

L'obstétricien face aux mutilations sexuelles féminines

H.J. PHILIPPE ^{1, 2 *}, V. CARTON ^{1, 2}, C. GOSSELIN ², N. JARROUSSE ²,
S. DUGAST ², S. LEBIHANNIC ², M. BOSSIS ², S. GRUNVALD ³,
S. LORVELLEC ³,

ET LES AUTEURS DE L'OUVRAGE

« LE PRATICIEN FACE AUX MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES »
(Nantes)

Résumé

Les mutilations sexuelles féminines, excisions et infibulations, constituent une atteinte grave aux droits fondamentaux de tout être humain, à la dignité et à l'intégrité. Elles concernent plus de 120 millions de femmes dans le monde et ont des conséquences dramatiques sur la santé des femmes et des enfants. Il peut s'agir de douleurs, d'infections urogénitales, de dysurie, de troubles de la sexualité et de difficultés d'accouchement.

Tout médecin doit être vigilant pour pouvoir accompagner et traiter si possible ces femmes victimes des traditions et prévenir la répétition de ces pratiques chez leurs filles.

- 1 - Gynécologie Sans Frontières - Faculté de médecine - Université de Nantes - 9 rue Bias - BP 61112 - 44011 Nantes cedex 1
- 2 - CHU de Nantes - Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) - Service de gynécologie-obstétrique - 38 boulevard Jean Monnet - 44093 Nantes cedex 1
- 3 - Faculté de droit et des sciences politiques de Nantes - Laboratoire de recherche « Droit et changement social » - UMR-CNRS 3128 - Chemin de la Censive-du-Tertre - BP 81307 - 44313 Nantes cedex 3

* Correspondance : henri-jean.philippe@chu-nantes.fr

L'obstétricien a un rôle et un devoir, un rôle en tant que spécialiste des problèmes concernant les organes génitaux et un devoir en tant que référent de la santé des femmes.

Mots clés : mutilation génitale féminine, santé publique, violences faites aux femmes, infibulation, excision

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Pr Henri-Jean Philippe, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Les mutilations sexuelles féminines, excisions et infibulations, se perpétuent depuis la nuit des temps. Excisions et infibulations constituent une atteinte grave aux droits fondamentaux de tout être humain, à la dignité et à l'intégrité. Elles ont par ailleurs des conséquences dramatiques sur la santé des femmes et des enfants. Tout médecin doit être vigilant pour pouvoir accompagner et traiter si possible ces femmes victimes des traditions et prévenir la répétition de ces pratiques chez leurs filles.

L'obstétricien a un rôle et un devoir, un rôle en tant que spécialiste des problèmes concernant les organes génitaux et un devoir en tant que référent de la santé des femmes.

Nous avons les 7 consultations de la grossesse, la surveillance du travail et le séjour en suites de couches pour diagnostiquer ces mutilations, envisager une prise en charge et prévenir la répétition de ces pratiques chez les filles de ces jeunes femmes.

I. QUELQUES DONNÉES SUR LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES (Figure 1)

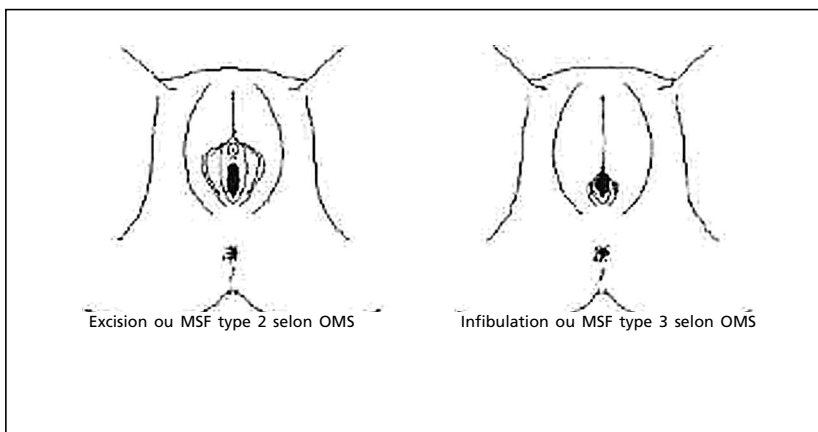
On estime à 130 millions le nombre de femmes mutilées sexuellement.

Chaque année, 2 à 3 millions de fillettes et de jeunes femmes subissent une mutilation génitale.

En France, on estime entre 45 000 et 60 000 le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être.

Cette pratique ancestrale persiste dans nombre de cultures et de pays. Elle est appliquée surtout en Afrique de l'Ouest (excision) et dans l'Afrique de l'Est (infibulation), mais également au Moyen-Orient et en Asie.

