

ETUDE D'UNE COUTUME EN SOMALIE LA CIRCONCISION DES FILLES

F. BAYOUDH, S. BARRAK, N. BEN FREDJ, R. ALLANI, M. HAMDI

RÉSUMÉ - La circonsion et l'infibulation des filles est une pratique courante dans plusieurs pays africains. Les auteurs rapportent les résultats d'une enquête menée en Somalie auprès de la population locale lors de leur participation à l'opération «Restore Hope». Cette enquête a consisté à interroger sur la base de fiches préétablies 300 femmes et 70 hommes et d'en déduire l'ampleur de la coutume en Somalie, ses pratiques et la perception psychologique qu'en a la population. Il s'avère que 100 % des femmes interrogées étaient circoncises et que 80 % d'entre elles avaient subi une infibulation. Ce geste avait été réalisé avant l'âge de 10 ans dans la grande majorité des cas. Infection, hémorragie, double épisiotomie étaient notées respectivement par 60, 20 et 10 répondantes. A l'exception de 10 personnes, tous les répondants étaient favorables à la circonsion expliquant qu'un grand nombre avaient déjà fait circoncire leur enfant. Ces résultats montrent que cette coutume reste très présente en Somalie où elle est encore largement cautionnée par la population malgré la peur qu'elle a pu engendrer chez ces fillettes lors de sa réalisation.

MOTS-CLÉS - Mutilation sexuelle - Circonsion - Infibulation - Afrique Noire - Somalie.

A travers l'histoire, l'homme a développé certaines traditions et coutumes liées à l'organisation sociale et culturelle de son milieu. Certaines ont disparu ou sont graduellement abandonnées, d'autres persistent. La circonsion et l'infibulation des filles (CF) sont parmi les coutumes qui persistent aussi bien en Somalie que dans d'autres pays arabes et africains. Elle est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la tradition la plus dangereuse en matière de santé.

La CF est considérée par tous les auteurs (1, 2, 3, 4) comme une mutilation génitale définitive. La vulve est une partie intégrante de la femme, il n'y a aucune raison médicale, morale ou esthétique pour la supprimer ou en enlever une partie. VERZIN (5) définit la CF comme l'ensemble des opérations quelles qu'elles soient qui mutilent l'appareil génital féminin. La classification habituellement adoptée est celle de SHANDALL établie en 1967 (6), suivie de celles de VERZIN (5) :

- Travail du Service de Pédiatrie (F. B., S. B., N. B., R. A., M. H., Docteurs en Médecine) de l'Hôpital Principal d'Instruction des Armées Tunisiennes, Tunis, Tunisie.

- Correspondance : F. BAYOUDH, Service de Pédiatrie, Hôpital Militaire Principal d'Instruction, Tunis, Tunisie.

- Article reçu le 05/10/94, définitivement accepté le 03/07/95.

(Med. Trop. 1995 ; 55 : 238-242)

STUDY OF A COMMON PRACTICE IN SOMALIA : FEMALE CIRCUMCISION

ABSTRACT - Female circumcision and infibulation is a common practice in parts of Africa. The present report describes the results of a study conducted in Somalia during Operation "Restore Hope". Using pre-defined questionnaire, a total of 300 women and 70 men were interviewed in order to evaluate the prevalence of this practice in Somalia, the procedures used, and the psychological implications for the population. Fully 100% of the women interviewed had been circumcised and 80% had undergone infibulation. In most cases the procedure had been performed before the age of 10 years. Infection, hemorrhage and double episiotomy were reported by 60%, 20%, and 10% of responders respectively. All but 10 responders expressed support for the practice and many had already had the procedure performed in their children. The findings of this study demonstrate that the practice remains widespread in Somalia where a large proportion of the population is favorable despite the fearful childhood memories of many women.

KEY WORDS - Genital mutilation - Circumcision - Infibulation - Black Africa - Somalia.

- Le type I correspond à une section du prépuce tout en préservant le clitoris ; cette pratique est appelée en Somalie «sounna» qui veut dire tradition en arabe.

- Le type II est une excision ou clitoridectomie. Ce type est plus sévère et correspond à une section du clitoris et des tissus sous-jacents, des petites lèvres tout en conservant les grandes lèvres.



