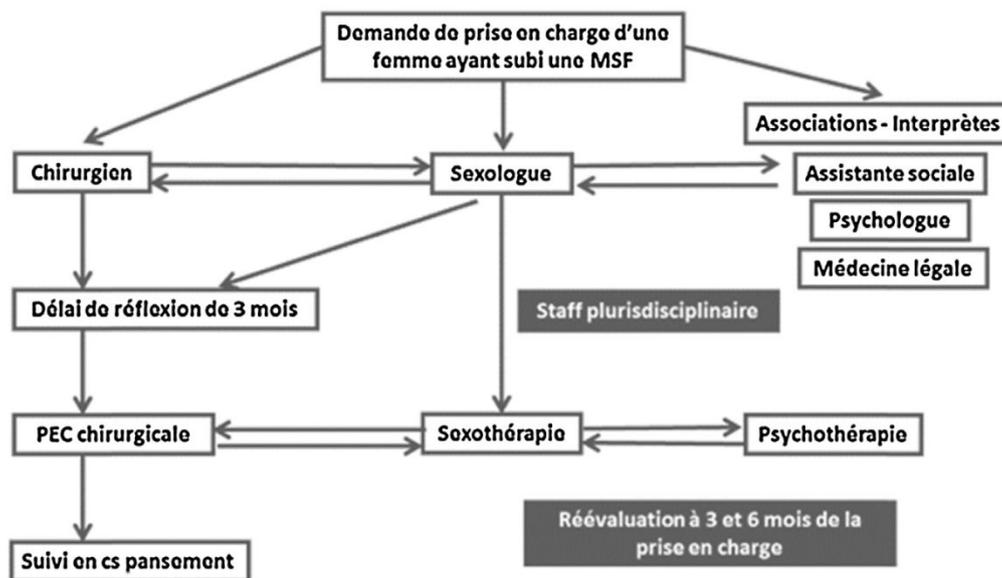


Figure 18 : Parcours de soins pluridisciplinaire proposé à une femme victime de MSF au CHU de Nantes (Source : Dugast et al. – 2017 – Prise en charge sexologique des femmes excisées : expérience nantaise, France.)

Lorsqu'une intervention chirurgicale est réalisée, la patiente est revue de manière systématique en consultation post-opératoire au 4^{ème} jour, puis une fois par semaine au cours du premier mois, puis à 3 et 6 mois. La consultation sexologique post opératoire est proposée 3 mois après l'opération.

L'unité de soin des femmes mutilées des hôpitaux Rothschild, Trousseau, de Montreuil et Bicêtre à Paris, propose un schéma de prise en charge de leurs patientes. Celui-ci débute par une consultation médico-chirurgicale, suivie d'une consultation psycho-traumatologique, puis sexologique et enfin la patiente assiste au staff pluridisciplinaire afin d'établir son plan de soin.

La consultation médico-chirurgicale étant la seule où sera réalisé un examen clinique, le gynécologue permet à la patiente de découvrir son corps et d'apprendre l'existence enfouie du clitoris.

Lorsque le relief clitoridien est suffisamment important, le chirurgien ne proposera pas nécessairement d'opération. En cas d'infibulation, une chirurgie sera systématiquement proposée afin de permettre une réouverture vulvaire, une amélioration des rapports sexuels et une simplification des accouchements.

Antonetti et al. ont mené une étude au sein de leur unité à Paris (45) et ils démontrent que sur 169 patientes entrant dans le parcours proposé, seules 21,3% sont opérées (15,9% de reconstruction clitoridienne et 5,3% de vulvoplastie) (Figure 18).

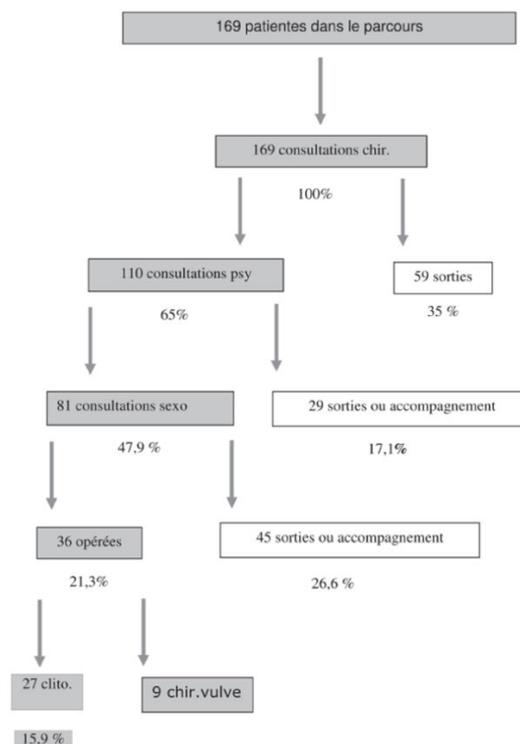


Figure 19 : Antonetti et al. - 2015 - Résultats de l'étude rétrospective qualitative menée dans l'Unité de soins des femmes excisées (hôpital Rothschild, Trousseau, de Montreuil, Bicêtre) de décembre 2007 à janvier 2012

Merckelbagh et al. proposent une analyse rétrospective descriptive de leur plan de soin à l'hôpital Trousseau (36). Sur 111 patientes interrogées :

- 82% d'entre elles, opérées ou non, étaient satisfaites de leur prise en charge multidisciplinaire : sage-femme, psychologue, sexologue, chirurgien-obstétricien.
- 86% des patientes non opérées étaient satisfaites de leur prise en charge, ce qui confirme l'importance d'une verbalisation dans le processus de réparation.

De surcroît, 6 femmes ont spontanément regretté ne pas avoir été intégrées à des groupes de paroles. Cette notion apporte une nouvelle dimension jusqu'alors peu évoquée : celle de la nécessité d'un partage d'informations et d'expériences. Les auteurs ont interrogé les patientes, elles étaient toutes favorables à cette idée, à l'exception d'une femme qui s'estimait trop timide pour partager son vécu.

Il est donc intéressant d'orienter la recherche sur les structures et associations existants en France.

2.5. Associations

Il existe plusieurs associations à l'échelle nationale ou régionale qui accueillent et soutiennent les femmes victimes de MSF :

- Gynécologie sans frontière (GSF), créée en 1995 dont le siège social est situé à Nantes, est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) composée de médecins et sages-femmes qui se préoccupe de la santé des femmes dans le monde.
Site internet : <https://gynsf.org/>
- La fédération GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) fondée en 1982 milite contre les violences faites aux femmes. Elle propose 7 délégations régionales et celle pour le Grand Est est située à Reims.
- Une permanence téléphonique est disponible tous les mercredis de 14h à 18h au 03.32.22.79.99.

- Il est possible de rencontrer les membres de l'association, mais sur le site de Reims exclusivement pour notre région. Site internet : <https://federationgams.org/contacts/>
- La commission CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles) apporte des conseils juridiques, et se tient partie civile lors des procès en lien avec l'excision.
- L'association Excision parlons-en !, créée en 2012, regroupe des associations telles que la GAMS afin de centraliser les informations nationales et internationales sur leur site internet de référence : www.excisionpaerlonsen.org
- De nombreuses plateformes se sont développées, notamment, sur les réseaux sociaux, afin d'étendre l'information sur les MSF. Nous retrouvons parmi elles @alerteexcision qui diffuse des vidéos de témoignages, des messages avec des chiffres clés ou partage des évènements concernant les MSF. Il existe un site internet : www.alerte-excision.org , sur lequel les femmes qui le désirent peuvent avoir accès à un chat 100% anonyme, gratuit et sécurisé, les lundis, mardis et mercredis après-midi de 14h à 17h.
- Équinoxe est une association nancéienne initialement fondée pour la communauté LGBT (Lesbiens, Gays, Bisexuels, Transgenres) depuis 2008 à Nancy. Elle constitue une antenne pour les femmes victimes de MSF en Lorraine.
 Les locaux sont situés au : 5 place Carnot 54000 NANCY.
 Il existe des permanences ouvertes au public les mercredis de 19h30 à 21h30 et les samedis de 14h à 17h.
 Il existe des permanences téléphoniques les mercredis de 14h à 16h au 06.51.83.76.54. Site internet : <https://equinoxe54.com>
- Le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) : il est composé des Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF ou « planning familial ») situés dans les différentes maternités de Lorraine, qui peuvent être des centres d'accueil accessibles facilement pour les femmes n'ayant pas les moyens de se déplacer jusqu'à Nancy. On y trouve des médecins, sages-femmes, psychologues, disponibles pour écouter, conseiller, voire réorienter les patientes.
 Site internet : <https://www.planning-familial.org/fr>

3. FILIÈRE DE SOIN

3.1. Parcours patient

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 soulève la question de l'organisation des soins en France puisqu'un de ses piliers est de faciliter au quotidien les parcours de soins. L'objectif de cette loi est de permettre aux Français de recevoir « *les bons soins, par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment* » (53).

Un parcours de soins correspond à la prise en charge globale, structurée et continue du patient. Pour aboutir à ce parcours, il est nécessaire de réunir : prévention, soins, suivi médico-social et social (54).

