



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**LES CONSÉQUENCES DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES
DANS LA VIE SEXUELLE DES FEMMES VICTIMES
Étude locale et Revue de la littérature**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR
STRAUMANN ÉLISE

Née le 7 février 1997 à Guebwiller

Présidente du jury : Madame Claude DOYEN

Directeurs de mémoire : Docteur Olivier GARBIN et Docteur Marie ZILLIOX

Codirectrice du mémoire : Madame Anita BASSO



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**LES CONSÉQUENCES DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES
DANS LA VIE SEXUELLE DES FEMMES VICTIMES
Étude locale et Revue de la littérature**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR
STRAUMANN ÉLISE

Née le 7 février 1997 à Guebwiller

Présidente du jury : Madame Claude DOYEN

Directeurs de mémoire : Docteur Olivier GARBIN et Docteur Marie ZILLIOX

Codirectrice du mémoire : Madame Anita BASSO

REMERCIEMENTS

Merci au Docteur Olivier GARBIN de m'avoir transmis sa passion pour le sujet, de m'avoir guidée et conseillée pour la réalisation de ce travail. Merci au Docteur Marie ZILLIOX d'avoir repris le flambeau.

Merci à Madame Anita BASSO pour ses conseils et sa disponibilité.

Merci à Deborah pour ses encouragements, son investissement, son aide précieuse et sa présence au quotidien.

Merci à mes parents et mes sœurs Marie et Anne pour leur soutien moral et financier tout au long de mes études.

Merci à Pauline et Claire pour leur écoute, leur soutien et leur amitié. Merci à Éliisa pour son aide.

Et enfin, merci au Docteur Thomas LEFRANC qui m'a tendu la main pour me relever le jour où je suis tombée.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. Rappels anatomiques.....	6
2. Définitions.....	7
2.1. La santé sexuelle	7
2.2. La sexualité	8
2.3. Notion de désir sexuel.....	8
2.4. Notion de plaisir sexuel	9
3. Contexte et définitions des mutilations génitales féminines	9
3.1. Origine de la pratique de l'excision	11
3.2. Raisons de l'existence des mutilations génitales féminines.....	12
3.3. Pourquoi cette pratique continue-t-elle d'exister ?	14
3.4. Le déroulement de la cérémonie de l'excision en Afrique.....	14
3.5. Le coût de l'excision en Afrique	15
MATÉRIELS ET MÉTHODES	16
1. La démarche méthodologique.....	17
2. La recherche bibliographique	17
3. Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	19
4. Arbre décisionnel.....	20
RÉSULTATS	21
1. Étude des données locales	22
2. Étude des données de la littérature internationale	24
2.1. Les différentes complications sexuelles décrites dans la sélection d'articles et leurs effectifs	24
DISCUSSION	29
1. Points forts, limites et validité externe de notre travail	30
2. Lien entre mutilations génitales féminines et conséquences sexuelles	34
2.1. Les dyspareunies	34
2.2. La baisse de libido	35

2.3. La baisse du plaisir sexuel	36
2.4. Les autres conséquences retrouvées dans la littérature.....	36
2.4.1. Les apareunies	37
2.4.2. Les saignements pendant et après le rapport sexuel	37
2.4.3. Écoulement vaginal.....	37
2.4.4. Nécessité d'une chirurgie pour libérer les adhérences labiales au premier rapport sexuel	38
2.4.5. L'anorgasmie	38
2.4.6. Déchirure vaginale durant le coït	39
2.4.7. Les dyspareunies chez l'homme.....	39
2.4.8. La pénétration anale	39
3. Lien hiérarchique entre type de mutilations génitales féminines et complications sexuelles.....	40
3.1. Généralités.....	40
3.2. Type I	41
3.3. Type II	41
3.4. Type III	42
4. Données non comparables	42
5. Parenthèse sur les complications obstétricales	43
 CONCLUSION.....	 45
 BIBLIOGRAPHIE.....	 48
 ANNEXES	 56
ANNEXE I : Mode de calcul du score du Female Sexual Function Index (FSFI)	
ANNEXE II : Classification des mutilations sexuelles à partir de l'OMS, 2018.	
ANNEXE III : Répartition géographique et prévalence des MGF de types I, II et III en Afrique et au Moyen-Orient.	

INTRODUCTION

Malgré ce que nous pourrions penser dans nos pays occidentaux, qui sont régis par des lois strictes et où il existe des sanctions pénales dissuasives, de l'autre côté de la mer, nous serions surpris de trouver des pratiques ancestrales se transmettant encore aujourd'hui de génération en génération. En effet, l'excision, ou au sens plus large, les mutilations génitales féminines (MGF) continuent de faire des victimes chaque année à travers le monde. On compte aujourd'hui environ 200 millions de femmes mutilées au sein de la population mondiale (1). Comme décrit dans les classifications officielles, ces mutilations vont de la clitoridectomie à l'infibulation totale (2). La plupart du temps justifiées par le respect des traditions, la transmission de la culture ou plus rarement par des arguments religieux, ces mutilations pratiquées sur de très jeunes filles sont sources d'un nombre conséquent de complications pouvant aller jusqu'au décès de la fillette (1).

Actuellement, quinze pays d'Afrique ont interdit officiellement l'excision, ainsi que la France et d'autres pays occidentaux comme l'Allemagne, la Suède, les Pays-Bas, la Suisse, l'Australie, l'Angleterre et les États-Unis (3). Le code pénal de la législation française ne fait pas exception à ses pays voisins, il prévoit des sanctions lourdes (amendes et peines de prison) pour toute transgression de la loi concernant les mutilations sexuelles des femmes. Depuis 2006, la loi française s'applique aussi à des faits commis à l'étranger quelle que soit la nationalité des parents de l'enfant victime (4). En France, la lutte contre l'excision est assurée par le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale ainsi que par les ministères des Solidarités et de la Cohésion sociale (5).

Comme énoncé plus haut, ces mutilations pratiquées la plupart du temps sur des filles encore très jeunes, sont précurseurs de complications immédiates (infections, hémorragies, traumatismes) mais également à long terme. En 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un guide de recommandations de bonne pratique pour une prise en charge adaptée des femmes victimes. Elle souligne que les conséquences sont identiques, voire plus graves lorsque les mutilations sont pratiquées par des professionnels de santé et/ou dans un environnement médicalisé (6).

Nous allons développer dans notre étude les conséquences de l'excision dans la vie intime d'une femme adulte mutilée. Nous nous attarderons également sur le lien entre le type de la mutilation et l'existence de complications sexuelles. Nous aborderons les souffrances physiques et psychologiques qu'endurent ces femmes dans leur sexualité

au quotidien, puis nous terminerons par une ouverture sur les possibilités de réparation chirurgicale qui existent pour leur venir en aide et se sentir à nouveau une femme « à part entière ».

Le but de notre étude locale et de notre revue de la littérature est de répondre à la question suivante :

« Mutilations génitales féminines : quelles conséquences dans la vie sexuelle des femmes adultes excisées ? »

Notre travail de recherche a pour objectif de mettre en lumière quelles sont les complications sexuelles imputables aux mutilations génitales féminines. Nous allons également essayer de vérifier s'il existe ou non une relation entre le type d'excision pratiquée sur la petite fille et les conséquences dans sa vie sexuelle de femme africaine adulte.

Pour cela, voici les hypothèses que nous allons tester :

- Les mutilations génitales féminines sont à l'origine de complications dans la vie sexuelle des femmes adultes excisées.
- Les conséquences des mutilations génitales féminines dans la vie sexuelle des femmes adultes sont dépendantes du type d'excision qui a été réalisé.

Voici selon la HAS en 2020, les principales conséquences sexuelles retrouvées dans la vie des femmes mutilées :

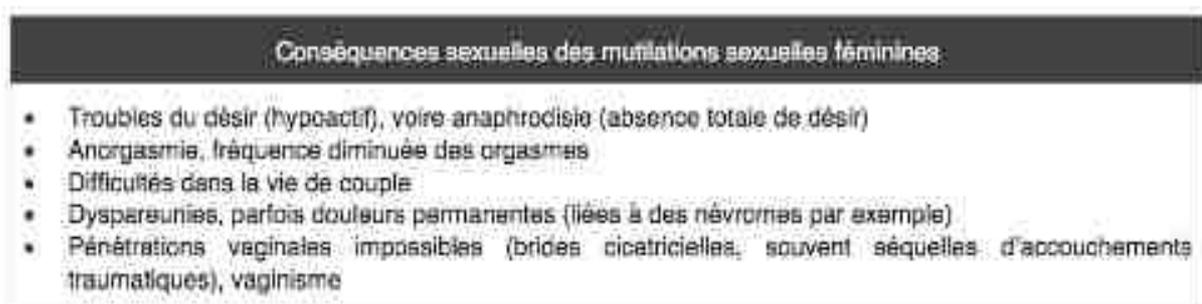


Figure 1 : Les conséquences sexuelles des MGF, HAS 2020 (6)

Pour répondre à notre problématique, nous analyserons les données d'une étude locale et nous effectuerons une revue de la littérature. Après l'introduction, nous présenterons nos matériels et méthodes, nous exposerons nos résultats puis nous analyserons et discuterons ces derniers avant de conclure. Afin de clôturer notre travail et suite à la conclusion nous ferons une ouverture en nous interrogeant sur la place de la chirurgie reconstructrice dans la vie sexuelle des femmes victimes de mutilations génitales.

1. Rappels anatomiques

À titre indicatif, voici une représentation du clitoris dans son intégrité en trois dimensions. Nous y retrouvons les corps érectiles de la femme qui sont les bulbes vestibulaires (ou corps spongieux) et les corps caverneux.

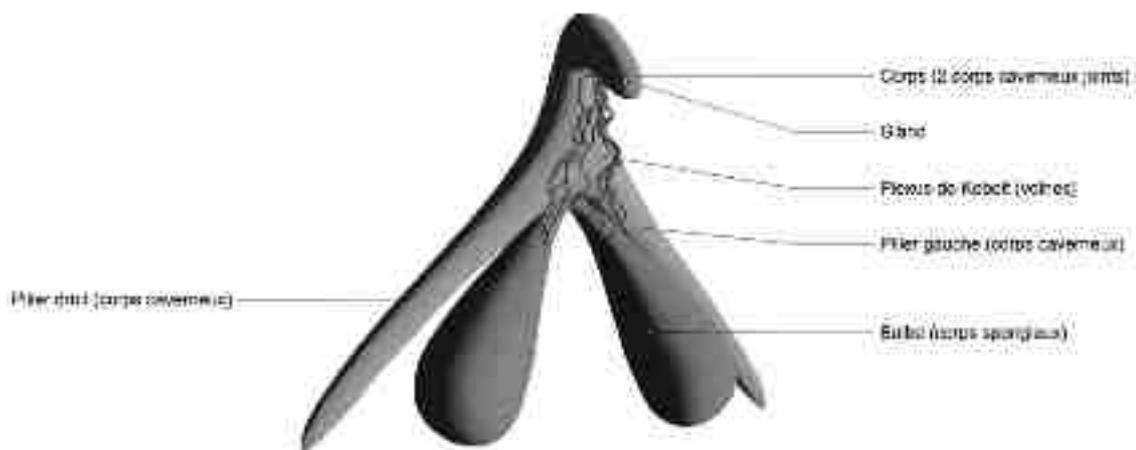


Figure 2 : Anatomie du clitoris et de ses bulbes (7)

Modélisation 3D : P. COSENTINO d'après les données, croquis et consignes d'O. FILLOD Programmation de l'interface : P. COSENTINO ; Mars 2017

Afin de se rendre compte de la douleur aiguë que peuvent engendrer les mutilations, il est important de comprendre et de se rappeler la richesse nerveuse et sensitive que possède l'appareil génital féminin. La vulve contient de nombreuses structures anatomiques allant des vaisseaux sanguins au réseau de fibres nerveuses. Ce dernier

comprend les nerfs pudendal, ilio-inguinal et génito-fémoral qui sont essentiels à la fonction sensorielle. Le nerf pudendal, qui a à la fois des fonctions motrices et sensorielles, sort du canal d'Alcock et se divise en trois branches principales : le nerf dorsal du clitoris, le nerf anal ou rectal inférieur et le nerf périnéal qui donne le nerf labial postérieur (8).

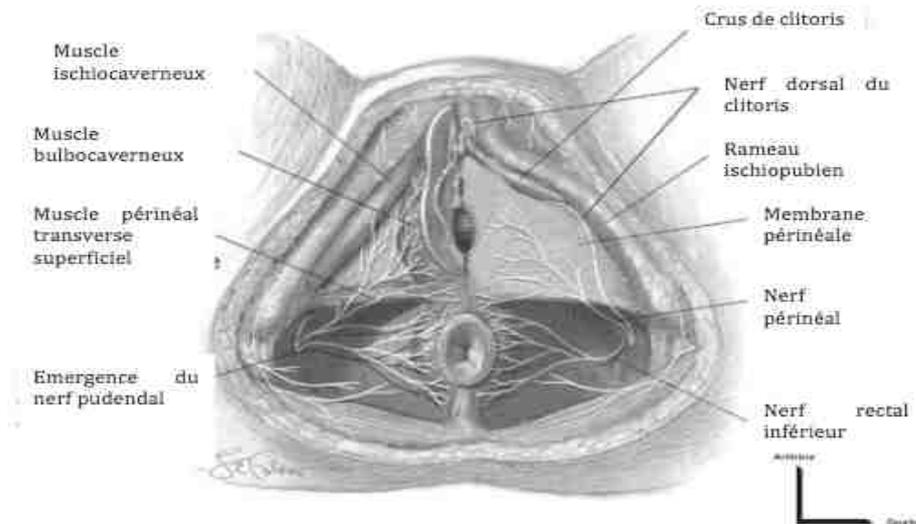


Figure 3 : Les nerfs du périnée (9)

2. Définitions

2.1. La santé sexuelle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés » (10).

En santé sexuelle, il existe un index d'évaluation de la fonction sexuelle féminine. Il est appelé le « FSFI » de l'anglais « Female Sexual Function Index ».

Cet index définit la vie sexuelle comme suit : l'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale. Le rapport sexuel se définit comme la pénétration ou l'introduction du pénis. La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels. 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.

Le FSFI se calcule à l'aide d'un questionnaire contenant 19 questions, chaque réponse donnée correspond à une cotation. L'addition de ces cotations permet de calculer le score final (Annexe I) (11).

2.2. La sexualité

L'OMS nous propose également une définition générale de la sexualité :

« La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels » (12).

2.3. Notion de désir sexuel

Il est extrêmement difficile de trouver une définition scientifique du désir sexuel. En effet, nous faisons face à une notion qui est complètement aléatoire et subjective en fonction des sujets. L'aspect psychanalytique a largement été discuté par des médecins célèbres comme Sigmund FREUD et Jacques LACAN qui eux-mêmes ne fondent pas la définition sur les mêmes hypothèses. Nous avons choisi de nous fier à

la définition de l'encyclopédie Larousse qui nous semblait être la plus appropriée à notre problématique et la plus objective : « Le désir sexuel peut être considéré comme ce qui constitue les mobiles de l'activité sexuelle, qu'il s'agisse de la pulsion, de la libido, de l'appétit sexuel, ainsi que de l'intérêt, de la motivation et de l'excitation sexuels » (13).

2.4. Notion de plaisir sexuel

Le plaisir sexuel a été étudié par un conseil scientifique composé d'un groupe éclectique d'experts, d'universitaires, de professionnels de santé et de membres de l'OMS s'intéressant aux problématiques liées à la santé et au droit sexuels. Il s'agit du Global Advisory Board for Sexual Health and Wellbeing (GAB) qui, en 2016, définit la notion de plaisir sexuel comme suit :

« Le plaisir sexuel est la satisfaction et le plaisir physiques et/ou psychologiques dérivés d'expériences érotiques solitaires ou partagées, y compris les pensées, les rêves et l'auto-érotisme. L'autodétermination, le consentement, la sécurité, la vie privée, la confiance et la capacité de communiquer et de négocier des relations sexuelles sont des facteurs clés permettant au plaisir de contribuer à la santé et au bien-être sexuels. Les expériences de plaisir sexuel humain sont diverses et les droits sexuels garantissent que le plaisir est une expérience positive pour toutes les personnes concernées et non obtenue en violant les droits humains et le bien-être d'autrui » (14).

3. Contexte et définitions des mutilations génitales féminines

Le terme de « Mutilations Génitales Féminines » ou « MGF » est un terme de choix, qui, en français ne désigne pas la « circoncision » réalisée sur les garçons pour des raisons culturelles, religieuses ou médicales.

En revanche, le terme anglo-saxon « circumcision » est un faux-ami et est indifféremment utilisé pour décrire la circoncision du petit garçon, ou bien l'excision de la petite fille (female circumcision) (15).

L'Organisation Mondiale de la Santé définit cette pratique comme suit : « Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions aboutissant à une

ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autres lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques » (16). Cette pratique est reconnue internationalement comme une violation des droits de l'Homme, et constitue une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes en raison des conséquences pour la santé, de la douleur et des risques encourus (17).

En 2018, l'OMS publie une classification précise des différents types de mutilations génitales féminines en les divisant en sous catégories.

Voici la typologie complète des MGF ainsi que ses subdivisions :

- **Type I** : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce clitoridien (clitoridectomie)

Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci-après sont proposées :

- **Type Ia** : ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement
- **Type Ib** : ablation du clitoris et du prépuce

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

Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci-après sont proposées :

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

- **Type III** : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)

Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci-après ont été constatées :

- **Type IIIa** : ablation et accolement des petites lèvres
- **Type IIIb** : ablation et accolement des grandes lèvres

- **Type IV** : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation (Annexe II) (6)

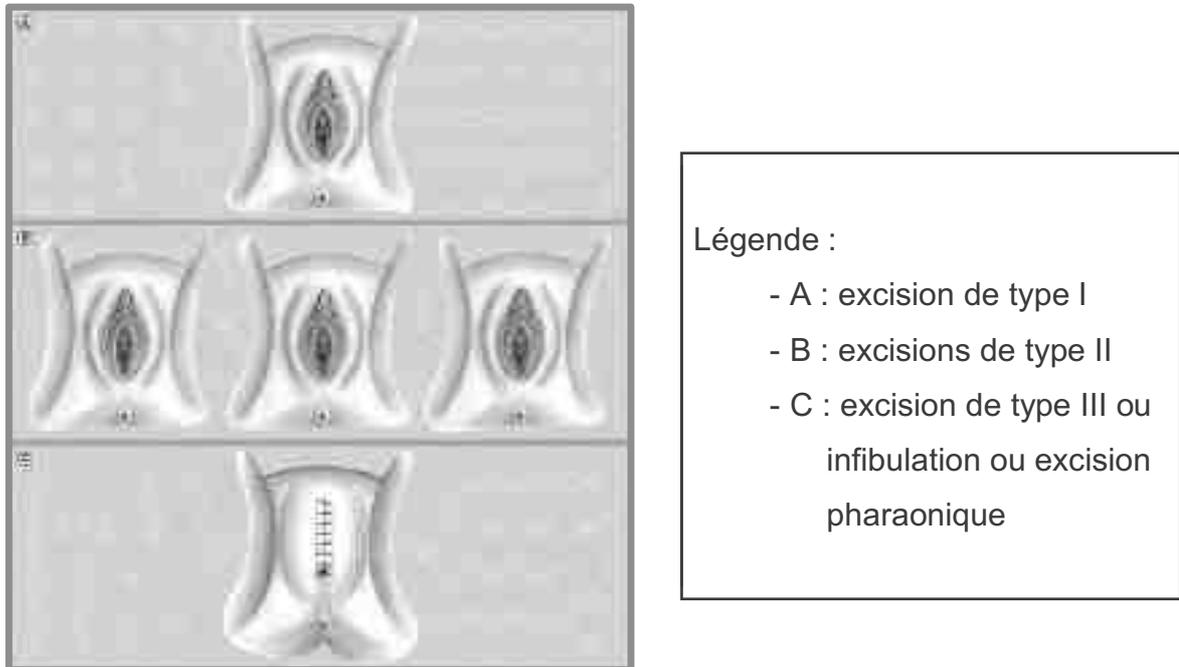


Figure 4 : Illustration des principaux types de MGF (18)

Pour information, l'infibulation tient son nom du mot romain « péroné » qui signifie « fermoir », ce dernier était attaché à travers le prépuce des hommes et aux lèvres des femmes pour imposer la chasteté (19).

Dans ce mémoire, nous utiliserons le mot « excision » comme terme générique recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines.

3.1. Origine de la pratique de l'excision

L'excision est une pratique qui existe depuis des siècles. Selon les recherches, l'Égypte en serait le pays source. En effet, des momies égyptiennes datant de 200 ans avant Jésus Christ ont été retrouvées excisées.

Des études affirment que cela était pratiqué pendant le règne des pharaons le long de la vallée du Nil. Il a également été attesté qu'au XIXe siècle en Europe et en Amérique du Nord, les mutilations génitales féminines étaient pratiquées pour protéger les

esclaves des grossesses non désirées à Rome par exemple, mais aussi comme remède contre les maux tels que l'épilepsie, l'hystérie ou la masturbation (20, 21). Dans les années 1950, la clitoridectomie était encore pratiquée aux États-Unis ainsi qu'en Europe de l'Ouest en guise de traitement contre les troubles psychiatriques tels que l'hystérie, l'épilepsie, la masturbation, la nymphomanie et la mélancolie (22).

3.2. Raisons de l'existence des mutilations génitales féminines

Chez les populations pratiquant l'excision des petites filles, cet acte douloureux se justifie principalement par la nécessité de perpétuer une tradition. L'excision est également un moyen de contrôle de la vie sexuelle des femmes, un moyen de réduire leur désir sexuel ainsi que d'encourager leur innocence, leur fidélité et la conservation de leur virginité (23).

Bien que les attitudes changent, l'excision est une norme sociétale profondément enracinée et un certain nombre de croyances culturelles contribuent à son importance. C'est un rite de passage qui fait honneur à la jeune fille et à sa famille en renforçant l'identité culturelle et le sentiment d'appartenance. De par le traumatisme qu'elle engendre, l'excision réduit la libido. Elle garantit que la fille reste chaste, mariable et fidèle. Les normes d'hygiène et d'esthétique jouent également un rôle.

Dans certaines sociétés, les organes génitaux externes sont considérés comme impurs et inesthétiques : le clitoris est considéré comme un appendice masculin qui doit être enlevé ou un organe qui doit être saigné pour le nettoyage et la purification (18). A titre informatif, certaines ethnies comme les Urhobo et les Kwale au Nigeria pratiquent les MGF pendant la grossesse. Ces populations pensent que l'excision sur la femme gestante est un moyen d'empêcher les morts fœtales in utero des petits garçons et que cela permet « d'ouvrir le canal de la naissance » pour faciliter l'accouchement par voie vaginale. D'après la littérature actuelle, aucun autre rapport de cas sur les MGF pratiquées pendant la grossesse n'a été rapporté (24).

Il semble évident que la tradition, la religion et la pression sociale sont les principaux motifs de pratique des mutilations génitales féminines. Dans certains groupes ethniques, les MGF sont obligatoires, tandis que dans d'autres, les femmes qui n'ont pas subi la pratique peuvent avoir des difficultés à se marier (25).

Il est important de souligner que les mutilations génitales féminines sont abusivement considérées comme une tradition du monde musulman. Certes, la pratique des MGF

est profondément enracinée et fortement répandue dans les pays qui ont une connexion forte avec la religion islamique, mais on l'observe également au sein d'autres communautés religieuses telles que les coptes d'Égypte, les juifs falashas d'Éthiopie, les animistes et les athées (25, 26). En effet, l'excision existait avant l'avènement de l'Islam. La seule allusion à cette pratique est retrouvée dans le Hadith (ensemble des paroles attribuées à Mahomet). Le Coran n'en parle pas. Pour exemple, des pays majoritairement musulmans comme l'Iran ou l'Arabie Saoudite de la pratiquent pas (24). Bien que les MGF ne soient pas imposées par l'Islam, ceux qui ne les pratiquent pas sont parfois susceptibles de subir une pression sociale en étant considérés comme agissant contre la religion (25).