Figure 1 - Vulve d'une fillette de 10 ans qui a subi une circonsion pharaonique (infibulation) : mutilation du clitoris, des petites et des grandes lèvres laissant un petit pertuis pour les flux urinaire et menstruel.

Tableau I - Répartition de l'âge, du sexe et du statut marital de 300 femmes et de 70 hommes somaliens interrogés sur la circoncision et l'infibulation des filles.

	Femmes			Hommes		
	20 à 40 ans	41 à 60 ans	Total	20 à 40 ans	41 à 60 ans	Total
Marié	105	80	185	2	20	22
Divorcé	70	5	75	-	7	7
Veuf	15	20	35	1	10	11
Célibataire	5	-	5	30	-	30
Total	195	105	300	33	37	70

- Le type III est l'infibulation, appelée «pharaonique» en Somalie ; elle correspond à une section du clitoris, des petites et grandes lèvres (Fig. 1). Les berges sont jointes par du catgut ou des épines, réduisant l'orifice de la vulve à un petit pertuis de la taille d'un doigt pour le passage des urines et du flux menstruel.

L'équipe médicale déployée en Somalie dans le cadre de l'opération humanitaire «Restore Hope», rapporte les résultats d'une enquête menée auprès de la population locale. Cette étude a eu pour objectifs d'explorer et d'identifier les aspects socioculturels et psychologiques du problème, d'apprécier son ampleur et d'appréhender la perception qu'en a la population somalienne. A la lumière de cette enquête et des données de la littérature, les auteurs rappellent l'évolution de cette coutume à travers l'histoire et les civilisations, les différents types anatomiques et leurs complications.

ENQUETE : PRINCIPES ET MODALITES

Cette enquête s'est déroulée à Mogadisho, capitale de la Somalie, durant 4 mois et a eu pour objectifs :

- d'explorer et d'identifier l'aspect physique, social et psychologique du problème ;

- d'examiner l'ampleur actuelle de cette pratique et ses perturbations futures, d'étudier comment, pourquoi, où et qui pratique la CF ;

- de discuter les attitudes des femmes, population directement concernée et des hommes envers cette pratique.

Une fiche pour femmes, une autre pour hommes ont été établies (Fig. 2). Elles ont été remplies par un infirmier tunisien qui maîtrisait la langue somalienne, aidé en cela par un interprète. Les enquêteurs, motivés, ont évalué préalablement à l'enquête la fiche et l'intérêt de chaque question. La fiche d'étude «femme» comportait 22 questions relatives à des données épidémiologiques simples telles que l'âge, l'origine urbaine ou rurale, le niveau scolaire, la profession, la situation maritale ou civile, le type et les conditions de pratique de la CF. Elle essayait de faire une approche sur la vie sexuelle des femmes infibulées, les pourquoi de la CF et l'attitude des répondantes envers cette coutume. La fiche d'étude «homme» comportait 13 questions qui appréhendaient des données épidémiologiques, les pourquoi, les motivations de la CF et enfin la vie sexuelle des répondants avec des femmes infibulées.

Le choix de la population n'a pas été facile, compte tenu des conditions de guerre et d'insécurité régnant à Mogadisho. L'enquête a porté sur 300 femmes et sur 70 hommes qui amenaient leurs enfants à notre consultation de pédiatrie ou qui travaillaient dans la base logistique de l'ONUSOM.

CIRCONCISION DES FILLES FICHE D'ETUDE «FEMME»	
1 - Age :	12 - Reprise de la CF :
2 - Origine :	oui
rurale	non
urbaine	13 - Le pourquoi de la CF :
3 - Niveau scolaire :	protection de la virginité
4 - Profession :	contrôle du désir sexuel
5 - Circoncision :	tradition
oui	obligation religieuse
non	hygiène
6 - Age de la CF :	autres
7 - CF faite par :	14 - Etat civil :
matrone	mariée
infirmière	divorcée
autre	célibataire
8 - Lieu CF :	veuve
maison	15 - Défibulation :
clinique	acte sexuel
autre	matrone
9 - Type :	18 - Orgasme :
sounna	oui
pharaonique	non : pourquoi ?
autre	19 - Accouchement :
10 - Cérémonie :	hôpital
oui	maison
non	20 - Complications :
11 - Complications immédiates :	21 - Fille circoncise :
choc / douleur	âge
hémorragie / rétention	type CF
autres	22 - La CF doit elle être abolie :
	oui
	non

