

Mutilations sexuelles féminines

Repérage et Prise en charge

Webinaire organisé par le Réseau de Périnatalité Occitanie – 06/02/2026





Modalités du Webinaire

- ✓ Les micros/caméras sont inactivés par défaut
- ✓ Réunion enregistrée à des fins de rediffusion
- ✓ Vous pouvez poser des questions sur l'onglet Q/R : elles seront abordées en fin de présentation
- ✓ En fin de session un questionnaire s'ouvrira sur une enquête de satisfaction
- ✓ Le webinaire sera disponible en replay dans les jours prochains



Pôle « Santé périnatale » du RPO

Le pôle « Santé périnatale » du RPO participe à la coordination des acteurs du champ médico-psycho-social en vue de faciliter l'accès des femmes à l'IVG et il optimise le parcours de la femme, du coparent et de l'enfant durant les 1000 premiers jours.

Instruction de la DGOS de 2023 pour les DSRP (dispositif spécifique régional périnatalité)

"Enfin, le plan national visant à **éradiquer les mutilations sexuelles féminines** prévoit de sensibiliser les équipes des maternités à la nécessité de repérer et de proposer systématiquement aux femmes une prise en charge via les structures régionales dédiées à la prise en charge des femmes victimes de violences."



Pourquoi un webinaire
«Mutilations sexuelles féminines»
aujourd'hui ?



Présentation des intervenantes

- **Dr Aurélie MEHENNI**, Coordinatrice Parcours Kintsugi, centre Frantz Fanon – La Cimade
- **Mme Elise VAN DER SLIKKE**, Psychologue sur le parcours Kintsugi, centre Frantz Fanon – La Cimade
- **Dr Laure PANEL**, Gynécologue-obstétricienne, clinique Beausoleil – Montpellier

Avec la collaboration de

- **Mme Florence COSTE**, Sage-femme, pôle Santé périnatale
- **Mme Laurence KOCHOYAN**, Chargée d'appui administratif et formation, pôle Santé périnatale
- **M. Benjamin COPPEL**, Sage-femme, pilote du pôle Santé périnatale
- **Mme Maryne ORTUNO-BRINGUIER**, Co pilote du pôle Santé périnatale



Accompagner les femmes victimes de mutilation sexuelle

Dr Aurélie MEHENNI – Coordinatrice Parcours Kintsugi
Centre Frantz Fanon – La Cimade

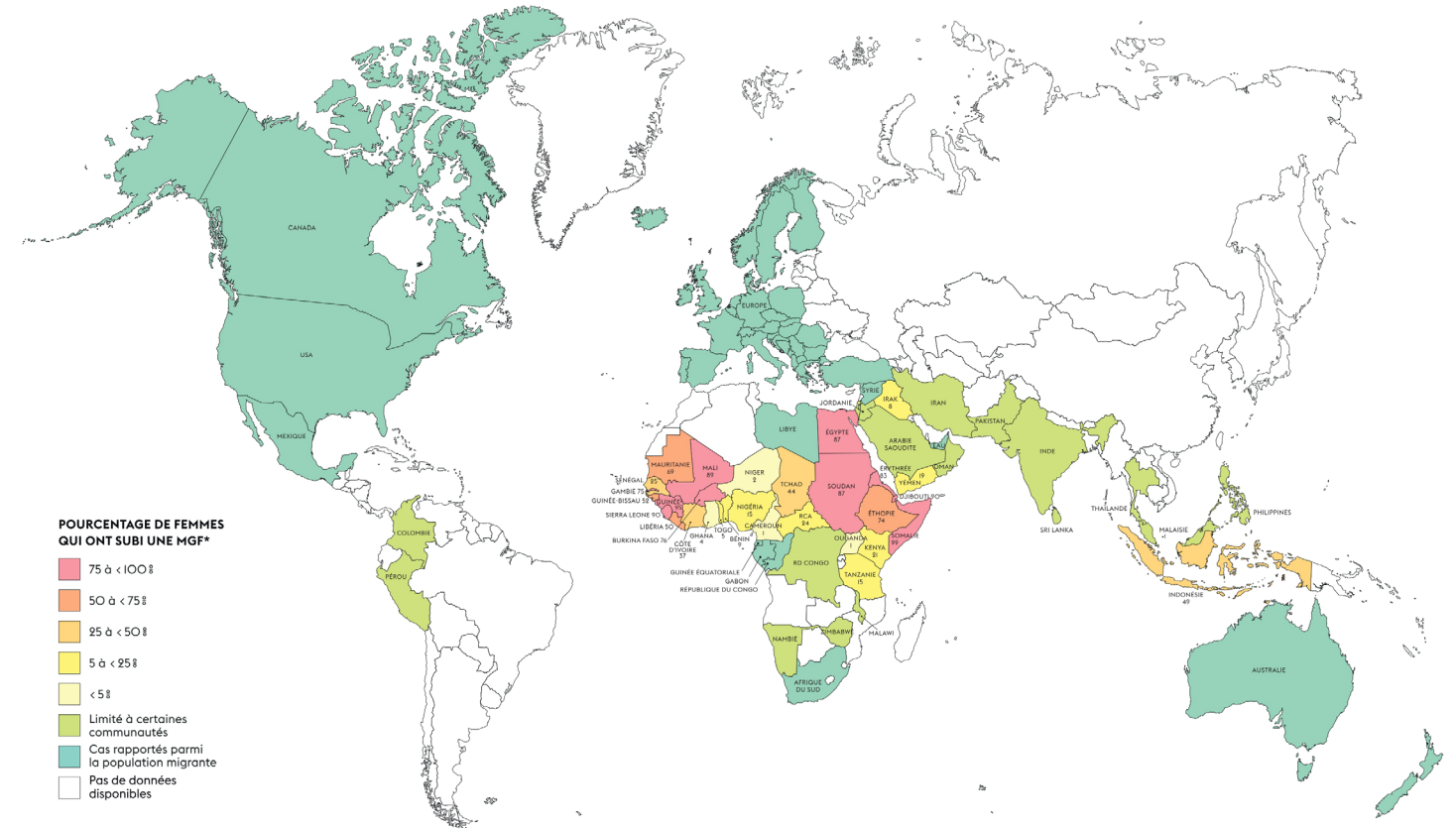


Données épidémiologiques

- **230 millions** de femmes et fillettes excisées dans le monde
- Pratique active dans au moins **trente pays**

PRÉVALENCE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES DANS LE MONDE

PLUS DE 230 MILLIONS DE FEMMES DANS LE MONDE SONT CONCERNÉES





En France

- **125 000** femmes excisées vivent en France
- Disparition progressive du risque pour les filles de la deuxième génération de migration nées en France après 1995
- Sur le plan juridique
 - Acte de qualification criminelle
 - Responsabilité des professionnels de santé
 - Droit d'asile



Aspects anthropologiques



- ✓ Pas de lien avec la religion
- ✓ Rite de passage
- ✓ Mythes
- ✓ Contrôle de la sexualité féminine



Fréquence des violences cumulatives liées au genre

- Mariage forcé
- Mariage précoce
- Violences intrafamiliales
- Violences sexuelles
- Privation de scolarisation