La collaboration entre un établissement de santé et les secteurs d'activités extérieures aboutit à un parcours de soins en (55) :

- ciblant les besoins de la population et en organisant les différentes étapes de prise en soins des maladies aiguës ou chroniques (accueil, diagnostic, thérapeutique, sortie ou transfert),
- structurant les liens entre les différents acteurs extérieurs et en développant des plateformes de communication avec les autres établissements de santé et les professionnels libéraux,
- développant un travail en équipe pluri-professionnelle et interdisciplinaire afin d'être dans une dynamique d'amélioration continue des prises en soins centrées sur le patient et son entourage,
- évaluant ces diverses prises en soins.

Les parcours placent le patient au centre de la prise en charge, et c'est au système de santé de s'adapter pour répondre à ses besoins.

En France, le système de santé est organisé autour de l'hôpital, qui est performant pour la gestion d'épisodes aigus d'une pathologie, mais moins lorsqu'il s'agit d'une prise en charge globale et chronique autour du patient. Un changement appelé « *virage ambulatoire* » dans la loi de modernisation vise à placer les soins primaires (ou ambulatoires, de proximité, de premier recours) en première ligne de l'organisation de ce nouveau système de soins.

Afin d'apporter des solutions aux médecins traitants pour organiser les parcours de soins, des plateformes territoriales d'appui (PTA) mutualisent des dispositifs médicaux et sociaux de coordination (54).

De nouvelles structures voient alors le jour pour coordonner les soins ambulatoires sur le territoire, c'est le cas des Communautés Professionnelle Territoriale de Santé.

3.2. CPTS

3.2.1. Définition

Une CPTS est une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé qui permet à des professionnels de santé et des acteurs médico-sociaux de travailler de manière coordonnée autour d'un projet de santé sur leur territoire. Il s'agit d'un nouveau type d'organisation qui s'intègre dans le projet national « Ma santé 2022 » suite à la loi de modernisation du système de santé du 21 janvier 2016 (Annexe 4) (56) (57).

Une CPTS va avoir comme but d'assurer une meilleure coordination entre professionnels de santé afin de participer à la structuration des parcours de santé. Ainsi, elle vise à améliorer la qualité des prises en charges des patients et leur accès aux soins (58).

La CPTS présente, pour les professionnels de santé, les avantages suivants :

- Un gain temps dans l'accueil et l'orientation du patient grâce à une meilleure organisation,
- Un fonctionnement collectif permettant au professionnel isolé de se sentir entouré,
- Un dialogue facilité et privilégié avec les acteurs du territoire.

Concrètement le professionnel de santé va pouvoir :

- Trouver un médecin généraliste ou spécialiste, un kinésithérapeute, une infirmière pour des soins immédiats,
- Trouver un médicament précis disponible dans une pharmacie,
- Demander une ambulance,
- Faciliter la prise de rendez-vous au sein du parcours de soin de son patient.

Quant au patient, il peut avoir accès à :

- Un médecin traitant s'il n'en possède pas,
- Une prise de rendez-vous plus fluide et plus rapide,
- Une prise en charge pluridisciplinaire, avec un suivi du dossier médical entre professionnels qui se connaissent,
- Une amélioration de la prise en charge des soins non programmés.

Enfin, d'un point de vue territorial, la CPTS permet :

- De mettre en place des soins primaires mieux structurés,
- Une plus grande attractivité, en favorisant par exemple l'accueil de stagiaires, ou l'installation de nouveaux professionnels.

La création d'un projet de santé de CPTS doit répondre à 3 critères principaux selon l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) :

- L'amélioration de l'accès aux soins,
- L'organisation de parcours pluri professionnels centrés autour du patient,
- Le développement d'actions territoriales de prévention.

Lorsque le projet de santé d'une CPTS est rédigé, il doit être transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de son territoire. Les ARS ont été créées en 2010 et sont sous la responsabilité du Ministère des Solidarités et de la santé. Elles définissent les politiques de santé au niveau régional (59).

Une fois validé, le projet de CPTS doit ensuite souscrire à un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie pour pouvoir bénéficier de l'accompagnement et du financement de l'ACI (58) (Figure 19).



Figure 20 : 5 étapes clés, indispensables pour garantir un accès aux soins de proximité de manière pérenne (Source : CPTS : des projets de santé émergent grâce à la mobilisation de tous sur les terrain – Ministère des Solidarités et de la Santé – 2020)

3.2.2. CPTS de Metz et environs

La CPTS de Metz et environs a été créée en 2018 et compte désormais plus de 1700 professionnels de santé dont certains au sein de 4 hôpitaux ou groupements hospitaliers : CHR Metz-Thionville, Hôpital Clinique Claude Bernard, HIA Hôpital d'Instruction des Armées Legouest, UNEOS groupement hospitalier (Belle-Isle, Robert Schuman, Sainte Blandine, EHPAD Sainte-Claire et Sainte-Marie).