Vouloir réduire la pratique des MGF à un geste religieux reste selon nous une explication incomplète et insatisfaisante. Elle serait plus le témoin d'une appartenance ethnique et le résultat de la transmission de traditions ancestrales (27).

Par ailleurs, dans certains articles que nous allons étudier, le Christianisme est la religion la plus pratiquée parmi les femmes excisées (28).

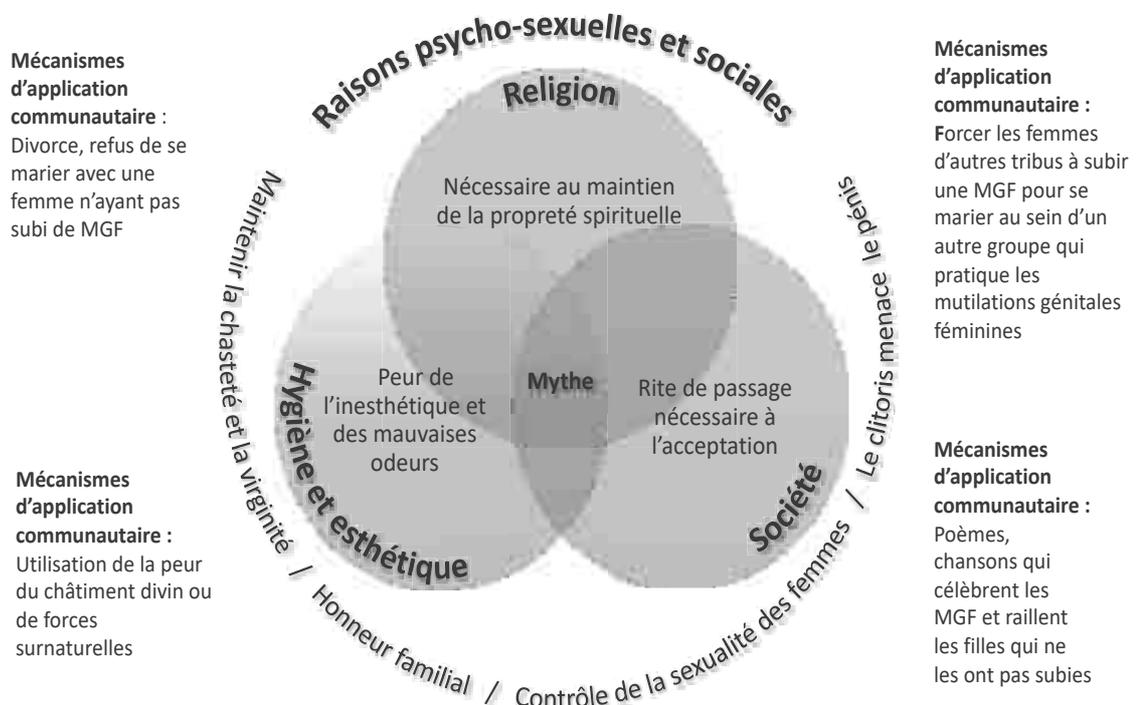


Figure 5 : Les perceptions des pratiques des mutilations génitales féminines (20)

Schéma adapté et traduit d'après la source Asha Mohamud, Nancy Ali, Nancy Yinger, « World Health Organization and Program for Appropriate Technology in Health (WHO/PATH), FGM Programs to Date : What Works and What Doesn't (Geneva : WHO, 1999) :7. »

3.3. Pourquoi cette pratique continue-t-elle d'exister ?

Les justifications pour la perpétuation de cette tradition semblent inclure encore de nos jours la préservation de l'identité ethnique et de genre, la féminité, la pureté et la virginité féminines, l'honneur familial, le maintien de la propreté et de la santé et enfin l'assurance de la possibilité de mariage des femmes (29). Les femmes non excisées sont souvent couvertes de honte, moquées et montrées du doigt au sein de certaines communautés (18). Par exemple, dans la société malienne, on appelle une personne non initiée « bilakoro », c'est à dire une fille non excisée ou un garçon non circoncis. Ce mot désigne en Bambara, la langue locale la plus parlée au Mali, un être sans sexe défini, sans culture, sans rôle, sans religion, impur, un objet de répulsion (26, 30). Ces femmes, considérées comme souillées peuvent ne pas être autorisées à servir du thé ou à éplucher des aliments. Ce rejet de la part des autres membres du groupe peut aller jusqu'à leur ostracisation (18).

3.4. Le déroulement de la cérémonie de l'excision en Afrique

Sur le continent africain, les composantes traditionnelles des MGF varient selon les régions ethniques. Certains peuples les pratiquent durant l'enfance, entre les six ou les huit ans des petites filles tandis que d'autres préfèrent le faire directement à la naissance ou avant le mariage. Le processus se déroule avec une jeune fille seule ou en groupe d'environ 40 filles ou plus en utilisant les mêmes instruments pour chaque acte. La procédure est généralement effectuée de manière cérémonielle accompagnée de nourriture, de musique et de cadeaux.

Selon les régions d'Afrique, les opérateurs sont traditionnellement des forgeronnes aux multiples savoir-faire ou des barbiers. A l'heure actuelle, ces pratiques ont été en partie supplantées par des membres du corps médical, tels que des médecins et des sages-femmes diplômées (26,30). Les circonciseurs utilisent habituellement des objets tranchants comme des couteaux, des ciseaux, des rasoirs, des tondeuses ou des objets chauds. La plupart du temps l'environnement n'est pas stérile et les anesthésiques médicaux sont inexistantes.

Dans le cas de l'infibulation, les deux côtés des grandes lèvres sont suturés ensemble avec des épines ou du fil, et les jambes peuvent être attachées ensemble jusqu'à 40 jours. La cicatrisation de la plaie est facilitée par l'application d'une pommade à base

de plantes ou d'excréments d'animaux, censée accélérer le processus de guérison (20). Dans le cas de l'infibulation, une désinfibulation est nécessaire à la pénétration. Elle est généralement réalisée par le mari lors de la nuit de noces (27).

3.5. Le coût de l'excision en Afrique

Le coût des mutilations génitales féminines comprend non seulement le prix payé pour le service, mais également les sommes dépensées pour le traitement des complications médicales et obstétricales. Chaque année, jusqu'à un pourcent des dépenses publiques sont consacrées à la santé des femmes en âge de procréer en raison des complications obstétricales liées aux MGF.

Au total, 3,7 millions de dollars sont dépensés dans six pays africains en un an pour soigner les hémorragies obstétricales des patientes mutilées. Cela ne se limite évidemment pas à la valeur monétaire puisque les effets psychosociaux et leurs conséquences sur la personne sont en général non quantifiables (22).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. La démarche méthodologique

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons analysé les données d'une étude locale et réalisé une revue de la littérature centrée sur des articles en français ou en anglais soulignant les difficultés que rencontrent les femmes africaines mutilées à avoir une vie sexuelle adulte et épanouie. L'Afrique étant le continent le plus touché par la pratique des MGF, et les patientes rencontrées lors des consultations venant essentiellement de cette zone géographique, nous avons décidé de travailler uniquement avec des études concernant des femmes d'origine africaine. Les pays où les MGF sont les plus fréquentes sont l'Égypte, le Soudan, l'Éthiopie et le Mali (Annexe III).

2. La recherche bibliographique

Nous avons dans un premier temps réalisé une étude de cas sous forme de recueil de données. Ces données ont été fournies par le Docteur Olivier GARBIN gynécologue-obstétricien au Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical à Schiltigheim (CMCO) et directeur de ce mémoire, qui travaille quotidiennement avec des femmes victimes. Nous avons analysé certains éléments des comptes rendus des consultations avec des femmes victimes de mutilations génitales. Il s'agit d'un recueil de données rétrospectif et anonymisé. Les patientes ont été accompagnées d'un professionnel de santé, souvent une sage-femme, pour répondre à un questionnaire. Toutes les données ont été recueillies auprès de femmes africaines majoritairement francophones.

Puis, afin de mettre en corrélation notre étude locale avec la littérature internationale, nous avons utilisé la base de données en ligne PubMed disponible sur la plateforme de l'Université de Strasbourg en retenant les mots clés tirés du MeSh (Medical Subject Headings) suivants « female genital mutilation », « female circumcision » « complications », « circumcision and sexual life », « physical and psychological consequences », et « african women ».

Les mots clés ont été traduits en anglais afin de faire une recherche complète. Notre recherche a été limitée aux textes intégraux publiés en anglais ou en français. Aucune tentative de recherche n'a été faite pour trouver des études non publiées.

Les articles utilisés pour ce mémoire étant publiés et accessibles sur la base de données énoncée précédemment, il n'a pas été utile de soumettre notre projet de recherche à un comité d'éthique. De plus, les données ont été utilisées de manière anonyme, aucune demande de consentement n'a été nécessaire à la réalisation de notre travail.

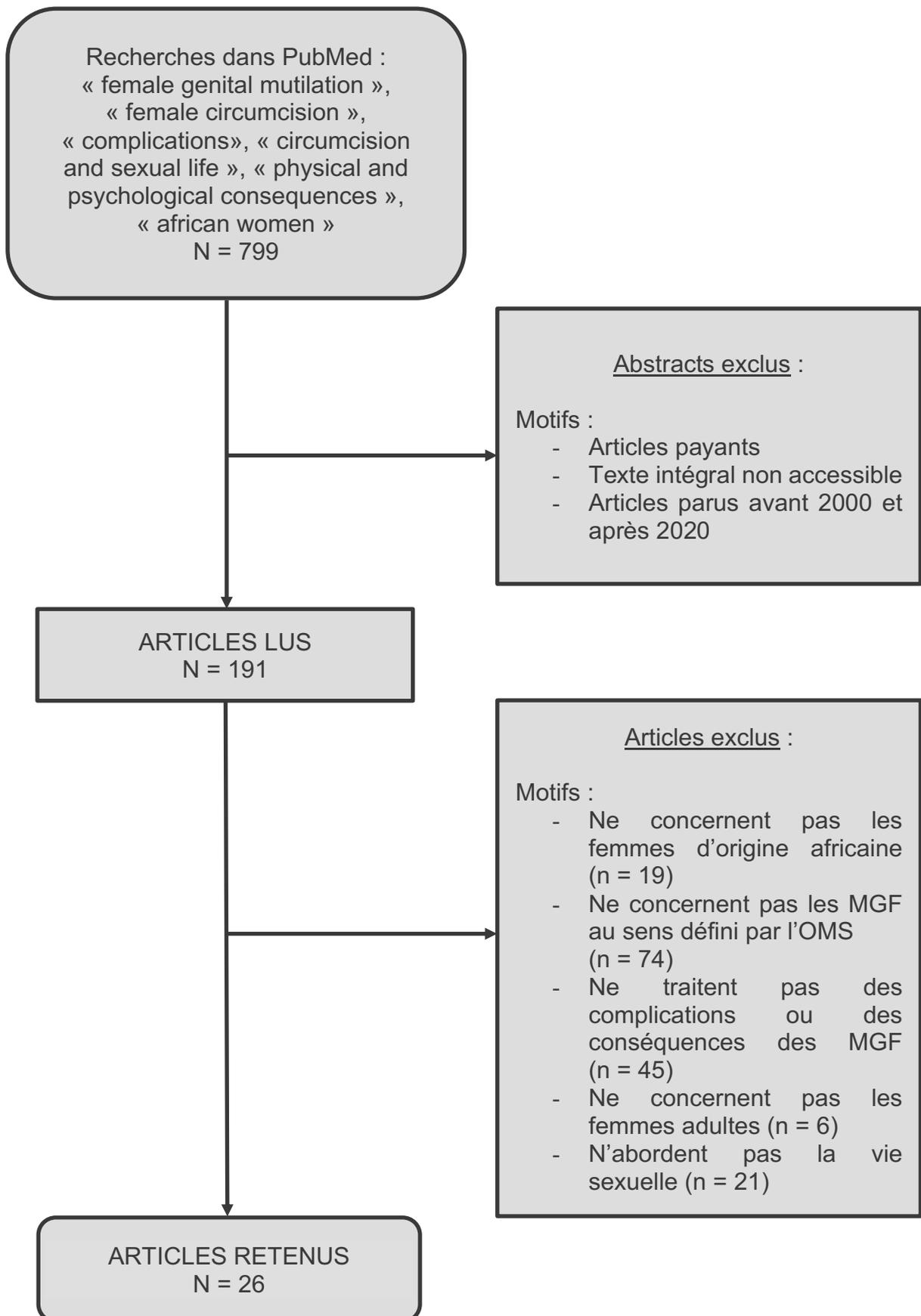
Certains articles non inclus dans l'étude ont été utilisés pour agrémenter l'introduction. Cette étude s'intéressera exclusivement aux femmes d'origine africaine peu importe leur lieu de résidence actuel. Le sujet pouvant toucher toutes les générations, nous n'avons pas déterminé de limite d'âge pour la population étudiée.

