



Article Original

Les Effets Néfastes des Mutilations Génitales Féminines / Excision sur les Fonctions Sexuelles

Harmful effects of female genital mutilation / excision on sexual functions

Kanté Ibrahim Ousmane¹, Traoré Mamadou Salia¹, Coulibaly Ahmadou¹, Sima Mamadou¹, Théra Tioukani Augustin¹, Bocoum Amadou², Traoré Soumana Oumar³, Kouma Aminata⁴, Traoré Youssouf², Teguété Ibrahim².

RÉSUMÉ

1. Service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U du Point "G", Bamako Mali.
2. Service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U Gabriel TOURE" Bamako Mali.
3. Centre de Santé de Référence Commune V, Bamako Mali
4. Service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U KATI, Bamako Mali.

Auteur correspondant :

Dr Ibrahim Ousmane Kante
Gynécologue-Obstétricien
CHU Point G/ Bamako/Mali
Email:

ibrahimkante197462@gmail.com
Tel: 00223 76316993/ 66982617.

Mots-clés : Mutilations Génitales Féminines ; complications psycho-sexuelles.

Keywords: Female Genital Mutilation; psycho-sexual complications.

But. Décrire les effets néfastes des mutilations génitales féminines / excision (MGF/E) sur les fonctions sexuelles. **Patients et méthodes.** Notre étude s'est déroulée dans le service d'obstétrique CHU Point G. Il s'agit d'une étude cas / témoins. Le cas était la femme excisée et le témoin, la femme non excisée. Notre étude a duré seize mois, du 01/01/2019 au 30/04/2020. L'étude a concerné les primipares de 14 à 49 ans excisées ou non. Aucune femme non consentante n'a été retenue. Le recueil des données a été fait sur questionnaires individuels. **Résultats.** Parmi les 1518 accouchées de la période d'étude, il y avait 266 femmes porteuses de MGF/E ; elles ont fait l'objet de notre travail. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 14 à 19 ans, soit 51,1% chez les cas et témoins. Les bambaras (34,6 %) et songhaïs (31,1%) étaient les ethnies majoritaires dans les deux groupes. Les mères analphabètes (57,8%) et celles du niveau secondaire (59,3%) étaient majoritaires chez les cas et les témoins. L'excision de type 3 a représenté 12 % des cas. Il y a eu 78,9% de complications psycho-sexuelles chez les femmes excisées contre 7,5% chez les non excisées et cette différence était statistiquement significative ($P < 0,05$). **Conclusion.** Les MGF sont une pratique fréquente au Mali et sont une source notable de complications psycho-sexuelles. Des mesures doivent être prises pour la prévention et l'éradication de ce fléau.

ABSTRACT

Aim. To describe the harmful effects of female genital mutilation / excision (FGM / E) on sexual functions. **Patients and methods.** Our study was carried out in the obstetrics department CHU Point G. It was a case / control study. The case was the excised woman and the control, was the non-excised woman. Our study lasted sixteen months, from 01/01/2019 to 04/30/2020. We included, primiparas from 14 to 49 years old excised or not. All women participating to the study gave their consent. The sample size was calculated based on the case / control sample. Data collection was done on individual questionnaires. **Results.** Among 1,518 deliveries during our study period, there were 266 women with FGM E. The age group most represented was 14-19, or 51.1% in the cases and controls. The Bambara (34.6%) and Songhai's (31.1%) were the main ethnic groups in the cases and the controls. Illiterate mothers (57.8%) and those limited to secondary level education (59.3%) were mostly represented. Type 3 circumcision accounted for 12% of cases. There were 78.9% of psycho-sexual complications in the excised women against 7.5% in the non-excised and that difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion.** FGM are still frequent practice in Mali. They are cause significant psychosexual complications. Measures must be taken to control this situation.

INTRODUCTION

Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales. Ces pratiques ne présentent aucun avantage pour la santé des jeunes filles et des femmes. Elles peuvent provoquer de graves hémorragies et des problèmes urinaires, et par la suite des kystes, des infections ainsi que des complications lors de l'accouchement, et accroître le risque de décès du nouveau-né. On estime que plus de 200 millions de jeunes filles et de femmes, toujours en vie, ont été

victimes de mutilations sexuelles pratiquées dans 30 pays africains, du Moyen Orient et de l'Asie où ces pratiques sont concentrées [1]. Elles sont pratiquées le plus souvent sur des jeunes filles entre l'enfance et l'âge de 15 ans. Les mutilations sexuelles féminines sont une violation des droits des jeunes filles et des femmes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) dénonce toutes les formes de mutilations sexuelles féminines, et l'Organisation est opposée à ce qu'elles soient pratiquées par le personnel médical (médicalisation des mutilations sexuelles féminines) [1, 2]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe la mutilation des organes génitaux féminins en quatre catégories distinctes [3]. **Type 1 :** Excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou

totale des parties molles, **Type 2** : Excision du prépuce, du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres. **Type 3** : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/ rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation). **Type 4** : les interventions non classées. La MGF / E est une procédure nocive sans aucun avantage pour la santé des femmes et est bien connue comme une procédure qui viole les droits humains d'une personne et augmente son risque de complications pour la santé [4]. Parmi toutes ces complications nous nous sommes intéressés aux problèmes psychologiques et psycho-sexuels [5,6, 7]. Au Mali la prévalence des Mutilations Génitales Féminines est très élevée environ 89 % et celle des complications psycho-sexuelles inconnues, aucune étude n'a été faite sur ce sujet qui est un tabou dans notre société [8] Cependant, quelques études sont disponibles, et celles-ci présentent des limites méthodologiques importantes [9]. C'est pour pourquoi nous avons initié cette étude avec comme **objectif** : étudier les complications psycho-sexuelles des Mutilations Génitales Féminines.

MÉTHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée dans le service d'obstétrique du CHU Point G du District de Bamako. C'était une étude cas / témoins. Le cas étant la femme excisée et le témoin, une femme non excisée. Une femme excisée a été appariée avec une femme non excisée selon les critères âge et parité qui devraient être identiques. Notre étude a duré

seize mois, du 01/01/2019 au 30/04/2020. Ont été concernées par cette étude, toutes les femmes venues accoucher dans le service d'obstétrique du CHU Point G au cours de la période d'enquête.

Critères d'inclusion : Primigestes de 14 à 49 ans excisées ou non excisées présentant ou non des complications, venues dans le dit service pour accoucher durant notre période d'étude.

Critères de non inclusion : Toutes les femmes non consentantes et multipares.

La taille de l'échantillon a été calculée selon la taille de l'échantillon cas/témoin et a donné un minimum de 133 sujets par bras.

Le recueil des données a été fait sur questionnaires individuels identiques pour le cas et pour le témoin.

Les techniques que nous avons utilisées durant l'enquête sont l'interrogatoire, l'observation et l'examen physique.

Les variables sur lesquelles nous nous sommes intéressées sont : âge, lieu de naissance, religion, situation matrimoniale, ethnie, niveau d'alphabétisation, profession des parents, excision oui, non excisée, les types d'excision, complications psycho-sexuelles.

L'analyse et le traitement de données ont été faits sur Epi Info 12.0 et Word 2013. P<0,05 est considéré comme significatif. Cette étude a été menée dans l'intérêt de la population afin de publier les résultats, de traiter les cas à problème et de permettre l'information, l'éducation, et la communication pour la santé (IECS) de la population sur les MGF.

RÉSULTATS

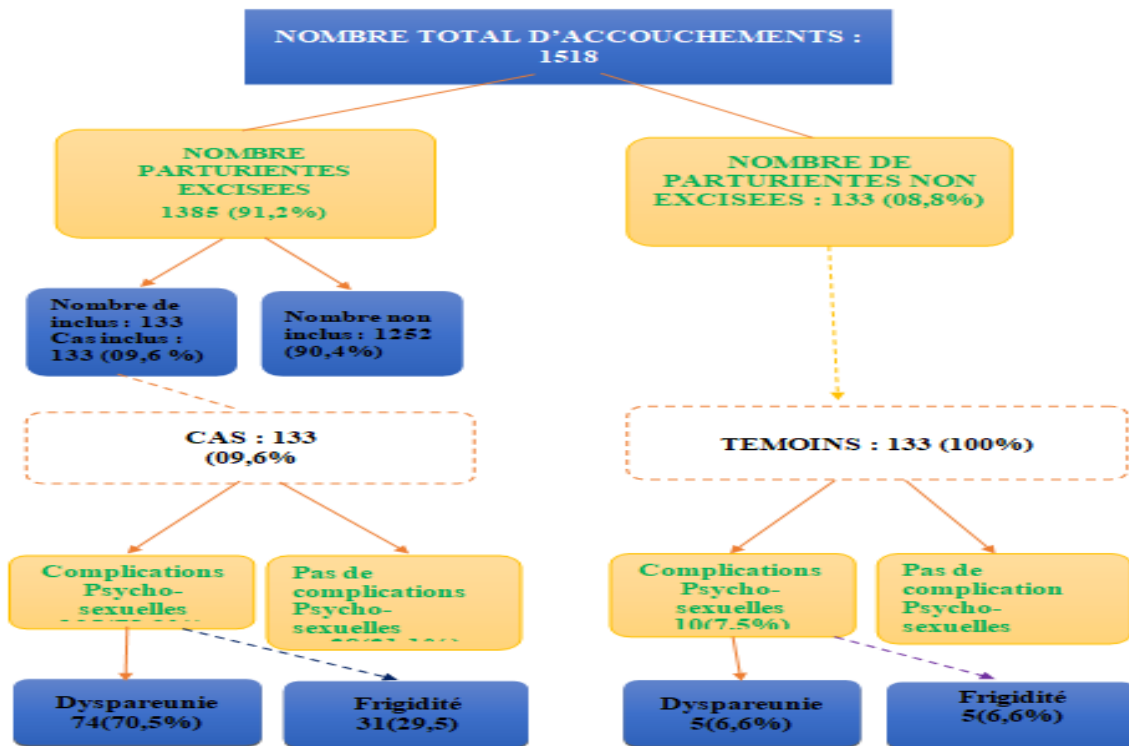


Figure 1 : Choix des participantes

La tranche d'âge la plus importante était 14 - 19 soit 51,1% chez les excisées et chez les non excisées. Age moyen : 19,5 ans chez les excisées et chez les non excisées.

Les Bamanan étaient prédominantes chez excisées (34,6% : 46/133).

Les sonrhais étaient prédominantes chez les femmes non excisées soit 33,1 % (44/133). Le test statistique $\text{Khi}^2:40,61$; ddl : 7 ; $P < 0,00$.

La plupart de nos femmes que ce soit excisées (47,4% : 63/133) ou non excisées (57,1% : 76/133) venaient de Bamako. Le test statistique non significatif.

Les femmes célibataires étaient prédominantes chez les excisées soit 50,4% (67/133) par contre 64% (85/133) des femmes non excisées étaient mariées.

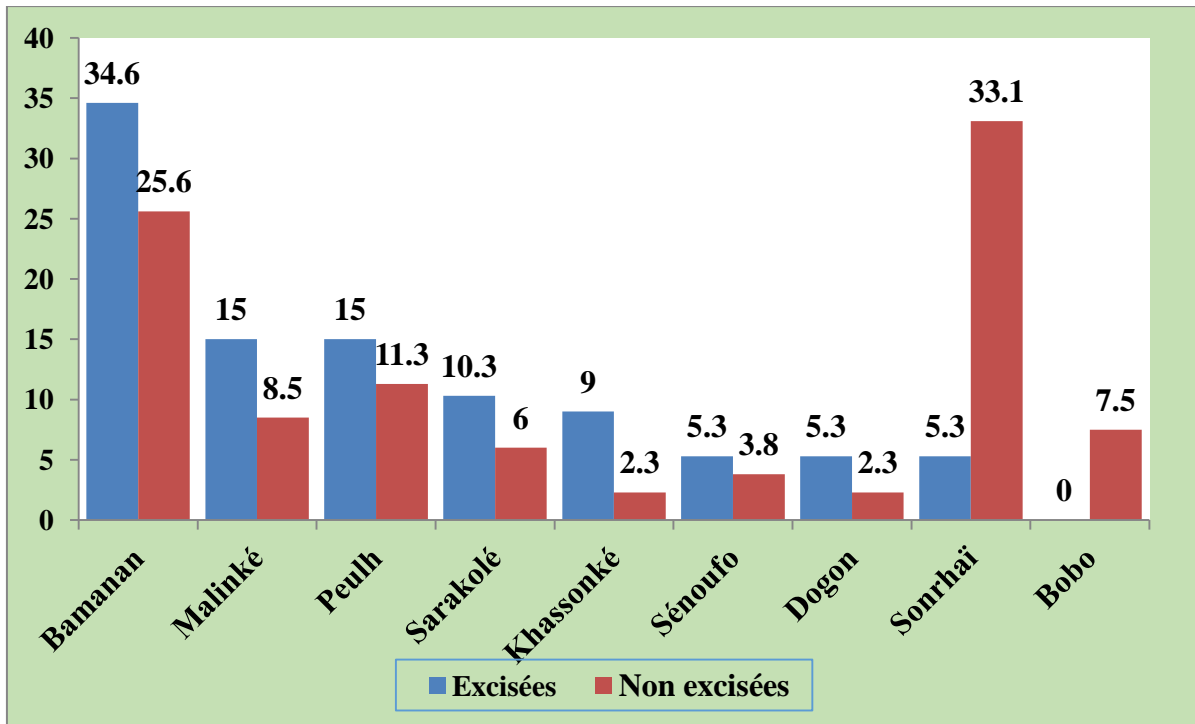


Figure 2 : Ethnies des femmes enquêtées

