



Jean-Jacques Amy



Fabienne Richard

Mutilations génitales féminines: les reconnaître, les prendre en charge (1^{ère} partie)

Jean-Jacques Amy¹, Fabienne Richard²

1. Professeur émérite à la VUB; Rédacteur en chef, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*
2. Sage-femme, MSc, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers

KEYWORDS: CLITORIDECTOMY – EXCISION – INFIBULATION – FEMALE GENITAL MUTILATION

Les médecins, en particulier les gynécologues, et les sages-femmes doivent être informés des circonstances entourant la pratique des mutilations génitales féminines, de leurs répercussions sur la santé, des traitements pouvant venir en aide aux femmes qui en furent victimes et des modalités de prévention de ce fléau. Cet article se veut être un aperçu succinct, mais aussi complet que possible, de ces différents aspects.

Introduction

Trois millions de mutilations génitales féminines (MGF) sont pratiquées de par le monde, annuellement, sur des filles de tout âge (1): des bébés âgés de quelques jours, des fillettes de sept ou huit ans, des adolescentes durant leur puberté, parfois plus tard encore. Quelque 130 à 140 millions de femmes actuellement en vie les ont subies. Durant les années soixante et septante, les excisions et les infibulations étaient souvent considérées comme des coutumes *ne pouvant* être critiquées par les profanes. Depuis lors, une prise de conscience a fait que les mutilations sont vues sous un angle totalement différent. Elles sont actuellement perçues comme des atteintes graves à l'intégrité physique et psychologique de la personne, des violations injustifiables des droits humains. La mutilation contribue à perpétuer un ordre social inégalitaire qui consacre la suprématie de l'homme et relègue la femme à une position subalterne (2, 3). Les professionnels de la santé doivent s'employer à y mettre un terme.

Si les MGF sont principalement pratiquées en Afrique (28 pays) et dans la péninsule arabique, les pays occidentaux qui accueillent les communautés concernées font face aux conséquences de ces pratiques. On a estimé, en se basant sur le registre de la population et sur le registre des étrangers, que 2.745 femmes résidant en Belgique au 1^{er} janvier 2002 pouvaient avoir subi une MGF dans leur pays d'origine et que 534 fillettes et jeunes filles risquaient

de subir pareille intervention (4). Ces chiffres ne tiennent compte ni des demandeurs d'asile, ni des femmes entrées illégalement en Belgique ou de celles ayant déjà acquis la nationalité belge. D'après l'ONE, 280 petites filles naissent chaque année en communauté française d'une mère originaire d'un pays où les MGF sont pratiquées. Le risque qu'elles courent varie cependant selon la prévalence qui prévaut dans le pays d'origine et l'ethnie d'appartenance (5).

On a connaissance de quelques cas de demandes d'excision chez de petites filles formulées par leurs parents auprès de gynécologues et d'urologues belges (6, 7). Les médecins et sages-femmes qui prennent en charge des femmes mutilées ne savent pas toujours comment aborder la problématique. Ainsi, plusieurs gynécologues ont pratiqué des ré-infibulations après un accouchement sans savoir que cela contrevenait à la loi belge qui interdit toute forme de MGF (6, 8).

Les professionnels de la santé doivent connaître ces coutumes et la morbidité dont elles sont la cause, afin d'assurer la prise en charge des femmes déjà mutilées et de prévenir de semblables lésions chez les petites filles. Cet article veut y contribuer.

Définition (OMS 1997)

Ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou d'autres raisons non thérapeutiques.

Classification de l'OMS (2007)

- Type I: «clitoridectomie»: ablation du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris (désignée par certains groupes sous le terme «*Sunnna*»).
- Type II: «excision»: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

- Type III: «infibulation»: rétrécissement et recouvrement de l'orifice vaginal par ablation et accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.
- Type IV: non classées: toutes autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision et la cautérisation.

Le type IV – rarement observé chez des femmes résidant ou de passage en Belgique – fait l'amalgame de sévices des plus graves (tels que l'occlusion totale du vagin suite à l'instillation de substances corrosives, de caractère criminel) et de pratiques anodines telles que l'étirement des petites lèvres («gukuma») qui a cours en République Démocratique du Congo, au Rwanda et au nord du Mozambique.

A toutes fins utiles, on retiendra deux variétés de MGF. On entend par *excision* l'amputation partielle ou totale de certains organes génitaux externes. *L'infibulation* combine pareille ablation avec une occlusion délibérée de l'introit vulvaire. L'infibulation donne lieu aux mêmes complications que l'excision, mais également à d'autres problèmes qui lui sont propres.

Distribution ethnique et géographique

L'excision est pratiquée principalement en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gambie, nord du Ghana, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Tchad), mais aussi au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.

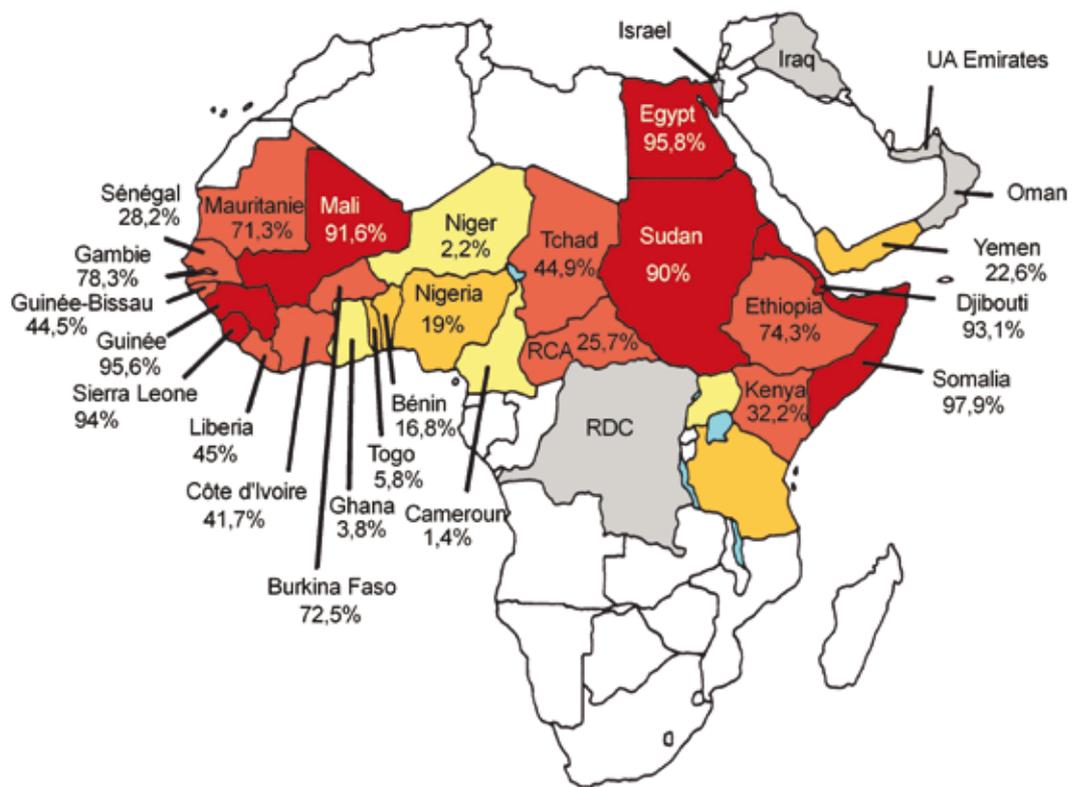
L'infibulation est pratiquée dans la Corne de l'Afrique (Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Somalie), en Egypte, au Soudan, dans le sud de la péninsule arabique.

Dans certains pays (Egypte, Mali, Nigeria et Sénégal), on observe l'une et l'autre.