Nous considérons cette étude dans des temps actuels avec des articles publiés à partir des années 2000 jusqu'à 2020.

3. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Articles parus entre 2000 et 2020	Articles parus antérieurement aux années 2000 et postérieurement aux années 2020
Articles rédigés en Français et en Anglais	Articles rédigés en d'autres langues que le Français ou l'Anglais
Articles gratuits	Articles payants
Articles dont le texte intégral est disponible	Articles où seul le résumé est disponible
Articles concernant uniquement les mutilations génitales féminines comme définies selon l'Organisation Mondiale de la Santé	Articles traitant de la chirurgie reconstructrice pour raison médicale suite à un accident ou une malformation
Articles concernant les femmes d'origine africaine	Articles concernant les femmes dont les origines s'étendent au-delà des frontières africaines
Articles concernant les mutilations génitales féminines dans le cadre des croyances, des traditions, des cultures ou des religions	Articles traitant des mutilations génitales féminines comme crimes de guerre

4. Arbre décisionnel



RÉSULTATS

1. Étude des données locales

Nous avons pu accéder aux rapports de consultations de 34 femmes victimes de mutilations génitales, qui ont été chacune soumises au même schéma interrogatif. La liste de patientes qui nous a été fournie n'est pas exhaustive.

Pour cette sélection de patientes, il n'existe pas de critères d'inclusion lors de l'accueil des femmes en consultation.

Parmi les différentes réponses données, nous avons extrait celles qui nous ont semblé les plus pertinentes pour notre étude. Nous nous sommes intéressés à l'origine géographique de la patiente, l'âge auquel avait eu lieu la mutilation, le type de mutilation dont il s'agit selon la classification de l'OMS parue en 2018, la présence éventuelle de souvenirs ou de complications de l'excision, le rapport qu'ont ces femmes vis-à-vis de la sexualité aujourd'hui (désir, plaisir, dyspareunies), leur position concernant la perpétuation de la tradition de l'excision ainsi que leur intérêt pour le sujet de la reconstruction chirurgicale.

Afin de rendre notre recherche plus significative, nous avons été mis en relation avec une interne en médecine réalisant un mémoire sur l'aspect sexologique des MGF, possédant les comptes rendus de 15 patientes. Nous avons ainsi pu compléter notre effectif de patientes avec celles recueillies par l'interne. Le tableau ci-dessous portera donc sur un effectif total de 49 femmes. Par soucis de simplification, les pourcentages du tableau ont été arrondis à l'entier le plus proche.

Tableau I: Caractéristiques et effectifs de l'échantillon (n=49) des données des consultations au CMCO

	Effectif	Effectif (%)
Origine Africaine		
Différents pays d'Afrique	48	98
Pays Africain inconnu	1	2
Âge au moment de l'excision		
0-2 ans	6	12
3-12 ans	27	55
13-18 ans	1	2
>18 ans	0	0
NR	15	31
Type d'excision selon la classification de l'OMS		
Type I	17	35
Type II	12	24
Type III	2	4
Type IV	0	0
NR	18	37
Souvenir de l'évènement		
Présents	17	35
Absents	20	41
NR	12	24
Complications		
Infectieuses	2	4
Hémorragiques	7	14
Douloureuses	5	10
Absence de complications	12	24
NR	28	57
Désir sexuel		
Présent	17	35
Rarement présent	7	14
Absent	7	14
NR	14	29
Plaisir sexuel		
Présent	14	29
Rarement présent	17	35
Absent	4	8
NR	14	29
Dyspareunies		
Oui	18	37
Non	13	27
NR	18	37
Position par rapport aux MGF		
Pour	0	0
Contre	30	61
Autre	1	2
NR	18	37
Avis sur la reconstruction chirurgicale		
Souhaitée	6	12
Non souhaitée	3	6
Informations demandées	8	16
NR	32	65

NR : Non renseigné

2. Étude des données de la littérature internationale

Nous avons analysé en détail au total 26 articles qui ont été sélectionnés selon nos critères d'inclusion énoncés plus haut.

Nous avons répertorié dans le tableau ci-dessous chaque article avec les différentes complications des MGF dans la vie sexuelle des femmes excisées et leurs éventuels pourcentages en fonction du type.

Pour information, un certain nombre d'articles trouvés se focalisaient également sur les conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines. Nous avons volontairement fait le choix de ne pas les traiter, pour que ce travail demeure un travail de recherche en gynécologie et non en obstétrique. Les complications obstétricales seront simplement citées à visée informative à la fin de la discussion.

2.1. Les différentes complications sexuelles décrites dans la sélection d'articles et leurs effectifs

Tableau II : Effectifs des complications sexuelles selon les auteurs de la littérature

	Effectifs (n)	Taux %
baisse de la libido		
• Akin-Tunde A. Odukogbe, Bosede B. Afolabi, Oluwasomidoyin O. Bello, and Ayodeji S. Adeyanju ; 2017 (22)	x	x
• X Carcopino, R Shojai, L Boubli ; 2004 (27)	x	x
• Miranda A Farage, Kenneth W Miller, Ghebre E Tzeghai, Charles E Azuka, Jack D Sobel, William J Ledger ; 2015 (18)	12775	résultats insuffisants
• Laura Buggio, Federica Facchin, Laura Chiappa, Giussy Barbara, Massimiliano Brambilla, and Paolo Vercellini ; 2019 (31)	x	x
• Khalid Yassin, Hadeel A. Idris, and AbdelAzim A. Ali ; 2018 (32)	230	62,6
• Daniel Bogale, Desalegn Markos, Muhammedawel Kaso ; 2014 (25)	x	x
• Lillian Mwanri, Glory Joy Gatwiri ; 2017 (33)	x étude de cas	x étude de cas
• Christine K Tarr-Attia, Grace Hawa Bolwu, Guillermo Martínez-Pérez ; 2019 (34)	x	x
• Rigmor C Berg, Vigdis Underland ; 2013 (19)	x	x

baisse du plaisir sexuel

• Akin-Tunde A. Odukogbe, Bosede B. Afolabi, Oluwasomidoyin O. Bello, and Ayodeji S. Adeyanju ; 2017 (22)	x	x
• Miranda A Farage, Kenneth W Miller, Ghebre E Tzeghai, Charles E Azuka, Jack D Sobel, William J Ledger ; 2015 (18)	x	x
• Laura Buggio, Federica Facchin, Laura Chiappa, Giusy Barbara, Massimiliano Brambilla, and Paolo Vercellini ; 2019 (31)	x	x
• Khalid Yassin, Hadeel A. Idris, and AbdelAzizem A. Ali ; 2018 (32)	230	40,9
• Poonam Puri, Joginder Kumar, and V. Ramesh ; 2010 (21)	x	x
• Rigmor C Berg, Vigdis Underland ; 2013 (19)	x	x
• Obi Anselm Okwudill, Onoh Robinson Chukwudi ; 2012 (35)	x étude de cas	x étude de cas
• Melike Kibar Ozturk, İkin Zindanci, Ebru Zemheri, Cumhuri Çakır ; 2018 (36)	x étude de cas	x étude de cas
• Lillian Mwanri, Glory Joy Gatwiri ; 2017 (33)	x étude de cas	x étude de cas

douleurs / dyspareunies

• Akin-Tunde A. Odukogbe, Bosede B. Afolabi, Oluwasomidoyin O. Bello, and Ayodeji S. Adeyanju ; 2017 (22)	x	x
• X Carcopino, R Shojai, L Boubli ; 2004 (27)	x	x
• Miranda A Farage, Kenneth W Miller, Ghebre E Tzeghai, Charles E Azuka, Jack D Sobel, William J Ledger ; 2015 (18)	x	x
• Adriana Kaplan, Mary Forbes, Isabelle Bonhoure, Mireia Utzet, Miguel Martin, Malick Manneh and Haruna Ceesay ; 2013 (17)	(type I) 326 (type II) 105	(type I) 29,3 (type II) 57,1
• Özer Birge, Murat Akbaş, Ertuğrul Gazi Özbey, and Mehmet Adıyke ; 2016 (37)	27	52
• Olalekan Olugbenga Awolola, N A Ilupeju ; 2019 (38)	x	x
• Khalid Yassin, Hadeel A. Idris, and AbdelAzizem A. Ali ; 2018 (32)	230	76,9
	200	46
	200	40,5
• Rigmor C Berg, Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, Gunn E Vist ; 2014 (39)	394	15,7
	76	13,2
	835	3,6
	2291	5,5
• Adriana Kaplan, Suiberto Hechavarria, Miguel Martin, Isabelle Bonhoure ; 2011 (29)	x	x
• Ozer Birge, Mustafa Melih Erkan, and Aliye Nigar Serin ; 2019 (40)	x étude de cas	x étude de cas
• Rigmor C Berg, Vigdis Underland ; 2013 (19)	x	x
• Obi Anselm Okwudill, Onoh Robinson Chukwudi ; 2012 (35)	x étude de cas	x étude de cas

• Daniel Bogale, Desalegn Markos, Muhammedawel Kaso ; 2014 (25)	486	22,8
• P Collinet, F Sabban, J-P Lucot, M Boukerrou, L Stien, J-L Leroy ; 2004 (41)	x	x
• Abdalla A Mohammed, Abdelazeim A Mohammed ; 2010 (42)	x étude de cas	x étude de cas
• Dani Zoorob, Kristrun Kristinsdottir, Thomas Klein, Sonyoung Seo-Patel ; 2019 (43)	x étude de cas	x étude de cas
• Christine K Tarr-Altia, Grace Hawa Boiwu, Guillermo Martínez-Pérez ; 2019 (34)	x	x
• Laura Buggio, Federica Facchin, Laura Chiappa, Gussy Barbara, Massimiliano Brambilla, and Paolo Vercellini ; 2019 (31)	x	x
• Ana Mercedes Victoria-Martínez, Laura Cubells-Sánchez, Lorena Martínez-Leborans , José Luis Sánchez-Carazo, Víctor Alegre de Miquel ; 2016 (44)	x	x

dyspareunies chez l'homme

• Dani Zoorob, Kristrun Kristinsdottir, Thomas Klein, Sonyoung Seo-Patel ; 2019 (43)	x étude de cas	x étude de cas
--	----------------	----------------

apareunies

• Akin-Tunde A. Odukogbe, Bosedo B. Afolabi, Oluwasomidoyin O. Bello, and Ayodeji S. Adeyanju ; 2017 (22)	x	x
• Adriana Kaplan, Mary Forbes, Isabelle Bonhoure, Mireia Utzet, Miguel Martín, Malick Manneh and Haruna Ceesay ; 2013 (17)	(type I) 326 (type II) 105	(type I) 15,1 (type II) 50,5
• Obi Anselm Okwudili, Onoh Robinson Chukwudi ; 2012 (35)	x étude de cas	x étude de cas
• Daniel Bogale, Desalegn Markos, Muhammedawel Kaso ; 2014 (25)	x	x
• Ozer Birge, Ertugrul Gazi Ozbey, Deniz Arslan, Mustafa Melih Erkan, Feyza Demir, Utku Akgor ; 2015 (45)	x	x
• Vicky Hadid, Michael Haim Dahan ; 2015 (46)	x	x
• Abdel Azlem-Abdallah-Ali, Abdalla Ali Mohammed, Awadia Khojali Mohammed Ali ; 2011 (47)	x étude de cas	x étude de cas

anorgasmie

• Daniel Bogale, Desalegn Markos, Muhammedawel Kaso ; 2014 (25)	x	x
• Olalekan Olugbenga Awolola, N A Ilupeju ; 2019 (38)	x	x
• Laura Buggio, Federica Facchin, Laura Chiappa, Gussy Barbara, Massimiliano Brambilla, and Paolo Vercellini ; 2019 (31)	x	x

déchirure vaginale durant le coït

• Akin-Tunde A. Odukogbe, Bosede B. Afolabi, Oluwasomidoyin O. Bello, and Ayodeji S. Adeyanju ; 2017 (22)	x	x
---	---	---

saignements pendant et après le rapport sexuel

• Adriana Kaplan, Mary Forbes, Isabelle Bonhoure, Mireia Utzet, Miguel Martín, Malick Manneh and Haruna Ceesay ; 2013 (17)	(type I) 326 (type II) 105	(type I) 5,3 (type II) 31,4
• Khalid Yassin, Hadeel A. Idris, and AbdelAziem A. Ali ; 2018 (32)	230	35,2
• Christine K Tarr-Altia, Grace Hawa Boiwu, Guillermo Martínez-Pérez ; 2019 (34)	x	x