CIRCONCISION DES FILLES FICHE D'ETUDE «HOMME»	
1 - Age :	7 - Femmes de votre famille CF :
2 - Origine :	oui
rurale	non
urbaine	8 - CF chez vos filles :
3 - Niveau scolaire :	oui
4 - Profession :	non
5 - Etat civil :	9 - Type :
marié	sounna
divorcé	pharaonique
célibataire	autre
veuf	10 - Le pourquoi de CF :
6 - Nombre d'enfants :	11 - Jouissez vous avec votre femme :
garçon	12 - Votre femme jouit elle lors du rapport sexuel
filie	13 - La CF doit elle se maintenir :

Figure 2 - Fiches d'étude femme et homme utilisées pour l'enquête sur la circoncision des filles en Somalie.

RESULTATS

* Caractéristiques générales des répondants

Les sujets intéressés étaient originaires de différentes régions de Somalie et avaient un niveau socio-culturel très variable : certains étaient des universitaires qui avaient occupé des postes politiques durant l'ère Barré, d'autres étaient des cadres, des employés et des ouvriers. Le pourcentage d'hommes universitaires et de cadres était de 6 %. Celui des ouvriers, actuellement au chômage du fait de la guerre, était de 80 %. Le reste était représenté essentiellement d'infirmiers. Les 2/3 des femmes étaient nées dans des régions urbaines et l'autre tiers dans des régions rurales. Pour les hommes, 50 % étaient urbains et 50 % ruraux. Comme le montre le tableau I, la majorité des femmes étaient jeunes, âgées de 20 à 40 ans, généralement mariées. Ceci contraste avec les hommes, dont deux seulement étaient mariés. Il est à noter que la femme somalienne se marie très jeune entre 13 et 15 ans, constatation faite lors de notre consultation de pédiatrie ; ici, la femme idéale est celle qui est simple, jeune, naïve, sans expérience, la connaissance de la vie et la maturité étant des qualités non désirées (3). Un taux de divorce élevé de l'ordre de 25 % a été constaté et est peut-être à rapporter à l'horrible expérience sexuelle et aux complications de la CF (3).

*Ampleur de la coutume et son type

Ici, 100 % des femmes étaient circoncises et 80 % d'entre elles avaient subi le type pharaonique, 12 % la «sounna» et 8 % une clitoridectomie (Fig. 3). Une majorité des femmes avaient été circoncises ou infibulées avant l'âge de 10 ans comme le montre la figure 4. L'infibulation avait été reprise chez 10 femmes dont l'orifice avait été jugé trop large. Quarante-vingt femmes avaient déjà fait circoncire leurs filles, le reste pensant à le faire quand l'âge le permettrait ; la majorité des répondantes pensait faire subir à leurs filles le même type de CF qu'elles avaient elles-même subi.

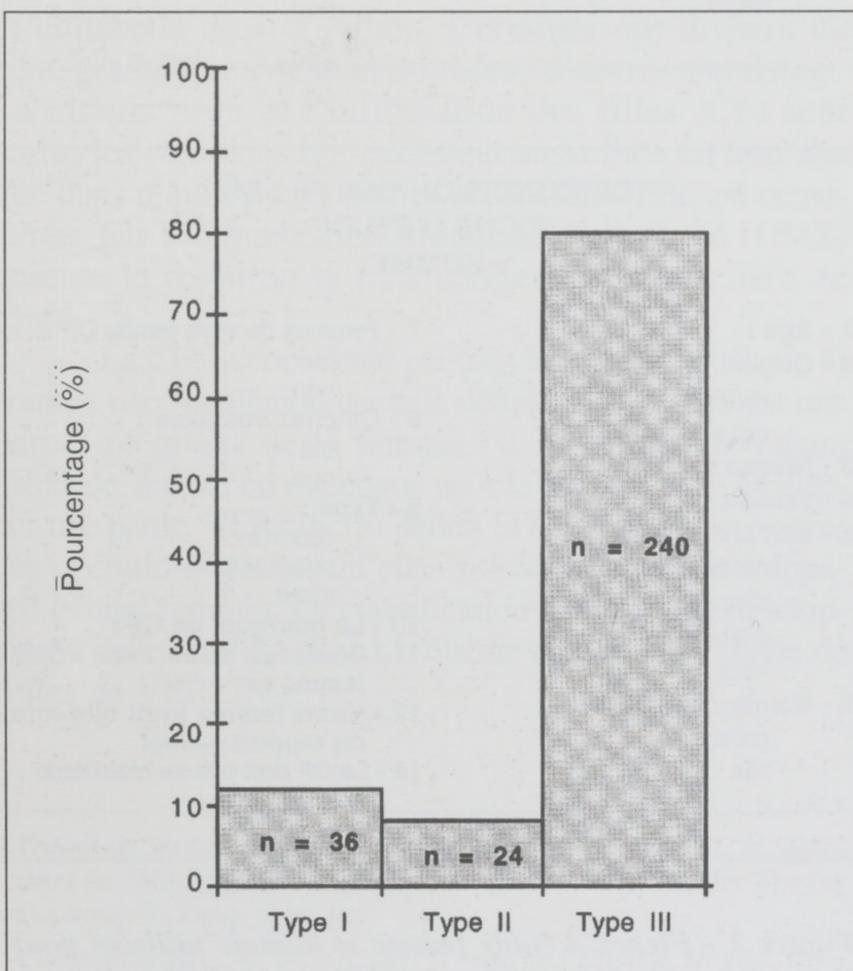


Figure 3 - Type de mutilation sexuelle retrouvée chez 300 femmes somaliennes.

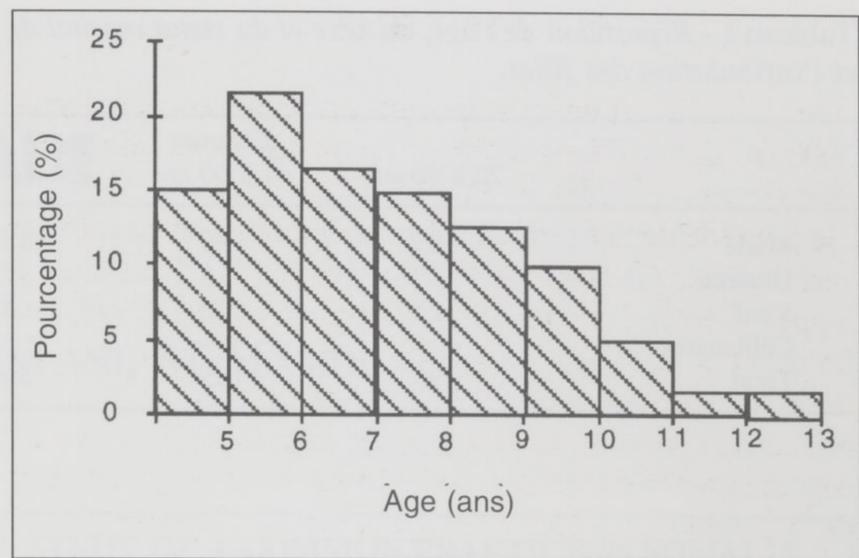


Figure 4 - Age de réalisation de la circoncision ou de l'infibulation chez 300 femmes somaliennes.

* Conditions de pratique de la coutume

La majorité de ces opérations (250/300) avait été pratiquée par une matrone avec des couteaux ou des rasoirs sans anesthésie ni asepsie, les berges de la plaie étant jointes par des épines ou du fil de soie. Depuis quelques années, cette opération est pratiquée par des infirmiers avec des ciseaux chirurgicaux, du catgut, une anesthésie et une antibiothérapie pour prévenir l'infection (50 femmes).

La notion de complications a été retrouvée surtout à l'interrogatoire des femmes infibulées : infection, hémorragie, double épisiotomie ont été signalées par respectivement 60, 20 et 10 répondantes. Vu l'âge précoce de la CF, la majorité des femmes ne se souvenaient pas des complications mais elles étaient sûres qu'elle est une horrible tradition.

* Le mariage et l'expérience sexuelle

C'est la partie la plus difficile du questionnaire, car ces femmes sont habituellement timides, réservées et le sexe représente pour elles un tabou. Bien que cette partie du questionnaire ait été traitée par une interprète somalienne, peu de femmes ont répondu. En effet, 10 femmes avaient eu peur et étaient frigides durant les premières semaines de leur mariage à cause de la défibulation ; 15 autres qui avaient toutes subi la pharaonique n'ont jamais joui durant le rapport sexuel ; deux autres répondantes ont une vie sexuelle tout à fait normale.

Pour les répondants hommes, ils jouissent lors du rapport sexuel. Pour 20 répondants, il paraît que leur femmes partagent ce plaisir.

* Les attitudes vis-à-vis de la coutume

Tous les répondants, à quelques exceptions près (10/360), étaient favorables à la circoncision car elle a une grande signification dans la société : seules les femmes infibulées et circoncises sont «bien vues» et peuvent se marier. C'est un «passeport pour le mariage». La femme non circoncise est considérée comme étant une femme marginale, hypersexuelle, infidèle, non musulmane et non purifiée. Les raisons avancées par les répondants pour motiver cette pratique sont multiples : protection de la virginité (50 femmes et 50 hommes), contrôle du désir sexuel (10 hommes), obligation religieuse (210 femmes, 50 hommes), coutume somalienne «permis pour le mariage» (250 femmes, 60 hommes).

Globalement, la majorité des répondantes se souvenait de leur circoncision, certaines ont eu un sentiment de peur et d'autres de peur et d'excitation lors de l'interrogatoire.

DISCUSSION

La CF est une pratique très ancienne, connue depuis 3000 ans dans différentes régions du monde. Deux principales théories sont avancées pour trouver l'origine de cette tradition : le point de départ serait le Moyen Orient avant de diffuser vers l'Afrique (7), mais pour d'autres auteurs, la CF a été développée indépendamment dans différentes sociétés à travers les périodes de l'histoire. Le point commun est l'inhibition du désir sexuel de la femme. L'origine de la CF en Afrique remonte à l'ère des Pharaons (7), des images de CF et de circoncision masculine sont gravées sur la tombe d'Ankh Mahor de la 6^{ème} dynastie (2340 - 2180 avant J.-C.). STRABO en 25 avant J.-C., géographe et historien grec en voyage en haute Egypte, a rapporté l'existence de CF et de circoncision masculine. La CF est une tradition qui existe avant l'Islam. Elle est introduite dans la presque île arabe à partir du Soudan (2, 7). Selon la légende, elle remonte au prophète Abraham qui était marié à sa cousine Sarah stérile. Il s'est remarié à Hajer, servante égyptienne qui lui a donné un fils, Ismaïl. Sarah, par jalousie, a donné naissance à Isaac. Après une certaine période, les relations entre les deux femmes se sont détériorées, Sarah a maltraité Hajer et un jour l'a excisée. Hajer a immigré vers le Hijaz avec son fils Ismaïl qui a grandi. Devenu bel-homme, il a voulu se marier mais Hajer n'acceptait une belle fille qu'à condition qu'elle soit excisée comme elle. Depuis, cette tradition s'est propagée.

A travers les différentes périodes de l'histoire, diverses raisons ont été avancées pour expliquer les motivations de cette pratique (8, 9, 10) : tradition à suivre, sauvegarde de la virginité, raison esthétique, prétexte religieux et de santé, contrôle du désir sexuel, traitement de la nymphomanie, des masturbations exagérées et d'autres maladies mentales. Des raisons esthétiques ont été rapportées par d'anciens ouvrages médicaux évoquant l'hypertrophie des petites lèvres et du clitoris. Actuellement, aucune base scientifique ne justifie cette pratique. Il a été écrit que la CF était une marque d'asservissement et de purification (5). Chaque personne a une âme à la fois mâle et femelle localisée dans différentes parties des organes génitaux externes. L'âme mâle chez la fille est localisée dans le vestige de phallen (éminence clitoridienne). L'âme femelle chez le garçon est située au niveau du prépuce. L'enfant doit être circoncis pour perdre l'hétérosexualité et rejoindre le cadre sexuel commun. Pour la femme soudanaise (11, 12), la CF libère son esclavage sexuel et la rend apte pour accomplir le vrai destin de mère. Le clitoris est la base de la masturbation qui, commode et habituelle sous ces climats chauds, conduit à l'infidélité spirituelle et à l'adultère qui sont des étapes pour l'infidélité physique. Le rôle de la religion dans cette pratique est sujet à controverses (11, 12). La CF, dans les pays musulmans, n'est pas due à l'Islam, car elle le précède de 1500 ans. Dans le Coran, la CF n'est pas mentionnée. Dans le Hadith (parole du prophète), Mohamed dit à Om Attiat, la femme qui pratique la CF : «diminue le (clitoris) et ne le détruit pas, il est plus profitable pour les femmes et les hommes». L'Islam est tolérant pour le plaisir sexuel de la femme et le prophète, d'après ce Hadith, dit que le clitoris est la source du plaisir sexuel et qu'il ne faut pas le détruire. Les quatre écoles islamiques ont un avis variable vis-à-vis de cette pratique : pour l'Imam CHAFFAI : «la circoncision est une obligation pour l'homme et la femme» ; pour l'Imam MALIKI : «la circoncision est une tradition pour l'homme et un embellissement pour la femme» ;

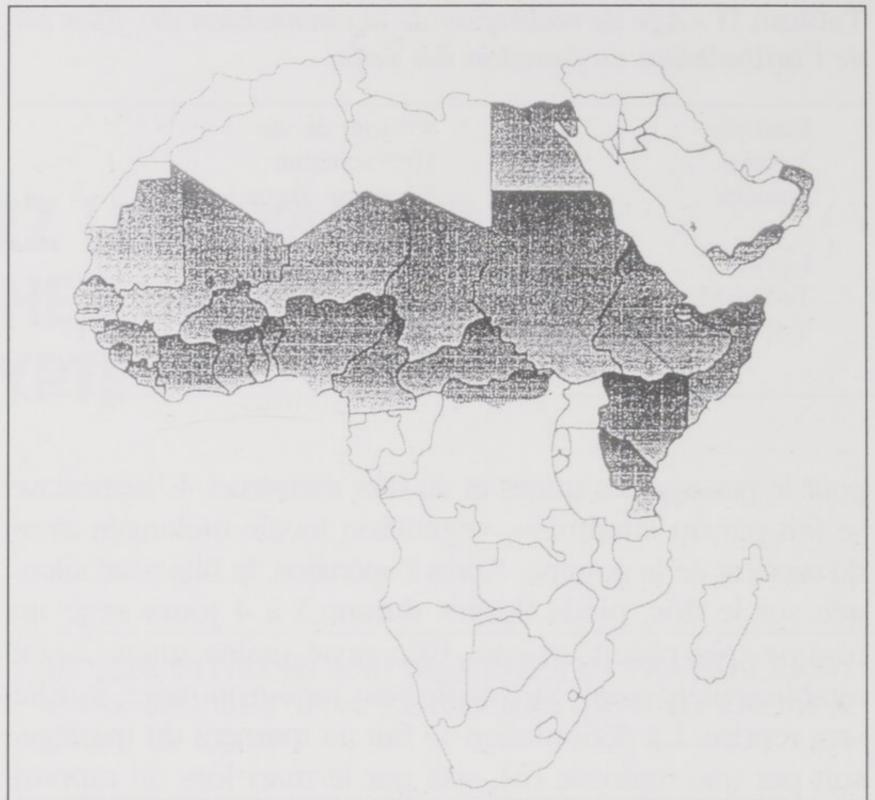


Figure 5 - Zones d'Afrique et du Moyen-Orient où la circoncision des filles est encore réalisée.

mais pour les Imams HANAFI et HANBALI : «c'est une tradition pour l'homme, à éviter pour la femme». Pour Maria ASSAD (10), éminente leader musulmane en Egypte, il faut encourager le type I pour l'homme et interdire toute circoncision pour la femme. En conclusion, il est clair que les interprétations religieuses varient selon les régions et les époques sachant que les imams de notre époque ne sont pas répressifs envers la sexualité.

Une revue globale de la littérature montre que la CF est actuellement pratiquée principalement en Afrique. Elle est aussi de pratique courante au sud de la péninsule arabe (Yémen) et chez les musulmans d'Indonésie et de Malaisie. En Afrique (Fig. 5), cette pratique est très répandue, s'étendant de la corne d'Afrique tout le long de l'équateur : au nord vers l'Egypte et le Soudan, à l'est vers le Kenya et la Tanzanie, à l'ouest de la Sierra Léone jusqu'à la Mauritanie. Le type de CF le plus pratiqué en Afrique est le type II, tandis que le type I est de pratique courante au Yémen du Sud (Aden), en Oman, en Egypte, au Soudan, et chez les musulmans d'Indonésie et de Malaisie. En Somalie, l'infibulation ou type III est la plus répandue. L'âge de la CF varie également en fonction du type et des régions (5) (Tableau II). Dans certains pays, la CF est pratiquée très tôt au huitième jour de la vie (5), dans d'autres pays, elle est effectuée à la puberté ou après la naissance d'un enfant (3).

La plupart des CF sont pratiquées par une matrone sans anesthésie ni asepsie. Dans ces sociétés, les filles sont considérées impropres et non acceptées avant cette opération. Une cérémonie sera organisée à l'occasion du déroulement de la CF, seules les femmes sont autorisées à être présentes. La CF est pratiquée par une matrone à l'aide un couteau ou d'un rasoir. La femme opératrice se place en face de la fille qui se trouve assise sur un tabouret, les jambes rattachées et tenues solidement par deux fortes femmes. La matrone commence à exciser le clitoris, les petites lèvres puis les grandes lèvres. Les femmes présentes poussent des youyous pour encourager la fille et ne pas faire entendre ses cris. Les opérations se déroulent sans anesthésie ni asepsie. La suture de la plaie se fait par un fil de soie ou par des épines. Comme en Somalie, un petit orifice de 4 à 6 mm est laissé en place

Tableau II - Age de réalisation de la circoncision des filles ou de l'infibulation en fonction des pays.

Ethiopie	8 ^{ème} jour de vie
Yémen	10 ^{ème} semaine
Somalie	3 à 4 ans (type I et II) 8 à 10 ans (type III)
Egypte	3 à 8 ans
Tribus Masai	après le mariage
Tribus de Guinée	après la naissance du premier enfant

pour le passage des urines et du flux menstruel. L'hémostase se fait par du «malmal», végétation locale mélangée avec du sucre et de la gomme. Après l'opération, la fille reste allongée sur le dos, pieds ligotés durant 3 à 4 jours avec un régime très réduit en eau. Elle reste isolée jusqu'à son rétablissement total. Si l'orifice est jugé trop large, la fille sera reprise. La défibulation se fait au moment du mariage, soit par une matrone (3), soit par le mari lors du rapport sexuel.

Cette pratique est responsable de plusieurs complications. Elle est considérée par l'OMS (13) comme la tradition actuelle la plus dangereuse en matière de santé. Le type III ou pharaonique en est le grand pourvoyeur. Des complications peuvent survenir immédiatement ou rapidement après la réalisation de la CF. La survenue d'un choc dépend de l'importance de l'hémorragie après l'opération, mais il est également dû à la peur et à la douleur (2, 13). L'hémorragie est due à la blessure et à la section de l'artère et de la veine dorsales du clitoris et des veines des grandes lèvres. Le dommage peut s'étendre au méat urétral, à la glande de Bartolin, au périnée et parfois au rectum. Ces blessures sont favorisées par l'agitation et la lutte de la fille. L'infection a été rapportée par plusieurs auteurs. Sa fréquence varie de 7 à 10%. Les infections les plus fréquentes sont le tétanos, l'infection urinaire et la septicémie. Enfin, une rétention d'urine peut s'observer durant les premières 48 heures, elle s'explique par la peur d'uriner, l'oedème et la fibrose qui obturent l'orifice urétral (14). Des complications secondaires peuvent également survenir. L'implantation de kyste dermoïde est une complication habituelle de la CF en particulier de type III. Ce kyste peut atteindre la taille d'un ballon de football et peut couvrir toute la vulve. Sa survenue occasionne des infections et des abcès vulvaires (15). Des infections chroniques du pelvis ont été rapportées. Ceci est à rapprocher du fait que, selon SHANDALL (6), 28 % des femmes ayant subi le type III ont un examen cyto-bactériologique des urines positif contre 8 % des femmes non circoncises ou ayant subi la «sounna». Sur le plan obstétrical, le travail est difficile et l'accouchement nécessite une double épisiotomie car il peut être responsable de déchirure ou de dilacération sévère du périnée avec risque de fistule rectovaginale ou vésicovaginale.

Le coït difficile est une complication commune de la CF rapportée par tous les auteurs (3) : après l'infibulation, la première intromission lors d'un rapport sexuel est supposée se produire au moment du mariage. Pour prouver sa virilité, le mari fait une première pénétration forcée qui occasionne de sérieux dommages. La dyspareunie et le vaginisme suivent. Selon VERZIN (5), la dyspareunie, l'infection pelvienne chronique et le type III conduisent à l'infertilité. L'absence d'orgasme a été rapportée par plusieurs auteurs. BAASHIR (9), sur 4024 femmes circoncises,

a trouvé que la majorité d'entre elles n'a pas d'orgasme particulièrement celles qui ont subi le type III. Selon certains auteurs, l'absence d'orgasme est le résultat du degré de mutilation de la vulve. En effet, le clitoris, les petites et grandes lèvres, les glandes de Bartolin sont les premières aires d'excitation sexuelle. Sur le plan psychologique, la CF est un traumatisme responsable de troubles de la personnalité réalisant plusieurs tableaux psychiatriques (anxiété, excitation, dépression ...). Elle constitue un véritable problème de santé mentale. Enfin, notons que les complications physiques et psychiques contribuent à une vie conjugale difficile et instable (15).

En conclusion, la CF est une pratique très ancienne, très répandue en Afrique et en particulier en Somalie. De gros efforts sont nécessaires pour l'abolir. Des traditions et des coutumes similaires à travers l'histoire, ont ainsi disparu tel que l'ensevelissement des filles avant l'Islam, le «banding feet» chez les petites chinoises, la brûlure des veuves en Inde. D'après cette enquête, cette coutume est très enracinée en Somalie où les raisons de son enracinement sont multiples, surtout d'ordre social. Devant son ampleur, son abolition ne pourra se faire que progressivement dans ce pays. Quant à nous, devant les difficultés immenses rencontrées pour convaincre les répondants de l'utilité d'abolir cette pratique et devant la colère réveillée chez certains d'entre eux, nous n'avons pu trouver mieux que d'encourager le type I au cours de nos séances d'éducation sanitaire.

REFERENCES

- 1 - DIRIE M. A., LINDMARK G. - Female circumcision in Somalia and womens's motives. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1991 ; **70** : 581-585.
- 2 - WHO - A traditional practice that threatens health-female circumcision. *WHO Chronicle* 1986 ; **40** : 31-36.
- 3 - LADJALI M., RATTRAY T. W., WALDER R. J. W. - Female genital mutilation. *BMJ* 1993 ; **307** : 460.
- 4 - WHO AND INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) - Female circumcision. Female genital mutilation. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1992 ; **45** : 153-154.
- 5 - VERZIN J. A. - Sequelae of female circumcision. *Trop. Doct.* 1975 ; **5** : 163-169.
- 6 - SHANDALL A. A. - Circumcision and infibulation of females. *Sudan Med. J.* 1967 ; **5** : 178-212.
- 7 - CUTNER L. P. - Female genital mutilation. *Obstet. Gynecol. Survey* 1986 ; **40** : 437-443.
- 8 - ONADEKO M. O., ANDENKUNLE L. U. - Female circumcision in Nigeria : a fact or farce ? *J. Trop. Pediatr.* 1985 ; **31** : 180-184
- 9 - BAASHIR T. A. - Psychological aspects of female circumcision. A paper presented to the 5th Congress of the Obstetrical and Gynaecological Society of Sudan, Khartoum, 1977, 14-18.
- 10 - ASSAAD M. B. - Female circumcision in Egypt, Social implications, current research and prospects for change. *Stud. Fem. Plann.* 1980, 1-3. Research and social implications, UNICEF (1979).
- 11 - KARIM M., AMMAR R. - Female circumcision and sexual desire. Ain Shams University Press ed., Cairo, 1965.
- 12 - BERARDI J.-D., TEILLET J.-F., GODARD J., LALOUZ V., ALLANE P., FRANJOUH H. - Conséquences obstétricales de l'excision féminine. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1985 ; **14** : 743-746.
- 13 - DIRIE M. A., LINDMARK G. - A hospital study of the complications of female circumcision. *Trop Doct.* 1991 ; **21** : 146-148.
- 14 - OZUMBA B. C. - Acquired gynetresia in eastern Nigeria. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1992 ; **37** : 105-159.
- 15 - DE SILVA S. - Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur. J. Obst. Gyn. Reprod. Biol.* 1989 ; **32** : 233-240.