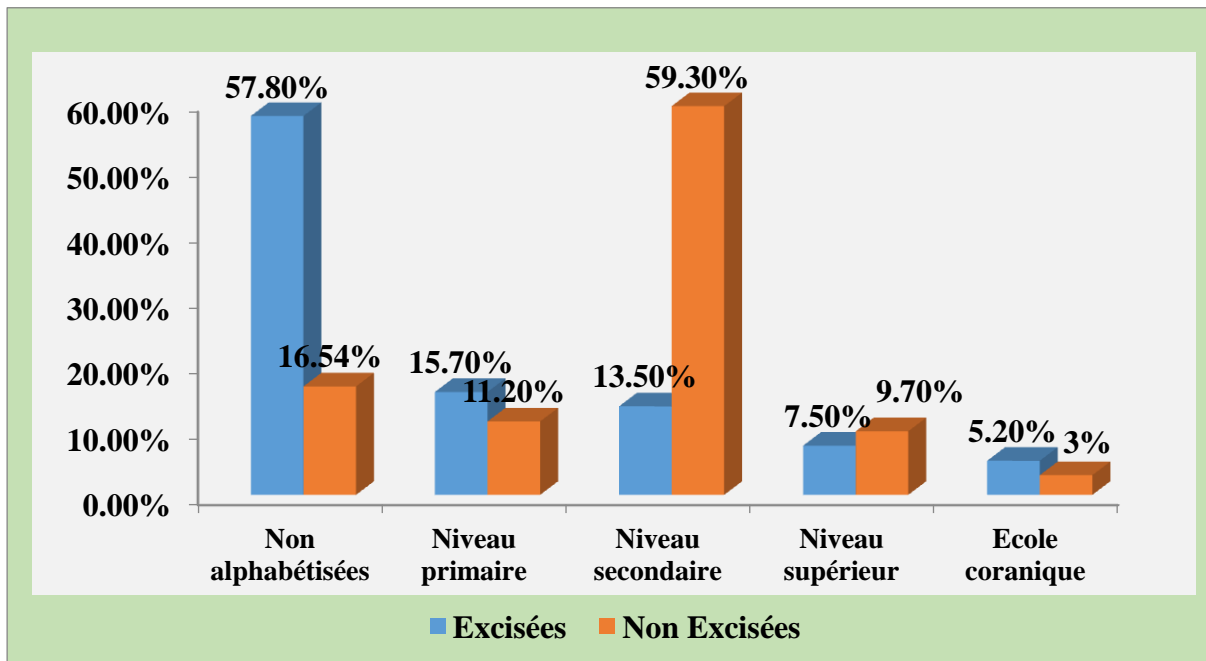


Figure 3 : Niveau d'instruction des mères des femmes enquêtées

Les analphabètes ont prédominé chez les mères des femmes excisées (57,8% : 77/133). Le niveau secondaire a représenté 59,3% (79/133) chez les mères des femmes non excisées. $\text{Khi}^2: 98,07$; ddl : 3 ; $P < 0,00$. 101/133 mères des femmes excisées soit 75,9 % étaient des

ménagères par contre 91/133 (68,4%) mères des femmes non excisées étaient des fonctionnaires. χ^2 : 92,76 ; ddl : 2 ; $P < 0,00$.
L'excision type 3 a représenté 12 % (16/133) de notre échantillon.

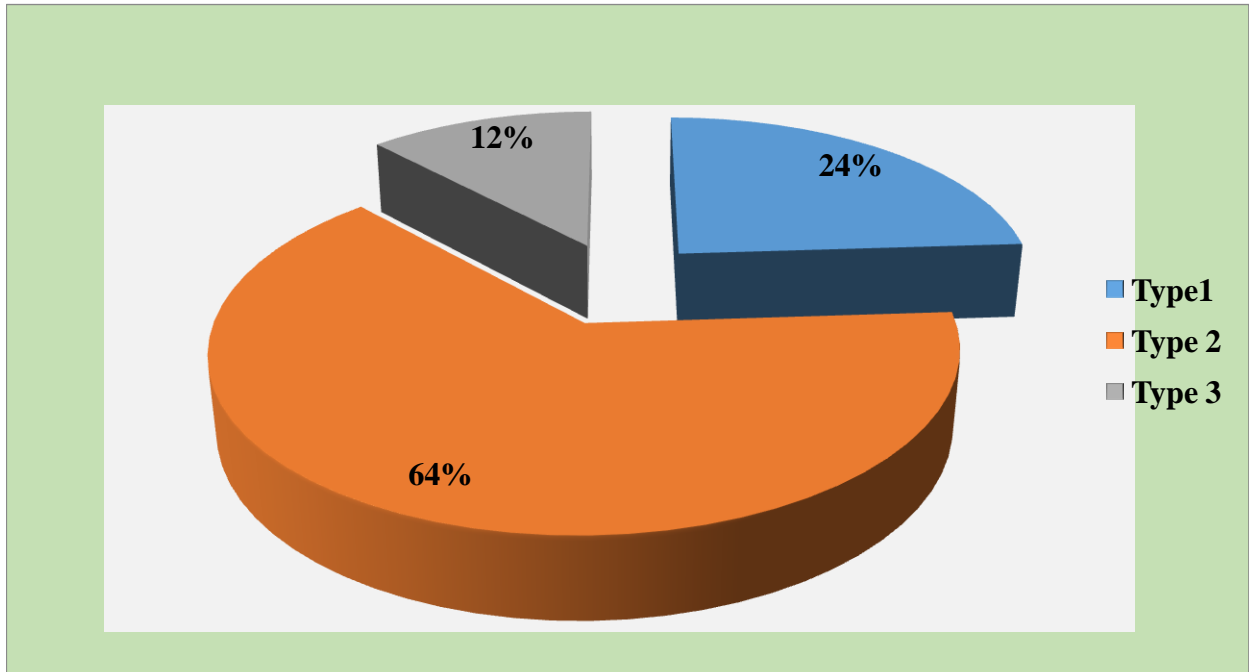


Figure 4 : les différents types d'excision

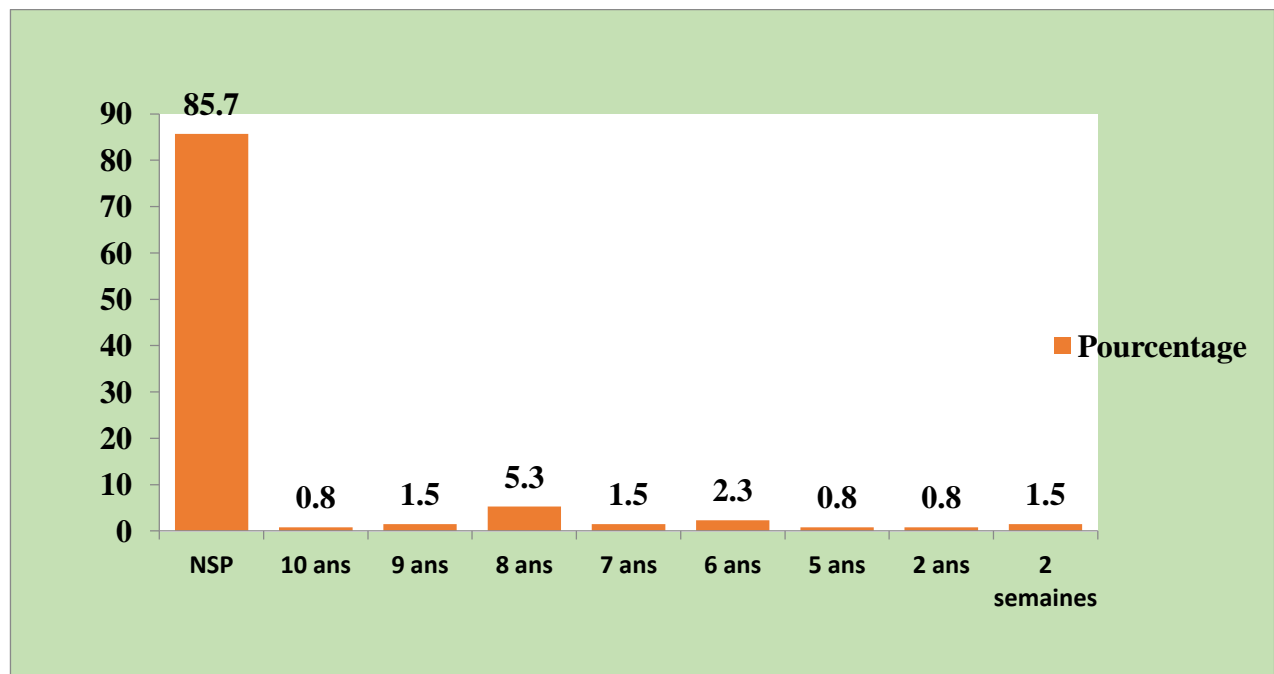


Figure : âge des patientes au moment de l'excision.
NSP : Ne sait pas.

85,7% (114/133) des femmes excisées ne savaient pas à quel âge elles ont été excisées.