écoulement vaginal

• Adriana Kaplan, Mary Forbes, Isabelle Bonhoure, Mireia Utzet, Miguel Martín, Malick Manneh and Haruna Ceesay ; 2013 (17)	(type I) 326 (type II) 105	(type I) 51,4 (type II) 60,6
• Rigmor C Berg, Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, Gunn E Vist ; 2014 (39)	x	x

nécessité d'une chirurgie pour libérer les adhérences labiales au 1er rapport sexuel

• X Carcopino, R Shojai, L Boubli ; 2004 (27)	x	x
• Khalid Yassin, Hadeel A. Idris, and AbdelAziem A. Ali ; 2018 (32)	230	30,4

pénétration anale

• Akin-Tunde A. Odukogbe, Bosede B. Afolabi, Oluwasomidoyin O. Bello, and Ayodeji S. Adeyanju ; 2017 (22)	x	x
• X Carcopino, R Shojai, L Boubli ; 2004 (27)	x	x

absence de répercussion dans la vie sexuelle

• Ana Mercedes Victoria-Martínez, Laura Cubells-Sánchez, Lorena Martínez-Laborans , José Luis Sánchez-Carazo, Víctor Alegre de Miquel ; 2016 (44)	x	x
---	---	---

x : pas de données chiffrées

DISCUSSION

L'objectif de notre travail était de faire un état des lieux des complications sexuelles engendrées par les mutilations génitales féminines et de déterminer si ces complications sont dépendantes ou non de la sévérité de la mutilation. Nous allons dans un premier temps exposer les points forts et les limites de notre travail. Dans un second temps nous discuterons des complications dans la vie sexuelle des femmes imputables aux MGF. Enfin, nous nous pencherons sur le lien entre l'apparition des conséquences sexuelles et le type d'excision pratiqué.

1. Points forts, limites et validité externe de notre travail

Notre travail recense tout d'abord certains éléments de comptes rendus des consultations avec des femmes victimes. Les patientes ont été reçues au CMCO à Schiltigheim et ont répondu au questionnaire en présence d'un soignant (médecin ou sage-femme) lors de la consultation. Le principal point fort que nous relevons est qu'en cas de barrière linguistique handicapante, la présence d'un tiers familial ou d'un interprète a le plus souvent été requise. Cependant, la majorité des femmes accueillies étaient francophones. Nous constatons avec regret que seules trois complications sexuelles des MGF ont été abordées dans le questionnaire, à savoir les dyspareunies, la baisse du désir et du plaisir sexuels. Malheureusement, comme tout recueil de données nous comptons un nombre non négligeable de non-réponses (jusqu'à 65%). Nous n'avons pas d'informations supplémentaires concernant la méthode de sélection des patientes ni sur les conditions de réponse au questionnaire.

Nous avons sélectionné 26 articles répondant à nos critères de sélection, dont 11 présentant des études de cas dotées d'un faible niveau de preuve scientifique. Afin de réaliser une analyse concrète et de trouver les points forts et les limites de notre revue de la littérature, nous avons fait le choix de nous attarder sur les articles nous fournissant des données chiffrées. Ils sont au nombre de sept. Sur ces sept études retenues, nous comptons une méta-analyse systématique de 17 enquêtes comparatives, une revue narrative, une étude de cohorte observationnelle prospective, deux études descriptives rétrospectives de séries de cas, une étude regroupant une méta-analyse et une revue de la littérature et enfin une étude transversale qualitative.

Ces articles sont relativement récents, puisqu'ils ont tous été publiés entre 2013 et 2019.

Voici le tableau publié par la Haute Autorité de Santé nous indiquant le niveau de preuve et le grade des recommandations selon les différents types d'études :

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Description scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohorte.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 études cas-contrôle
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales)

Figure 6 : Le grade des recommandations, HAS avril 2013 (48)

D'après la Figure 5, nous avons conscience que le niveau de preuve de nos études est insuffisant pour atteindre un niveau de preuve significatif. En effet, nous n'avons que deux études de grade A qui possèdent un niveau de preuve scientifique établie, une étude de grade B et quatre études de grade C niveau 4. Il est donc difficile de pouvoir comparer nos sept études entre elles.

Nous savons que ces études ont toutes été menées sur des femmes africaines. Nous n'avons malheureusement pas toujours l'information sur le lieu de la réalisation de l'étude. Nous savons que quatre d'entre elles ont été réalisées localement dans des pays d'Afrique (au Soudan, en Gambie et en Éthiopie).

Lorsque nous avons accès aux critères d'inclusion et de non-inclusion des femmes dans les articles, nous faisons le constat que comme les objectifs ne sont pas les mêmes selon les études, la méthode de sélection de la population de patientes n'est pas équivalente. Une étude a fait le choix d'interroger uniquement les primigestes de la maternité d'Omdurman au Soudan sans autre critère de sélection. Une seconde a inclus dans son étude toutes les femmes ayant consulté pour un problème nécessitant

un examen médical gynécologique et ayant été victimes d'une MGF dans cinq hôpitaux de la région Ouest de la Gambie sur une période de quatre mois. Une autre a interrogé de manière aléatoire toutes les femmes en âge de procréer résidant dans cinq districts distincts de l'Éthiopie du sud-est alors que la dernière étude retenue a utilisé au total 15 bases de données pour faire un constat empirique des effets des MGF sur la santé physique des femmes sans aucun critère restrictif de sélection. Un consentement oral ainsi que la signature d'un consentement éclairé écrit ont été requis pour trois des études.

Nous pensons que la barrière linguistique était la principale limite de nos études, mais nous avons été satisfaits de découvrir que lorsqu'un questionnaire avait été utilisé, celui-ci avait été traduit dans les dialectes parlés par les différentes patientes ayant accepté de participer à l'étude. Deux études ont utilisé le questionnaire du FSFI pour l'interrogation de leurs patientes. Celle de Laura Buggio, Federica Facchin, Laura Chiappa, Giusy Barbara, Massimiliano Brambilla, et Paolo Vercellini a utilisé le questionnaire original, et l'étude de Khalid Yassin, Hadeel A. Idris, et AbdelAzim A. Ali s'en est inspirée en y apportant des modifications (31, 32). Nous notons que la manière de recueillir les données ainsi que le traitement de ces dernières ne peuvent être comparables. Pour exemple, dans l'étude de Daniel Bogale, Desalegn Markos, et Muhammedawel Kaso, huit infirmières diplômées d'état parlant couramment les deux langues locales ont été choisies pour réaliser la collecte des données (25). Ces infirmières ainsi que les superviseurs de l'étude ont chacun suivi une formation de deux jours sur le processus de la collecte des données. Dans l'étude de Khalid Yassin, Hadeel A. Idris, et AbdelAzim A. Ali, les données recueillies ont été soumises à une double vérification par ordinateur ainsi qu'avec un logiciel SPSS, utilisé pour l'analyse statistique (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, version 21.0) (32). De plus, ces données ont encore une fois été vérifiées par des statisticiens avant analyse. Il a été calculé une puissance $<0,05$, considérée comme significative. On retrouve également l'utilisation du logiciel SPSS pour Windows version 16.0 dans l'étude de Daniel Bogale, Desalegn Markos et Muhammedawel Kaso pour l'analyse statistique des données recueillies à l'aide d'un questionnaire pré-testé et structuré (25). Dans la partie revue de la littérature de la publication de Rigmor C Berg et Vigdis Underland, la stratégie de recherche sur les 15 bases de données a été développée par un chercheur spécialiste et expérimenté (19). Dans cette même étude, l'hétérogénéité des études (au niveau

géographique et méthodologie de recherche) a été examinée à l'aide du test du Khi carré et de la statistique I2.

Les résultats de l'étude d'Adriana Kaplan, Suiberto Hechavarría, Miguel Martín et Isabelle Bonhoure en Gambie ont également été comparés à l'aide du test du Khi carré (29). Cependant, le recueil des données de cette étude nous semble moins fiable que les précédents, car le questionnaire et les examens cliniques des femmes ont été réalisés par des étudiants sages-femmes, sans vérification par un expert ou un logiciel statistique avant de les analyser.

La taille des échantillons reste néanmoins une des principales limites des travaux menés par les différents auteurs. Les échantillons de personnes utilisés dans les études choisies vont d'un effectif $n = 200$ participants à un effectif de $n = 12775$. L'effectif le plus important est retrouvé dans l'étude grade A de Miranda A Farage, Kenneth W Miller, Ghebre E Tzeghai, Charles E Azuka, Jack D Sobel et William J Ledger publiée en 2015 (18). Il s'agit d'une méta-analyse systématique de 17 enquêtes comparatives qui malgré son nombre important de participantes, affirme que la qualité des preuves a été jugée trop faible pour conclure à une relation causale entre les problèmes rencontrés dans la vie sexuelle et l'excision. L'étude de Khalid Yassin, Hadeel A Idris et AbdelAzizem A Ali de 2018 est pour nous la plus complète d'un point de vue richesse des différentes complications sexuelles possibles après des MGF. Cependant, son effectif n'est que de 420 participantes réduit par la suite à 230 puisqu'ils n'ont gardé que les femmes ayant subi des MGF et en ont exclu 190 (32). Nous comprenons facilement que nos échantillons ne peuvent être représentatifs de la population de femmes mutilées dans le monde puisque l'OMS compte environ 200 millions de victimes à ce jour.

La très grande majorité des études utilisées pour notre travail de recherche a conclu à l'établissement d'un lien entre les MGF et les complications sexuelles. Pourtant, un article de notre sélection première contredit les données recueillies précédemment et affirme que le type de MGF n'est pas un facteur conditionnant la vie sexuelle des femmes excisées (44). Nous allons essayer de voir les limites de cette étude et de comprendre quels sont les biais qui peuvent exister pour trouver des résultats différents des autres études.

L'article publié par X Carcopino, R Shojai et L Boubli en 2004 est une revue de la littérature qui présente dans un paragraphe une étude menée sur 1836 femmes qui a conclu à l'absence de différence significative quant au nombre d'orgasmes ressentis entre les femmes mutilées et non mutilées (27).

Il souligne tout de même que le retentissement des MGF sur la vie sexuelle des patientes est incontestable mais reste particulièrement difficile à évaluer objectivement.

Les dyspareunies sont fréquentes et les répercussions de l'infibulation sont majeures. La désinfibulation est nécessaire à la pénétration vaginale et les rapports anaux sont fréquents. Nous n'avons aucune information relative aux matériels et méthodes utilisés pour la rédaction de cet article. Nous notons cependant qu'il est plus ancien que les articles cités précédemment, ce qui peut représenter une limite à l'heure actuelle.