La prévalence des mutilations varie grandement selon le pays: alors qu'elle est inférieure à 5% en Ouganda, elle est de 99% en Somalie (Figure 1). Leur distribution varie en fonction des régions et des ethnies, dont certaines ne les pratiquent pas.

Les ressortissants des pays concernés, une fois immigrés en Occident, peuvent maintenir la tradition en faisant appel à une exciseuse locale ou en envoyant leurs filles dans leur pays d'origine pour y subir l'intervention.

Figure 1: Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines en Afrique et au Proche-Orient. Les pays coloriés en rouge foncé ont une prévalence supérieure à 75%, ceux en rouge clair une prévalence de 25 à 75%. La prévalence dans les pays coloriés en gris n'est pas connue (© GAMS-Belgique)



Source des données: Eliminating Female Genital Mutilation
An interagency statement
OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO
UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO
WHO 2008

© GAMS -Belgique 2008

Contexte socioculturel et religieux des MGF: excision ou exclusion!

Plusieurs raisons sont invoquées pour justifier ces pratiques; elles diffèrent selon les ethnies (3).

- Raisons psycho-sexuelles: réduction du désir sexuel chez la femme, préservation de sa chasteté et de sa virginité avant le mariage et de sa fidélité en tant qu'épouse, augmentation du plaisir sexuel de l'homme.
- Raisons sociales: respect de l'héritage culturel, initiation à la condition de femme, intégration sociale et maintien de la cohésion sociale.
- Hygiène et raisons esthétiques: l'ablation d'organes génitaux, considérés comme sales et laids, est censée être hygiénique et rendre la femme plus attrayante.
- Mythes: ces pratiques sont censées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant.
- Raisons religieuses: la pratique des mutilations est antérieure à l'avènement de la religion musulmane et le Coran n'en fait pas état. Toutefois, certaines communautés les pratiquent, croyant qu'elles sont exigées par l'Islam. Notons que les MGF sont/furent aussi observées parmi des communautés chrétiennes (catholiques, protestants, coptes), les juifs d'Ethiopie (les Falachas) et des animistes.
- Les mutilations sont une source de revenus et de reconnaissance sociale pour les exciseuses.

L'âge auquel la MGF est pratiquée est de plus en plus précoce. Il n'est plus question d'un rite initiatique lié au passage à l'âge adulte mais d'un marquage identitaire. L'acceptation par le groupe requiert que toute personne du sexe féminin s'y soit soumise: les générations précédentes l'ont subie et la tradition a force de loi. La pression sociale est énorme. La fille ou la femme non excisée est considérée comme impure. Elle est marginalisée, ne peut se marier ni même préparer les repas pour sa famille. Les femmes qui font mutiler leurs filles sont animées à leur égard des meilleures intentions: en respectant la tradition, elles désirent les protéger contre la honte, l'exclusion sociale et l'isolement (2, 3).

Circonstances dans lesquelles se déroulent les MGF

Dans certains pays d'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali), l'excision est l'affaire de femmes appartenant à la caste des forgerons (les «forgeronnes») au sein de laquelle le savoir est transmis de génération en génération. Ailleurs, une matrone ou une accoucheuse traditionnelle exerce cette fonction. La place de l'homme dans l'opération diffère en fonction des régions. Même s'il en est l'instigateur, il n'a pas de rôle actif. Par contre, en Egypte et au Soudan, l'homme (par exemple le barbier) peut se charger de la mutilation.