“
Ma grand-mère m'a dit
"Demain, tu vas être une FEMME"
ça m'a coûté très cher





Le Parcours Kintsugi

Parcours coordonné centre Frantz Fanon – Clinique Beau-Soleil

Réseau Kintsugi

- Accompagnement médico-chirurgical, psychologique, sexologique, juridique
- Groupe de parole, pair-aidance, médiations thérapeutiques
- Parcours de soins global construit *en réponse à la demande de la femme*





La demande des femmes

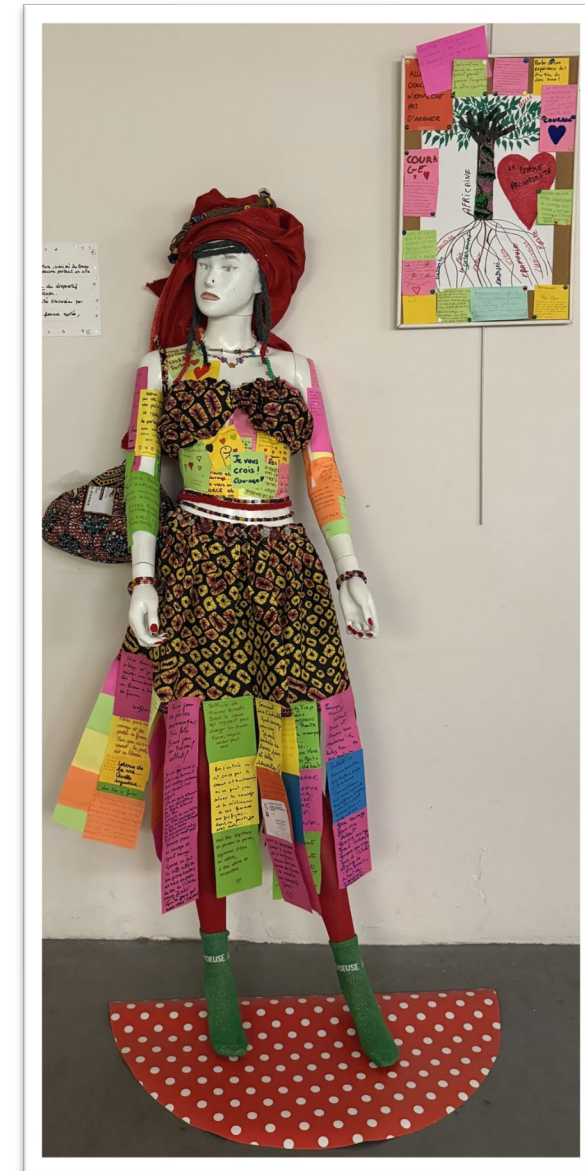
- ✓ Singulière
- ✓ Evolutive
- ✓ Multiple





La demande des femmes

- ✓ Douleurs
- ✓ Restauration physique et identitaire
- ✓ Amélioration de la sexualité
- ✓ Complications médicales, gynéco-obstétricales
- ✓ Questionnement maternel





Références bibliographiques

- UNICEF Female Genital Mutilation, A global concern, 2024 update
- Lesclingand M, Andro A, Lombard T, Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidemiol Hebd 2019;(21):392-9
- Lesclingand M, Sylla F, Andro A, Boisson S. Une enquête pilote de prévalence des mutilations sexuelles féminines dans trois départements français. Bull Epidemiol Hebd 2023;(19):398-407
- Mehenni A, "Parcours Kintsugi : sublimer les cicatrices, un cheminement individuel et collectif", in SORDINO MC (dir.), Mutilations sexuelles féminines au XXIème siècle : réflexions médicales, juridiques et éthiques, Mare & Martin, 2026, pp. 165-172
- www.fgmcri.org
- www.milleparcours.org



Accompagnement psychologique

Mme Elise Van der Slikke
Psychologue sur le parcours Kintsugi
centre Frantz Fanon- La Cimade



Plaintes psychologiques

La construction d'une demande lors de la rencontre dans l'espace psychothérapeutique

- Symptômes de stress post traumatique
 - ✓ Troubles du sommeil
 - ✓ Syndrome intrusif
 - ✓ Épisodes dissociatifs
 - ✓ Troubles cognitifs
 - ✓ Troubles du discours
- Comorbidité : symptômes anxiodépressifs
- Troubles psycho somatiques, troubles psychosexuels



Quels accompagnements psychothérapeutiques possibles ?

- Ouverture d'un espace de parole
- Contrecarrer l'expérience où l'excision est taboue
- Respecter la temporalité

“

Le peu de temps que j'ai vécu ici, tendance à effacer les souffrances, je veux que ça continue, je ne veux pas être sous l'emprise de quelqu'un.

”



Quels accompagnements psychothérapeutiques possibles ?

“

« Je ne me sens pas comme les autres femmes »

« Je suis une femme excisée, je ne suis pas normale »

”

- Comment se pense-t-elle femme?
- Comment se rêve-t-elle femme?
- Comment l'a-t-on pensée?
- Comment la société d'accueil la pense?



Quels accompagnements psychothérapeutiques possibles ?

Psychoéducation sur la symptomatologie post traumatique

“

J'étais aliénée mentalement

”

- Valoriser le recours à des stratégies de protection
- Exploration de techniques d'ancrage
 - ✓ Mieux gérer les symptômes post traumatiques
 - ✓ Médiation par le dessin
 - ✓ Thérapie par ICV / Thérapie de reconsolidation



Quels accompagnements psychothérapeutiques possibles ?

Le sentiment de honte, atteinte à l'image corporelle

“

Avant l'excision, j'avais un copain,
on avait l'habitude de le faire, après, plus de plaisir,
j'ai honte de moi, ils ont déformé mon corps

”

À qui appartient leur corps aujourd'hui ?

Comment peuvent-elles habiter à nouveau leurs corps ?

Comment peuvent-elles faire la paix avec leur corps tel qu'il est aujourd'hui ?



Quels accompagnements psychothérapeutiques possibles ?

- Ré-affilier à des groupes d'appartenance
- Médiation du génogramme
 - ✓ Fait apparaître qu'elles ne sont pas les seules à avoir été victimes de violences de genre...
 - ✓ Mais parfois les seules à avoir pu partir