2. Lien entre mutilations génitales féminines et conséquences sexuelles

Les résultats de notre revue de littérature nous permettent de présumer que les mutilations génitales féminines sont responsables de l'apparition de certains troubles de la fonction sexuelle chez les femmes africaines excisées. Les dyspareunies, la baisse de libido et la baisse du plaisir sexuel sont les trois complications principales que nous avons retrouvées dans les articles ainsi que dans l'étude locale. Cependant, le nombre conséquent de non-réponses dans les données récoltées localement ne nous permet pas de conclure à une corrélation avec les résultats retrouvés dans la littérature. Nous allons dans un premier temps développer ces trois complications, puis nous mentionnerons celles uniquement retrouvées dans la littérature.

2.1. Les dyspareunies

Dans l'étude locale, parmi les femmes qui ont répondu à la question portant sur les douleurs vaginales lors d'un rapport sexuel, 37% ont déclaré en souffrir et 27% ont affirmé ne pas être concernées. 37% des patientes ne se sont pas prononcées. Les dyspareunies sont les conséquences les plus souvent mentionnées dans les articles scientifiques traitant des mutilations génitales féminines. On y retrouve des taux

variables allant de 6% à 76,9% selon les études (17, 18, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44).

Pour des raisons évidentes, nous comprenons que la douleur lors de la pénétration est avant tout d'ordre mécanique lorsque l'orifice vaginal a été rétréci. Nous pouvons aussi attribuer cette douleur à la présence de fibrose et de tissus cicatriciels rigides conférant à la zone excisée une sensibilité exacerbée à la douleur. Les dyspareunies peuvent également résulter de la contraction involontaire et inconsciente des muscles du périnée (vaginisme) rendant la pénétration vaginale difficile et douloureuse (32). De la même manière, la baisse ou l'absence d'excitation entraînant une lubrification vaginale insuffisante peut être un facteur de risque de dyspareunies (22).

2.2. La baisse de la libido

D'un point de vue psychique et émotionnel, lors de l'évocation du désir sexuel, 29% des patientes n'ont pas donné de réponse dans l'étude locale. Nous retrouvons davantage de patientes capables d'avoir du désir sexuel avec 35% qui affirment en avoir et 14% qui disent en avoir rarement, que de patientes n'en ressentant pas du tout avec un effectif de 14%. L'unique article de notre revue de la littérature présentant un résultat statistique estime une baisse de la libido chez 62,6% des femmes interrogées (32).

Pour cette conséquence, nous ne pouvons affirmer qu'il existe une correspondance entre l'étude locale et la littérature. Nous regrettons le manque de données chiffrées concernant la baisse du désir sexuel dans les articles de la littérature, ainsi que le taux de non-réponses à la question dans l'étude locale. Chez les femmes observant une baisse de la libido, nous pouvons penser que cela est principalement dû à l'appréhension de la douleur lors du rapport sexuel (32).

Toucher leurs parties intimes peut probablement déclencher des reviviscences de l'expérience traumatique de l'excision. Afin de trouver une explication plus anatomique à la baisse du désir sexuel, la présence importante d'infections génitales et de maladies inflammatoires pelviennes chroniques pourrait endommager l'appareil reproducteur (17). Notre réflexion nous amène à supposer que si les ovaires sont atteints, la sécrétion hormonale d'oestrogènes pourrait être perturbée et ainsi affecter la libido.

2.3. La baisse du plaisir sexuel

La notion de plaisir sexuel a également fait partie des questions posées lors des consultations. Pour le taux de non-réponses, nous retrouvons un chiffre identique à celui de la baisse de la libido avec un effectif de 29%. Nous notons avec étonnement que seuls huit pourcents des patientes ont répondu ne jamais ressentir de plaisir lors des rapports sexuels contre 29% qui disent en avoir et 35% qui en ressentent rarement. Dans le seul article retenu pour notre revue de la littérature apportant des résultats statistiques, nous relevons une baisse du plaisir sexuel chez 40,9% des femmes interrogées (32).

Nous regrettons à nouveau le manque de données chiffrées concernant la baisse du plaisir sexuel dans les articles de la littérature, ainsi que le taux de non-réponses à la question dans l'étude locale. Encore une fois nous pouvons supposer que les dyspareunies sont à l'origine d'une baisse de satisfaction sexuelle (32). Les techniques d'excision rudimentaires peuvent être à l'origine de lésions involontaires des terminaisons nerveuses. Ces mêmes terminaisons peuvent se retrouver piégées dans la fibrose lors de la cicatrisation (18).

Anatomiquement, il nous est également aisé de comprendre que l'ablation du clitoris et ainsi du riche réseau de racines nerveuses et sensibles peut réduire considérablement la sensation de plaisir sexuel.

Il nous semble intéressant de mentionner l'éventuelle carence éducative en matière de sexualité chez les jeunes filles africaines ainsi que l'absence d'exploration de leur intimité. Nous supposons que la culture traditionnelle ne leur permet pas d'être informées à l'adolescence des différentes sources de plaisir sexuel possibles.

2.4. Les autres conséquences retrouvées dans la littérature

L'étude locale nous a permis de nous intéresser à trois conséquences également mentionnées dans la littérature. Les articles de notre revue de la littérature nous présentent d'autres complications qui nous permettent de compléter notre travail mais cela sans les comparer aux données locales. Malheureusement, ces conséquences sont souvent simplement mentionnées dans les études, et nous ne disposons que de très peu de données chiffrées. Nous allons énumérer chacune de ces conséquences en essayant de discuter la raison de leur existence.

2.4.1. Les dyspareunies

Nous disposons de deux pourcentages relativement différents pour la présence de dyspareunies chez les femmes victimes d'excision. Une étude trouve un résultat de 15,1% tandis qu'une seconde estime à 50,5% le nombre de cas (17). Sur le même principe que pour une partie des dyspareunies, nous comprenons que le rétrécissement de l'orifice vaginal avec le recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres retrouvés dans l'infibulation peut entraîner une impossibilité totale de copulation normale. Également, nous pouvons supposer que les spasmes musculaires du périnée peuvent rendre la pénétration vaginale impossible (32).

2.4.2. Les saignements pendant et après le rapport sexuel

Deux études nous fournissent des données statistiques pour les saignements pendant et après le coït. L'une d'elle retrouve un résultat de 35,2%, l'autre distingue l'apparition de cette complication en fonction du type d'excision. Elle retrouve 5,3% des cas chez les femmes ayant une MGF de type I et 31,4% pour les types II (17).

La présence de tissus cicatriciels pourrait être une explication suffisante aux saignements liés au rapport sexuel. En effet, le frottement de la zone fragilisée entraîne une irritation suffisamment importante pour provoquer une blessure. Lorsqu'il est nécessaire de désinfibuler pour permettre la pénétration vaginale, il est facile de comprendre que l'ouverture de la zone cousue est à l'origine d'un saignement. Notons également que les conséquences à long terme des MFG telles que les chéloïdes et les névromes clitoridiens sont un facteur de risque d'écoulement sanguin pendant ou après le coït (17).

2.4.3. Écoulement vaginal

Nous disposons d'un unique article abordant la présence d'écoulement vaginal comme complication sexuelle des MGF. Il nous indique que les femmes interrogées ont été divisées en deux groupes : les femmes victimes de MGF de type I chez qui on retrouve un taux de 51,4% et les femmes victimes de MGF de type II où l'écoulement vaginal

est présent dans 60,6% des cas. L'article décrit un lien entre les infections génitales, les maladies inflammatoires pelviennes chroniques et les écoulements vaginaux (17). Certaines femmes victimes d'infibulation souffrent de congestion et de rétention des fluides urinaires ou menstruels liées à l'obstruction partielle ou totale de l'orifice vaginal provoquant un écoulement des liquides en goutte à goutte. Lors de la pénétration, l'élargissement de l'orifice peut provoquer une évacuation abondante de ces liquides (18).

2.4.4. Nécessité d'une chirurgie pour libérer les adhérences labiales au premier rapport sexuel

Dans notre travail de recherche, deux articles abordent la nécessité d'une chirurgie pour libérer les adhérences labiales au premier rapport sexuel. L'un d'eux nous fournit un résultat statistique avec 30,4% de patientes qui ont affirmé avoir eu besoin de recourir à une chirurgie pour permettre le premier rapport sexuel, généralement la nuit suivant le mariage. Il nous semble évident que dans la mutilation génitale féminine de type III, l'obstruction de l'orifice vaginal par la suture des petites et/ou des grandes lèvres nécessite une intervention extérieure pour permettre le passage du pénis lors de la pénétration (27, 32).

2.4.5. L'anorgasmie

L'anorgasmie est une complication citée dans trois études de notre sélection. Nous n'avons malheureusement pas retrouvé de données chiffrées pour la quantifier au sein d'une population. L'anorgasmie découle inexorablement de la baisse du plaisir sexuel. L'atteinte de l'orgasme semble inconcevable sans la sensation de plaisir préalable. Nous nous permettons encore une fois d'accuser les dyspareunies ainsi que l'ablation du clitoris qui entravent le plaisir sexuel et ainsi la possibilité d'avoir un orgasme. De plus, l'absence de la partie externe du clitoris empêchant sa stimulation rend difficile voire impossible l'atteinte de l'orgasme (31).

2.4.6. Déchirure vaginale durant le coït

Nous avons relevé la déchirure vaginale durant le coït comme complication sexuelle des MGF dans un article de notre revue de la littérature (22). Nous regrettons là aussi l'absence d'effectif sur lequel s'appuyer pour rendre compte de la fréquence de cette conséquence chez les femmes excisées. Il nous semble évident de penser que la déchirure vaginale entraînée par le rapport sexuel est imputable à la fragilité des tissus des organes génitaux mutilés, au manque d'élasticité des tissus cicatriciels ainsi qu'à l'exiguïté de l'orifice dans le cas d'une excision pharaonique.

2.4.7. Les dyspareunies chez l'homme

Un article présentant une étude de cas d'une patiente souffrant d'un névrome clitoridien symptomatique dans un kyste d'inclusion épidermique suite à une excision, mentionne l'existence de dyspareunies chez le partenaire sexuel masculin. La perte d'élasticité du vagin due à la présence de tissus mous cicatriciels, l'insuffisance voire l'absence de lubrification vaginale ainsi que la forte contraction des muscles du périnée chez la femme peuvent entraîner des douleurs chez l'homme lors de l'introduction du pénis (43).

2.4.8. La pénétration anale

Enfin, la dernière conséquence sexuelle des MGF que nous avons répertoriée grâce à notre travail de recherche est la pénétration anale. Deux articles retenus la mentionnent, sans pour autant nous fournir de données quantifiables. Les complications anatomiques, physiques et mécaniques qu'engendrent l'excision nous ont montré que dans certains cas, la pénétration vaginale demeure impossible. Selon nous, la pénétration anale est une alternative au rapport sexuel vaginal classique lorsque celui-ci n'est pas envisageable (22).

L'excision étant en général une garantie de conservation de la chasteté, la pénétration anale nous semble également être une solution pour les femmes souhaitant avoir un rapport sexuel sans compromettre leur virginité.

3. Lien hiérarchique entre types de mutilations génitales féminines et complications sexuelles

D'après notre revue de la littérature, il semblerait que nous puissions faire un lien entre la sévérité du type de mutilation génitale pratiqué et l'apparition de complications dans la vie sexuelle des femmes victimes. Malheureusement, l'étude locale ne nous permet pas de conclure à ce lien. En effet, nous n'avons pas suffisamment de diversité de types de MGF chez les patientes interrogées. Par exemple, seules deux patientes étaient victimes d'une infibulation. De plus, notons que le nombre de patientes ne sachant pas quel type d'excision a été pratiqué ou n'ayant pas répondu à la question s'élève à 37%. Nous ne pouvons pas nous permettre de comparer les données de l'étude locale avec celles de la littérature entre elles. Nous allons nous attarder sur les résultats du Tableau III et essayer d'expliquer le lien entre le type de MGF et la conséquence décrite. Nous n'avons cette fois aucune donnée statistique pour rendre compte de l'importance de ce lien.

3.1. Généralités

Nous avons retrouvé plusieurs articles ayant conclu à un lien d'interdépendance entre le type de mutilation réalisé et l'apparition de conséquences sexuelles. Cependant, la grande partie des articles ne se positionne pas quant à l'existence éventuelle d'une hiérarchie entre les types et les complications, mentionnant simplement un lien de cause à effet. Huit articles retenus affirment que les complications sexuelles sont proportionnelles à la sévérité de la mutilation initiale (15, 17, 20, 27, 29, 31, 37, 39). Une étude plus axée sur le versant psychique de la sexualité énonce que l'insatisfaction sexuelle des femmes excisées dépend du type de la mutilation (22). De la même manière, une étude suggère que les MGF n'éliminent pas totalement le plaisir sexuel pour toutes les femmes mais réduisent la probabilité d'avoir un orgasme (21).

Il nous semble une fois de plus pertinent d'avancer l'hypothèse de la méconnaissance éducative des femmes par rapport aux différentes sources de plaisir de leur corps. Nous ne sommes donc pas en mesure de mettre en corrélation de manière certaine le type d'excision avec les complications psychologiques.

Contrairement à ce que nous avons trouvé dans les différentes études, l'article de Khalid Yassin, Hadeel A Idris et AbdelAzim A Ali publié en 2018 conclut que même si toutes les formes de MGF sont responsables d'un pourcentage élevé de complications, les répercussions dans la vie sexuelle des femmes ne varient pas de manière significative selon le type (32).

3.2. Type I

Aucun article retenu dans notre travail de recherche ne nous permet d'établir un lien entre l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce clitoridien et un type de complication sexuelle en particulier. D'après la hiérarchisation des autres types de MGF que nous allons détailler ci-dessous, nous pouvons supposer que l'excision de type I serait à l'origine des complications physiques et anatomiques les moins dévastatrices (31).

Il y a moins de tissus endommagés puisque les petites lèvres restent intactes et l'orifice vaginal n'est pas rétréci. Les conséquences psychologiques sont relatives à chaque personne et difficiles à évaluer objectivement.

3.3. Type II

L'article de Laura Buggio, Federica Facchin, Laura Chiappa, Giusy Barbara, Massimiliano Brambilla et Paolo Vercellini aborde les MGF de type II légèrement plus en détails. Il suggère que le fonctionnement sexuel est significativement plus mauvais chez les femmes victimes de MGF de type II que chez les femmes victimes de MGF de type I. La mutilation du clitoris ainsi que celle des petites lèvres sont à l'origine d'une présence de tissus cicatriciels et fragiles sur une plus grande surface cutanée dans le type II par rapport au type I. La sensibilité étant décuplée, nous pouvons supposer que les MGF de type II impliquent davantage d'inconfort sexuel que le type I. De plus, la zone mutilée étant plus étendue, la douleur au moment de l'excision peut sans doute laisser plus de traces dans la mémoire post-traumatique.

Probablement pour les mêmes raisons, il affirme également que le désir, l'éveil, la lubrification, l'orgasme et la satisfaction sexuelle sont significativement plus pauvres chez les femmes victimes de MGF de type II (31).

3.4. Type III

L'infibulation semble être le type de MGF le plus sévère quant à l'apparition des conséquences sexuelles. Trois études soutiennent qu'elles sont particulièrement responsables de dyspareunies (31, 37, 41).

Pour des raisons mécaniques, nous comprenons que le rétrécissement de l'orifice vaginal peut rendre la pénétration difficile et douloureuse. Cinq articles avancent que chez les femmes sexuellement actives, les femmes victimes de MGF de type III ont une qualité de vie sexuelle la plus basse par rapport aux femmes victimes de MGF de type I ou II (21, 31, 39, 46, 47).

De la même manière, un article estime que le risque de complications sexuelles des MGF de type III est doublé par rapport au type II. L'étude de Laura Buggio, Federica Facchin, Laura Chiappa, Giusy Barbara, Massimiliano Brambilla et Paolo Vercellini basée sur le questionnaire original du FSFI révèle que les patientes victimes d'excision pharaonique présentent des résultats dont le score est le plus mauvais (31).

4. Données non comparables

Afin de pouvoir comparer les données de la littérature avec celles des consultations au CMCO, nous aurions souhaité nous pencher sur les conséquences des MGF dans la vie sexuelle des femmes africaines en fonction de l'âge auquel a été pratiquée l'excision ainsi qu'en fonction de la présence ou non de souvenir de l'événement. Nous notons d'après le Tableau I que l'âge moyen de l'excision chez les petites filles africaines se trouve dans la tranche de la petite enfance entre 3 et 12 ans avec 55% de réponses positives. Malheureusement très peu de données sont disponibles dans la littérature pour l'étude de ces facteurs. En effet, un seul article met en avant l'âge de la petite fille au moment de l'excision comme facteur de risque d'apparition de conséquences dans la vie sexuelle. Il mentionne la différence de l'environnement hormonal avant et après la puberté et affirme que la vulve est plus fragile chez les enfants (15). L'étude de Özer Birge, Murat Akbaş, Ertuğrul Gazi Özbey, et Mehmet Adıyeke publiée en 2016 a été réalisée au Soudan sur des femmes qui avaient été excisées entre sept et neuf ans (37). Nous ignorons si cette information est le fruit du hasard ou si l'âge de la mutilation était un critère d'inclusion à l'étude. Aucun article de

notre sélection ne mentionne un lien entre le souvenir de l'événement et ses éventuelles conséquences dans la sexualité des femmes. Il serait pertinent de réaliser un travail de recherche s'intéressant à l'importance de la mémoire post-traumatique dans la vie sexuelle des femmes africaines victimes d'excision.

Nous n'avons pas d'informations sur la prévalence des différents types en fonction de la zone géographique, mais nous pouvons souligner que le type d'excision le plus répandu auprès des femmes qui ont accepté de répondre aux questions lors de leur consultation à Strasbourg est le type I avec 35% de réponses positives.

5. Parenthèse sur les complications obstétricales

Nous avons choisi à simple visée informative d'énoncer les différentes complications obstétricales retrouvées dans nos articles. Les complications obstétricales les plus communes sont le travail prolongé, l'obstruction, l'épisiotomie, les déchirures périnéales, l'hémorragie du post-partum et les extractions instrumentales. On note parfois une médicalisation excessive de l'accouchement se traduisant par des épisiotomies plus faciles. Par exemple, de nos jours, les femmes vivant avec une MGF de type III sont beaucoup plus susceptibles d'avoir le type d'épisiotomie le plus étendu avec une incision antérieure et postérieure (49). Selon une étude au Burkina Faso, la prévalence d'un faible score d'Apgar augmente avec le degré de sévérité de la mutilation, la souffrance fœtale aigüe étant liée à la prolongation de la durée de l'expulsion du fœtus chez les femmes victimes de MGF (50, 51). En post-partum, les lâchages de suture d'épisiotomie ainsi que les endométrites sont plus fréquents chez les femmes victimes de MGF (51).

Il semblerait que le risque de complications obstétricales augmente avec le degré de sévérité de la mutilation. (50, 52). De ce fait, il y a plus de conséquences obstétricales chez les femmes victimes de mutilation génitale de type III (53). Les MGF de type III sont plus à risque de mal placentation due à l'inflammation en cas d'infections urogénitales répétées. Les pathologiques éclamptiques ayant pour origine un défaut dans l'invasion trophoblastique des artères spiralées, la mutilation génitale féminine de type III est donc un facteur de risque de l'éclampsie. Les autres types de MGF n'ont pas significativement d'influence sur la pathologie éclamptique (54). De plus, Les femmes victimes d'infibulation ont un risque de 30% supérieur de césarienne et 70%

supérieur d'hémorragie du post-partum comparé aux femmes non mutilées. Les effectifs de mortalité périnatale sont supérieurs de 15%, 32% et 55% chez les femmes victimes de mutilation de type I, type II et type III respectivement. Les césariennes et les traumatismes de la filière génitale sont plus fréquents chez les femmes présentant une MGF de type III comparé aux femmes ayant une MGF de types I ou II (55).

CONCLUSION

L'existence encore actuelle des mutilations génitales féminines est un véritable problème de santé publique au niveau international. En effet, malgré les lois qui les interdisent dans différents pays, elles continuent de se pratiquer de manière clandestine. Dans ceux où elles sont autorisées, la perpétuation de cette pratique s'inscrit dans l'héritage de la tradition. Il est important de comprendre que les parents n'agissent pas par esprit de barbarie mais parce que la « coutume » est ancrée dans leur culture, que cela permet à la fillette d'être bien intégrée au sein de la communauté et ainsi de trouver un époux. Les parents désirent le bien de leur enfant en lui épargnant la honte d'être « impure » (56).

A travers ce travail, nous avons cherché à découvrir quelles conséquences sexuelles découlaient de la pratique des MGF et à savoir s'il existait un lien entre le type de mutilation génitale et l'apparition de complications physiques ou psychologiques dans la vie sexuelle des femmes. A ce jour, nous sommes dans l'incapacité de l'affirmer avec certitude mais nous pouvons dire que les MGF sont très probablement responsables d'un nombre important de conséquences sexuelles pour les femmes victimes. Malheureusement, l'étude de la littérature internationale scientifique ainsi que l'analyse des données des consultations locales ne nous ont pas permis de mettre en évidence de manière significative l'existence d'une relation entre le type d'excision et le vécu de la sexualité des femmes adultes d'origine africaine. Malgré le peu d'informations trouvées, il semblerait que plus la mutilation est sévère, plus les conséquences sexuelles sont dramatiques à l'âge adulte. L'absence de données sur le sujet reflète probablement la pudeur qu'ont les femmes vis-à-vis de la sexualité. En effet, un nombre non négligeable de femmes interrogées à Strasbourg n'ont pas répondu aux questions portant sur leur vie sexuelle et les données statistiques dans les articles de la littérature sont restreintes.

La route vers l'abolition de la pratique des MGF semble encore longue et sinueuse. Pour diminuer les conséquences désastreuses de cette pratique sur la santé des petites filles et des femmes, il nous paraît essentiel et nécessaire d'informer, de prévenir, et d'avertir les populations à risque. Notre rôle est tout d'abord d'anticiper l'événement et d'éduquer les parents en les sensibilisant à la gravité potentielle de cette tradition et en leur citant les textes de loi qui interdisent et punissent l'excision.

Nous nous autorisons à apercevoir une lueur d'espoir puisque dans notre échantillon local de femmes africaines, aucune n'est « pour » la perpétuation de la tradition de l'excision. Soixante-et-un pour cent affirment être « contre », et deux pour cent n'ont pas pris parti, justifiant la pratique des MGF par le respect de la culture des différents peuples. Trente-sept pour cent n'ont pas renseigné le critère.

A partir du XXI^e siècle, des professionnels de santé ont commencé à s'intéresser à des solutions pour améliorer le confort de vie sexuelle des femmes victimes d'excision. Il y a une vingtaine d'années, le Docteur Pierre FOLDÈS, chirurgien urologue, découvre les MGF et le calvaire que vivent les victimes. Il met au point une technique de restauration du clitoris qui se base sur le fait que celui-ci est beaucoup plus long que nous le pensions, et qu'ainsi nous pouvons en partant de sa partie interne, reconstituer sa partie externe. Il sera appelé « l'architecte du clitoris » (57).

De nombreuses femmes se tournent aujourd'hui vers la chirurgie reconstructrice afin de retrouver l'intégrité de leur corps. En effet, l'analyse des réponses au questionnaire lors des consultations nous a permis de voir que sur l'effectif de femmes qui a été interrogé, 12% des femmes souhaitaient avoir recours à une chirurgie reconstructrice, six pour cent ont répondu négativement et 16% ont demandé des informations supplémentaires sur l'opération. D'après un de nos articles, un soutien psychologique est indiqué pour les femmes qui décident de subir cette intervention chirurgicale afin d'éviter un nouveau traumatisme. L'opération et la douleur ressentie peuvent rappeler aux femmes la mutilation et ainsi déclencher une rechute des symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique (31).

Il serait alors intéressant d'étudier les changements qui ont pu avoir lieu dans la vie sexuelle des femmes après cette opération. Le Lancet met en lumière l'article du Docteur Pierre FOLDÈS et de ses collaborateurs paru en 2012 qui affirme que les résultats de la chirurgie reconstructrice semblent prometteurs. En effet, ils ont découvert que l'intervention chirurgicale après les MGF pourrait être associée à une diminution de la douleur et à une restauration du plaisir sexuel. Cependant, le Lancet s'interroge sur les conséquences psychologiques de ces chirurgies en s'appuyant sur le fait que les femmes victimes de MGF souffrent souvent de troubles psychiques et physiques liés à cette expérience (58).

BIBLIOGRAPHIE

1. CAIRN. Les mutilations génitales féminines. Etat des lieux des connaissances. 2016. [En ligne]. (Consulté le 04/12/21) ; disponible sur : <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/revue-population-2016-2-page-224.htm>
2. World Health Organization. Types of female genital mutilation. 2018. [En ligne]. (Consulté le 04/12/2021) ; disponible sur : [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation/types-of-female-genital-mutilation](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/types-of-female-genital-mutilation)
3. Excision parlons-en. Cartographie de l'excision dans le monde. 2022. [En ligne]. (Consulté le 12/12/21) ; disponible sur : <https://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/cartographie-mondiale-des-pratiques-dexcision/>
4. Fédération nationale gams. Les textes législatifs sur l'excision. 2022. [En ligne]. (Consulté le 17/12/21) ; disponible sur : <https://federationgams.org/excision-2/les-textes-legislatifs-sur-lexcision/>
5. Rapport de la Direction Générale de la Cohésion sociale. Les politiques de cohésion sociale. Fév 2013 ; 251-5.
6. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Fév 2020. [En ligne]. (Consulté le 12/12/21); 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
7. P. COSENTINO ; O. FILLIOD. Clitoris et bulbes en 3D [En ligne]. Clitoris et bulbes en 3D ; Mars 2017 [cité le 8 août 2022]. Disponible : <http://odile.fillod.free.fr/>.
8. Case reports in obstetrics and gynecology. A case of chronic abdominal neuropathic pain and burning after female genital cutting. 2015 Jun 2.

9. Charalambos Georgiou. Anatomie artérielle de la vulve et application à la nymphoplastie. Médecine humaine et pathologie. 2013.
10. Ministère de la santé et de la prévention. Santé sexuelle. Juin 2022. [En ligne]. (Consulté le 13/06/22) ; disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
11. Progrès en urologie. Rapport « Médecine Sexuelle » du 106^e Congrès de l'Association française d'urologie. 2013 ; 23, 811-821.
12. World Health Organization. Sexual and Reproductive Health and Research. 2022. [En ligne]. (Consulté le 03/05/2022); disponible sur : <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health#>
13. Larousse. Désir sexuel. 2021. [En ligne]. (Consulté le 13/06/2021); disponible sur:
https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/d%C3%A9sir_sexuel/186026?fbclid=IwAR1W_pJkKWBXhMLKXYwbs9yV39UKaU6rMhEDwWnDc2f0IR53Pr2d0F9zsVU
14. Sexual Health and Wellbeing. Working definition of sexual pleasure. 2020. [En ligne]. (Consulté le 13/04/2022) ; disponible sur : <https://www.gab-shw.org/our-work/working-definition-of-sexual-pleasure/>
15. International Journal of Women's health. Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. 2012 Jul 6; 4: 321-31.
16. World Health Organization. Female genital mutilation. 2022. [En ligne]. (Consulté le 03/05/2022) ; disponible sur : https://www.who.int/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab_1

17. National Library of Medicine. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for newborn. 2013 Jun 17; 5: 323-31.
18. Women Health (Lond). Female genital cutting: confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. 2015 Jan 11; 11(1): 79-94.
19. Obstetrics and Gynecology International. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. 2013 Jun 26.
20. Cureus. An Overview of Female Genital Mutilation in Africa: are the Women Beneficiaries or Victims? 4 Sep 2020; 12(9).
21. Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS. Circumcision. 2010 Jul-Dec; 31(2): 69-74.
22. Translation Andrology and Urology. Female genital mutilation/cutting in Africa. 2017 Apr; 6(2) : 138-148.
23. Reproductive Health. Effect of female genital mutilation/cutting; types I and II on sexual fonction: case-controlled study. 2017; 14: 108.
24. Nigerian journal of clinical practice. Transcultural influence on femal genital mutilation done in late pregnancy : A case report. 2020 Jun; 23(6): 883-86.
25. BMC Public Health. Prevalence of female genital mutilation and its effect on women's health in Bale zone, Ethiopia: a-cross sectional study. 2014 Oct 16; 14: 1076.
26. Garbin O. Mutilations génitales féminines. Cours étudiants sages-femmes ; Centre médico-chirurgical et obstétrical, Schiltigheim ; 2020.

27. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Les mutilations génitales féminines: généralités, complications et prise en charge obstétricale. 2004 Sept; 33(5): 348-383.
28. Obstetrics and Gynecology International. Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications – A Short Literature Review. 2018 Jul 10.
29. Reproductive Health. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. 2011 Oct 3; 8: 26.
30. Cabane CB. La coupure : L'excision ou les identités douloureuses. Paris : La Dispute ; 2008. 245 p.
31. Health Equity. Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. 2019 Feb 20; 3(1): 36-46.
32. Reproductive Health. Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan. 2018; 15: 7.
33. Reproductive Health. Injured bodies, damaged lives: experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistula and Female Genital Mutilation/Cutting. 2017 Mar 14; 14(1):38.
34. Reproductive Health. ‚Birds of the same feathers fly together‘: midwives experiences with pregnant women and FGM/C complications – a grounded theory study in Liberia. 2019 Feb 14; 16(1):18.
35. Journal of surgical technique and case report. Urinary and genital tract obstruction as a complication of female genital mutilation: case report and literature review. 2012 Jan; 4(1): 64-6.

36. *Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica, et Adriatica*. The largest epidemal cyst with vitiligo lesions following female genital mutilation: a case report and literature review. 2018 Dec; 27(4): 211-3.
37. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. Clitoral keloids after female genital mutilation/cutting. 2016 Sep; 13(3): 154-7.
38. *Tzu-chi medical journal*. Female genital mutilation; culture, religion, and medicalization, where do we direct our searchlights for it eradication: Nigeria as a case study. 2019 Jan-Mar; 31(1): 1-4.
39. *BMJ Open*. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. 2014 Nov 21; 4(11).
40. *Journal of Medical Case Reports*. Case report: epidermoid inclusion cyst off he clitoris as a long-term complication of female genital mutilation. 2019; 13: 109.
41. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. Management of type III female genital mutilation. 2004 Dec; 33(8): 720-4.
42. *Eastern Mediterranean health journal*. Necrotizing fasciitis complicating female genital mutilation: case report. 2010 May; 16(5): 578-9.
43. *Case reports in obstetrics and gynecology*. Symptomatic Clitoral Neuroman within an Epidermal Inclusion Cyst at the Site of Prior Female Genital Cutting. 2019 Jul 29.
44. *Indian journal of dermatology*. Vulvar Epidermal Inclusion Cyst as a Long-term Complication of Female Genital Mutilation. 2016 Jan-Feb; 61(1):119.
45. *Case reports in obstetrics and gynecology*. Vulvar Epidermodi Cyst and Type 2 Radical Genital Mutilation. 2015 Nov 22.

46. Case reports in obstetrics and gynecology. A case of chronic abdominal neuropathic pain and burning female genital cutting. 2015 Jun 2.
47. Clinics and practice. Large inclusion cyst complicating female genital mutilation. 2011 Dec 19; 1(4).
48. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique – Etat des lieux. 14 juin 2013. [En ligne]. (Consulté le 20/11/2021) ; disponible sur: Haute Autorité de Santé - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux (has-sante.fr)
49. Reproductive Health. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. 2016 Oct 10; 13(1): 131.
50. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. 2002 Apr; 81(4): 317-22.
51. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. Maternal and foetal prognostic in excised women delivery. 2007 Jun; 36(4): 393-8.
52. BMC Pregnancy and Childbirth. Sequela of female genital mutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: a prospective cohort study. 2018 Jul 20; 18: 305.
53. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology X. Female genital mutilation and obstetric outcome: A cross-sectional comparative study in a tertiary hospital in Abakaliki South East Nigeria. 2019 Jan 17.
54. Reproductive Health. Is female genital mutilation associated with eclampsia? Evidence from a nationally representative survey data. 2020; 17: 68.

55. BMC pregnancy and childbirth. Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006-2012: a descriptive study. 2016 Oct 28; 16(1): 328.
56. Revue médicale de Liège. Female Genital Mutilations: the condition in Liège. 2017 Jan; 72(1): 25-31.
57. Réseau Sécurité Naissances. Reconnaissance et prise en charge des Mutilations Génitales Féminines. 2017. [En ligne]. (Consulté le 11/12/2021) ; disponible sur : https://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/12/20171123_madzou_mutilations-genitales-feminines.pdf
58. The Lancet. Reconstructive surgery after female genital mutilation. 2012 Oct 27; 380: 1468-9.

ANNEXES

Annexe I : Mode de calcul du score du Female Sexual Function Index (FSFI)

Domaine	Questions	Score	Coefficient	Score minimum	Score maximum	Score
Désir	1, 2	1-5	0,6	1,2	5	
Excitation	3, 4, 3, 6	0-5	0,3	0	6	
Lubrification	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6	
Orgasme	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (ou 1)-5	0,4	0,8	6	
Douleur	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6	
Score total				2	36	

Q1 Au cours des 4 dernières semaines, avec-vous ressenti un désir sexuel ?

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

Q2 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

- 5 = Très élevé
- 4 = Élevé
- 3 = Moyen
- 2 = Faible
- 1 = Très faible ou inexistant

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.

Q3 Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

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

Q4 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

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

Q5 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Extrêmement sûre
- 4 = Très sûre
- 3 = Moyennement sûre

2 = Peu sûre

1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6 Au cours des 4 dernières semaines, avec-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

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

Q7 Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

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

Q8 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 ?

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

Q9 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 ?

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

Q10 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 ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile

Q15 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q16 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Annexe II : Classification des mutilations sexuelles à partir de l’OMS, 2018

Types	Mutilation sexuelle féminine
Type I	Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et/ou du prépuce (clitoridectomie)
Type II	Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) : <ul style="list-style-type: none">• IIa : ablation uniquement des petites lèvres• IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres• IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres
Type III	Rétrécissement de l’orifice vaginal avec recouvrement par l’ablation et l’accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)
Type IV	Autres gestes de mutilation sexuelle féminine pour des raisons non médicales (scarification, percement, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...)

RÉSUMÉ

Introduction : Les mutilations génitales féminines (MGF) sont encore un réel problème de santé publique et sont à l'origine d'un grand nombre de complications physiques et psychologiques. L'OMS estime aujourd'hui à 200 millions le nombre de femmes victimes dans le monde. L'objectif de ce travail a été d'identifier les conséquences de l'excision dans la vie sexuelle des femmes africaines adultes et de s'interroger sur l'existence d'un lien entre le type de mutilation pratiqué et la gravité des complications sexuelles.

Méthodes : Nous avons analysé des données de consultations spécialisées recueillies grâce à une étude locale faite au CMCO à Schiltigheim basée sur un questionnaire, ainsi qu'une revue de la littérature scientifique sur la période 2000-2020. Nous avons inclus les études abordant la sexualité des femmes africaines ayant subi des MGF. Quarante-neuf patientes ont été interrogées et 26 articles ont été retenus sur la base de données PubMed.

Résultats : Les résultats de l'étude locale ainsi que de notre revue de la littérature montrent l'existence de complications sexuelles chez les femmes victimes de MGF mais ne permettent pas de faire un lien direct entre le type de mutilation et la gravité des conséquences dans la vie sexuelle. Les principales conséquences retrouvées sont les dyspareunies, la baisse de désir et la baisse de plaisir sexuels.

Conclusion : L'étude locale ne nous permet pas de conclure, cependant, le peu d'informations disponibles dans la littérature scientifique semblerait tendre vers l'hypothèse que plus la mutilation est sévère, plus les conséquences sexuelles sont dramatiques à l'âge adulte. La chirurgie reconstructrice étant actuellement en expansion, il serait intéressant d'étudier l'évolution de la vie sexuelle des femmes ayant eu recours à une opération.

Mots-clés : « mutilations génitales féminines », « fonction sexuelle », « complications », « santé des femmes », « Afrique ».