Souvent, l'enfant ou l'adolescente n'est pas informée préalablement de ce qu'elle va subir. La mutilation se fait sans la moindre anesthésie et sans que la moindre asepsie soit observée. La fillette ou la jeune fille, à même le sol ou sur un siège bas, est maintenue par des proches. On se sert d'un quelconque instrument tranchant: couteau, ciseaux, tesson de bouteille; dans le meilleur des cas, d'une lame de rasoir... Plusieurs fillettes peuvent être mutilées d'affilée avec un même instrument, nettoyé après chaque intervention avec de l'eau, de la salive ou en l'essuyant. L'infibulation peut prendre 15 à 20 minutes. La plaie est recousue à vif avec du gros fil non stérile; en Somalie, des épines d'acacia maintiennent les moignons des grandes lèvres au contact l'un de l'autre. Des cataplasmes (cendres, terre, jaune d'oeuf, herbes,...) sont appliqués ensuite afin de «favoriser la cicatrisation» et d'«éviter l'infection et l'hémorragie». Pour obtenir la coalescence des grandes lèvres, les membres inférieurs de la fillette sont liés l'un à l'autre de façon à empêcher toute abduction des cuisses. De ce fait, la plaie est contaminée à chaque miction et défécation.

Dans certains pays, la mutilation a été «médicalisée» et est pratiquée par un médecin ou une infirmière, éventuellement en milieu hospitalier. En Egypte, en 2005, les trois quarts des mutilations chez les filles entre 0 et 17 ans étaient l'oeuvre de personnel médical. Depuis juillet 2007, l'excision en milieu sanitaire public ou privé est interdite en Egypte.

L'infibulation rend tout coït impossible. Lorsque la femme se marie, la cicatrice doit être incisée. Dans le pays d'origine, c'est une matrone ou le mari qui «ouvre» la femme avec un instrument tranchant le jour des noces. Dans le meilleur des cas, cette «désinfibulation» ou «introcision» est faite à l'hôpital. Dans d'autres cas, le mari déchire progressivement sa nouvelle épouse (arriver à pénétrer sa femme par la seule force de son sexe est considéré comme une preuve de virilité); un rapport complet n'est parfois possible qu'après de nombreux échecs. Certaines femmes conçoivent sans avoir jamais été pénétrées. Après l'accouchement, le mari peut insister pour que sa femme soit «recousue» (9).

Les conséquences immédiates et à long terme des MGF pour la santé varient selon le type et l'étendue de l'intervention pratiquée (10, 11).

Complications immédiates et à court terme des MGF (communes à tous les types)

- Angoisse, douleur très intense pouvant entraîner un état de choc.
- Hémorragie, éventuellement sévère.
- Lésions accidentelles d'organes voisins.
- Lésions à distance, fractures dues à une force excessive exercée par des tiers lors du maintien en position de la fillette ou de l'adolescente.

- Infection de la plaie, possibilité de tétanos, de gangrène, de septicémie.
- Transmission du VIH ou d'autres agents pathogènes par des instruments contaminés.
- Rétention réflexe d'urine, globe vésical.

Complications à moyen et à long terme des excisions

- Algies chroniques causées par un névrome dû à la section du nerf dorsal du clitoris.
- Cicatrices chéloïdes, causes d'un grand inconfort en position assise et à la marche.
- Kystes épidermiques résultant de l'enfouissement d'épiderme sous la cicatrice.

Complications à moyen et à long terme des infibulations

Les mêmes, plus:

- miction laborieuse et excessivement longue, infection chronique des voies urinaires, calculs urinaires, insuffisance rénale;
- vaginite, salpingite, stérilité tubaire;
- dysménorrhée, émission prolongée du flux menstruel, hémato-colpos dû à des adhérences cicatricielles des parois vaginales;
- dyspareunie causée par le rétrécissement et l'absence de lubrification de l'introït vaginal;
- incontinence urinaire ou fécale.

Conséquences psychologiques et sexuelles

- Troubles de la sexualité: diminution de la libido, anorgasmie. Cependant, les études font état de résultats contradictoires quant aux répercussions de chacun des types de MGF sur la vie sexuelle (12-15).
- Sentiments d'impuissance, d'abandon et de trahison par les parents les plus proches, de honte. Repli sur soi, troubles du comportement, anxiété, dépression, manque de confiance en soi.

On entend par «syndrome de stress post-traumatique» (SSPT) une réaction psychologique à un événement traumatisant qui répondait aux deux critères suivants:

- l'exposition de la personne à un risque de mort ou de blessure grave, ou à une menace de mort ou d'atteinte à son intégrité physique, chez elle-même ou autrui;
- une peur intense, une détresse ou un sentiment d'horreur éprouvés à ce moment.

Le tableau est caractérisé par un retour permanent de l'événement sous forme de cauchemars ou de réminiscences fréquentes chez la personne éveillée.

Une étude réalisée au Sénégal auprès de 23 femmes excisées et 24 femmes non mutilées a montré que 30% des femmes excisées (7/23) présentaient un SSPT avec pertes de mémoire et que 80% souffraient de flash-backs de leur excision (16).

Difficultés en cours de grossesse et à l'accouchement

L'étude réalisée par l'OMS en 2006 dans six pays africains a démontré un risque accru de complications à l'accouchement et de mortalité chez les femmes ayant subi une mutilation génitale féminine (17). Le risque est plus grand chez les femmes infibulées (**Figures 2 et 3**). Sa sévérité dépend de la grandeur de l'orifice vulvaire, de la parité de la femme et de l'élasticité de la cicatrice (18, 19).

Pendant la grossesse, tant le toucher vaginal que l'insertion du spéculum et le prélèvement d'un frottis sont difficiles, voire impossibles. En cas de fausse couche, les produits de conception peuvent être retenus dans le vagin; d'autre part, l'aspiration endo-utérine sera malaisée.

Pendant le travail et à l'accouchement (de la femme non préalablement désinfibulée), le toucher vaginal, l'évaluation de la dilatation et de la présentation, la pose d'une électrode de scalp, la mesure du pH foetal et le sondage de la vessie sont difficiles ou impossibles.

La descente de la présentation peut être bloquée par le rideau cicatriciel. Il peut survenir une souffrance foetale, la mort *in utero*, la nécrose ischémique des tissus maternels comprimés entraînant la création de fistules vésico-vaginales et/ou recto-vaginales, la rupture utérine, la déchirure du périnée (parfois compliquée de lésion du rectum), l'hémorragie de la délivrance, la mort maternelle. L'obstétricien ignorant qu'il y a lieu d'effectuer une désinfibulation aura recours à tort à une césarienne, qui peut être refusée par nombre de ces femmes pour lesquelles l'accouchement par cette voie autre que vaginale est culturellement inacceptable (9, 18).

Suivi de la grossesse

La femme doit être examinée afin de juger du type de mutilation et de la taille de l'orifice vulvaire. On pourra ainsi définir la conduite à tenir. Cet examen ne sera possible qu'après un premier bon contact et l'instauration d'un climat de confiance. Les observations doivent être transcrites avec soin dans le dossier de la patiente, afin d'éviter les examens répétés (18, 19).

Durant la grossesse, les femmes infibulées souffrent plus fréquemment (20):

- d'infections urinaires;
- d'un gain de poids insuffisant (peur d'avoir un gros bébé);
- d'anémie (refus de prendre du fer, tabous alimentaires découlant de cette peur).

Figure 2: Vulve infibulée (type 3).

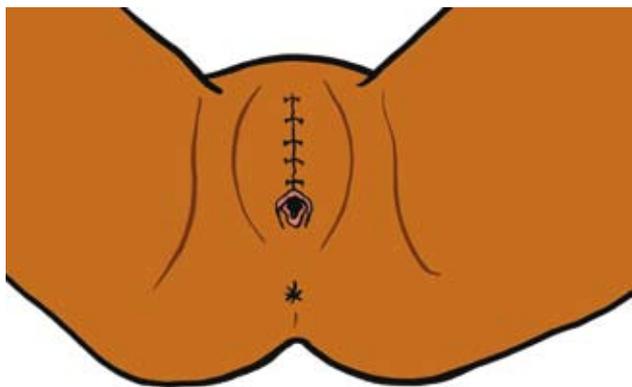


Figure 3: Patiente somalienne âgée de 32 ans, infibulée à l'âge de 15 ans et réinfibulée après son unique accouchement. L'accès au vagin se limite à un orifice de 4mm de diamètre situé immédiatement à l'avant de la commissure postérieure. Pas d'ouverture à l'avant du rideau cicatriciel. La miction chez cette patiente était extrêmement laborieuse (© J. J. Amy).



Sur le plan psychologique, on peut constater chez elles:

- une appréhension à l'égard de la réaction du professionnel de santé à l'infibulation;
- une aversion pour l'utilisation d'instruments pendant l'examen (spéculum);
- la crainte d'être traitée inadéquatement (ex: soumise à une césarienne) en raison du manque d'expérience du praticien en la matière;
- la peur de la douleur pendant l'accouchement et le post-partum (réminiscence de la douleur éprouvée lors de l'infibulation).

Il faudra expliquer au couple en quoi consiste la désinfibulation et les convaincre, avec beaucoup de tact, de la nécessité de recréer une ouverture suffisamment grande pour permettre les rapports

sexuels, l'émission de l'urine et l'écoulement des menstrues, sans la moindre entrave. Le retentissement néfaste qu'a l'infibulation sur la santé sera souligné, sans pour autant porter de jugement sur son contexte socioculturel. Des planches anatomiques de vulves normale, infibulée et désinfibulée, et l'assistance d'un(e) interprète seront d'une grande utilité. On abordera alors le thème de la réinfibulation plutôt que d'en parler pour la première fois à l'accouchement.

Une désinfibulation *en cours de grossesse*, sous une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie, peut être proposée aux femmes chez qui, en raison de l'infibulation, l'examen vaginal n'est pas possible. La période la plus propice pour ce faire se situe durant le deuxième trimestre, en raison de son moindre risque d'avortements spontanés. La guérison de la plaie de désinfibulation sera terminée au moment où la femme devra accoucher. Une désinfibulation pratiquée au premier trimestre, qui serait suivie peu de temps après par une fausse couche, pourrait être considérée tant par la femme que par son entourage – bien évidemment à tort – comme responsable de cette complication. Tous pourraient y voir une sanction pour avoir transgressé une coutume ancestrale, voire même interpréter la perte de la grossesse comme la preuve *a contrario* de l'effet bénéfique de la mutilation génitale sur la fécondité de la femme.

Si par contre l'orifice vulvaire persistant après l'infibulation permet d'examiner la patiente par voie vaginale, la désinfibulation peut être différée jusqu'à la *phase d'expulsion* du bébé (21). On évite ainsi d'avoir à pratiquer une intervention en cours de grossesse.

Accouchement

Si cela ne s'est fait précédemment, le type de MGF et l'ouverture vaginale doivent être évalués à l'admission et le déroulement de l'accouchement discuté.

Chez les *primipares* infibulées, on incisera systématiquement et en premier lieu le rideau cicatriciel antérieur afin d'éviter qu'il ne se rompe ou ne soit cause d'une rupture du périnée postérieur (18, 19).

La désinfibulation peut être réalisée *en cours de travail*, sous analgésie péridurale, chez la femme dont l'ouverture vaginale est réduite au point d'empêcher le toucher vaginal et l'évaluation de la progression du travail. Les berges de l'incision sont suturées aussitôt.

Par contre, la désinfibulation sera différée jusqu'au moment de l'expulsion chez une parturiente qu'il est possible d'examiner par voie vaginale. Une fois la présentation bien descendue, on pratiquera l'incision antérieure sous anesthésie locale (si la patiente n'est déjà sous analgésie péridurale). L'épisiotomie ne sera pratiquée que secondairement, si nécessaire.

Chez les *multipares*, on déterminera si une incision antérieure est nécessaire une fois la tête du fœtus sur le périnée. La souplesse du tissu cicatriciel est très variable et demande une évaluation individuelle.

La 2^{ème} partie de cet article paraîtra dans le prochain numéro de Gunaïkeia.