Le territoire concerné correspond à celui de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) de Metz regroupant 68 communes pour une population globale de 263 000 habitants. Globalement, il s'étend de Maizières-les-Metz au nord à Cheminot au sud, de Vionville à l'ouest à Ars-Laquenexy à l'est (Figure 20).



Figure 21 : Carte du territoire de la CPTS de Metz et environs (Source : CPTS Metz et environs)

Les missions de la CPTS de Metz sont encouragées et financées par l'Agence Régionale de Santé Grand Est.

Parmi leurs actions, une d'elle est d'accompagner les internes de médecine générale dans leur formation et leur projet de thèse. Des séances d'échange de groupes entre les thésards et les professionnels de santé sont ainsi organisées dans les locaux de la CPTS.

3.2.3. Moyens de communication entre professionnels

Afin de faciliter les échanges entre professionnels de santé libéraux, de pouvoir suivre les parcours de soins des patients et de recevoir les alertes territoriales, plusieurs moyens de communication sont disponibles au sein d'une CPTS.

Chaque professionnel de santé est libre de déclencher une « prescription » lorsqu'il estime que l'intervention d'un autre professionnel de santé est nécessaire auprès de son patient.

Dans le cadre de la CPTS de Metz, il peut alors utiliser :

- La plateforme téléphonique 24h/24 – 7j/7 au 09 723 99 444 (numéro local non surtaxé)
- La plateforme internet en se connectant sur le site de la CPTS
- L'application Entr'Actes : téléchargeable sur les stores Apple ou Android pour les mobiles, mais également sur ordinateur. Il s'agit d'un outil développé initialement en Essonne, et désormais complètement intégré dans la pratique courante grâce à sa facilité d'utilisation.

Sur la plateforme, le professionnel enregistre sa spécialité, sa localisation, ses horaires et types de prise en charge. Il reçoit alors les notifications en lien avec son domaine de compétence. Libre à lui d'accepter ou de refuser la prise en charge proposée. Lorsqu'une prise en charge est acceptée par un intervenant, alors elle n'est plus disponible pour les autres professionnels. Cette application met en relation 2 professionnels de santé en évitant une communication qui jusqu'à maintenant était réalisée par téléphone et permet ainsi un gain de temps qui pourra être dédié au soin du patient. En novembre 2020, près de 27% des professionnels de santé libéraux du territoire ont téléchargé l'application mobile.

3.3. Création du projet de soin

3.3.1. Recrutement des professionnels de santé

L'intégration de projet de soin au sein d'une CPTS prend tout son sens, grâce à la communication privilégiée entre professionnels de santé.

Concernant la filière de soin pour les femmes victimes de mutilations sexuelles, à la lumière des résultats d'études évoqués auparavant, il apparaît évident de faire appel à ces différents spécialistes : gynécologue-obstétricien, médecin généraliste, sage-femme, psychologue, sexologue +/- sophrologue.

En s'inspirant des filières déjà existantes en France, il semble judicieux d'intégrer les professionnels de santé hospitaliers également. La CPTS constitue alors un interlocuteur privilégié entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Chaque acteur est libre de participer ou non à cette filière.

Le sujet des MSF n'est pas forcément évident à aborder lorsque le professionnel de santé n'est pas familier avec ce type de violences faites aux femmes. C'est la raison pour laquelle une filière de soin dédiée a été créée au sein de la CPTS de Metz. Ainsi les femmes concernées sont directement orientées vers les professionnels compétents sur le sujet.

Nous avons donc contacté les différents professionnels de santé cités ci-dessus participants à la CPTS de Metz.

Un mail a été envoyé à 344 professionnels de santé :

- Sur 215 médecins généralistes : 6 ont répondu au questionnaire, 1 seul est informé sur le sujet des MSF et se porte volontaire pour intégrer la filière de soin,
- Sur 48 sages-femmes : 5 ont répondu au questionnaire, elles sont toutes informées sur le sujet et 4 d'entre elles sont volontaires pour intégrer la filière de soin,
- Sur 69 psychologues : 7 ont répondu au questionnaire, 4 sont informés sur le sujet et sont volontaires pour intégrer la filière de soin. L'une d'entre elles a également une formation en sexologie.
- Sur 12 gynécologues : 1 seul a répondu être informé mais ne souhaite pas participer à la filière de soin.

Il est frappant de constater que sur 6 médecins généralistes, 5 ne sont pas informés sur le sujet des MSF. Un réel travail d'information est à mettre en place.

