



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Excision : entre clinique et droits humains



FGM (Female Genital Mutilation): Between clinical aspects and human rights

L. Beltran*, S. Fall, E. Antonetti-N'Diaye

Service de gynécologie obstétrique, hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc,
94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

Disponible sur Internet le 20 juin 2015

MOTS CLÉS

Excision ;
Pluridisciplinarité ;
Sexualité ;
Psychotraumatisme ;
Chirurgie
réparatrice ;
MSF

Résumé

Objectif. – L'objectif de cet article est de présenter notre vision clinique des problématiques sexuelles de femmes excisées.

Matériels et méthode. – Le protocole que nous proposons aux patientes qui consultent dans l'Unité de soins des femmes excisées est pluridisciplinaire et met l'accent sur les soins médicaux, psychologiques et sexologiques plutôt que sur la reconstruction chirurgicale du clitoris. Des cas cliniques illustrent l'accompagnement réalisé auprès des femmes excisées.

Résultats. – Ce sont surtout les dimensions psychotraumatiques de l'excision qui semblent avoir un impact négatif sur la sexualité des femmes excisées : les images invasives ou reviviscences, les comportements d'évitement, la honte et les discours stigmatisants. D'autres psychotraumatismes sexuels, tels que des traumatismes sexuels infantiles et les mariages forcés vont également influencer la vie sexuelle des femmes excisées.

Conclusion. – L'importance de la dimension psychotraumatisme et relationnelle (conjugale–familiale) dans les problématiques présentées par les patientes indique que la « réparation » de l'excision ne peut être apportée par seule la chirurgie et nécessite un accompagnement médical, psychologique et sexologique.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Excision;
Multidisciplinarity;
Sexuality;
Psychological trauma

Summary

Objective. – The aim of this article is to present our clinical vision of sexual problems experienced by women after genital mutilation.

Materials and method. – The protocol we suggest for female patients who come for consultations in our unit for women who have undergone excision is a multi-disciplinary one, focusing on medical, psychological and sexological care at the same time, rather than on surgical reconstruction of the clitoris. The article is supported by clinical case studies on genitally mutilated women.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laura.beltran@bct.aphp.fr (L. Beltran).

Reconstructive surgery;
MSF

Results. – It would appear that the most important factor having a negative impact on women after genital mutilation is the psychological trauma of the excision; pervasive images or revivification episodes, avoidance behavior, shame and stigmatizing rhetoric. Other forms of sexual psychological trauma, such as child abuse and forced marriage also have an impact on the sex lives of mutilated women.

Conclusion. – Importance of the psychological trauma and relational dimension (relations with the partner and the family) in the problems presented by these patients demonstrate that excision cannot be "repaired" by surgery alone, and requires medical, psychological and sexological support.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Excision : entre clinique et droits sexuels

L'objectif de cet article est de présenter notre vision clinique des problématiques sexuelles de femmes excisées. Nous défendons une méthode de soins pluridisciplinaire qui met l'accent sur les soins médicaux, psychologiques et sexologiques plutôt que sur la reconstruction chirurgicale du clitoris exclusive. L'accès à une vie sexuelle épanouie est un cheminement qui ne passe pas forcément par une opération chirurgicale. La prise en charge des femmes excisées en France a été marquée à ses débuts par un monopole médical qui, n'envisageant que l'approche chirurgicale, a imposé une représentation biologiste et fonctionnelle de la sexualité des femmes excisées laissant de côté des éléments du contexte social et psychologique. Il y a plusieurs années, des militantes du GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles) avaient constaté que, bien souvent, l'opération ne suffisait pas à restaurer le bien-être et l'estime de soi des femmes excisées, ont incité certains services hospitaliers à modifier leurs pratiques et à mettre en place un accompagnement pluridisciplinaire. L'évolution d'une « unité de réparation chirurgicale » en « unité de soins des femmes excisées » révèle un changement majeur dans l'approche des femmes excisées ainsi qu'une « dé-médicalisation » de la sexualité.

MGF (mutilations génitales féminines) ou MSF (mutilations sexuelles féminines) ?

Les différents termes utilisés pour évoquer cette mutilation témoignent bien des différentes façons d'appréhender l'excision. L'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA définissent l'excision comme l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Au niveau international, MGF, pour mutilations génitales féminines, est le terme le plus couramment utilisé pour recouvrir l'ensemble des pratiques liées à l'excision (WHO, 2006). En France, c'est le terme de « mutilations sexuelles féminines » (MSF), qui c'est imposé suite à un long combat militant. Les militant(e)s français(es) estiment que le terme « génitales » reste trop médical, tandis que le terme « sexuelles » intègre, en plus de l'atteinte physique, toutes les dimensions de la sexualité (psychologique, sociologique, anthropologique...) (Mongin et Reinert, 2014).

Utiliser le terme de MSF permet de s'inscrire dans une vision plus globale qui correspond davantage au concept de santé sexuelle tel que l'a défini l'OMS en 2006 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité... Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. » (WHO, 2010). L'approche que nous défendons dans ce travail fait appel à une prise en charge de la sexualité des femmes excisées dans cette conception élargie. La « réparation » ne s'opère pas seulement sur le plan anatomique, mais aussi sur le plan symbolique, esthétique et culturel (Villani, 2009).

Droits humains et droits sexuels

Les mutilations sexuelles féminines apparaissent dans une résolution de la Commission des Droits de l'homme des Nations unies dès 1952 (ONU, 1952), mais ce n'est qu'à partir des années 1990 que des recommandations internationales explicites sont diffusées et en 2003 seulement, avec le protocole de Maputo, que l'ensemble des pays membres de l'Union africaine signent un protocole condamnant officiellement les mutilations sexuelles et les interdisant. (Organisation de l'Unité Africaine, 2003). Les mutilations sexuelles féminines constituent une violation des droits de la femme et de l'enfant (la plupart des mutilations étant commises contre des mineures) et une atteinte fondamentale à l'intégrité physique et plus globalement à la santé. Le droit français interdit et sanctionne ces pratiques au titre de « violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente », la peine encourue allant jusqu'à vingt ans de réclusion criminelle (article 222-8 du Code pénal).

Des politiques et des législations visant à interdire ces pratiques ont été mises en place par de nombreux États et des signes montrent qu'un processus d'évolution sociale conduisant à leur abandon progresse dans un certain nombre de pays (WHO, 2008).

L'excision en chiffres

Dans le monde, on estime que plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi des MGF dans les 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, où se concentrent ces pratiques (UNICEF, 2013). Près de 5 % des victimes vivent dans des pays du Nord (pays européens d'immigration africaine et Amérique du Nord), soit plus de 6,5 millions de

filles et de femmes (OMS, 2006). En France, l'UNICEF estime à 53 000 environ, le nombre de femmes adultes excisées. Trois pour cent des filles mises au monde par ces femmes en France seront excisées à leur tour (UNICEF, 2013 ; Andro et Lesclingrand, 2007).

Dans les pays d'Afrique d'où sont originaires les patientes accueillies à l'hôpital de Bicêtre (service du Pr Fernandez, unité de soins des femmes excisées), la pratique des mutilations sexuelles présente de grandes disparités quantitatives en termes de proportion de femmes excisées selon les pays (de 1,4% des femmes de 15 à 49 ans au Cameroun à 89% au Mali) (UNICEF, 2013) mais aussi au sein d'un même pays, selon l'appartenance ethnique et en termes qualitatifs : type de mutilation pratiquée (Erllich, 1986).

Matériels et méthode

Méthode : la prise charge de l'excision

Dans l'unité de soins des femmes excisées de Bicêtre, nous recevons une centaine de nouvelles patientes chaque année. Il s'agit essentiellement de jeunes femmes de 18 à 40 ans (88%) ; une minorité de femmes de plus de 40 ans (8,9%) ; les mineures ne représentent que 2,6% de nos patientes. Les femmes ayant une vie sexuelle représentent 90% de cette population (Antonetti-N'Diaye et al., 2015). Les patientes sont majoritairement originaires d'Afrique de l'Ouest avec une prédominance des ethnies Soninké (Mali, Sénégal, Mauritanie), Bambara (Mali, Sénégal, Guinée) et Peulh (toute l'Afrique de l'Ouest). Cette démographie reflète celle des populations immigrées en France issues de régions où l'excision est pratiquée. Par rapport à la population de femmes suivies dans l'unité, peu sont opérées (10%) mais toutes les femmes qui le souhaitent bénéficient d'un accompagnement gynécologique, psychologique et sexologique. Les femmes viennent souvent avec une demande d'accompagnement plus global que l'offre de chirurgie. Elles veulent retrouver leur sentiment d'intégrité corporelle et cela ne passe pas forcément par le bistouri.

Le protocole que nous proposons aux femmes qui consultent dans l'unité de soins des femmes excisées est le suivant, dans l'ordre : une consultation médicale, une consultation psychologique, une consultation sexologique. Ensuite, lors d'une réunion pluridisciplinaire, nous partageons nos informations et réflexions afin d'essayer de trouver la réponse la plus appropriée à la demande explicite ou implicite de la patiente.

La consultation médicale a pour premier objectif d'ouvrir un espace de parole qui permet à la patiente d'exprimer son vécu. Il s'agit ensuite d'informer la patiente sur le type d'excision qu'elle a subie, de la rassurer quant aux conséquences sur sa vie sexuelle et la maternité, de lui faire repérer le clitoris encore présent sous la peau et de la possibilité de le stimuler si elle l'ignore.

La consultation psychologique a pour double objectif d'évaluer et de traiter les éventuelles séquelles post-traumatiques liées à l'excision ou à d'autres traumatismes de la patiente. Elle se veut le moment où la patiente pourra exprimer la souffrance psychique qu'elle met en lien avec l'excision.

L'objectif de la consultation sexologique est d'évaluer et, éventuellement, de faire évoluer la satisfaction sexuelle. Beaucoup de femmes sont tellement convaincues que l'excision les prive de tout accès au plaisir sexuel qu'elles n'ont rien exploré des capacités érotiques de leur corps.

Cas clinique 1 : Oumou

Oumou S. 24 ans, Soninké, est née en France. Oumou a été excisée à l'âge de 5 ans en France et n'en a aucun souvenir. Elle a parlé de l'excision avec un professionnel pour la première fois vers 19 ans lors de sa première consultation gynécologique. La gynécologue lui a affirmé qu'elle ne pourrait pas avoir de rapports sexuels sans être déchirée et l'a adressée à un chirurgien. Celui-ci, bien qu'ayant démenti les propos de sa consœur, l'a opérée (en réalité, elle avait déjà eu des rapports sexuels). La cicatrisation a été atrocement douloureuse et Oumou s'est jurée qu'elle « ne laisserait plus personne toucher cet endroit-là ». Elle parle du chirurgien comme d'un « faiseur de rêves », parce qu'elle n'a pas perçu de changement. Aujourd'hui, les rapports sexuels sont « plus faciles que les examens gynécologiques », mais elle redoute toujours que son partenaire finisse par lui faire mal « à l'intérieur ».

Dans notre unité, Oumou a d'abord été reçue par le médecin qui l'a rassurée sur le fait que l'excision n'avait pas attaqué l'intérieur du vagin et sur la fonctionnalité de l'ensemble de ses organes sexuels. Ensuite, lors de l'entretien psychologique, les discours négatifs qui l'ont terrorisée et lui ont donné le sentiment d'être « anormale » ont pu être remis en cause, et son amertume, d'avoir tant souffert « pour rien », légitimée. La crainte d'être blessée « à l'intérieur » par son partenaire sexuel a pu être reliée à la douleur irradiant la zone génitale, encore peu différenciée, lors de son excision à 5 ans et « mémorisée » par le corps à défaut de souvenir conscient. Lors de l'entretien sexologique, ont été abordés l'importance de l'excitation, de l'intimité ainsi que l'ensemble d'idées, de croyances, de fantasmes et d'attitudes qui vont orienter la réponse sexuelle. Ces interventions ont eu un effet d'apaisement et de réinvestissement positif, et non plus seulement défensif, de la région génitale.

Cas clinique 2 : Kandia

Kandia D. 28 ans, Peulh, née en Guinée, est venue en France ensuite. Elle a été excisée vers 7 ans lors des vacances au pays. Kandia se souvient d'avoir été excisée avec ses cousines plus jeunes qu'elle et, la première, parce qu'elle était « la plus grande ». Elle découvrira en entendant les discussions des adultes que l'excision avait été organisée par sa tante paternelle et sa mère malgré les réserves de son père. Quand Kandia a eu 15 ans sa mère a organisé son mariage avec un cousin. Elle est restée avec cet homme pendant 7 ans, celui-ci devenant au fil des années de plus en plus violent et jaloux. Elle a eu deux enfants. Depuis presque 6 ans, Kandia a réussi à se libérer de ce mariage forcé sans pouvoir nouer de nouvelle relation, elle estime que sa vie actuelle est surtout impactée par les années de rapports sexuels et de vie commune imposés.

Lors de la consultation médicale, Kandia a été rassurée sur le fait que rien dans son anatomie ne s'opposait à une vie sexuelle épanouie ; ce qui lui avait été fait lors de l'excision a été expliqué et montré à l'aide d'un miroir. Plusieurs entretiens psychologiques ont été consacrés aux violences subies dans sa famille – sa mère l'a toujours contrôlée et dénigrée – et pendant les années d'union forcée. Ses croyances négatives sur elle-même, sur sa capacité d'avoir des relations normales avec les hommes ont été discutées, « déconstruites » et ses séquelles traumatiques identifiées (comportements d'évitement, mise en danger sexuel, troubles dissociatifs) et travaillées. La consultation sexologique a permis de décrypter les mécanismes qui entrent en jeu dans le plaisir sexuel, et a aidé à faire le tri entre ce qui relève de l'excision et ce qui relève de la violence, de la mauvaise image de soi et des conflits interpersonnels.

Résultats

La prise en charge sexologique des femmes excisées doit-elle être spécifique ?

Il est important de rappeler que certaines femmes excisées n'évoquent aucune difficulté sexuelle. Ces femmes décrivent des relations amoureuses dans lesquelles le dialogue sur la sexualité est possible, permettant une recherche mutuelle du plaisir, sans contrainte, ni jugement. Pour d'autres, l'analyse fine des difficultés qu'elles rencontrent montre qu'elles ne se différencient guère de celles rencontrées par des femmes non excisées. Il est dès lors difficile d'évaluer si les difficultés sexuelles sont liées à la perte de réceptivité sensorielle de la région clitoridienne ou si elles relèvent de problématiques psycho-culturelles complexes.

L'un des écueils dont il faut particulièrement se garder dans la prise en charge sexologique d'une femme excisée serait, en effet, de tout expliquer par l'excision. Observer la sexualité à travers le prisme de l'excision peut faire oublier que les femmes excisées sont confrontées, comme toute femme à des facteurs relationnels, psychologiques ou culturels qui jouent un rôle déterminant dans leurs difficultés d'accès à une sexualité satisfaisante. L'absence d'éducation sexuelle, les tabous sur certaines pratiques, la non-liberté de choix du partenaire, etc. peuvent être tout autant des facteurs explicatifs des difficultés sexuelles.

Le premier temps clinique avec la patiente excisée consiste à identifier l'atteinte qui a été faite au corps, d'expliquer et de montrer les parties génitales (à l'aide d'un miroir). Beaucoup de femmes ont une totale méconnaissance de leur corps et parfois elles ignorent ce qu'est précisément l'excision, quel type d'excision elles ont subie et les éventuelles séquelles physiologiques qui en découlent (fermeture partielle de la vulve suite à la coalescence des petites lèvres lors de la cicatrisation). Les femmes demandent : « Je voudrais savoir ce qu'on m'a fait ». Le préalable à toute approche psycho-sexologique va donc être l'examen de la zone génitale par le gynécologue ou la sage-femme.

Au-delà de l'examen physique, il faut explorer dans le détail l'histoire personnelle de chaque femme mais aussi

interroger ses expériences et ses pratiques sexuelles. Lors de la consultation sexologique, le travail informatif est important : il est parfois utile de décrire ce qu'est une réaction d'excitation ou une décharge orgasmique qui ne sont pas toujours identifiées comme telles bien que vécues par les femmes. Les cliniciens dépendent des femmes en effet pour leur indiquer avec précision si elles connaissent l'orgasme ou non, cependant, un grand nombre d'entre elles n'en sont pas capables (Bancroft, 2009). Évaluer la capacité des femmes à avoir des orgasmes par la simple question « avez-vous des orgasmes ? oui/non », est ici impossible, il est nécessaire de définir avec elles ce qu'est un orgasme dans des termes adaptés à leur culture (Obermeyer, 2005).

L'objectif de la consultation sexologique est d'évaluer la sexualité des patientes et faire progresser la satisfaction sexuelle des patientes lorsqu'elles en ont besoin

Ce qui est visé dans la prise en charge pluridisciplinaire est de permettre à la patiente de se réapproprier son corps. Il s'agit d'inviter les femmes à explorer leur corps et leurs capacités sensorielles et érotiques. Cette réhabilitation sexuelle et clitoridienne implique que les femmes regardent, touchent, stimulent et fassent exister une partie de leur corps qu'elles croyaient inexistante. Un des moments forts des consultations est celui où l'on explique aux patientes que lors de l'excision, c'est la partie externe du clitoris qui est coupée alors que la plus grande partie de l'organe est interne, qu'elle est toujours présente sous la peau et qu'elle peut être stimulée.

Les exercices périnéaux, la focalisation sensorielle et les différents conseils concernant la mécanique sexuelle sont essentiels dans la prise en charge sexologique mais ne doivent pas faire oublier que les sensations physiologiques vont aussi être interprétées en fonction de l'expérience individuelle et culturelle de chaque femme. La réhabilitation sexuelle est tout autant physiologique que symbolique. La « tromperie du déterminisme génital », la focalisation sur les dimensions anatomiques et fonctionnelles de la sexualité, ce que certains auteurs appellent « l'obsession occidentale sur le tissu génital » (Johnsdotter et Essen, 2010), peut faire ignorer que la sexualité est aussi soumise à des variations individuelles et culturelles importantes. L'orgasme dépend de bien d'autres facteurs que l'anatomie et les femmes qui souhaitent améliorer leur fonctionnement sexuel et orgasmique devraient toujours bénéficier d'une démarche globale de réappropriation du corps et de la sexualité afin de traiter tous les facteurs contributifs à leur satisfaction sexuelle (Paterson et al., 2012).

La spécificité des femmes excisées se trouve dans leur expérience d'un trauma physique, l'excision, et du coup, potentiellement, d'un psychotraumatisme associé. Si le corps a pu cicatriser depuis longtemps quand nous les rencontrons, les conséquences psychotraumatiques sont toujours présentes, non soignées. Cette dimension psychotraumatique doit être prise spécifiquement en compte lors des soins psycho-sexologiques. Les dégâts de l'excision doivent être reliés au psychotraumatisme, comme ils le sont pour les autres violences sexuelles (viol, agressions sexuelles). Celles de nos patientes qui présentent des

séquelles psychotraumatiques liées à l'excision sont des femmes qui ont été excisées dans l'enfance entre 3 et 10 ans ou dans l'adolescence. Elles connaissent des reviviscences de l'événement et des réactions émotionnelles anxieuses ou phobiques, lors des examens gynécologiques, lors de leur premier ou de chaque rapport sexuel, lors de la vision de leurs organes génitaux. L'excision réapparaît dans leurs cauchemars. Elles luttent classiquement contre ces symptômes pénibles par des comportements d'évitement : elles ne se regardent pas, ne se touchent pas, fuient les rencontres amoureuses et la table d'examen, voire le cabinet du médecin. La spécificité de la prise en charge des femmes excisées est peut-être là, à savoir dans la capacité du thérapeute à prendre en charge le psychotrauma.

Discussion

Lorsque l'on s'occupe de la sexualité des femmes excisées, il faut, bien entendu, avoir au préalable, éliminé les obstacles physiques liés aux séquelles de l'excision. Par exemple, la coalescence des petites lèvres lors de la cicatrisation est un véritable obstacle à la pénétration qu'il faut traiter chirurgicalement. Dans notre clinique, ce sont surtout les dimensions psychotraumatiques qui semblent avoir un impact négatif sur la sexualité des femmes excisées :

- les psychotraumatismes spécifiques liés à l'excision tels que les images invasives ou reviviscences au moment des rapports sexuels empêchant le lâcher prise, les comportements d'évitement par rapport à la zone excisée entraînant des représentations préjudiciables à la sexualité « là, il n'y a plus rien », le refus de s'intéresser à sa sexualité ou l'évitement de tout contact visuel ou physique avec la zone clitoridienne ;
- la rencontre avec l'Occident, dont les discours médiatiques assurent que la femme excisée n'a pas accès au plaisir sexuel, créant une dichotomie absurde « blanche » orgasme / « noire » anorgasmie... Il y a aussi un effet mutilant des discours. Ces croyances convainquent ces femmes qu'elles ne sont pas femmes, là où les traditions affirmaient que c'était avant l'excision qu'elles ne l'étaient pas ;
- la honte : le psychotraumatisme en lui-même peut générer de la honte : honte de n'avoir pu résister à la violence de l'autre, honte de s'être « laissée excisée »... La honte est souvent amplifiée par le discours occidental évoqué plus haut et aggravée par des partenaires indécents « de toute façon tu ne peux pas jouir, tu es excisée ». Une grande proportion de nos patientes présente d'autres psychotraumatismes sexuels, masqués par l'excision (Antonetti-N'Diaye et al., 2015) tels que des traumas sexuels infantiles (agressions sexuelles et viols infligés dans l'enfance) ;
- des mariages forcés, éventuellement précoces, fréquents dans notre population. Nombreuses de nos patientes ont connu en plus de l'excision plusieurs expériences de violences conjugales et familiales. Loin d'être circonscrite à l'ablation du clitoris, cette mutilation est bien souvent, aujourd'hui, le symptôme le plus visible d'une série d'atteintes à l'intégrité de la femme.

Conclusion

L'excision reste une violence pratiquée au nom de la culture. Cette dimension doit être prise en compte dans le travail avec les femmes excisées. Le psychotraumatisme nous est apparu, à l'écoute de nos patientes, la plus grave séquelle de l'excision. Il nous semble donc, que la « réparation » de l'excision ne peut pas faire l'économie du traitement psychique et sexologique.

La mutilation sexuelle ne constitue pas seulement l'ablation et la détérioration d'un organe qu'il convient de réparer, mais s'intègre dans un contexte parfois délicat et s'associe à un psychotraumatisme lourd, source de conséquences notamment psychologiques et sexuelles qu'il faut mettre en lumière afin de les prendre en charge. Les intrications des problèmes sexuels avec les facteurs psychosociaux sont encore insuffisamment étudiées alors que leur prise en charge est fondamentale pour éviter de traiter la fonction sexuelle comme une fonction isolée de l'humain, même lorsque les troubles sexuels relèvent d'une cause organique. Il est essentiel de se pencher également sur la signification, le sens et les conséquences sur le vécu psychique des femmes.

La sexualité, au-delà d'une réponse physiologique, fait aussi appel à une expérience subjective de plaisir, d'excitation et d'intimité et à un ensemble de cognitions, d'idées, de croyances, de fantasmes et d'attitudes. Tous ces aspects se produisent le plus souvent dans un contexte interpersonnel, conjugal et amoureux qui oriente également la réponse sexuelle. Dans une conception élargie de la sexualité, les conditions de vie d'une personne, ses occupations ou ses préoccupations, son niveau de détente ou de stress, son humeur positive ou négative... agissent également sur sa vie sexuelle. La sexualité reste donc largement liée au fonctionnement psychologique et interpersonnel de chacun d'où l'importance de souligner la dimension psychique dans « le temps du médical ».

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Andro A, Lesclingrand M. « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France ». *Popul Soc* 2007;438:1–4.
- Antonetti-N'Diaye E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015., <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.01.008> [in press].
- Bancroft JHJ. *Sexual arousal and response: the psychosomatic circle*. In: *Human sexuality and its problems*. 3rd ed. Oxford: Churchill Livingstone; 2009. p. 56–143.
- Erllich M. *La femme blessée*. Paris: L'Harmattan; 1986.
- Johnsdotter S, Essen B. *Genitals and ethnicity: the politics of genital modification*. *Reprod Health Matters* 2010;18(35):29–37.
- Mongin C, Reinert P. Éditorial. *Dev Sante* 2014–2015;205:1–2.
- Nations Unies. [http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/640%20\(VII\)](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/640%20(VII))

- Obermeyer CM. *The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence*. *Cult Health Sex* 2005;7:443–61.
- Organisation de l'Unité Africaine. Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes. In: Conférence de l'Union africaine; 2003. <http://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/>
- Paterson LQP, Davis SN, Binik YM. *Les mutilations génitales féminines et l'orgasme avant et après réparation chirurgicale*. *Sexologies* 2012;21:21–8.
- UNICEF. *Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF; 2013 http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf
- Villani M. *De la « maturité » de la femme à la chirurgie : les conditions de la réparation du clitoris*. *Sexologies* 2009;241:1–7.
- World Health Organization. *Female genital mutilation—new knowledge spurs optimism*. *Prog Sex Reprod Health Res* 2006;72:1–8.
- World Health Organization. [WHO/RHR/HRP/10. 22.] *Developing sexual health programmes. A framework for action* [WHO/RHR/HRP/10. 22.]. Geneva: WHO; 2010 http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, ONUSIDA, OMS, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM*; 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf