



Date : 22 mai 2018

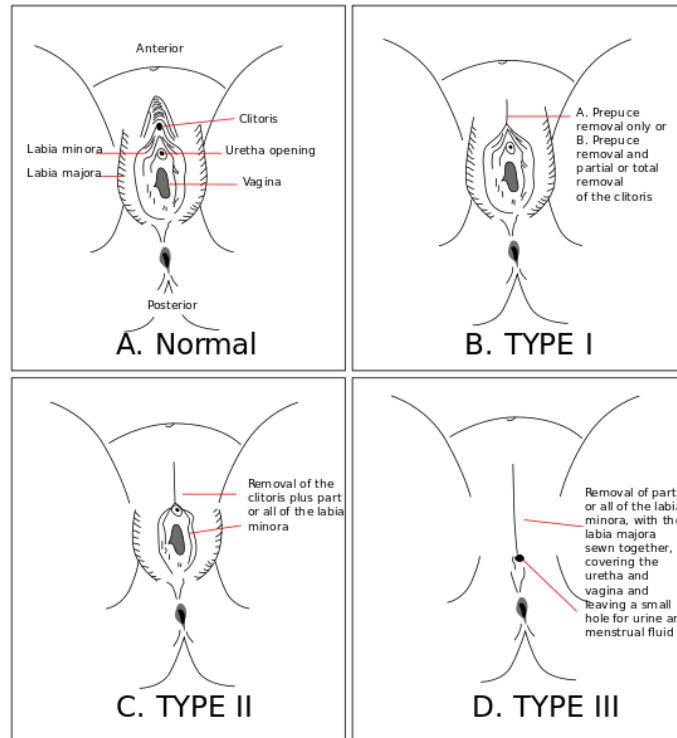
Auteure : Émilie Delage, étudiante au baccalauréat en psychologie (B.Sc.)

Titre : Clitoris, orgasme et identité : les mutilations génitales féminines

En 1997, l'Organisation mondiale de la Santé publiait une déclaration condamnant la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) (OSM, 2018). Cependant, encore aujourd'hui, cette même organisation estime à 200 millions le nombre de femmes vivant toujours avec les marques de ces lésions (OSM, 2018). Pourquoi ces pratiques, pourtant reconnues par plusieurs pays comme étant une violation des droits humains commises sur des femmes et des enfants (Kaplan et *al.*, 2011), continuent-elles d'être si répandues? Dans ce texte, après une brève définition des MGF, les croyances qui appuient ces pratiques seront discutées. Puis, les impacts biologiques et psychologiques de ces pratiques seront investigués.

Que sont les mutilations génitales féminines?

Les mutilations génitales féminines sont définies comme des interventions chirurgicales qui altèrent ou lèsent, de façon intentionnelle, les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales (OMS, 2018). Ces dernières pourraient être d'améliorer l'apparence externe des organes, de s'assurer de la virginité des femmes ou de correspondre à la norme sociale, par exemple. Les MGF, qui sont souvent pratiquées durant l'enfance et l'adolescence, et quelques fois sur des femmes adultes, peuvent se classer en quatre catégories, selon l'OMS (2018).



Les mutilations de type I, appelées clitoridectomies, représentent l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce clitoridien. L'ablation du capuchon du clitoris, dit prépuce, rend le clitoris si sensible qu'il peut devenir douloureux. Le type II, l'excision, englobe l'ablation des petites lèvres avec ou sans ablation du clitoris et/ou des grandes lèvres. Le type III, l'infibulation, réfère au rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris. Le type IV fait référence à toutes les autres interventions pouvant être pratiquées sur les parties génitales féminines, comme les perçages, les incisions ou la cautérisation (OMS, 2018). Cette dernière catégorie peut relever d'un choix personnel. Les brûlures, l'utilisation de substances corrosives ou l'étirement des petites lèvres peuvent aussi être regroupés dans la dernière catégorie (Jaeger et al., 2009). Bien que les pratiques varient en fonction des pays et des traditions, le type de mutilation qui est rapporté comme le plus fréquent serait le type II, et représenterait environ 80% des mutilations génitales (Berg et al., 2010). La plupart du temps, les interventions de mutilation génitale sont exécutées sans anesthésie ou antibiotiques, et dans des conditions non antiseptiques (Iavazzo et al., 2013). Différents outils peuvent être utilisés pour performer ces opérations, incluant des lames de rasoir, des morceaux de verre, des couteaux ou des ciseaux (Berg et al., 2010). Selon les pays où ces pratiques sont effectuées, les mutilations sont réalisées sur les jeunes filles entre 4 et 8 ans, et parfois seulement quelques jours après la naissance (Jaeger et al., 2009).

Les mutilations génitales amènent, dans beaucoup de cas, diverses conséquences pour les jeunes filles peu de temps après la procédure. De par la nature de l'opération ainsi que par les pauvres conditions hygiéniques, les filles sont susceptibles de souffrir d'hémorragies, d'infections locales ou généralisées comme l'hépatite B ou le VIH ou encore ressentir des douleurs vives (Jaeger et al., 2009). Plusieurs conséquences

psychologiques peuvent aussi survenir directement après l'opération, comme le trouble de stress post-traumatique (Kaplan et *al.*, 2011). À long terme, les conséquences sur la santé des femmes peuvent inclure l'infertilité, les infections génitales, les complications lors de l'accouchement et des douleurs abdominales (Kaplan et *al.*, 2011).

Les MGF sont généralement pratiquées dans les pays d'Afrique, dans des régions du Proche-Orient ou de l'Asie du sud-est (Andro et Lesclingand, 2016). Puisque cette pratique est considérée comme illégale et n'est souvent pas pratiquée dans des hôpitaux, les données sur la prévalence sont difficiles à obtenir. Cependant, pour certains pays, des recensements permettent de quantifier le phénomène. C'est le cas de l'Égypte, où un recensement effectué en 2014 nous indique que 92% des femmes entre 15 et 49 ans ont vécu une mutilation génitale (Ministère de la santé et de la population de l'Égypte, 2015). Dans d'autres pays, le phénomène n'est pas aussi répandu. C'est le cas du Nigéria, où, en 2003, environ 20% de la population féminine entre 15 et 49 ans vivait avec une mutilation génitale (République fédérale du Nigéria, 2004).

Pourquoi pratiquer les MGF?

Les croyances qui motivent la pratique de la mutilation génitale féminine sont nombreuses, et s'appuient souvent sur des coutumes socioculturelles. D'abord, la raison la plus souvent évoquée est la préférence présumée du futur mari pour une femme qui aurait subi cette opération (République fédérale du Nigéria, 2004). Dans les communautés où les mutilations génitales sont la norme, le fait d'être mutilée aux organes génitaux est une condition pour le mariage, et garantit une certaine sécurité sociale (Jaeger et *al.*, 2009). Dans le même ordre d'idée, dans certaines communautés, les mutilations sont une tradition. Les parents ressentent une pression sociale énorme pour faire subir cette opération à leur fille, et ainsi éviter qu'elle ne risque l'exclusion sociale (Jaeger et *al.*, 2009). Ils peuvent aussi perpétuer ces pratiques pour conserver l'honneur de la famille (Berg et *al.*, 2010). Dans certains cas, cette pratique représente aussi une façon d'éloigner leur fille de la culture occidentale, qui, pour eux, manque de moralité (Jaeger et *al.*, 2009). Ensuite, les mutilations génitales sont aussi pratiquées dans le but de contrôler la sexualité des femmes (Berg et Underland, 2013). En effet, l'opération servirait à s'assurer de la virginité des femmes jusqu'à leur mariage, et à limiter leur plaisir sexuel dans le but qu'elles ne soient pas tentées d'être infidèles à leur futur mari (Jaeger et *al.*, 2009). D'autres croyances peuvent aussi motiver les mutilations génitales, comme le fait de voir le résultat de cette opération comme un signe de féminité et de beauté, ou de croire que cela amène une meilleure hygiène corporelle (Jaeger et *al.*, 2009).

Quelles sont les conséquences des MGF sur la sexualité des femmes?

Lorsqu'elles commencent à être actives sexuellement, les femmes ayant subi des mutilations génitales pourraient ressentir des douleurs et des inconforts qui auraient des répercussions sur leur satisfaction sexuelle (Berg et *al.*, 2010). D'abord, dans le cas des clitoridectomies et des excisions, la souffrance pourrait résulter de la cicatrisation des plaies génitales et de la friction avec le corps du partenaire lors de la pénétration. Les cicatrices pourraient aussi se rompre durant l'acte, ce qui causerait beaucoup de douleur (Berg et Denison, 2012). Dans les cas d'infibulation, où le vestibule et l'orifice vaginal ont été partiellement recouverts, les premières pénétrations seraient souvent

très souffrantes. L'orifice vaginal, rapetissé jusqu'à parfois n'être pas plus large qu'une tête d'épingle, doit être agrandi par la pénétration vaginale ou par chirurgie (Berg et Denison, 2012). Van Der Kwaak, en 1992, rapportait que dans certains cas le partenaire utiliserait un couteau ou tout autre outil pour libérer l'entrée du vagin et permettre la pénétration. Ensuite, les mutilations génitales qui retirent le clitoris blessent manifestement les nerfs clitoridiens (Berg et Denison, 2012). Suite à cela, les régions autour du site de la clitoridectomie seraient moins réceptives à la stimulation tactile, et cette désensibilisation pourrait rendre le plaisir sexuel plus difficile à ressentir (Berg et Denison, 2012).

Cependant, quelques chercheurs ont constaté que les femmes ayant subi des mutilations génitales auraient la capacité de compenser pour les dommages génitaux par l'augmentation de la sensibilité et de l'érotisme d'autres régions du corps (Berg et Denison, 2012).

Par exemple, les seins pourraient devenir une région plus érogène chez les femmes qui sont moins sensibles au niveau génital (OMS, 2000). Plusieurs femmes mutilées sexuellement semblent rapporter les symptômes d'une dysfonction sexuelle, soit un désordre du désir sexuel, de l'orgasme ou de l'excitation, accompagné de douleurs sexuelles qui résultent en une détresse personnelle significative (Alsibiani et Rouzi, 2010). Cependant, ce ne sont pas toutes les femmes qui vont souffrir de problèmes de santé ou de sexualité à la suite de mutilations génitales (OMS, 2000).

D'ailleurs, la satisfaction sexuelle est subjective et plutôt difficile à mesurer, et les recherches ne s'entendent pas sur les impacts des MGF.

Une revue de la littérature a mis en évidence que les recherches s'intéressant aux conséquences physiques et sexuelles des MGF auraient souvent une méthodologie défailante et, qu'en plus, elles n'arriveraient pas toujours à démontrer une différence significative entre les femmes mutilées ou non en ce qui a trait au désir sexuel (Makhlouf Obermeyer, 2005).

Quatre études, effectuées entre 2000 et 2005 au Centre de Recherche en Prévention et Traitement des MGF en Italie, ont aussi tenté de mesurer les impacts physiologiques des mutilations génitales sur la satisfaction sexuelle des femmes (Catania et al., 2007). En tout, plus de 250 femmes provenant de divers milieux ont évalué leurs comportements sexuels à l'aide d'entrevues et de questionnaires. Finalement, les chercheurs ont conclu que les femmes, peu importe leur type de MGF, sont capables d'atteindre l'orgasme (Catania et al., 2007). La majorité d'entre elles atteindrait l'orgasme grâce à la pénétration vaginale, et une plus petite proportion aurait recours à la stimulation manuelle effectuée par leur partenaire pour jouir (Catania et al., 2007). Environ 90% des femmes interrogées aurait rapporté que les relations sexuelles leur apportait du plaisir (Catania et al., 2007). Cependant, dans ces études, les femmes ayant des complications graves dues à leur mutilations, telles que des infections génitales ou urinaires, ont été retirées. Il serait donc possible que les résultats de ces recherches ne démontrent pas la réalité de toutes les femmes mutilées.

Quels sont les impacts psychologiques des MGF?

Bien que les mutilations génitales aient des impacts réels sur l'anatomie génitale féminine, des conséquences psychologiques pourraient aussi avoir un impact sur la

sexualité des femmes. Effectivement, il aurait été observé que les mutilations n'auraient pas d'effet en tant que tel sur le désir sexuel de la femme, mais que la réduction du désir serait surtout due à un conditionnement (Berg et Denison, 2012).

Les expériences sexuelles antérieures négatives de la femme et des douleurs associées à la pénétration pourraient l'amener à éviter ces actes ou à faire de la dissociation, c'est-à-dire se séparer temporairement de sa réalité, lors des relations sexuelles (Berg et Denison, 2012).

Les conséquences psychologiques en lien avec les mutilations génitales féminines se feraient aussi remarquer dans plusieurs sphères de la vie des femmes, autres que sexuelles. D'abord, l'acte de la mutilation, qui a souvent eu lieu lorsque les femmes étaient de jeunes filles, serait traumatique (OMS, 2000). Ce souvenir, même plusieurs années plus tard, resterait intense et vivide, et serait associé aux pleurs, à la douleur et à l'humiliation (Berg et *al.*, 2010). Ces émotions, d'abord ressenties durant l'enfance, seraient éprouvées à un moment dans la vie où les femmes doivent former leur perception d'elles-mêmes et leur estime personnelle (OMS, 2000). Les mutilations génitales seraient donc associées à des troubles mentaux chroniques, même plusieurs années après l'évènement (Vloeberghs et *al.*, 2012). En effet, à l'âge adulte, les femmes ayant subi des mutilations génitales seraient plus à risque d'avoir un diagnostic psychologique, ou de souffrir d'anxiété, de dépression ou de phobies (Berg et *al.*, 2010; OMS, 2000; Vloeberghs et *al.*, 2012). Elles auraient aussi une estime de soi plus faible que les femmes n'ayant pas subi de mutilations génitales (Berg et *al.*, 2010).

Et les chirurgies de réparation?

Certaines femmes tentent, à l'âge adulte, d'inverser les conséquences anatomiques des mutilations génitales en optant pour une chirurgie de réparation génitale. Depuis les années 1990, des techniques adaptées aux types de mutilation sont pratiquées, principalement pour aider les femmes qui vivent quotidiennement avec les répercussions négatives des MGF à retrouver une fonction sexuelle adéquate (Andro et Lesclingand, 2016). Une première technique, la dé-infibulation, permet de restaurer les infibulations en rompant le tissu cicatriciel qui joint les grandes lèvres, libérant ainsi l'orifice vaginal, l'orifice urétral et le gland du clitoris (Collinet et *al.*, 2004). Il s'agit d'une chirurgie simple, qui peut être effectuée à n'importe quel moment de la vie d'une femme (Andro et Lesclingand, 2016). La chirurgie clitoridienne est, quant à elle, une opération plus complexe, qui permet de reconstruire un clitoris à la suite d'une ablation clitoridienne. La procédure consiste à aller chercher chirurgicalement une section interne du corps clitoridien et à repositionner ce nouveau gland où était initialement situé le clitoris. (Ouédraogo et *al.*, 2013). Une étude effectuée auprès de femmes ayant reçu cette opération de reconstruction a démontré que la grande majorité était satisfaite de cette chirurgie, et que leur qualité de vie, ainsi que leur sexualité, s'en sont vue améliorées. (Ouédraogo et *al.*, 2013).

Quels sont les autres moyens de surpasser les conséquences des MGF?

Toutefois, les chirurgies de reconstruction ne sont pas toujours disponibles et envisageables pour les femmes ayant subi des mutilations génitales. Elles ne résoudraient pas non plus les conséquences psychologiques des mutilations. Pour aider

les femmes à augmenter leur satisfaction par rapport à leur vie sexuelle, certains proposent un accompagnement psychologique, sexuel et relationnel (Beltran et *al.*, 2015). Effectivement, si l'insatisfaction sexuelle ne provenait pas des contraintes physiques causées par les mutilations, mais plutôt du traumatisme de cette pratique, des images intrusives, de la honte ressentie et des comportements d'évitement, le suivi thérapeutique pourrait diminuer les séquelles traumatiques et les problématiques sexuelles (Antonetti et *al.* , 2015).

Qu'en est-il de l'identité féminine?

Le débat sur les mutilations génitales féminines ne peut être abordé sans mentionner la dimension d'identité sexuelle. Dans les communautés où les mutilations sont largement pratiquées, ces opérations sont vues comme un rite de passage important où les jeunes filles vont devenir des femmes (Van Der Kwaak, 1992). Ces pratiques, qui peuvent être largement répandues, peuvent être évaluées comme positives pour le bien-être psychologique, social, spirituel et physique des femmes qui, mutilées, correspondent à la norme sociale en matière de mutilation (Shweder, 2000). Effectivement, dans plusieurs pays, les femmes avec des organes génitaux altérés sont vues comme ayant un corps plus beau, féminin et honorable (Shweder, 2000). Selon la culture, le clitoris et/ou les petites lèvres peuvent être perçus comme repoussants à la vue et au toucher (Shweder, 2000). Le fait de mutiler les organes génitaux rendrait donc le corps plus beau. Également, le clitoris est perçu, dans certaines cultures, comme un organe typiquement masculin, puisqu'il s'érige sous l'effet de l'excitation sexuelle (Shweder, 2000; Van Der Kwaak, 1992). En retirant le clitoris, la femme pourrait atteindre une identité complètement féminine et se réjouir de ne plus porter l'organe mâle non désiré (Shweder, 2000). De plus, si le clitoris est un organe qui serait typiquement masculin, le laisser sur une femme pourrait interférer avec le pouvoir et l'autorité masculins au sein du couple (Fainzang, 1985). Selon la culture, si une femme possède son clitoris, l'homologue du pénis, donc l'organe du pouvoir, elle ne saurait pas adopter les comportements de soumission qui sont attendus d'elle (Fainzang, 1985).

Le débat sur la légitimité des mutilations génitales féminines est largement controversé et inachevé. D'une part, puisque le sujet vient directement aborder des questions de croyances et de pratiques traditionnelles, il est délicat de juger cette procédure sans partager les convictions qui la favorisent. D'autre part, la recherche sur la sexualité féminine est lacunaire et les effets physiologiques des mutilations sexuelles ne font pas consensus au sein de la communauté scientifique. Même si des conséquences psychologiques négatives semblent découler des mutilations génitales, ces pratiques semblent être importantes dans les cultures où elles ont lieu. Il est donc de mise de se poser la question à savoir quelles seraient les interventions à privilégier avec les femmes ayant subi des mutilations génitales, ou celles à risque d'en subir.

Références

Alsibiani, S. A., et Rouzi, A. A. (2010). Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, 93(3), 722–724. DOI: [10.1016/j.fertnstert.2008.10.035](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.10.035)

Antonetti Ndiaye, E., Fall, S., et Beltran, L. (2015). Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes exciseées. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de La Reproduction*, 44(9), 862–869. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.01.008

Beltran, L., Fall, S. et Antonetti-N'Diaye, E. (2015). Excision: Entre clinique et droits humains. *Sexologies*, 24(3), 122–127. DOI: 10.1016/j.sexol.2015.05.001

Berg, R. C., Denison, E. M. L. et Fretheim, A. (2010). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*.

Berg, R. C. et Denison, E. (2012). Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sexuality research and social policy*, 9(1), 41-56. DOI 10.1007/s13178-011-0048-z

Berg, R. C. et Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International*. DOI 10.1155/2013/496564

Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Verde, J. B., Abdulcadir, J. et Abdulcadir, D. (2007). Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *Journal of Sexual Medicine*, 4(6), 1666–1678. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00620.x

Collinet, P., Sabban, F., Lucot, J. P., Boukerrou, M., Stien, L. et Leroy, J. L. (2004). Prise en charge des mutilations génitales féminines de type III. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 33(8), 720-724. DOI 10.1016/S0368-2315(04)96633-1

Iavazzo, C., Sardi, T. A. et Gkegkes, I. D. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(6), 1137-1149. DOI 10.1007/s00404-012-2708-5

Jaeger, F., Caflisch, M. et Hohlfeld, P. (2009). Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *European journal of pediatrics*, 168(1), 27-33. DOI 10.1007/s00431-008-0702-5

Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M. et Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive health*, 8(1), 26. DOI 10.1186/1742-4755-8-26

Ministère de la santé et de la population de l'Égypte (2015). *Egypt : Demographic et Health Survey 2014*. Récupéré de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR302/FR302.pdf>

Makhlouf Obermeyer, C. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 443-461. DOI 10.1080/14789940500181495

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Female genital mutilation: a handbook for frontline workers*.

Organisation mondiale de la Santé (2018). Santé sexuelle et reproductive : Classification des mutilations sexuelles féminines. Dans *Organisation Mondiale de la Santé- Programmes et Projets*. Récupéré de <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). Mutilations sexuelles féminines. (Publication n°241). Dans *Organisation Mondiale de la Santé-Centre des médias*. Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>

Andro, A. et Lesclingand, M. (2016). Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. *Population*, 71(2), 224-311. DOI: 10.3917/popu.1602.0224.

Ouédraogo, C. M. R., Madzou, S., Touré, B., Ouédraogo, A., Ouédraogo, S. et Lankoandé, J. (2013). Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. à propos de 94 cas. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 58(3), 208–215. DOI: 10.1016/j.anplas.2012.04.004

République fédérale du Nigéria (2004). *Nigeria Demographic and Health Survey 2003*. Récupéré de <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR148/FR148.pdf>

Shweder, R. A. (2000). What about "female genital mutilation"? And why understanding culture matters in the first place. *Daedalus*, 129(4), 209-232.

Fainzang, S. (1985). Circoncision, excision et rapports de domination. *Anthropologie*, 9(1), 1-17.

Van Der Kwaak, A. (1992). Female circumcision and gender identity: a questionable alliance? *Social Science & Medicine*, 35(6), 777-787. DOI 10.1016/0277-9536(92)90077-4

Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., Knipscheer, J. et van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethnicity & health*, 17(6), 677-695. DOI 10.1080/13557858.2013.771148