Figure 1 - Type de mutilations sexuelles féminines



Suivant les pays, les MSF (mutilations sexuelles féminines) sont pratiquées dès la naissance, vers 3-6 ans, entre 10 et 12 ans, juste avant d'être mariées (15-16 ans) et parfois plus tard, avant le mariage, au cours de la grossesse ou encore à la suite du premier accouchement, par des exciseuses voire par des professionnels du secteur de la santé. La mutilation est réalisée sans la moindre anesthésie avec un couteau, une lame de rasoir, puis un pansement à base de plantes et de cendres est mis sur la plaie. Les jambes de la fillette sont le plus souvent attachées pendant une dizaine de jours pour diminuer le risque de réouverture de la plaie.

I.1. Données socio-culturelles

On pense que « la mutilation sexuelle féminine » était déjà pratiquée bien avant la naissance du christianisme et de l'islam et dans l'Égypte des pharaons.

Elle serait apparue il y a près de trois mille ans en Égypte antique, où elle constituait une sorte de rituel de fertilité (les analyses des momies ont révélé qu'il existait des pratiques d'excision et d'infibulation, d'où le terme de circoncision pharaonique au Soudan).

On offrait à cette époque les parties excisées des femmes au Nil sacré.

Les principales justifications sont d'ordre :

- mythique :
 - le clitoris risque, en touchant l'homme ou le nouveau-né, d'entraîner leur mort ;
 - le nouveau-né naît bisexuel ; on excise la fille pour éliminer la partie masculine et on circonci le garçon pour éliminer la partie féminine ;
- sociologique : c'est un rite d'initiation et de passage à l'âge adulte ;
- sexuel : élément prioritaire : il faut réduire ou atténuer le désir sexuel chez la femme, préserver ainsi la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité durant le mariage ;
- religieux : les MSF sont souvent associées à l'islam car les sociétés qui les pratiquent, principalement en Afrique musulmane, revendiquent la religion pour les justifier alors que ces mutilations ne sont ni recommandées, ni citées dans aucun texte religieux. Elles sont également pratiquées par certains chrétiens coptes ou par des juifs falashas originaires d'Éthiopie vivant actuellement en Israël. Elles précèdent l'aire chrétienne et musulmane. Mohamed n'a d'ailleurs pas fait exciser ses deux filles.

Et finalement, il s'agit plutôt actuellement d'une tradition, d'une coutume : « cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère l'ont fait, donc mes filles seront excisées ». Les hommes considèrent comme impures les femmes non excisées et ne sont pas prêts à les épouser.

1.2. Les conséquences médicales

Les conséquences des mutilations génitales féminines varient selon le type et la gravité de l'acte pratiqué.

Les conséquences immédiates sont le décès par choc et hémorragie, la douleur aiguë, les infections locales, des lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus), la rétention d'urine liée à la douleur, les plaies...

Les complications tardives sont fréquentes et **surtout en cas d'infibulation** avec une dysurie voire insuffisance rénale, pour les rapports sexuels et même parfois pour les règles et les complications obstétricales avec dystocie à l'origine de souffrance fœtale, de fistules vésicovaginales, d'hémorragie de la délivrance et de césarienne ; ces complications sont d'autant plus sévères que la surveillance obstétricale est réduite (certains pays africains).

En France, les principales complications des excisions ont été évaluées à travers l'enquête « excision et handicap » menée par l'INED (Institut national d'études démographiques) et l'université de Paris I en association avec le CNGOF. Il s'agit essentiellement d'une augmentation des infections génitales et urinaires, une altération de la sexualité (avec angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, insatisfaction, dyspareunie et frigidité) et une sensation de mal-être.

Les complications psychologiques sont d'autant plus importantes que les mutilations sont pratiquées tardivement avec troubles du comportement, anxiété, dépression, irritabilité chronique, perception d'une amputation de l'intégrité corporelle, sentiment d'être différente des autres femmes vis-à-vis du regard des hommes. Elles ont peur qu'ils disent « Toi, tu n'as rien ».

II. LE PRATICIEN FACE À UNE FEMME VICTIME DE MSF IDENTIFIÉE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Les occasions de diagnostiquer une mutilation sexuelle sont nombreuses : consultations prénatales, suivi gynécologique, consultations motivées par un symptôme... La découverte d'une MSF en début de travail devrait donc être un événement rare dans les pays industrialisés. Néanmoins, elles ne sont pas toujours diagnostiquées parce que mal connues des professionnels de santé. Or, leurs conséquences obstétricales peuvent compliquer le déroulement de l'accouchement. Aussi les professionnels, sages-femmes et obstétriciens qui vont prendre en charge la patiente en salle de travail doivent les connaître afin de prévenir d'éventuelles complications. Il faut distinguer les séquelles des excisions (MSF II, 80 % des cas) matérialisées par un pont cutanéomuqueux masquant la partie supérieure de la vulve, des séquelles des infibulations (MSF III, 15 % des cas) car les conséquences obstétricales sont différentes.