Voici donc le listing de la filière de soin à l'heure actuelle :

- Médecins généralistes :
 - Dr FANARA Amandine : 57160 Scy Chazelles
- Sages-femmes :
 - KREBS Anne-Charlotte : 57420 Verny
 - BAUER Marie : 50 boulevard Saint-Symphorien, 57050 Longeville-lès-Metz
 - GAVOILLE Michèle : retraitée

- MOUGEL Angèle : 57070 Saint Julien

- Psychologues :
 - COUPELOUR Marianne :, 57050 METZ
 - VIOT STAUB Mélanie : 57130 Ancy sur Moselle
 - LABAUNE Muriel : 57000 Metz
 - MEYER Floriane : 57050 Metz

- Sexologues :
 - MEYER Floriane : 57050 Metz

3.3.2. Site internet

Sur le site internet de la CPTS de Metz : www.cpts-metz.fr , le professionnel de santé a accès à des fiches informatives sur des sujets précis correspondant à chaque projet de soin développé au sein de la CPTS.

Le sujet des mutilations sexuelles féminines est mal connu de la plupart des professionnels de santé. En effet, aucun enseignement n'est donné à la faculté de médecine en France par exemple.

Gonzáles-Timoneda et al. ont interrogé les professionnels des soins de santé primaires de la zone de soins de Valence sur les MSF (60). Il s'agissait d'une étude descriptive transversale basée sur un questionnaire administré à 321 professionnels : médecins généralistes, pédiatres, infirmières, sages-femmes, gynécologues, travailleurs sociaux et autres. L'étude a montré que 15% des professionnels ont reçu une formation sur les MSF. Parmi ces 15%, seulement 22,7% ont correctement identifié la typologie des MSF et moins de 5% ont identifié la zone géographique. Seuls 6,9% des répondants ont admis connaître certains protocoles d'action à l'intention de ces femmes.

Par ailleurs, l'étude de Fawcett et al. menée dans un centre de traumatologie au Royaume-Uni, démontre qu'aucune MSF n'a été diagnostiquée parmi les 39 femmes mutilées qui ont consulté aux urgences générales (61).

Un message d'information claire sur le sujet doit être diffusé aux professionnels de santé de premier recours, et cela touche aussi bien les professionnels libéraux qu'hospitaliers. Ainsi, une page très succincte, avec des chiffres clés, est disponible sur le site de la CPTS de Metz. L'accès est réservé aux professionnels de santé, et ces derniers peuvent y trouver en pièces jointes, les certificats pré-rédigés de Signalement pour les patientes mineures ou majeures.

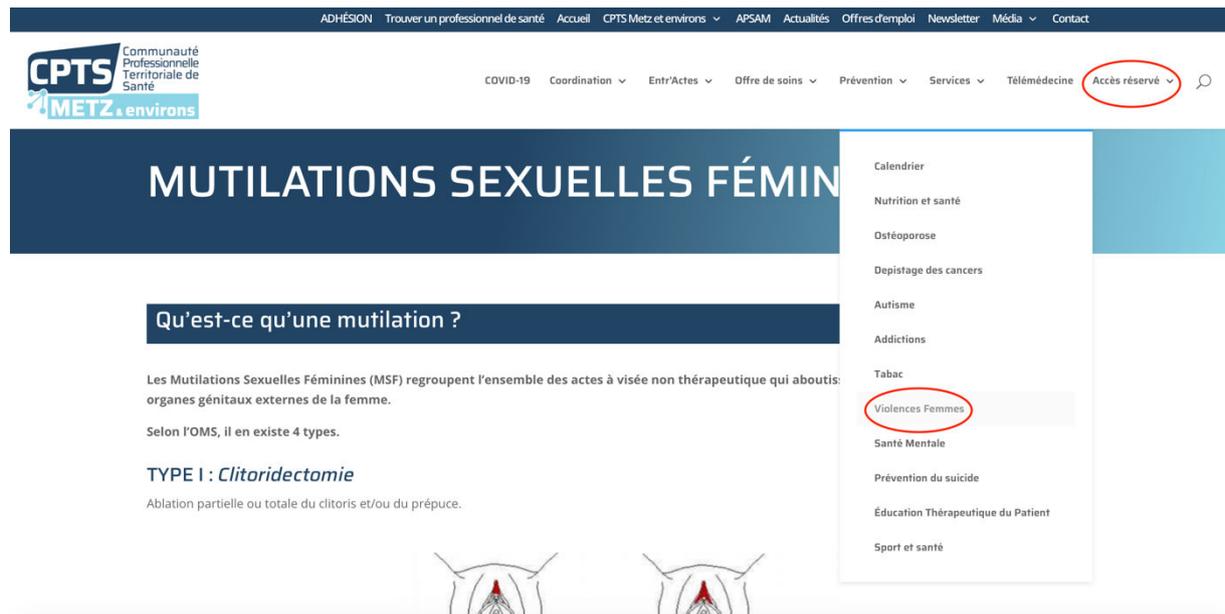


Figure 22 : Page internet Mutilations Sexuelles Féminines (Source : <https://www.cpts-metz.fr/mutilations-sexuelles-feminines/>)



Figure 23 : Formulaires de signalement (Source : <https://www.cpts-metz.fr/mutilations-sexuelles-feminines/>)

CONCLUSION

À l'ère où, dans le monde, des mouvements se soulèvent pour défendre les droits des femmes, le combat contre les MSF est essentiel.

Il fait partie intégrante du devoir de santé publique du médecin généraliste en France. Ce dernier doit pouvoir dépister et accompagner ses patientes mutilées.

Nous avons pu constater un manque majeur d'information des professionnels de santé sur le sujet. En réponse à cela, un message de prévention doit être largement diffusé, et ce notamment pendant les cours facultaires.

La revue de littérature met en évidence l'importance d'une prise en soin pluridisciplinaire des femmes victimes de MSF, à savoir médicale, psychologique, sexologique et parfois chirurgicale.

Depuis 2016, en France, la loi de modernisation du système de santé préconise la formation de parcours patient afin de soulager les systèmes hospitaliers, faciliter les échanges entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers, et optimiser la prise en charge des patients. Ainsi, une filière de soins pour les femmes victimes de MSF est en train de naître au sein de la CPTS de Metz.

Avec la pandémie de Covid19 et la crise sanitaire et sociale qui l'entoure depuis 2020, une hausse des cas de MSF chez les jeunes filles est à redouter. Celle-ci concernerait jusqu'à 2 millions de fillettes supplémentaires dans les 10 prochaines années selon les prévisions de l'ONU. En effet, suite à la fermeture des écoles dans de nombreux pays, les jeunes filles à risque sont privées d'un cadre de protection et de prévention privilégié. Par ailleurs, les campagnes de prévention menées sur le terrain sont à l'arrêt, freinées par l'interdiction des rassemblements de population. Enfin, certaines exciseuses, par soucis financier, ont repris leurs activités.

Les Nations Unies estiment à 2 milliards d'euros la somme à réunir dans les 10 prochaines années pour mettre fin à l'excision. Les points essentiels à privilégier sont la prévention et l'information des jeunes filles, la formation des professionnels de santé et le respect des lois dans tous les pays où la pratique des MSF est déjà interdite.

BIBLIOGRAPHIE

1. Excision et mutilations génitales féminines [Internet]. UNICEF France. 2016 [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/dossier/excision-et-mutilations-genitales-feminines>
2. Lesclingand - ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES ADULTES AYANT SUBI .pdf [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/pdf/2019_21_1.pdf
3. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours
4. Netter - Atlas d'anatomie humaine - PACES [Internet]. StuDocu. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.studocu.com/fr/document/universite-paris-13/paces/autre/netter-atlas-danatomie-humaine/2173205/view>
5. Anatomie du périnée féminin. :20.
6. praticienfaceauxmsf2010.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>
7. WHO | WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>
8. Sayed GH, Abd el-Aty MA, Fadel KA. The practice of female genital mutilation in upper Egypt. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* déc 1996;55(3):285-91.
9. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

10. Female genital mutilation (FGM) [Internet]. UNICEF DATA. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
11. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. Population. 23 sept 2016;Vol. 71(2):224-311.
12. Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf
13. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
14. CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>
15. HCDH | Convention relative aux droits de l'enfant [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
16. protocol_rights_women_africa_2003f.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003f.pdf
17. Le Soudan se dirige vers une pénalisation de l'excision. Le Monde.fr [Internet]. 6 mai 2020 [cité 28 mai 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/06/le-soudan-se-dirige-vers-une-penalisation-de-l-excision_6038847_3212.html

18. Code civil | Legifrance [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=A77937AF460EEE23E35398874DEFB709.tplgfr35s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006136059&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20200323
19. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=A77937AF460EEE23E35398874DEFB709.tplgfr35s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181750&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20200323
20. Sladana - 2020 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307__recommandations_mutilations_sexuelles_feminines.pdf
21. Les mutilations sexuelles féminines en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/mutilations-sexuelles-france/>
22. Buggio L, Facchin F, Chiappa L, Barbara G, Brambilla M, Vercellini P. Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. *Health Equity*. 20 févr 2019;3(1):36-46.
23. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi Demicheli F, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med*. févr 2016;13(2):226-37.
24. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. juill 2012;380(9837):134-41.
25. Johnsdotter S. How pro-orgasm intentions in anti-FGM campaigns backfire. In 2008 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <http://muep.mau.se/handle/2043/9256>
26. Sigurjonsson H, Jordal M. Addressing Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in the Era of Clitoral Reconstruction: Plastic Surgery. *Curr Sex Health Rep*. 2018;10(2):50-6.

27. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J Sex Med.* août 2017;14(8):977-90.
28. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry.* mai 2005;162(5):1000-2.
29. Knipscheer J, Vloeberghs E, van der Kwaak A, van den Muijsenbergh M. Mental health problems associated with female genital mutilation. *BJPsych Bull.* déc 2015;39(6):273-7.
30. Jordal M, Griffin G, Sigurjonsson H. « I want what every other woman has »: reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting - a qualitative study from Sweden. *Cult Health Sex.* 2019;21(6):701-16.
31. 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.
32. Foldes P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 déc 2006;34(12):1137-41.
33. 2008_GO_121_paniel.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_121_paniel.pdf?fbclid=IwAR3kkcl4gUybY8zdn0a40C61Rr7MQI1HXK-BUV_HvUx-bOzRfZmx4i4btvg
34. Ouédraogo CMR, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. [Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. Report of 94 cases]. *Ann Chir Plast Esthet.* juin 2013;58(3):208-15.
35. Abramowicz S, Oden S, Dietrich G, Marpeau L, Resch B. [Anatomic, functional and identity results after clitoris transposition]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* oct 2016;45(8):963-71.

36. Merckelbagh H-M, Nicolas M-N, Piketty M-P, Benifla J-L-B. Évaluation d'une prise en charge multidisciplinaire chez 169 patientes excisées demandeuses d'une chirurgie réparatrice. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 oct 2015;43(10):633-9.
37. Vital M, de Visme S, Hanf M, Philippe H-J, Winer N, Wylomanski S. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juill 2016;202:71-4.
38. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1,009 Women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul. *J Sex Med.* sept 2008;5(9):2044-52.
39. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res.* août 2007;19(4):353-7.
40. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* mai 2015;129(2):93-7.
41. Dugast S, Winer N, Wylomanski S. Prise en charge sexologique des femmes excisées : expérience nantaise, France. Étude préliminaire. *Sexologies.* oct 2017;26(4):213-21.
42. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies. *J Sex Med.* 1 janv 2015;12(1):274-81.
43. Paslakis G, Farré JM, Tolosa-Sola I, Palazón-Llecha A, Domínguez-Cagnon H, Jiménez M, et al. Clinical Features Associated with Female Genital Mutilation/Cutting: A Pilot Longitudinal Study. *J Clin Med [Internet].* 22 juill 2020 [cité 17 nov 2020];9(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7463820/>

44. Mestre-Bach G, Tolosa-Sola I, Barri-Soldevila P, Jiménez-Bonora M, Lasheras G, Farré JM. Clinical, Sexual and Psychopathological Changes after Clitoral Reconstruction in a Type II Female Genital Mutilation/Cutting: A Case Report. *Afr J Reprod Health*. mars 2019;23(1):154-62.
45. E AN, S F, L B. [Benefits of multidisciplinary care for excised women]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 24 févr 2015;44(9):862-9.
46. Abdulcadir J, Bianchi Demicheli F, Willame A, Recordon N, Petignat P. Posttraumatic Stress Disorder Relapse and Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation. *Obstet Gynecol*. 2017;129(2):371-6.
47. Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T, et al. Controlled Trial of Psychotherapy for Congolese Survivors of Sexual Violence. *N Engl J Med*. 6 juin 2013;368(23):2182-91.
48. Patel N, Kellezi B, Williams AC de C. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 11 nov 2014;(11):CD009317.
49. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Jr EDM. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *Int J Urol*. 2009;16(7):632-8.
50. Chaperon S. Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte, 2008, 609 p. *Clio Femmes Genre Hist*. 1 mai 2010;(31):324-6.
51. Chatton D, Desjardins J-Y, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychotherapies*. 2005;Vol. 25(1):3-19.
52. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>

53. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>
54. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
55. parcours_patient_-_guide_ev_v2014.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/parcours_patient_-_guide_ev_v2014.pdf
56. Présentation - Rôles, enjeux et missions [Internet]. CPTS Metz et environs. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cpts-metz.fr/cpts-metz-roles-enjeux-missions/>
57. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
58. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS): la coordination au bénéfice de tous [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-la-coordination-au-benefice-de-tous>
59. guide-elus-14-11-2019-vf-2.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-elus-14-11-2019-vf-2.pdf>
60. González-Timoneda A, Ruiz Ros V, González-Timoneda M, Cano Sánchez A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? BMC Health Serv Res. 24 2018;18(1):579.
61. Fawcett RJ, Kernohan G. A retrospective analysis of 34 potentially missed cases of female genital mutilation in the emergency department. Emerg Med J. 1 oct 2018;35(10):587-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée ou de risque imminent sur une mineure

SIGNALEMENT

Je certifie avoir examiné ce jour : (date, année, heure)

Le / la mineur(e) :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance (en toutes lettres) :
- Sexe :
- Adresse :

Accompagné(e) de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le / la mineur(e)):

- La personne nous a dit que : « _____ »
- Le/la mineur(e) nous a dit que : « _____ »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice : oui / non

Description du comportement du / de la mineur(e) pendant la consultation :

Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République et copie à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du Conseil Départemental

Fait à _____ , le

Signature du médecin ayant examiné le / la mineur(e) :

Conserver un double de ce document.

Annexe 2 : Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une femme majeure avec son consentement

Établi par un médecin : art-.226 -14 du code pénal

À adresser au Procureur de la République

Objet : Signalement d'une mutilation sexuelle avérée exercée sur une femme majeure

Madame ou Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....

J'ai examiné ce jour, (jour, heure, mois, année)

Madame/Mademoiselle : (Nom, Prénom)

née le (jour, mois, année)

domiciliée :

qui a donné son accord à ce signalement.

Les signes suivants m'amènent à penser que cette personne a subi une mutilation sexuelle :

.....

Je vous prie de croire Madame ou Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Signature/ Cachet

Conserver un double de ce document

Annexe 3 : Questionnaire sur l'activité sexuelle chez la femme (Female Sexual Function Index FSFI)

Questionnaire sur l'activité sexuelle chez la femme (French version of the 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 que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation, et la pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

Ne cochez qu'une seule réponse par question

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 4 : Les 10 mesures phares de « ma santé 2022 » selon l'ARS

1. Lutter contre les déserts médicaux
2. **Création de financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques** (dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur partie hospitalière).

L'enjeu étant d'aboutir à une **meilleure coordination ville-hôpital**.
2. **Déploiement de 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS) d'ici 2022.
3. **Soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux** dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins.
4. **Labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité »**. Ils assureront des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes-âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées...
5. **Réforme du régime des autorisations des activités de soins**, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence.
6. **Création d'un statut unique de praticien hospitalier**, (associé à la suppression du concours), **pour faciliter l'entrée dans la carrière, diversifier les parcours professionnels**.
7. **Management et organisation des activités de soins : favoriser la reconnaissance collective** par la création d'un dispositif d'intéressement lié à l'amélioration de la qualité de service ; prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux.
8. **Renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux** avec l'élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME).
9. **Suppression du numerus clausus et refonte des premiers cycles des études en santé**.

VU

NANCY, le **17 mai 2021**

Le Président de Thèse

Professeur Olivier MOREL

NANCY, le **19 mai 2021**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11721C**

NANCY, le **27 mai 2021**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

En 2016, l'UNICEF estimait qu'au moins 200 millions de femmes dans le monde étaient victimes de mutilation sexuelle et qu'environ 30 millions de filles risquaient de l'être au cours des dix prochaines années. Ces femmes vivent principalement en Afrique et au Moyen-Orient mais on estime qu'elles sont environ 125 000 à vivre en France. En 2005, le gouvernement français lance un plan d'action à l'égard de ces femmes. Quelles mesures ont concrètement été mises en place depuis ?

La revue de littérature centrée sur les propositions de prise en charge de ces patientes, met en exergue une vision pluridisciplinaire associant médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, psychologues et sexologues.

À ce titre, dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé en France, une filière de soins dédiée est en train de naître au sein de la CPTS de Metz.

Les points essentiels à privilégier pour mettre fin aux mutilations sexuelles féminines sont la prévention et l'information des jeunes filles, la formation des professionnels de santé et le respect des lois dans tous les pays où la pratique des MSF est déjà interdite.

Le médecin généraliste, est un acteur majeur pour dépister et surtout prévenir la pratique des MSF dans les familles dites « à risque ». Ce rôle est d'autant plus important qu'une hausse des cas de MSF est à redouter depuis la pandémie de Covid19 et la crise sanitaire et sociale qui l'entoure.

TITRE EN ANGLAIS : Establishment of a general medical care for women victims of sexual mutilation

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2021

MOTS CLEFS : female genital mutilation, primary health care, diagnosis, critical pathway

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex