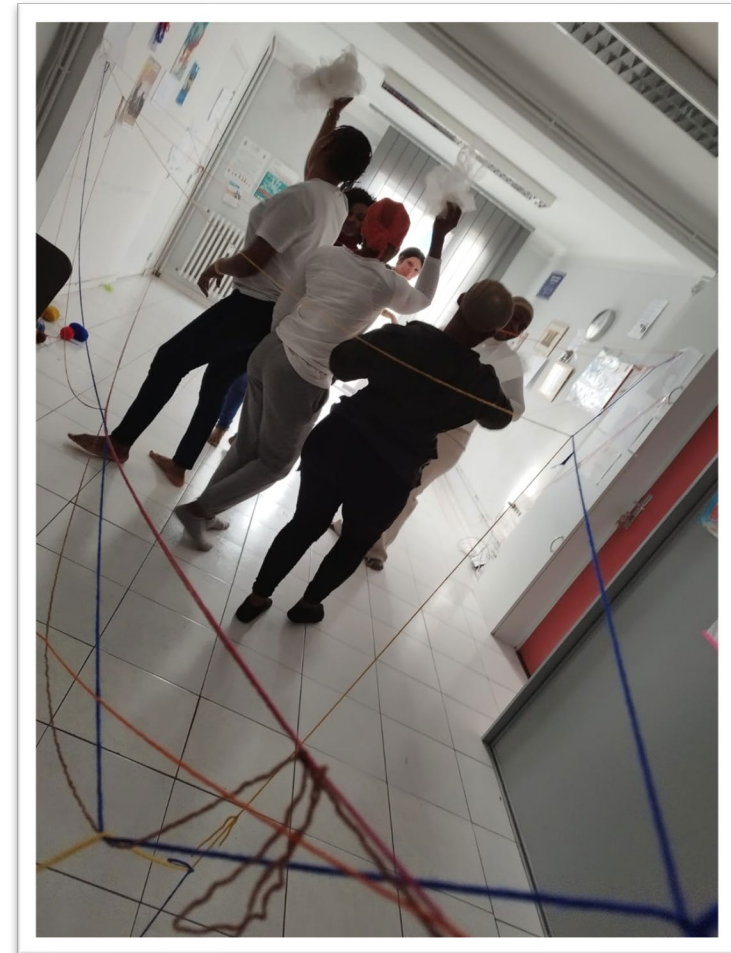




Proposition groupale : Pair & Danse

Atelier 1 : le corps en mouvement

- Accueillir le corps en souffrance
- Vise un apaisement individuel neurovégétatif
- Se connecter à soi pour aller se connecter aux autres
- Se faire confiance





Pair & Danse

Atelier 2 : Photolangage

Représentations, vécus traumatiques, conséquences, croyances, justifications...

“

Quand tu es petite tu ne connais rien des inconvénients, tu es fière mais quand tu grandis tu comprends que ce n'est pas normal (..) mais si parmi nous il y en a qui n'étaient pas excisées, je n'aurais jamais pu parler

”

“

Moi rien que le mot excision ça me dérange, parler de ça c'est terrible pour moi. Ici même si on a des histoires différentes, ça va. On n'en parle pas mais il y a pleins de filles qui ont perdu la vie

”

“

Moi je n'ai jamais accepté d'en parler avec une femme non excisée, peur d'être dénigrée, jugée

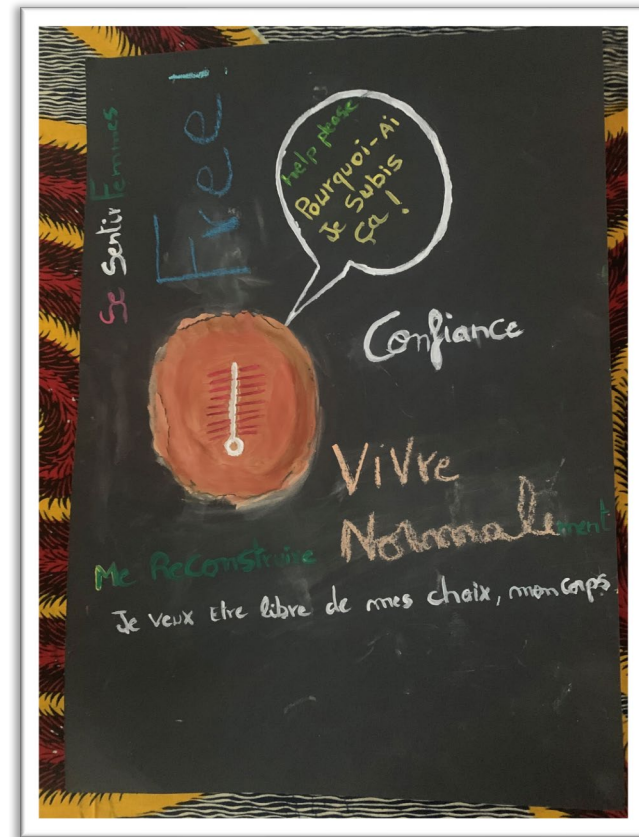
”





Pair & Danse

Atelier 3 : Photocollage





Pair & Danse

Atelier 4 : Paroles restituées

“

C'est la première fois depuis que je suis en France que je m'assois et que je parle devant des gens. C'est pas facile ce qu'on fait au pays, ce qu'on a vécu.

L'excision pour moi c'est comme un crime. Tu n'as pas la possibilité de dire non, tu n'as pas le choix, il faut que tu acceptes. Même ma fille, ma mère l'a excisée...

Je ne pouvais rien faire.

Alors je ressens un sentiment de culpabilité. Alors hier ça m'a beaucoup aidé, je ne pensais pas pouvoir parler

”



Références bibliographiques

"Femmes excision et exil " de GAMS Belgique

Andro, A., Lesclingand, M., & Pourette, D. (2010). Excision et cheminement vers la réparation: une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales. *Sociétés contemporaines*, 77(1), 139-161.

Torasso, L. A. (2015). «Les femmes sont nées pour souffrir» en contexte d'excision: un héritage d'humiliation et de honte à élaborer. *Dialogue*, 208(2), 45-56.

Gillette-Faye, I. (2021). «La Réparation» des survivantes des Mutilations Sexuelles Féminines. *Mémoires*, 80(1), 14-15.

Delanoë, D. (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le carnet psy*, 188(3), 22-26.

<https://milleparcours.org/zkportfolio/photolangage/>



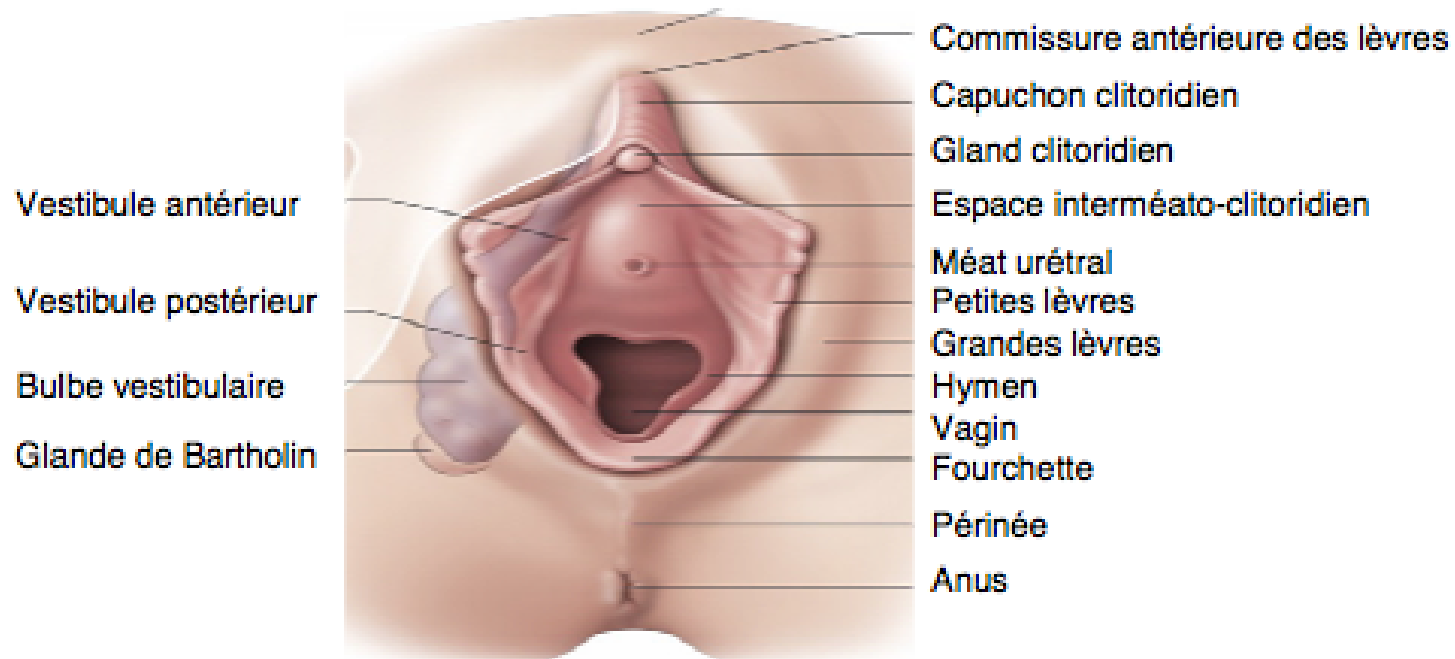
3



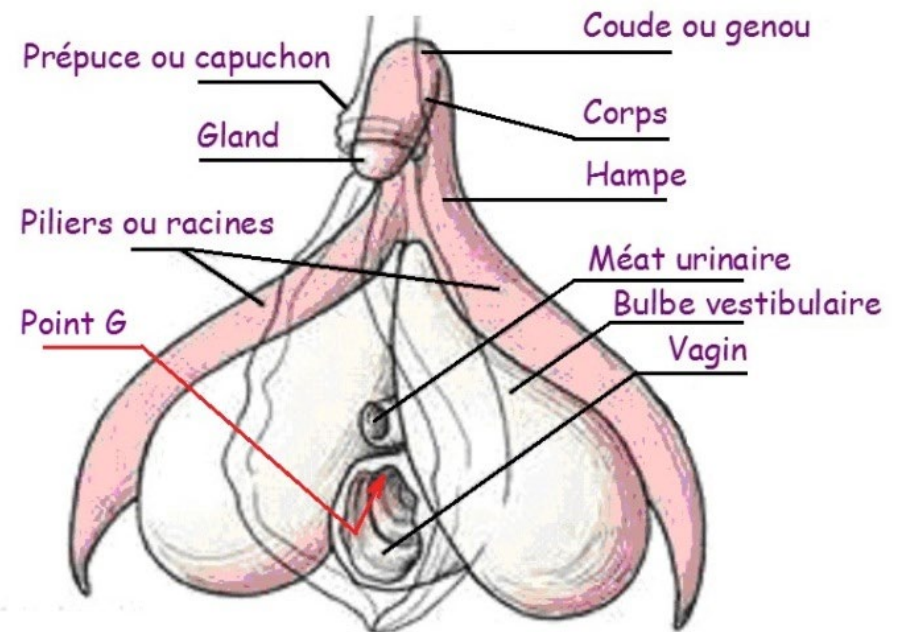
La réparation chirurgicale

Dr Laure PANEL – clinique
Beausoleil - Montpellier



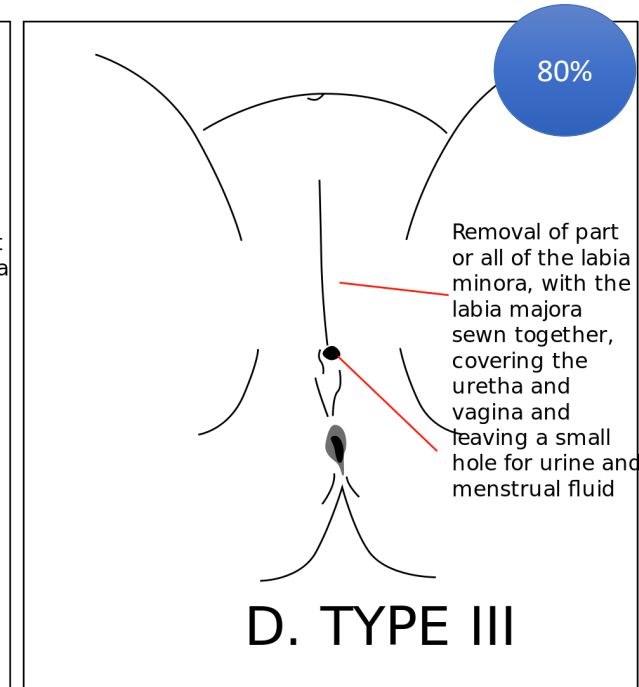
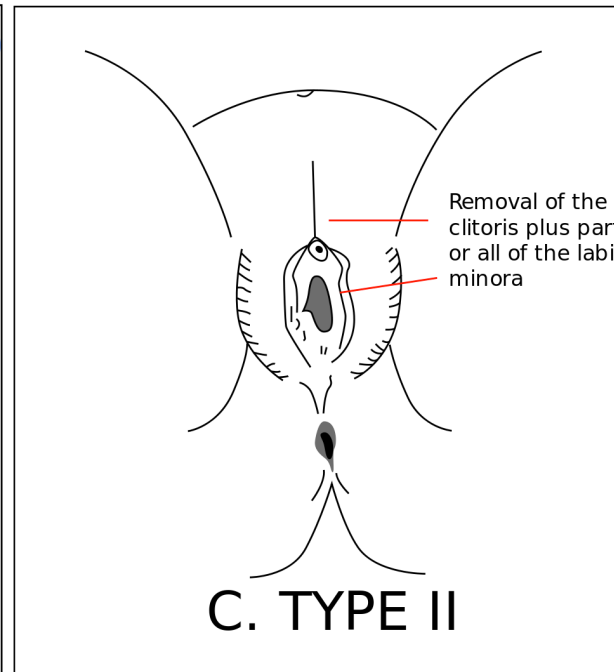
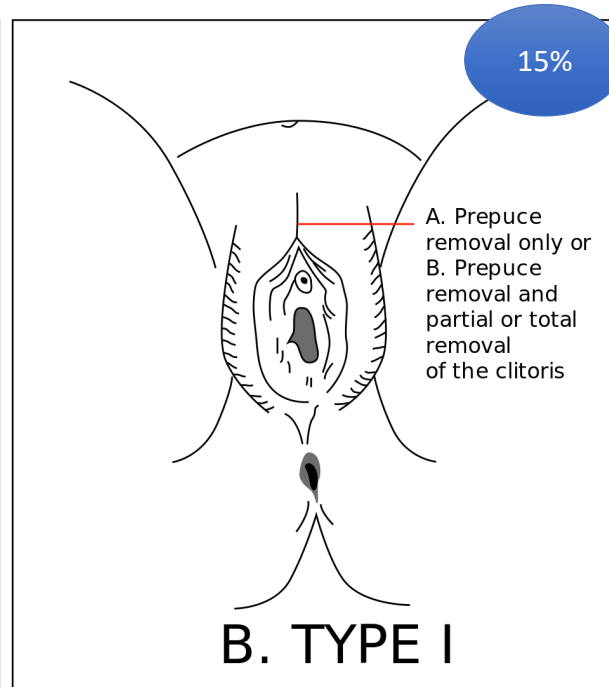
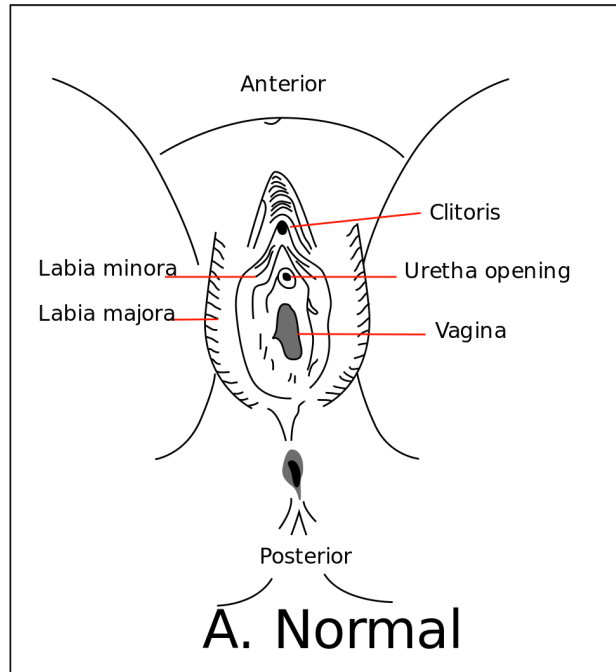


Anatomie du clitoris





La réparation chirurgicale: classification OMS des types de mutilations



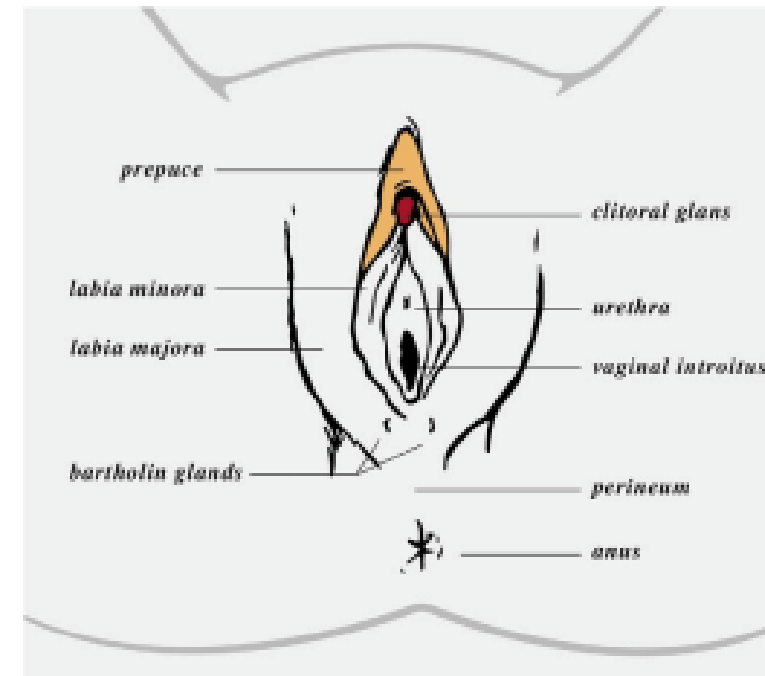


Type 1

clitoris +/- capuchon

TYPE I

Partial or total removal of the clitoral glans (clitoridectomy) and/or the prepuce



Type 1a: removal of the prepuce/clitoral hood (circumcision)

Type 1b: removal of the clitoral glans with the prepuce (clitoridectomy)



TYPE II

Partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision)

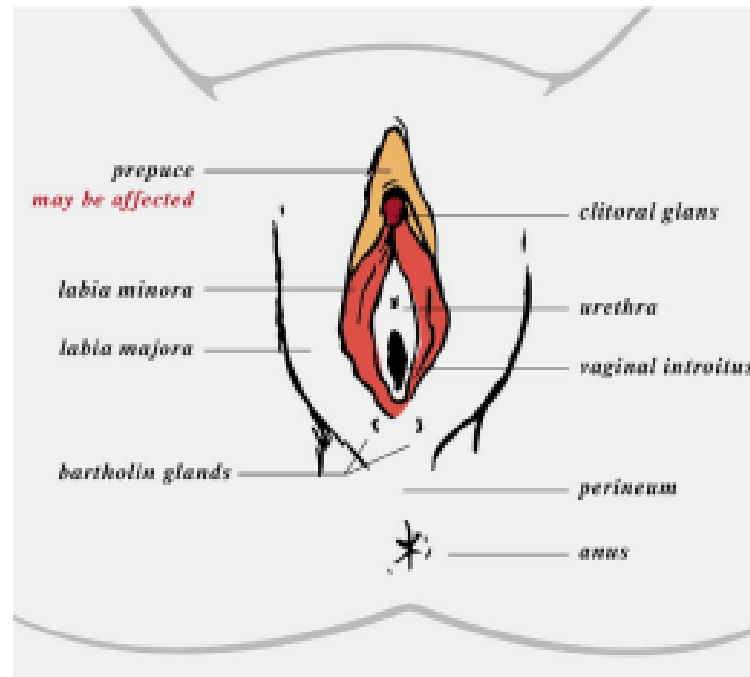
Type 2

Petites lèvres

+/- clitoris

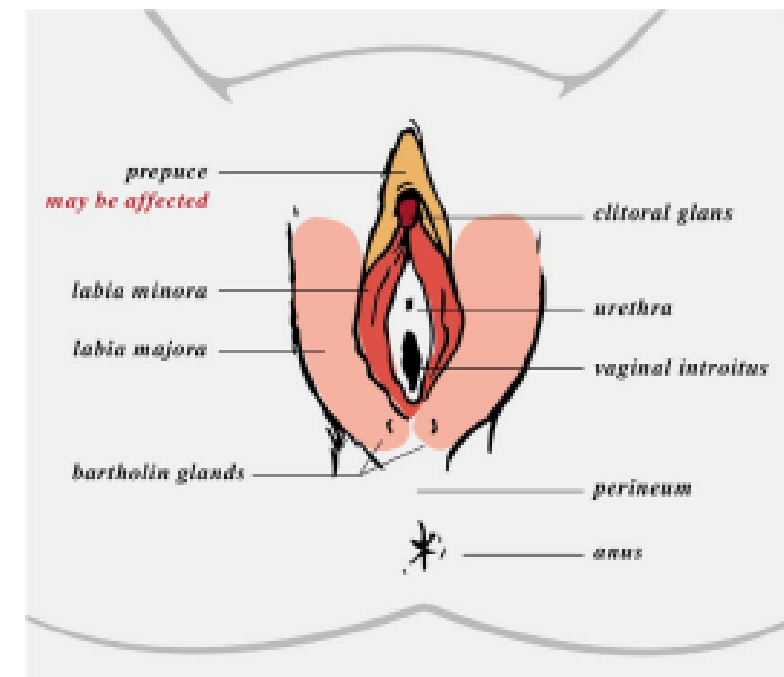
+/- prépuce

+/- grandes lèvres



■ **Type IIa:** removal of the labia minora only

■ + ■ + ■ **Type IIb:** partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora (*prepuce may be affected*)



■ + ■ + ■ **Type IIc:** partial or total removal of the clitoral glans, the labia minora and the labia majora (*prepuce may be affected*)

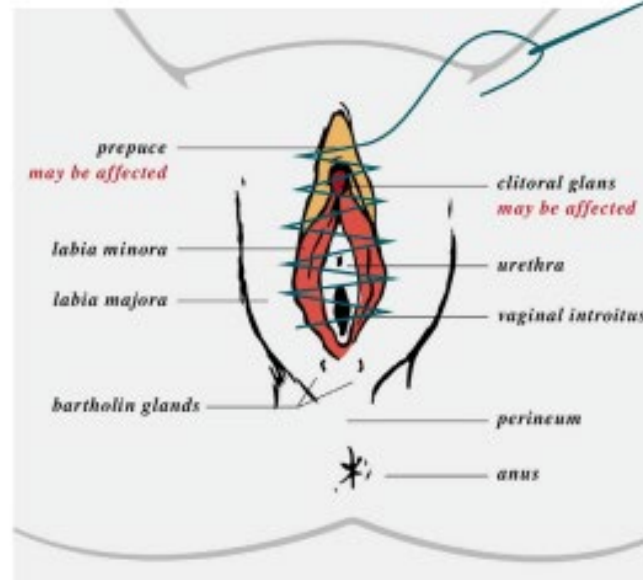


Type 3

+ suture des petites
ou grandes lèvres

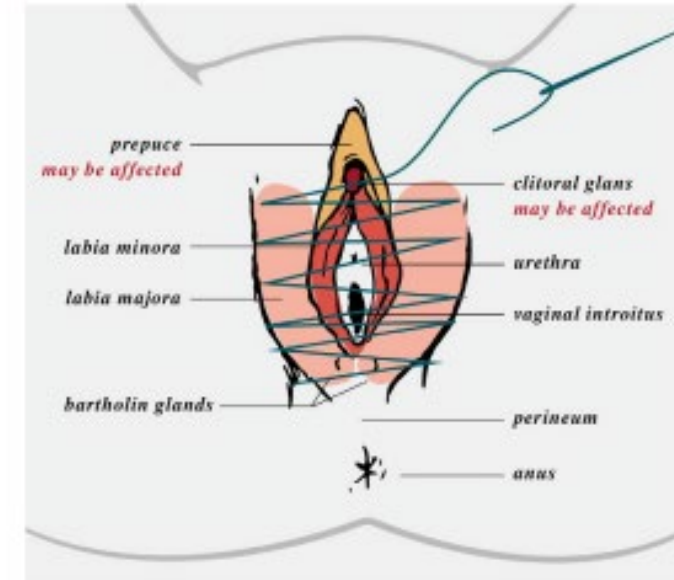
TYPE III

Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or labia majora with or without excision of the clitoral prepuce and glans (infibulation)



Type IIIa:

■ + ■ + ■ + appositioning of the labia minora



Type IIIb:

■ + ■ + ■ + ■ + appositioning of the labia majora

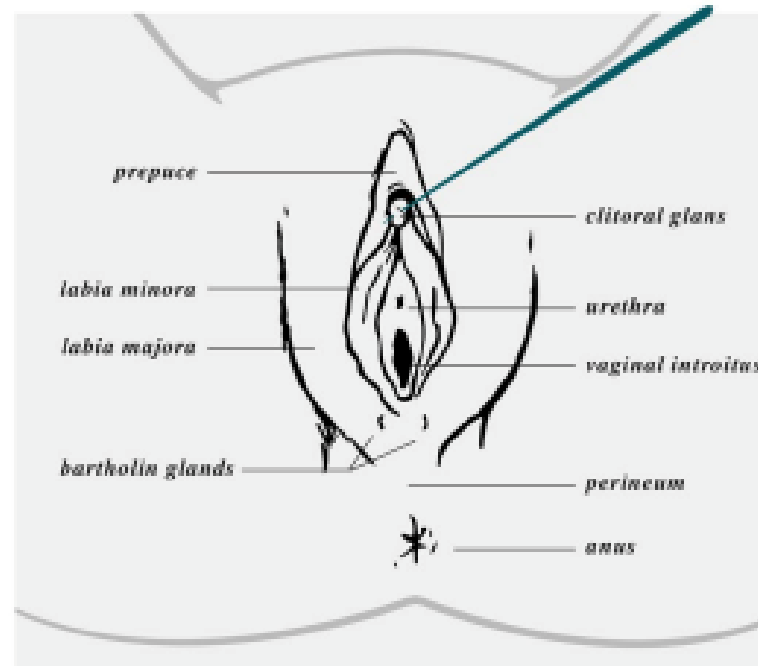


Type 4

Autres

TYPE IV

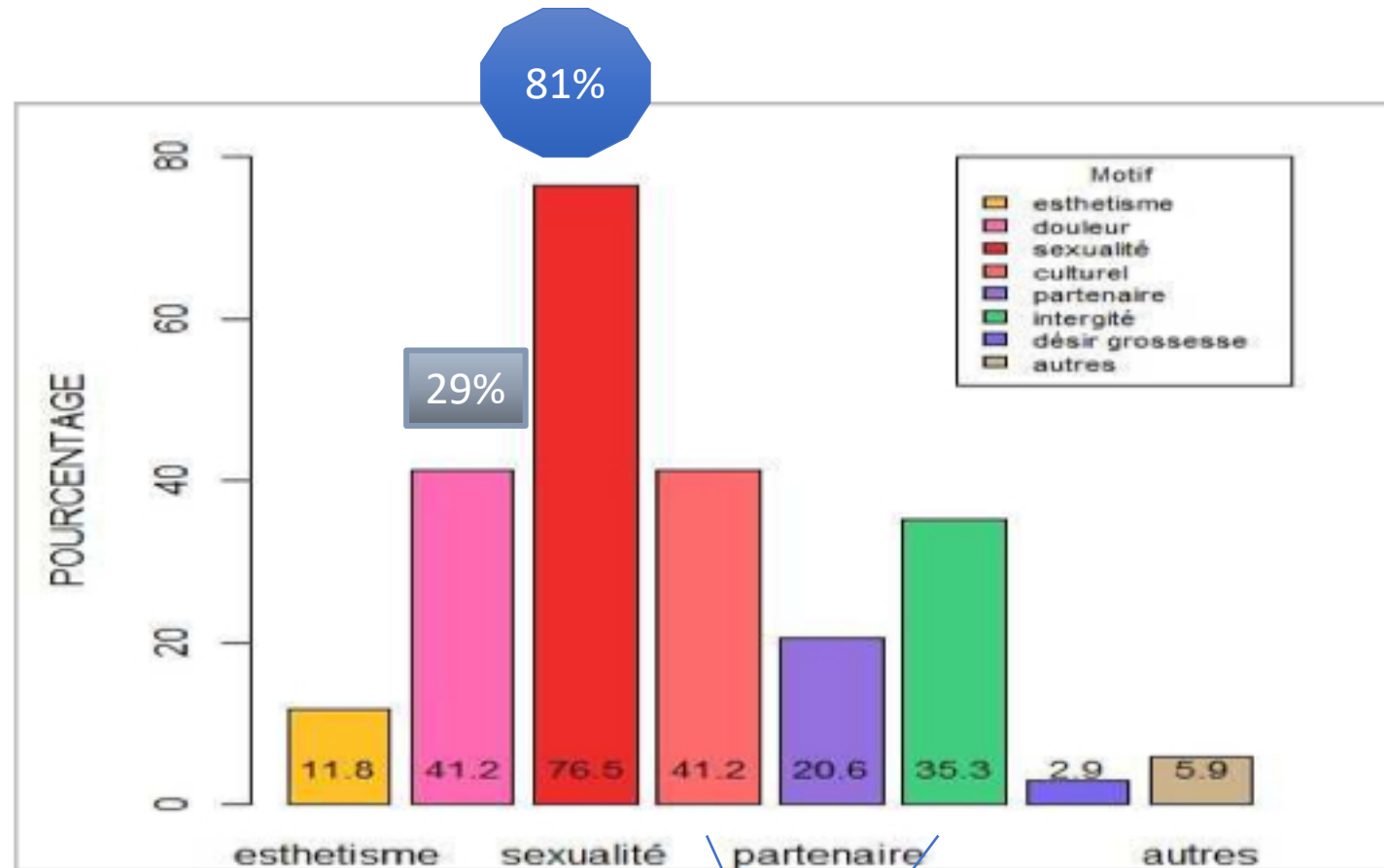
All other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example pricking, piercing, incising, scraping and cauterization



Reproduit à partir de « Care of women and girls living with female genital mutilation : a clinical handbook. Geneva : World Health Organization ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO »⁷.



Cheminement des femmes dans leur parcours de réparation : motivations



FOLDES 2012

99%

M. VITAL Nantes 2015



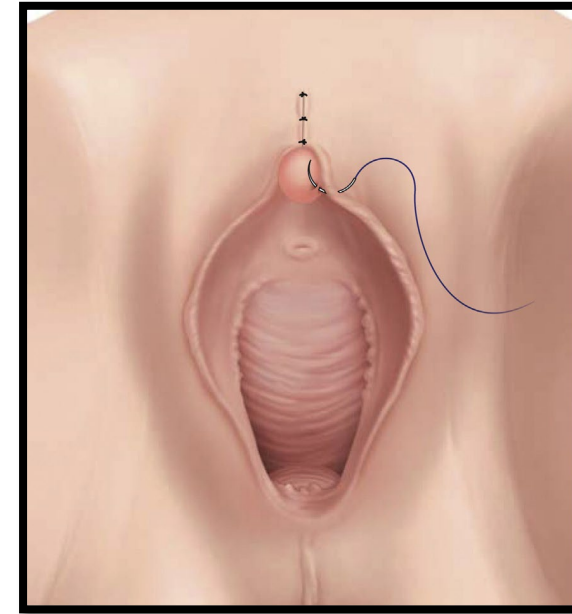
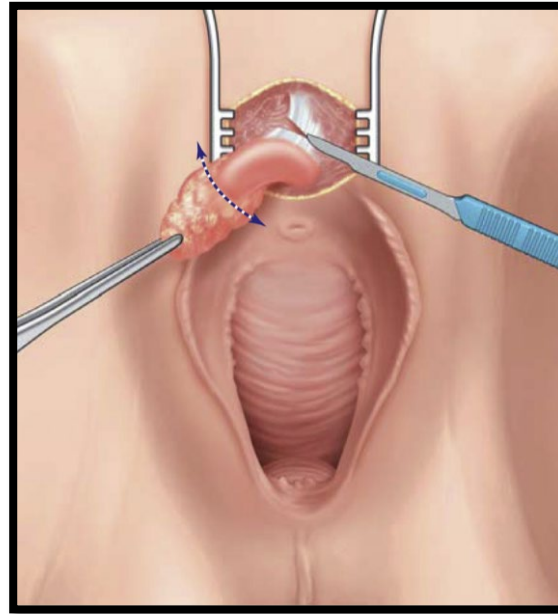
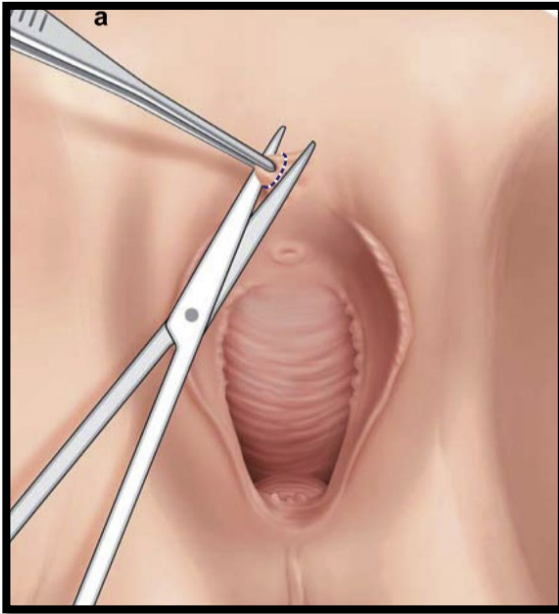
La réparation chirurgicale : sexualité

Cheminement des femmes dans leur parcours de réparation: aspiration à une sexualité épanouie, réappropriation d'une individualité féminine, verbalisation de la question culturelle/familiale

Auteur	Score	Pays de l'étude	Effectif EX	Effectif non Ex	Résultats
Catania 2007	FSFI	Italie	57 (III)	57	Tous les domaines altérés sauf dlr et lubrification
Tharek 2012	FSFI	Egypte	333 (type I ++)	317	Tous les domaines altérés sauf dlr
Andersson 2012	SQOL	Londres	73 (ts types)	37	Différence significative – pas de différence en fn des types d'Ex
Thabet 2003	Auteur	Egypte	117 (type III ++)	30	Différence significative sauf pour type I
El defrawi 2001	Auteur	Egypte	200	50	Plus de dyspareunie – moins d'orgasme - moins de désir
Okonufa 2002	Orgasme	Niger	827(type I ++)	1009	Pas de différence – répartition différente des zones érogènes
Andro 2009		France	685	2168	Plus de dyspareunie- moins de désir



- Libération adhérences et brides, reconstitution des petites lèvres
- Libération clitoris et section du frein si nécessaire
- Reconstitution du capuchon clitoridien





- Prise en charge SS
- Hospitalisation ambulatoire
- Soins locaux 4 semaines + Antalgiques
- Douleurs modérées le plus souvent





Complications immédiates et à 1 mois

Estelle HENRY Nantes 2009

- 123 patientes 91,1% type II, 8,9% type III
- 95,1% AG – 83,7% sorties à J0, 16,3% à J1
- 5,7% de complications précoces (5,3 % pour FOLDES), 2,4% reprises au bloc (3,7% pour FOLDES)
- 8,9% de complications mineures à 1 mois: douleur et défaut de réépithélialisation.





	n	%	Low	High
Satisfied with results				
Yes (patient)	32	100	89.1	100
Yes (husband)*	28	100	87.7	100
Appearance of defibulated genitalia improved				
Yes (patient)	32	100	89.1	100
Yes (husband)	28	100	87.7	100
Sexual relations improved				
Yes (patient)	32	100	89.1	100
Yes (husband)	28	100	87.7	100
Procedure correct primary problem				
Yes	32	100	89.1	100
Unexpected aspects of procedure†				
Yes	30	94	79.2	99.2
No	1	3		
Not answered	1	3		
Recovered easily†				
Yes	26	81	63.6	92.8
No	4	13		
Not answered	2	6		
Ongoing problems†				
Yes	4	12	3.5	29
No	28	88		
Patient asked if husband satisfied†				
Yes	28	88	71	96.5
No	0	0		
Not married	4	12		
Discuss with family†				
Yes	17	53	34.7	70.9
No	14	44		
Not answered	1	3		
Recommend to others†				
Yes	30	94	79.2	99.2
No	1	3		
Not answered	1	3		

* Number of married patients increased from chart review because follow-up was 6 months to 2 years later.

† Does not add up to 100% due to missing values.

- **VITAL Nantes**

- 80 % satisfaites
- 17 % non satisfaites (pas d'amélioration de la sexualité, douleurs post-op)
- 83% le recommande

- **FOLDES**

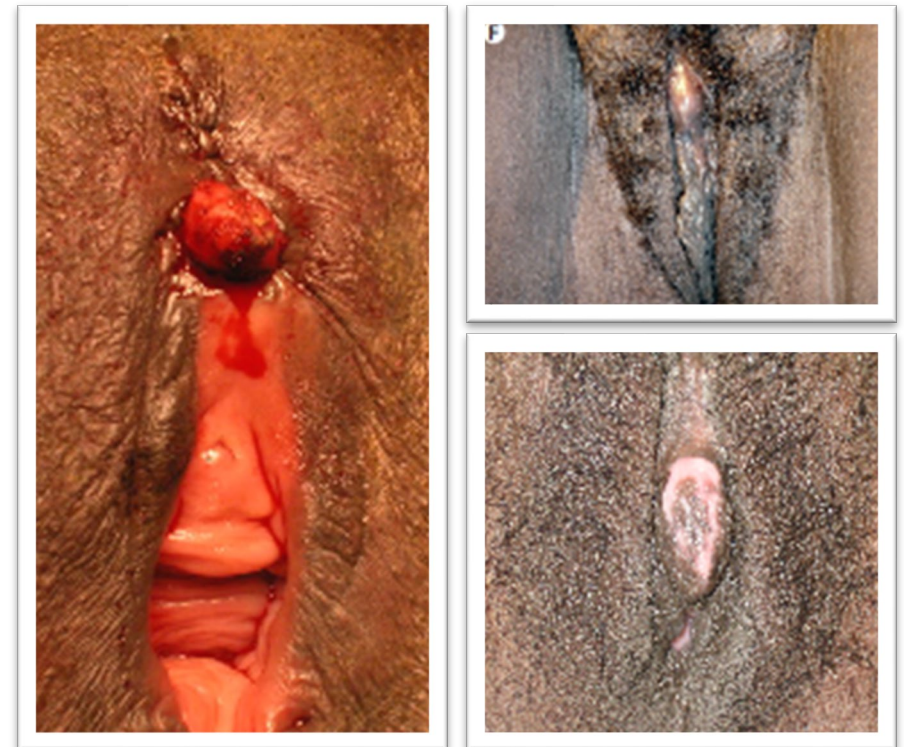
- corrélation forte entre les résultats fonctionnels et les attentes pré-opératoires

Table 3. Defibulation Satisfaction Outcome, Nour, 2006



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

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





La réparation chirurgicale : résultats sur la douleur

	Total	Pain	Discomfort	Slight improvement	Real improvement	Restricted orgasm	Regular orgasm
Preoperative pain							
No pain	486	1/486 (<1%)§	8/486 (2%)§	71/486 (15%)†	161/486 (33%)†	149/486 (31%)†	96/486 (20%)†
Minor discomfort during intercourse	124	0/124	1/124 (1%)‡	18/124 (15%)†	51/124 (41%)†	36/124 (29%)†	18/124 (15%)†
Moderate pain during intercourse	129	0/129	4/129 (3%)†	17/129 (13%)†	45/129 (35%)†	41/129 (32%)†	22/129 (17%)†
Strong to unbearable pain during intercourse	73	0/73	3/73 (4%)†	11/73 (15%)†	26/73 (36%)†	21/73 (29%)†	12/73 (16%)†
Pain without intercourse	28	0/28	2/28 (7%)†	7/28 (25%)†	7/28 (25%)†	7/28 (25%)†	5/28 (18%)†
Total	840	1/840 (<1%)	18/840 (2%)	124/840 (15%)	290/840 (35%)	254/840 (30%)	153/840 (18%)

Data are number of patients (%). We used pragmatic terms to define pain (clitoral pain), discomfort (clitoral discomfort), slight improvement (little improved), real improvement (very improved), restricted orgasm (restricted in intensity or frequency), regular orgasm (regular in intensity or frequency). *Non-evaluable (reviewed case report forms, results set out in the ms). †Improved. ‡Unchanged. §Worse.

Table 2: Results in postoperative functionality at 1 year in relation to preoperative symptoms

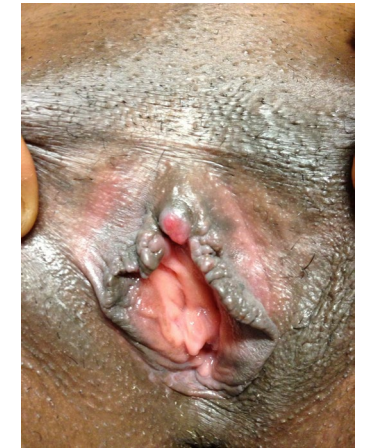
FOLDES 2012: 2% d'aggravation - > 50% d'amélioration



La réparation chirurgicale : résultats anatomiques à moyen terme

Réseau de
Périnatalité
Occitanie

Anatomie du néo-clitoris	Nombre de patientes, et pourcentage	N = 861
Aucun changement	0 patiente	3 (<1%)
Clitoris palpable, mais non visible	12 patientes (10,3%)	51 (6%)
Saillie clitoridienne visible	35 patientes (30,2%)	210 (24%)
Gland exposé, sans capuchon	44 patientes (37,9%)	363 (42%)
Anatomie proche de la normale	25 patientes (21,6%)	239 (28%)
Restauration du massif clitoridien dans 83,7% des cas		



E. HENRY Nantes 2009

FOLDES 2012

2,2 fois plus de chance d'avoir un orgasme normal si le gland est visible



La réparation chirurgicale : résultats sexuels

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

35% des patientes qui n'avait jamais eu d'orgasme ont pu avoir des orgasmes de faible intensité ou normaux
50% des patientes qui avaient des orgasmes occasionnels ont pu avoir des orgasmes normaux



- ✓ Pas de frein à la prise en charge financière
- ✓ Accès limité à l'information sur les possibilités de réparation (A. Andro) :

“

De manière quasiment unanime, les femmes, qu'elles aient été socialisées en Afrique ou qu'elles aient grandi en France, soulignent le silence des médecins, des gynécologues et des sages-femmes concernant leur mutilation.

Elles déplorent que les praticiens n'abordent généralement pas le sujet et qu'ils fassent comme s'ils ne remarquaient rien.

Et lorsque, exceptionnellement, ils abordent la question, ils ne le font pas toujours de manière appropriée

”

- former les professionnels de santé
- Créer de réseaux complets de cheminement vers la réparation
- Former des chirurgiens



Vos questions



Espace professionnel du site du RPO



En créant votre compte professionnel, vous pourrez accéder :

- Aux formations proposées par le Réseau de Périnatalité Occitanie
- Aux référentiels et protocoles validés par notre conseil scientifique
- Aux supports de communication et ressources documentaires à destination des professionnels et des usagers
- Aux actualités du RPO
- A la newsletter mensuelle
- Aux groupes de travail



**Accédez à l'espace « création de compte »
en flashant ce QR code ou rdv sur le site
du RPO (Espace professionnel)**

Merci pour votre attention