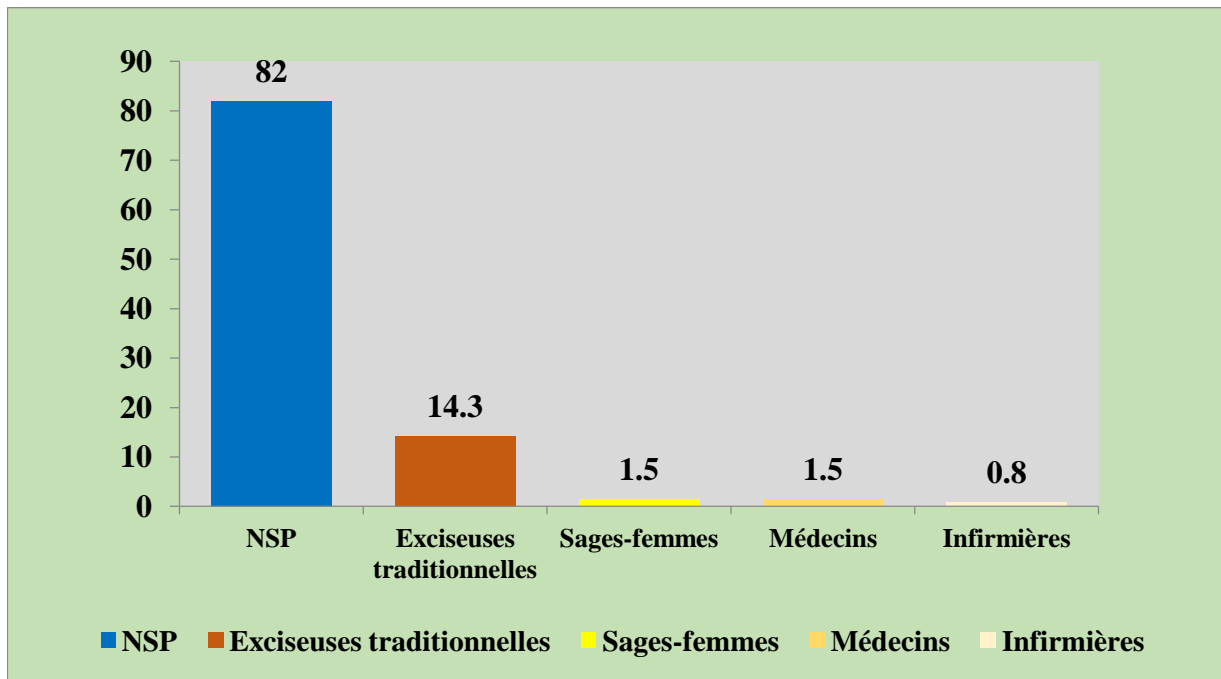


Figure 6 : opérateurs des femmes à l'excision
NSP : Ne sait pas.

3,7 % (5/133) de nos patientes ont été excisées par les personnels de santé.

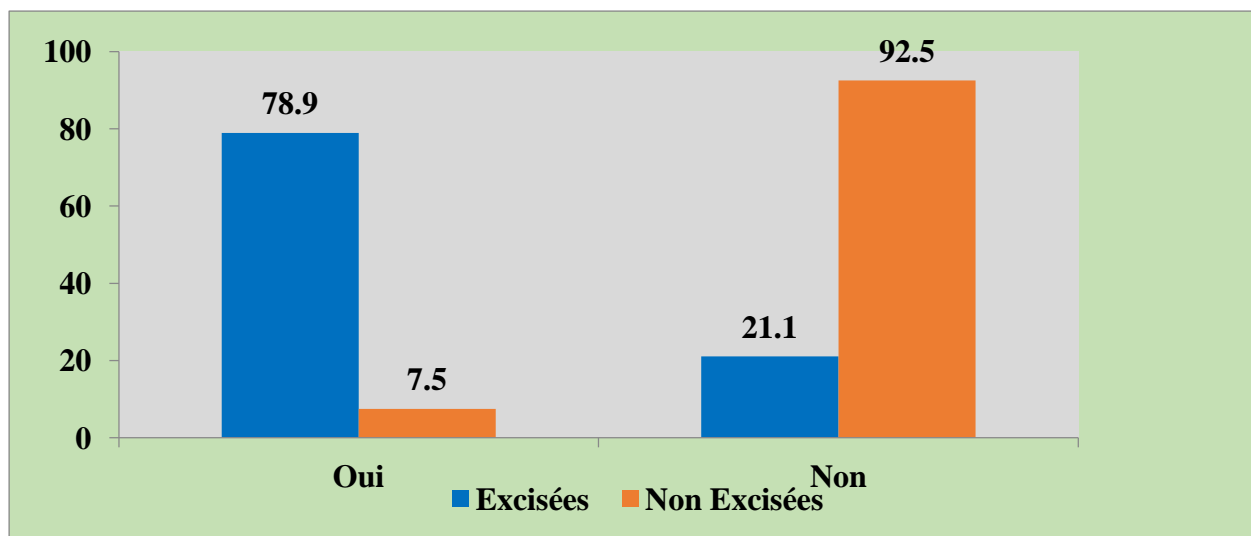


Figure 7 : les complications psycho-sexuelles
Odds Ratio: 46,13 ; (20,27<OR<107,79). Khi²: 135,35 ; P<0,05.

On a 78,9% de complications psycho-sexuelles chez les femmes excisées contre 7,5% chez les non excisées. Il existe une relation entre l'excision et les complications psycho-sexuelles.

Tableau 1: les types complications psycho-sexuelles				
Complications	Excisées		Non Excisées	
	N	%	N	%
Dyspareunies	74	78,9	5	50
Frigidité	31	21,1	5	50
Total	105	100	10	100

Odds Ratio =0,43 ;(0,10<OR<1,86). Khi² : 0,90 ; P<0,05.

78,9% de cas de dyspareunie chez les femmes excisées contre 05% chez non excisées.

Il existe une relation entre l'excision et les types de complications psycho-sexuelles.

Tableau 02 : Relation entre les types d'excision et les complications psycho-sexuelles

Complications Psycho-sexuelles	Dyspareunie	Frigidité	Total
Type d'excision			
Type 1	43,7	56,2	100
Type 2	78,2	21,8	100
Type 3	54,5	45,4	100
Total	70,4	29,5	100
Khi² = 9,07 ; ddl = 2 ; P < 0,05			

On a 78,2% cas de dyspareunie chez les femmes excisées de type 2. Ce tableau montre une relation statistique entre les complications psycho - sexuelles et les types d'excision avec $P < 0,05$; $Khi^2 = 9,07$.

DISCUSSION

Au cours de notre étude qui s'est déroulée du 01/01/2019 au 30/04/2020 dans le service d'obstétrique du CHU Point G Bamako /Mali, nous avons rencontré beaucoup de difficultés entre autres : refus de participer à l'enquête, peur de la stigmatisation des filles, peur de dévoiler son statut au public. Au cours de notre étude nous avons colligé 1518 parturientes et 1385 parturientes excisées soit une fréquence de 91,2 % dont 133 parturientes incluses soit une fréquence de 09,6% ; chez les non excisées toutes les parturientes ont été incluses soit 100% (figure 1). En Arabie Saoudite 93,8% connaissaient les mutilations génitales féminines [1]. En Afrique la prévalence varie selon les pays : au Burkina elle est de 72,5% ; Gambie : 78,3% ; Guinée-Conakry : 95,6% ; Mali : 85,2% ; Sénégal : 20% et Somalie : 97,9% [9]. Dans notre série la tranche d'âge 14 - 19 ans était la plus importante chez les cas et chez les témoins avec 51,1% dans les deux groupes. Age moyen = 19,5 ans. Ceci était lié au type d'étude et critères d'inclusion. Selon une étude faite en Ethiopie en 2017 l'âge moyen des femmes enquêtées était de 22 ans [10]. Au Mali selon EDSM VI : la tranche d'âge la plus importante était de 15-19 ans [8]. Les Bamanan étaient prédominantes chez les cas (34,6% : 46/133). Les Sonrhais étaient prédominantes chez les témoins soit 33,1 % (44/133) avec $P < 0,00$ (figure 2). Selon l'EDSM-VI dans la majorité des régions, la quasi-totalité des femmes étaient excisées comme par exemple, à Kayes (95 %), Koulikoro (96 %) ou encore à Sikasso et Ségou (respectivement 96 % et 92 %) ou bien dans le district de Bamako (91 %) [8]. La région de Tombouctou enregistre une prévalence plus faible. Enfin, dans des régions comme Gao et Kidal, l'excision est une pratique marginale (respectivement 1 % et <1 %). Dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou, les bambaras sont majoritaires qui pratiquent les mutilations génitales féminines tandis que dans les régions de Tombouctou, Gao et Kidal ce sont les Sonrhais qui sont dominant et ne pratiquent pas les mutilations génitales féminines qui confirme notre thèse. Les femmes célibataires étaient prédominantes chez les excisées soit 50,4% (67/133) dans notre série. Dans notre étude 64% (85/133) des femmes non excisées étaient mariées. D'où l'excision ne se justifie plus car l'une des raisons évoquées pour faire l'excision c'est la conservation de la virginité jusqu'au mariage. Les analphabètes ont prédominé chez les mères des

femmes excisées (57,8% : 77/133). Le niveau secondaire a représenté 59,3% (79/133) chez les mères des femmes non excisées avec $P < 0,00$ (figure 3). 101/133 mères des femmes excisées soit 75,9 % étaient des ménagères par contre 91/133 (68,4%) mères des femmes non excisées étaient des fonctionnaires avec $P < 0,00$ dans notre série. Selon l'EDSM-VI le pourcentage de filles excisées a tendance à augmenter avec le niveau d'instruction de la mère et avec le niveau de bien-être économique, passant de 10 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction à 17 % quand elle a le niveau secondaire ou plus et de 7 % dans le quintile de bien-économique le plus bas à 20 % dans celui le plus élevé [8]. L'excision type 3 a représenté 12 % (16/133) de notre échantillon (figure 4). La pratique de l'infibulation est plus répandue à Bamako (23 %) que dans les autres villes (7 %) et qu'en milieu rural (10 %). La forme d'excision la plus pratiquée consiste à couper et à enlever des chairs (41 %). En outre, dans 25 % des cas, les femmes ont subi une simple entaille et dans 8 % des cas, c'est une infibulation qui a été pratiquée. Il faut aussi souligner que 26 % des femmes n'ont pas été en mesure de donner une réponse [8]. Dans notre étude 85,7% (114/133) des femmes excisées ne savaient pas à quel âge elles ont été excisées (figure 5). Les résultats sur l'âge au moment de l'excision montrent que dans environ trois quart des cas (76 %), l'excision a eu lieu avant l'âge de 5 ans, y compris dans la petite enfance. En outre, 16 % des femmes ont été excisées à l'âge de 5-9 ans, 4 % l'ont été entre 10 et 14 ans, et enfin, moins de 1 % des femmes ont été excisées à un âge plus tardif, c'est-à-dire à 15 ans ou plus [8]. Selon **Andualem M. and all**: l'âge des filles, le niveau d'éducation des parents, la résidence, les antécédents de circoncision des femmes, la culture, l'éducation étaient des facteurs de risque pour la pratique des mutilations génitales féminines [11]. Dans notre étude, 3,7 % (5/133) de nos patientes ont été excisées par les personnels de santé (figure 6). On constate que les excisions sont faites principalement par des exciseuses traditionnelles : 94 % des filles de 0-14 ans et 89 % femmes de 15-49 ans ont été excisées par des exciseuses traditionnelles mais les personnels de santé y pratiquent aussi (matrone/accoucheuses traditionnelles : 3,72 % ; médecin : 0,48 % ; sages-femmes : 1,02% et autres : 1,14 %) dans 1,59 % [8]. Dans notre étude on a eu 78,9% de complications psycho-sexuelles chez les cas contre 7,5% chez les témoins ; nous avons noté une relation significative entre les mutilations génitales féminines et les complications psycho-sexuelles avec $P < 0,05$ (figure 7). Les complications psycho-sexuelles étaient réparties comme suite : 78,9% de cas de dyspareunie, 21,1% de cas de frigidité chez les femmes excisées contre 07,5% chez non excisées avec $P < 0,05$ (tableau 1). Nous avons trouvé une relation entre l'excision et les types de complications psycho-sexuelles (tableau 2). Une étude faite en Kurdistan Iranien a montré que les femmes non circoncises avaient un score total persan-FSFI (Female Sexual Function Index) significativement plus élevé ($25,3 \pm 4,34$) que les femmes circoncises ($17,9 \pm 5,39$) [12]. Une étude sur la fonction sexuelle et l'anatomie sexuelle a été réalisée chez des femmes avec et sans MGF. Les participants ont subi une imagerie par résonance magnétique pelvienne avec opacification vaginale par gel à ultrasons et rempli

des questionnaires validés sur le désir (Sexual Desire Inventory), l'image corporelle (Questionnaire d'Image Corporelle [Body Image Satisfaction Scale]) et la fonction sexuelle (Female Sexual Function Index). Les femmes atteintes de MGF ont obtenu un score significativement plus bas sur la fonction sexuelle et le désir que les femmes sans MGF [13, 14, 15, 16].

CONCLUSION

Les pratiques mutilations génitales féminines sont fréquentes en Afrique, au Moyen-Orient et particulièrement au Mali. Les MGF est un problème majeur de Santé Publique d'où la mise en place des moyens, des mécanismes permettant de prévenir et de lutter contre ces pratiques néfastes.

Conflits D'intérêt

Les auteurs ont déclaré qu'ils n'existaient pas de conflit d'intérêts.

Considérations éthiques

Tous les participants à cette étude ont donné leur consentement.

RÉFÉRENCES

1. **Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern.** UNICEF, New York, 2016.
2. UNICEF. Female genital mutilation. [Jan;2019];<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/> 2019
3. **World Health Organization. Female Genital Mutilation.** 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> [Google Scholar].
4. **Donohoe M. Female genital cutting: epidemiology, consequences and female empowerment as a means of cultural change.** <https://www.medscape.com/viewarticle/546497> Medscape Ob/Gyn. 2006; 11 [Google Scholar]
5. **World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization, Department of Reproductive Health. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland: WHO; [Jan; 2019]. 2008. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. [Google Scholar]?**
6. **Female genital mutilation/cutting.** A statistical overview and exploration of the dynamics of change. United Nations Children's Fund. *Reprod Health Matters.* 2013;184–190. [Google Scholar].
7. **Female genital cutting in the United States: implications for mental health professionals.** Akinsulure-Smith AM, Sicalides EI. *Prof Psychol Res Pr.* 2016;47:356–362. [Google Scholar].
8. **Enquête Démographique et de Santé du MALI (EDSM) 2018 PP : 383-356.**
9. **Abdulcadir J and all:** 2016 Feb; 13(2):226-37.

- doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.023. Epub 2016 Jan 27. PMID: 26827253; DOI: [10.1016/j.jsxm.2015.12.023](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.023). [Indexed for MEDLINE].
10. **Gudu W, and all:** labor, delivery and postpartum complications in nulliparous women with female genital mutilation admitted to karamara hospital. *Ethiop Med J.* 2017 Jan; 55 (1):11-7.
 11. **Andualem M. and all: determinants of female genital mutilation practices in east gojjam zone, western amhara, ethiopia.** *ethiop med j.* 2016 jul;54(3):109-16.
 12. **Biglu MH¹ and all: Sex Reprod Healthc.** 2016 Dec; 10:3-8. doi: 10.1016/j.srhc.2016.07.002. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27938869. DOI: [10.1016/j.srhc.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.002). [Indexed for MEDLINE];
 13. **Abdulcadir J. and coll: J Sex Med.** 2016 Feb;13(2):226-37. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.023. Epub 2016 Jan 27. PMID: 26827253. DOI: [10.1016/j.jsxm.2015.12.023](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.023). [Indexed for MEDLINE].
 14. **Mestre-Bach G : Afr J Reprod Health.** 2019 Mar;23(1):154-162. doi: 10.29063/ajrh2019/v23i1.16. PMID: 31034182. DOI: [10.29063/ajrh2019/v23i1.16](https://doi.org/10.29063/ajrh2019/v23i1.16). [Indexed for MEDLINE].
 15. **Vital M and all: Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** 2016 Jul;202:71-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.04.029. Epub 2016 Apr 30.
 16. **Laura Buggio and all: Health Equity.** 2019; 3(1): 36–46. Published online 2019 Feb 20. doi: [10.1089/heq.2018.0036](https://doi.org/10.1089/heq.2018.0036). PMID: 30805570. PMID: 30805570.