II.1. En cas d'excision

- La surveillance du travail peut s'effectuer de façon habituelle.
- Il faut proposer une analgésie péridurale à ces patientes. En effet, les douleurs liées à l'accouchement, notamment celles liées à la phase terminale de l'expulsion, peuvent rappeler à ces patientes le traumatisme physique et psychologique dont elles ont été les victimes dans leur enfance ou leur adolescence. Cela peut contribuer à induire des troubles du lien affectif entre la mère et son nouveau-né. De plus, les séquelles des MSF peuvent être la source de complications obstétricales plus ou moins complexes qu'il est important de pouvoir prévenir ou réparer en explorant les voies génitales des patientes dans de bonnes conditions et sans douleur.
- Au moment de l'expulsion du mobile fœtal et du dégagement de la tête, des déchirures cutané-muqueuses peuvent se produire. Le plus souvent médianes antérieures, elles exposent la patiente à un risque de lésions urétrales. La pratique d'une épisiotomie (qui ne doit pas être systématique), associée à une section antérieure médiane contrôlée d'un pont cutané-muqueux, permet le plus souvent de prévenir ces déchirures. Les déchirures sont le plus souvent limitées et la suture par des points séparés permet de réduire les saignements et accélère la cicatrisation.

II.2. Dans les cas d'une infibulation, les conséquences obstétricales sont plus importantes

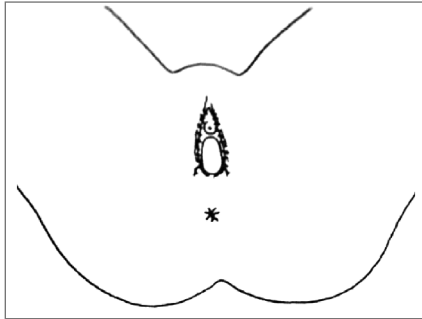
- Une analgésie péridurale est indiquée.
- La section de l'accolement médian des petites lèvres (Photo 1) peut être indiquée au cours de la grossesse ou au début de l'accouchement pour permettre de surveiller le bon déroulement du travail et la dilation cervicale. L'étroitesse vestibulaire séquellaire peut rendre quasi impossible la réalisation d'un toucher vaginal. Le sondage vésical peut parfois poser des problèmes.
- La présence de l'obstétricien en salle de travail, aux côtés de la sage-femme, au moment de l'accouchement, est indispensable afin de juger de la nécessité ou non de réaliser une désinfibulation ainsi qu'une épisiotomie.
- La désinfibulation comme l'épisiotomie, si elles sont nécessaires, devront être réalisées dans la phase terminale de l'expulsion, au moment où la vulve est la plus amplifiée. Ceci permet de prévenir

Photo 1

d'après Collinet



d'après Carcopino



d'après Collinet



les déchirures périnéales et de réduire les pertes sanguines. Dans les cas où une extraction foetale instrumentale est nécessaire, ce geste doit être confié à un obstétricien aguerri et une épisiotomie prophylactique est le plus souvent nécessaire. L'utilisation d'une ventouse semble le plus adapté car c'est l'instrument qui distend le moins la vulve.

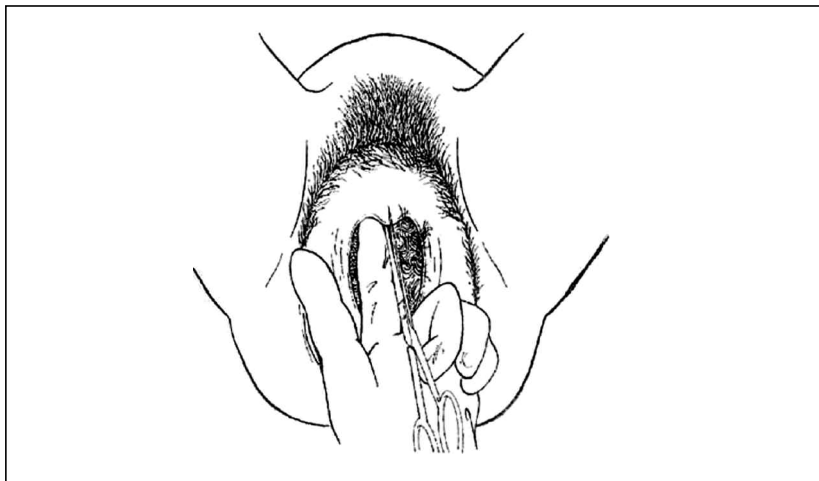
- La désinfibulation chirurgicale est un geste simple qui consiste à sectionner au ciseau la bride cutanéomuqueuse obstruant de façon plus ou moins complète l'orifice vestibulaire. La désinfibulation en cours de travail avant l'expulsion n'expose pas les patientes à un sur-risque de complications.

II.3. La technique de désinfibulation

- La patiente étant en position gynécologique, une désinfection de la cicatrice plus ou moins scléreuse des petites lèvres ou des grandes lèvres est réalisée.
- Une anesthésie locale par infiltration de la zone vulvaire cicatricielle à l'aide de xylocaïne à 1 ou 2 % ou une anesthésie péridurale est réalisée.
- Une pince stérile de type Kocher est introduite dans l'orifice résiduel postérieur puis enfoncée d'arrière en avant en demeurant au contact de la face profonde de l'accolement jusqu'à ce que l'extrémité de l'instrument butte au sommet du vestibule.
- Une traction de l'instrument en avant permet de faire saillir la cicatrice médiane et de l'éloigner de l'orifice vaginal et du méat urétral mettant ainsi ces derniers à l'abri d'une plaie chirurgicale.
- L'incision de la cicatrice est réalisée d'arrière en avant aux ciseaux ou au bistouri entre les branches de la pince, sur 3 à 4 cm environ jusqu'à ce que le méat urétral soit visible. Elle peut être réalisée avec un doigt protégeant la tête foetale tout simplement (Figure 2).
- Après la naissance, les bords libres labiaux sont ensuite suturés séparément par des points simples ou des surjets de fil résorbable 4/0.

En l'absence de désinfibulation, des complications obstétricales majeures peuvent survenir. En effet, la vulve occluse, cicatricielle, scléreuse constitue un obstacle mécanique à la progression de la présentation.

Figure 2 - Désinfibulation - d'après Carcopino



En dehors de la grossesse, la désinfibulation s'impose lorsque le pertuis préservé près de la fourchette s'oppose au libre écoulement de l'urine et/ou des règles. La gêne au libre écoulement des urines est source de rétention chronique d'urines dans le vagin, d'infection urinaire basse (cystite) voire d'infection urinaire haute (pyélonéphrite, insuffisance rénale). La gêne au libre écoulement des règles est source de dysménorrhée, d'hématocolpos surinfecté, d'infections génitales basses, d'infections génitales hautes et donc de stérilité dramatique en raison de ses conséquences sociales en milieu africain.

- Des déchirures périnéales peuvent survenir malgré ces gestes préventifs. Elles peuvent être multiples et complexes, associant des déchirures antérieures, avec atteinte de la paroi vaginale, de l'urètre et de la vessie, et postérieures avec des déchirures du second ou du troisième degré. Une expertise des lésions doit être réalisée au bloc opératoire et peut nécessiter une prise en charge multidisciplinaire.
- La réalisation d'une césarienne prophylactique chez les patientes excisées ou infibulées ne peut être recommandée de manière systématique sauf en cas de déchirure pelvi-périnéale compliquée lors d'un précédent accouchement par les voies naturelles. La mise en place d'une sonde urinaire à demeure avant le début de la césarienne peut également être difficile et nécessiter une désinfibulation au bloc opératoire avant le début de la césarienne.

II.4. Prévention de la ré-infibulation et autre mutilation sexuelle

Une nouvelle infibulation (ré-infibulation) après l'accouchement est fréquemment réalisée dans les pays en voie de développement. Elle est interdite en France. Les motivations des demandes sont diverses telle que la peur d'être rejetée par son mari ou la nécessité d'augmenter le plaisir sexuel du conjoint. La prévention de la « réinfibulation » est une notion importante à connaître car la période des suites de couches et du post-partum sont des moments privilégiés pour aborder ce problème avec la patiente. Il faut savoir que classiquement, les patientes attendent que la visite du post-partum ait eu lieu avant de subir une réinfibulation. Lors de la visite du post-partum, le praticien doit aborder ce problème directement avec la patiente, assisté s'il y a lieu d'un interprète. Il ne doit pas hésiter à revoir la patiente régulièrement afin de prévenir ces ré-infibulations.

II.5. Prise en charge de la période du post-partum immédiat

La période d'hospitalisation en suites de couches est un moment propice pour que s'installe un dialogue confiant entre le personnel soignant et l'accouchée. Plusieurs points sont importants à signaler :

- le rôle du père : le père peut être présent aux entretiens si la femme le souhaite. Beaucoup d'hommes méconnaissent la réalité du vécu traumatique des MSF de leur femme. Ils sont cependant souvent ignorants et tenus à l'écart de ces rituels perpétrés par les femmes. La période qui suit la naissance peut permettre une information objective à l'abri des pressions familiales. Le père peut devenir acteur de la protection de ses filles ;
- la reconstruction clitoridienne : la question de la reconstruction clitoridienne peut être abordée avec un médecin ou une sage-femme formée : les adresses des différents services habilités à faire cette intervention sont alors communiquées ;
- les mesures de protection à l'égard des fillettes : c'est l'occasion de rappeler si nécessaire l'interdit des MSF, le risque pénal en France comme au pays d'origine ; l'information peut être renforcée par la remise d'une brochure « Protégeons nos petites filles de l'excision » avec les adresses utiles ;
- le courrier de sortie à l'attention du médecin généraliste : il explicitera le diagnostic des MSF chez la patiente, les éventuelles complications rencontrées et les risques éventuels encourus par le nouveau-né.

II.6. Prise en charge lors de la visite postnatale

Cette visite systématique permettra d'évaluer :

- la prise de conscience de la femme à l'égard de la violence que représentent de telles pratiques ;
- ses ressources pour protéger ses enfants ;
- le climat familial dans lequel elle évolue (sentiment de sécurité, tissu familial protecteur ou à l'opposé solitude, dépression, ambiance familiale délétère, violences domestiques, etc.) ;
- la volonté d'une réparation chirurgicale.

L'examen clinique a pour objectifs de rechercher des signes fonctionnels : douleurs vulvo-vaginales, troubles sphinctériens (incontinence urinaire et/ou anale), rapports sexuels douloureux et d'apprécier la qualité de la cicatrisation d'épisiotomie et du tonus sphinctérien.

La rééducation périnéo-sphinctérienne sera idéalement effectuée par une sage-femme sensibilisée à ces problèmes et à leurs complications. Un contact (téléphonique ou courrier) auprès de la sage-femme est souhaitable pour lui préciser la situation et coordonner le suivi (vécu de la patiente, recommandations déjà faites, etc.).

CONCLUSION

Les obstétriciens ont un triple rôle :

1. aider ces femmes victimes de MSF, ceci signifie : identifier les femmes au cours de la grossesse ;
2. permettre à ces femmes d'accoucher comme les autres femmes, si possible par les voies naturelles, ceci signifie : identifier les femmes qui vont pouvoir bénéficier d'une désinfibulation ;
3. prévenir la répétition de ces violences chez les fillettes, ceci signifie : connaître les MSF et en informer les mères déjà victimes.

Bibliographie

- [1] Andro A, Lescingland M. « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France ». *Population et Société* 2007;438:1-4.
- [2] Andro A, Lescingland M, Cambois E, Cirbeau C. Excision et Handicap (ExH) : mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Rapport INED, mars 2009.
- [3] Bibbings LS. Female genital mutilation: whose problem, whose solution? Mutilation or modification? *BMJ* 2006;333:259-260.
- [4] Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:378-83.
- [5] Code pénal, art. 226-14 39 Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.
- [6] Collinet P, Sabban F, Lucot JP, Boukerrou M, Sien L, Leroy JL. Prise en charge des mutilations génitales féminines de type III. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:720-4.
- [7] Erlich M. (Dr). *La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines*. Éditions L'Harmattan, Paris, 1986.
- [8] Gillette I. La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes. Thèse de doctorat de sociologie, Presses Universitaires du Septentrion, Lille, 1998.
- [9] Mauroy B, Giuliano F. Anatomie et physiologie de l'appareil sexuel de la femme. *Progrès en Urologie* 1999;9:5-19.
- [10] Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Ministère de la santé et des sports. Sous la direction d'HJ Philippe. Juillet 2010.
- [11] Menage J. Female genital mutilation: whose problem, whose solution? Psychological damage is immense. *BMJ* 2006;333:260.
- [12] Rey-Salmon C, Vazquez P, Do Quang LD. Les mutilations sexuelles féminines. *Archives de Pédiatrie* 2005;12:347-50.
- [13] Rouzi AA, Aljhadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. *Br J Obstet Gynecol* 2001;108:949-951.
- [14] United Nations International Children's Emergency Fund, *Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical exploration*. UNICEF, New-York, 2005.
- [15] WHO. *Female genital mutilation: a teacher's guide*. WHO, Geneva, 2001.