

MEDICALISATION DE LA PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES (MGF) EN GUINEE : ETAT DES LIEUX ET MOTIVATIONS

A. DIALLO, M.H. DIALLO, F.B. DIALLO, I.K.BAH, I.S. BALDE, T. SY

RESUME

Objectif : L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux sur la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) par le personnel de santé et de rechercher leurs motivations.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale quantitative et qualitative d'une durée d'un mois (du 17 Août au 16 Septembre 2022) portant sur le personnel de santé de toute catégorie confondue (médecins, sages - femmes, infirmières, aides-soignants).

Résultats : Pendant l'enquête, 221 agents de santé ont été interrogés. Parmi les 221 prestataires, 72 (33%) ont reconnu avoir pratiqué les mutilations génitales féminines. Il s'agissait surtout des prestataires âgés de 35 ans et plus (57%), sage-femme de profession (74%), de religion musulmane (93%), d'ethnie malinké (28%) et en fonction depuis plus de 20 ans (43%). Concernant le lieu, 18% ont déclaré qu'ils pratiquaient les MGF dans leur formation sanitaire, 36% à leur domicile, 24% au domicile parental et 22% à tous ces endroits. La majorité de ceux qui ont pratiqué les mutilations génitales féminines (82%) a déclaré ne plus pratiquer. Des raisons médicales ont été évoquées par 88% des prestataires interrogés pour justifier les dites pratiques, des raisons culturelles par 56%, des raisons religieuses par 21% et des raisons économiques par 81%.

Conclusion : Les mutilations génitales féminines sont essentiellement pratiquées par les sages-femmes ayant une certaine ancienneté. Cette pratique est motivée par des raisons médicales, socioculturelles, religieuses et économiques.

Mots-clés : Médicalisation ; Mutilations génitales féminines ; Guinée.

SUMMARY

Medicalization of the practice of female genital mutilation (FGM) in Guinea: Current situation and motivations.

Objective: The aim of this study was to take stock of the practice of female genital mutilation by healthcare personnel and to investigate their motivations.

Methodology: It was a quantitative and qualitative cross-sectional study lasting one month (from August 17 to September 16, 2022) covering all categories of healthcare staff (doctors, midwives, nurses, orderlies).

Results: During the survey, 221 healthcare workers were interviewed. Of the 221 providers, 72 (33%) admitted to having performed female genital mutilation. These were mainly providers aged 35 and over (57%), midwives (74%), of Muslim religion (93%), of malinké ethnicity (28%) and in service for more than 20 years (43%). As for where they practiced, 18% said they practiced in the health facility, 36% at home, 24% at their parents' home and 22% in all these locations. The majority of those who had practiced female genital mutilation (82%) said they no longer do so. Medical reasons were cited by 88% of providers surveyed to justify the practice, cultural reasons by 56%, religious reasons by 21% and economic reasons by 81%.

Conclusion: Female genital mutilation is essentially practiced by old midwives. This practice is motivated by medical, socio-cultural, religious and economic reasons.

Keywords: Medicalization; Female genital mutilations; Guinea.

INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF) regroupent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme pour des raisons culturelles ou pour toutes autres raisons non thérapeutiques [1].

Les conséquences de cette pratique sur les victimes sont multiples. Elles sont aussi bien physiques (hémorragie, infections, état de choc, stérilité, problèmes à l'accouchement, décès.) que psychologiques, mentales et sociales [2–6].

La prévalence des MGF en Guinée est de 95% parmi les filles et femmes de 15 à 49 ans selon l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2018 [7].

La même source [7] révèle également une accentuation de la médicalisation de la pratique des MGF dans le pays. En effet, le pourcentage de femmes excisées par un professionnel de santé (médecin, Sage - femme, infirmière, aide-soignant) est passé de 15 % en 2012 à 17% en 2018 dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans d'une part et d'autre

Tirés à part : Diallo Abdourahmane, Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie-Obstétrique. Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de Conakry
Email : adiallo69gn@yahoo.fr
adiallo69gn@gmail.com, Tel :+224 628683030

DIALLO A., DIALLO M.H., DIALLO F.B., BAH I.K., BALDE I.S., SY T. Médicalisation de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) en Guinée : état des lieux et motivations. Journal de la SAGO, 2023, vol.24, n°1, p.14-19.

part de 31% en 2012 à 35% en 2018 chez les moins de 15 ans [7,8].

Pourtant, le code pénal guinéen dans ses articles 258, 259, 260 et 261 interdit la pratique des MGF sous toutes ses formes et quel que soit les auteurs en Guinée [9]

La pratique des MGF par le personnel de santé constitue donc non seulement une violation des dispositions de cette loi, mais aussi du serment d'Hippocrate et des principes d'éthiques qu'il contient.

La présente étude a pour objectif de faire un état de lieux sur cette pratique et de rechercher les motivations profondes qui expliquent l'attitude du personnel de santé qui mutilent des jeunes filles au mépris de l'éthique professionnelle et de la loi.

I. METHODOLOGIE

Cette étude a eu lieu dans les formations sanitaires publiques (Hôpital National, Hôpitaux Régionaux et Préfectoraux, Centres Médicaux Communaux, Centres de santé urbains et ruraux) et privées de la capitale Conakry et des 7 régions administratives du pays (Kindia, Boké, Labé, Mamou, Kankan, Faranah et N'zérékoré).

Pour la ville de Conakry, la maternité de l'hôpital national Ignace Deen, les 5 centres médicaux communaux, deux cliniques privées ont été retenus et 6 centres de santé sélectionnés par tirage au sort.

Dans chacune des 7 régions administratives, la maternité de l'hôpital régional, deux centres de santé urbains, deux centres de santé ruraux et une maternité d'un hôpital préfectoral choisis au hasard et une clinique privée choisie de façon raisonnée ont été retenus.

Au total, ce sont 63 formations sanitaires (publiques et privées, urbaines et rurales) de tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays qui ont servi de cadre pour la réalisation de cette étude. Il s'agissait d'un hôpital national, de 7 hôpitaux régionaux, de 7 hôpitaux préfectoraux, de 5 centres médicaux communaux, de 20 centres de santé urbains, de 14 centres de santé ruraux et de 9 cliniques privées du pays qui ont été visités au cours de l'étude.

Il s'agissait d'une étude transversale quantitative et qualitative d'une durée d'un mois (du 17 Août 2022 au 16 Septembre 2022) portant sur le personnel de santé de toute catégorie confondue (médecins, sages-femmes, infirmières, aides-soignants) exerçant dans les maternités des formations sanitaires retenues.

La composante quantitative a porté sur l'âge, le sexe, la qualification du prestataire, le secteur d'activité (public ou privé), la religion, l'ethnie, le type de

structure, le lieu de la pratique des MGF, la Commune/Préfecture, la période de réalisation des MGF.

La composante qualitative a concerné les motivations médicales, économiques et socioculturelles, les connaissances des complications et de la loi sur les MGF par les prestataires.

Pour la collecte des données, nous avons choisi l'entretien individuel afin de permettre aux participants d'exprimer librement leur opinion. Dans chaque Préfecture ou Commune, les données ont été recueillies par huit équipes de deux médecins chacune qui ont été recrutés dans les régions et formées à l'avance. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide des téléphones et avec l'accord des répondants. En plus de l'enregistrement de l'entretien, une prise de note a été faite en vue faciliter la mémorisation des points importants de l'entretien. Avant l'entretien, il a été expliqué aux personnes retenues les objectifs de l'étude avant de leur présenter le formulaire de consentement éclairé pour obtenir leur accord. L'entretien débutait par les questions relatives aux caractéristiques socio-démographiques et se poursuivait sur : les motivations socioculturelles, religieuses, économiques, les connaissances des complications des MGF par les prestataires et les connaissances de la législation sur les MGF par les prestataires.

Les données ont été collectées sur une période de 5 jours à Conakry et de 6 jours dans chaque région à l'aide d'un guide d'entretien semi structuré.

L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 20 pour le volet quantitatif. Nous avons calculé des proportions pour les variables qualitatives, des moyennes, écarts types et extrêmes pour les variables quantitatives.

Pour le volet qualitatif, après la transcription des discours, l'analyse a été faite selon les différentes thématiques abordées.

Au plan éthique, l'accord préalable des autorités sanitaires a été obtenu ainsi que le consentement éclairé des participants. L'anonymat et la confidentialité ont été également respectés.

II. RESULTATS

Pendant l'enquête, 221 agents de santé ont été interrogés dans les différents sites qui ont été inclus.

1. Volet quantitatif

Parmi les 221 prestataires rencontrés, 93 (42,1%) ont déclaré avoir été sollicités par la communauté pour pratiquer les MGF. Sur les 93 qui ont été sollicités, 72 prestataires (77,4%) ont reconnu avoir pratiqué les MGF et 59 d'entre eux ne pratiquent plus (Figure 1).

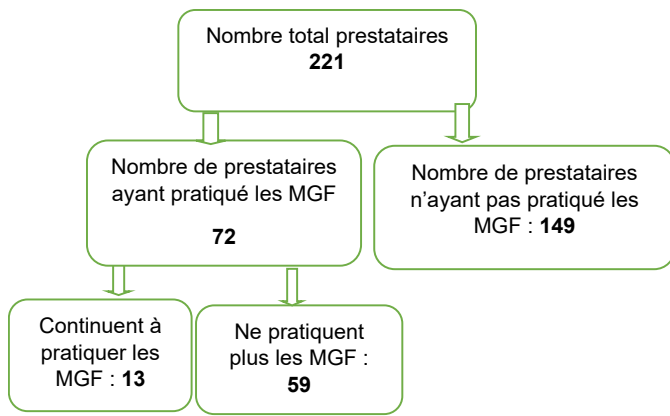


Figure 1 : Diagramme de flux

L'âge moyen des prestataires était de 39,2±3,4 (minimum : 25 ans ; maximum : 63 ans).

Selon les caractéristiques sociodémographiques des auteurs des MGF (Tableau I), sont concernés surtout les prestataires âgés de 35 ans et plus (57%), sage-femmes (74%), de religion musulmane (93%), de sexe féminin (97%) et d'ethnie Malinké (28%) et Peuhl (25%).

Tableau I : Répartition des 72 prestataires ayant pratiqué les MGF selon leurs caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif (72)	Pourcentage (%)
Age		
Moins de 25 ans	0	0,0
25-30 ans	9	12,5
31-35 ans	22	30,6
Plus de 35 ans	41	56,9
Profession		
Sage-femme	53	73,6
Infirmier d'Etat	9	12,5
Agent technique de santé	8	11,1
Médecin	2	2,8
Religion		
Musulmane	67	93,1
Chrétienne	5	6,9
Sexe		
Féminin	70	97,2
Masculin	2	2,8
Ethnie		
Soussou	14	19,4
Peuhl	18	25,0
Malinké	20	27,8
Guerzé	11	15,3
Dialonké	1	1,4
Toma	3	4,2
Kissi	5	6,9

Le tableau II montre que parmi ceux qui pratiquent les MGF, 43% exercent cette pratique depuis plus de 20 ans, et 36% depuis au moins 16 ans. Les prestataires travaillant en milieu urbain ont été les plus nombreux à pratiquer les MGF (79%) contre 21% pour ceux qui évoluent en milieu rural. Il ressort que

93% des prestataires ayant déclaré avoir pratiqué les MGF travaillent dans le secteur public. S'agissant du type de structure de santé, on constate que 47% des prestataires qui pratiquent les MGF travaillent dans les centres de santé. Les vacances constituent la période de prédilection pour la pratique des MGF (85%). Concernant le lieu où les prestataires pratiquent les MGF, la majorité pratique en dehors des formations sanitaires L'existence d'une loi interdisant la pratique des MGF en Guinée est ignorée par 39% des prestataires rencontrés.

A la question de savoir si les MGF constituent une violation des droits à la santé de la fille, 31 prestataires sur les 145 interrogés (21,4%) ont répondu « non ».

Tableau II : Répartition des 72 prestataires ayant pratiqué les MGF selon leur profil professionnel

Variables	Effectifs (72)	%
Années dans la pratique des MGF		
<5	1	1,4
5-10	4	5,5
11-15	11	15,3
16-20	25	34,7
>20	31	43,1
Attitudes actuelles vis-à-vis des MGF		
Ne pratiquent plus	59	81,9
Continue à pratiquer	13	18,1
Lieu de travail		
Urbain	57	79,2
Rural	15	20,8
Secteur de travail		
Publique	67	93,1
Privé	5	6,9
Type de structure		
Centre de santé	34	47,2
Centre médical communal	11	15,3
Hôpital préfectoral	14	19,5
Hôpital régional	8	11,1
Hôpital national	0	0 ;0
Clinique privée	5	6,9
Période de pratique des MGF		
Vacances	61	84,7
Tout moment	11	15,3
Lieu de réalisation des MGF		
Formation sanitaire	13	18,1
Domicile de l'agent	26	36,1
Domicile parental	17	23,6
Partout	16	22,2

2. Volet qualitatif

- Motivations médicales

Des raisons médicales ont été évoquées par 88% des prestataires interrogés pour justifier la pratique des MGF. Les participants à l'étude sont favorables, dans leur grande majorité, à la pratique de l'excision par le personnel de santé pour diminuer les risques pour les enfants. Pour certains, la MGF pratiquée par

de vieilles femmes au village n'est pas comparable à celle pratiquée dans les structures sanitaires parce que les sages-femmes enlèvent juste une petite partie du clitoris et, utilisent un anesthésique pour ne pas que les filles ressentent de la douleur. Pour eux, ce type d'excision n'entraîne pas de problème chez la fille même pendant l'accouchement. Par contre au village les exciseuses traditionnelles emportent souvent les petites lèvres ; par ailleurs leurs instruments ne sont pas stérilisés. Ce risque de transmission des infections explique l'argumentaire d'une sage – femme disant « comme on ne peut pas interdire cette pratique, mieux vaut la faire faire par le personnel de santé qui est formé ». Pour d'autres, la pratique des MGF par le personnel de la santé est plus avantageuse parce qu'à l'hôpital on peut leur donner des produits pour que les filles s'améliorent bien et ils ne coupent pas n'importe comment, ils mesurent bien. Enfin, pour d'autres, le personnel de santé « sait mieux où couper et comment faire pour que la fille n'aie pas de problèmes de santé à la longue ». Ainsi une sage-femme nous confiait « il y a plus de 20 ans que je pratique l'excision mais je touche du bois je n'ai jamais eu de complication parce que j'ai bien appris comment le faire ».

- Motivations culturelles

Certains prestataires (56%) disent avoir pratiqué les MGF parce qu'il s'agit d'une coutume ancestrale qui doit être conservée. Selon eux, c'est pour respecter les coutumes et les traditions héritées des ancêtres comme celle-ci qui disait « vous savez, l'excision fait partie de nos coutumes, et c'est pour cela qu'on la pratique ». Un autre groupe (39% des interrogés) soutient qu'il pratique les MGF pour épargner aux jeunes filles la stigmatisation, la marginalisation, la discrimination dont les filles non excisées font l'objet dans la communauté à l'image de ce prestataire qui précisait « je coupe un peu de peau seulement pour ne pas qu'on dise qu'elle n'est pas excisée ». Cet autre prestataire rajoutait « Je fais ça juste pour les protéger contre la stigmatisation, et je pince seulement pour faire saigner juste un peu pour ne pas qu'on la qualifie de non excisée ». Une autre raison évoquée pour justifier la pratique des MGF par 3 prestataires sur 10 est la pression des parents qui sollicitent avec insistance au près des prestataires l'excision de leurs filles à l'image de cette sage-femme qui disait « moi je le fais simplement parce que les parents viennent nous mettre la pression ; c'est donc juste pour les satisfaire ». Plus de 2 prestataires sur 10 pratiquent les MGF parce qu'ils considèrent l'excision comme un moyen d'éducation des jeunes filles pour les protéger contre la prostitution comme cette sage-femme qui disait « l'excision fait partie des coutumes que nous avons héritées de nos parents qui permet aux filles de contrôler leur désir sexuel et éviter de se livrer aux garçons n'importe comment ».

- Motivations religieuses

L'exigence religieuse a été également évoquée par 21% des prestataires musulmans pour justifier le fait qu'ils pratiquent les MGF. Ils estiment que la pratique des MGF est une prescription religieuse qui doit être respectée par tous les croyants. Refuser selon eux de pratiquer ce qu'ils considèrent comme une exigence religieuse constitue une désobéissance à l'image de cette infirmière qui disait « l'excision est une recommandation du Prophète à laquelle tout musulman qui souhaite aller au paradis doit se soumettre ».

- Motivations économiques

Plus de 3/4 des prestataires (81%) qui ont pratiqué les MGF, ont reconnu s'être livrés à cette activité essentiellement pour des raisons économiques parce que cette pratique fait l'objet d'une rémunération (en espèce ou en nature) qui leur permet de subvenir à certains de leurs besoins. La pratique des MGF constitue donc pour eux une activité génératrice de revenus. Une des sage-femmes interrogées disait « quand tu fais parfois 2 à 3 excisions, tu peux gagner un montant, et ça permet de boucher des trous ». Une autre a renchérit en disant « ça rapporte parce que on donne de l'argent, des habits, de la nourriture, des poulets en fonction de ce qu'ils ont ».

A ces principales raisons, il faut ajouter ces facteurs qui peuvent favoriser la pratique des MGF par le personnel de santé à savoir la méconnaissance par certains prestataires interrogés des complications à court, moyen et long terme des MGF, de l'existence d'une loi interdisant la pratique des MGF en Guinée, et le fait d'ignorer que cette pratique constitue une violation des droits à la santé des victimes.

III. DISCUSSION

La méthodologie utilisée au cours de cette étude a permis de constituer un échantillon représentatif du personnel de santé de la Guinée. Les données ainsi recueillies peuvent être valablement extrapolées à l'ensemble du personnel de santé en activité dans le pays. L'utilisation de l'entretien individuel comme méthode de collecte des données a permis aux répondants d'exprimer librement leur opinion.

Par contre, le fait de ne pas inclure dans l'étude le personnel de santé à la retraite dont certains continuent de pratiquer peut constituer une limite dans la mesure où leur opinion n'a pas été prise en compte.

S'agissant des résultats, on constate qu'en dépit de toutes les campagnes d'information et de sensibilisation effectuées sur les méfaits de l'excision et des dispositions prises pour la répression des auteurs, une proportion importante des prestataires de santé notamment les plus âgés est toujours

favorable à la poursuite de la pratique des MGF. Seul constat qui augure une victoire dans la lutte contre la médicalisation des MGF est que les prestataires les plus jeunes sont dans leur majorité, hostiles à la poursuite de cette pratique et cela peut constituer un grand espoir pour le futur. Parmi ceux qui pratiquent, les sages - femmes constituent la catégorie professionnelle qui se livre de plus à la pratique des MGF même si certains infirmiers et médecins ont reconnu avoir à un moment donné pratiqué une mutilation génitale féminine. L'étude révèle également que la pratique des MGF par le personnel de santé ne se fait pas que dans les formations sanitaires. La plus grande partie du personnel sachant que la pratique des MGF est interdite, se cache pour le faire à son domicile ou au domicile des parents. Cela pourrait traduire une certaine peur pour le personnel de santé d'être surpris par les responsables et de faire l'objet d'éventuelles sanctions. Ils sont donc conscients du caractère illégal de la pratique de l'excision en Guinée. Les vacances scolaires constituent également la période pendant laquelle le personnel de santé pratique de plus les MGF à cause du fait que l'excision soit pratiquée chez les filles ayant atteint l'âge d'être scolarisées et ne sont donc disponibles que pendant les vacances. Ceci corrobore les résultats de l'EDS 2012 [8] selon lesquels la majorité des filles (41%) est excisée entre 5 et 9 ans.

L'étude révèle aussi que les agents de santé pratiquent les MGF surtout pour des raisons pécuniaires, car ils se font toujours payer soit en espèces ou en nature. Certains de leurs besoins sont satisfaits par le gain issu de la pratique des MGF. Abandonner donc la pratique de cette activité génératrice de revenus peut constituer pour eux un manque à gagner. Des raisons lucratives ont été aussi évoquées par Refaat [10] en Egypte pour justifier la pratique de l'excision par 30% du personnel de santé qui se livre à cette activité.

Une autre motivation qui pousse les agents de santé à pratiquer l'excision est le fait que la majorité d'entre eux pense que la médicalisation de la pratique des MGF est normale et plus sûre comparativement à la pratique des MGF par les exciseuses traditionnelles. Selon plusieurs auteurs [10,11], les prestataires pensent que la médicalisation de la pratique de l'excision permet de prévenir les méfaits de l'excision. C'est cette information qui est véhiculée auprès des populations. Les parents informés des risques liés à l'excision pratiquée par les exciseuses traditionnelles et tenant à faire exciser leurs filles, se réorientent vers eux pour éviter d'éventuelles complications. Les parents pensant trouver plus de sécurité auprès du personnel de santé, sollicitent avec insistance l'excision de leurs filles par ces derniers et proposent parfois des fortes rémunérations pour les amener à le faire. Face à ces sollicitations, les prestataires finissent souvent par céder et pratiquer l'excision. Le

même constat a été fait par plusieurs auteurs [10-13] qui ont rapporté qu'une meilleure connaissance des conséquences sanitaires néfastes de la pratique des MGF peut être à l'origine d'une demande accrue de la dite pratique par les populations auprès du personnel de santé. Selon Shell-Duncan [13], la médicalisation pourrait être une première étape vers l'abandon complet de la pratique. Mais ce point de vue n'est pas partagé par Refaat [10] qui estime que la réalisation de l'excision par le personnel de santé peut contribuer à maintenir cette pratique, alors qu'il n'est pas prouvé que les MGF pratiqués par le personnel de santé sont moins dangereuses.

Les agents de santé sont influencés de la même façon que la population générale, par les pesanteurs culturelles et religieuses. C'est sous l'effet de ces pesanteurs que certains prestataires se livrent à la pratique de l'excision. Selon Shell-Duncan [13], le fait d'être issu d'une communauté où on pratique l'excision, pousse les prestataires à pratiquer eux aussi l'excision. Le même auteur [13] rapporte que ce sont les raisons qui poussent les parents à solliciter l'excision de leurs filles qui poussent les prestataires à accepter. Christoffersen [11] et Refaat [10] ont rapporté dans leurs études que même les agents de santé qui ne sont pas favorables à la pratique de l'excision, estiment quand même qu'il est de leur devoir d'appuyer la demande de mutilation émise par les parents car cette demande est motivée sur un plan socioculturel. D'autres auteurs [4,15] ont abouti également au constat selon lequel les communautés et les familles pratiquent les MGF par ce que celles-ci constituent une tradition, un héritage culturel, une norme sociale enracinée dont le poids pèse lourdement sur ceux qui voudraient y renoncer car elle est le symbole d'une identité culturelle collective. Selon Desrumaux et col [16], les croyances religieuses, les préjugés et les mythes expliquent la perpétuation et la pratique massive des MGF. Pour da Silva Anoma et col [17], même s'il semble évident que les MGF sont une pratique condamnable, elles constituent un problème socioculturel complexe, où les femmes sont victimes et actrices. L'ignorance des complications des MGF par certains prestataires s'avère être à l'origine de la médicalisation de cette pratique. Selon Refaat [10], une corrélation négative a été observée entre, d'une part la connaissance des conséquences néfastes de l'ablation génitale féminine et, d'autre part, l'approbation et la pratique de cet acte.

CONCLUSION

Les MGF sont essentiellement pratiquées par des sages-femmes évoluant dans les centres de santé publiques et urbains, âgées d'au moins de 30 ans et travaillant depuis plusieurs années. Cette

pratique est motivée par des raisons médicales, socioculturelles, religieuses et économiques. La répression, la formation, l'information et la sensibilisation ont été à l'origine de l'abandon de la pratique des MGF par plusieurs prestataires.

REFERENCES

1. **World Health Organization.** Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical: étude prospective concertée dans six pays africains. *Lancet*. 2006;367:1835 41.
2. **Théra T, Kouma A, Touré M, Coulibaly A, Sima M, Ongoiba I,** et al. Complications obstétricales des mutilations génitales en milieu rural malien. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2015;44(3):276 9.
3. **Swenen L, Brichant G, Kaluanga A, Masson V, Nisolle M.** Les mutilations génitales féminines: *Rev Med Liege*. 2017;72(1):25 31.
4. **Lotfi Y, Schweizer A.** « Moi la femme excisée, c'est pas plaisir, c'est seulement douleur » : recherche exploratoire sur le vécu sexuel de femmes excisées vivant en Suisse. *Sexologies*. 2021;30(3):195 205.
5. **Doucet MH, Delamou A, Manet H, Groleau D.** Correction to: Au-delà de la volonté: les conditions d'empowerment nécessaires pour abandonner les mutilations génitales féminines à Conakry (Guinée), une ethnographie focalisée. *Reprod Health*. 2020;17(113):1 16.
6. **Mulongo P, Hollins Martin C, McAndrew S.** The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *J Reprod Infant Psychol*. 2014;32(5):469 85.
7. **Institut National de la Statistique Guinée.** Enquête Démographique et de Santé (EDS V) 2018 [Internet]. 2019 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/guinea/media/2106/file/EDS%202018.pdf>.
8. **Institut National de la Statistique Guinée.** Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2012) [Internet]. 2013 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>
9. **Assemblée Nationale de Guinée.** Mutilations génitales féminines [Internet]. Code pénal, Loi N° 2016/059/AN 2016 p. 87 8. Disponible sur: <http://www.derechos.org/intlaw/doc/gin1.html>
10. **Refaat A.** Medicalization of female genital cutting in Egypt. *East Mediterr Health J*. 2009;15(6):1379 88.
11. **Christoffersen-Deb A.** « Taming Tradition »: Medicalized Female Genital Practices in Western Kenya. *Med Anthropol Q*. 2005;19(4):402 18.
12. **Toubia NF, Sharief EH.** Female genital mutilation: have we made progress? *Int J Gynecol Obstet*. 2003;82(3):251 61.
13. **Shell-Duncan B.** The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Soc Sci Med*. 2001;52(7):1013 28.
14. **Ahmed HM, Shabu SA, Shabila NP.** A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC Women's Health*. 2019;19(66):1 12.
15. **Keita D, Blankhart D.** Community-based survey on female genital excision in Faranah District, Guinea. *Reprod Health Matters*. 2001;9(18):135 42.
16. **Desrumaux A, Ballo B.** Protéger la Prochaine Génération » : promouvoir l'abandon des mutilations génitales féminines dans le district sanitaire de Kayes au Mali. 2014;26(1):51 8.
17. **Da Silva Anoma S, Dieth AG, Ouattara O.** L'excision : données socioculturelles. *Arch Pédiatrie*. 2008;15(5):817 9.