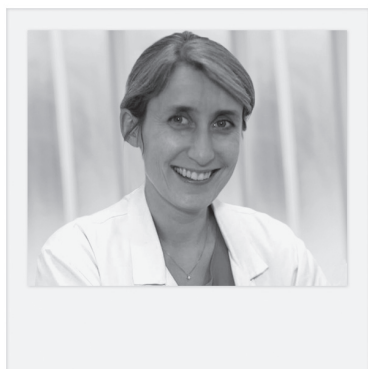


REVUES GÉNÉRALES

Prise en charge

Mutilations sexuelles : qui fait quoi ?

RÉSUMÉ : Les mutilations sexuelles féminines, ou excision, restent une tradition dans certaines ethnies, pas seulement africaines. De nombreux textes de loi ont été rédigés pour faire disparaître ces pratiques, à l'étranger comme en France. Ainsi, tout professionnel de santé amené à prendre en charge des femmes excisées, ou des fillettes susceptibles de l'être, doit être informé des moyens de signalement, de protection, de prévention et de prise en charge spécialisée.



→ M. PIKETTY
Hôpital privé Paul d'Egine,
CHAMPIGNY-SUR-MARNE.

Aujourd'hui, ce sont 130 millions de femmes, dont 3 millions de fillettes et d'adolescentes, qui sont mutilées sexuellement chaque année. Cette situation implique une bonne information de l'ensemble des professionnels de santé concernés, ainsi que des politiques de prévention et des réseaux de prise en charge pour ces femmes victimes de mutilations sexuelles féminines (MSF).

Définition

Les MSF désignent "toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques" (OMS, 1997).

On en décrit quatre types :

>>> **Type I :** ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (**fig. 1**).

>>> **Type II :** ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (80 % des MSF) (**fig. 2**).



FIG. 1.

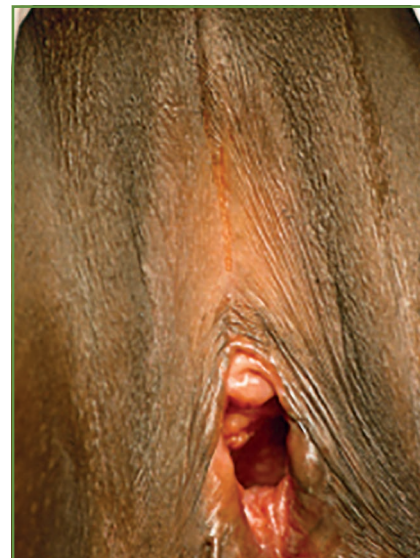


FIG. 2.

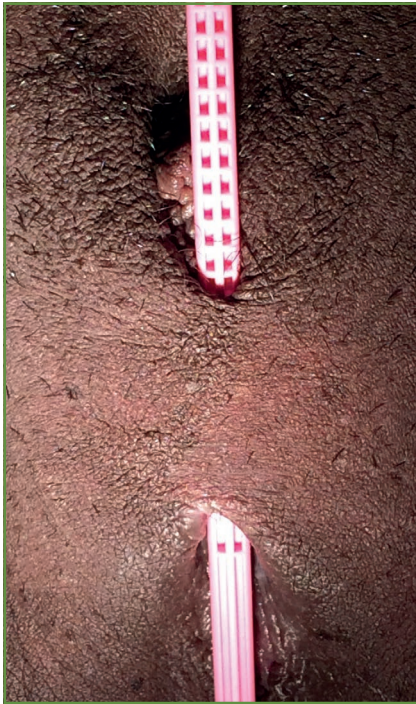


FIG. 3.

>>> **Type III** ou infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (15 % des MSF) (*fig. 3*).

>>> **Type IV** : autres procédés de mutilations (scarifications, étirement des petites lèvres, applications de substances caustiques sur la vulve ou dans le vagin).

[Historique

Dans la mythologie, tous les individus naissent androgynes. L'excision et la circoncision étaient des moyens de devenir véritablement et respectivement femme et homme. L'origine exacte de la pratique des MSF est inconnue ; elle pourrait dater de l'ancienne Égypte au V^e siècle avant J.-C. Ces pratiques se seraient ensuite étendues en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient. Aux États-Unis ainsi qu'en Europe, et

plus particulièrement en France et en Angleterre, la clitoridectomie a été préconisée à la fin du XIX^e siècle par des médecins – tels que Paul Broca, Pierre Garnier ou encore Isaac Baker Brown – pour lutter contre la nymphomanie, l'hystérie, la catalepsie, les migraines, la mélancolie et l'épilepsie [1].

De nos jours, les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées principalement en Afrique, mais aussi dans des foyers ethniques isolés, notamment en Asie et en Amérique du Sud et centrale. Les MSF s'inscrivent dans un contexte général de violences dont le mariage forcé et le viol font partie.

Les premières mutilations sexuelles féminines observées en France datent des années 70. Le nombre de femmes excisées en France a été estimé en 2004 – à partir des données de l'Insee et d'enquêtes de prévalence menées dans les pays africains – entre 42 000 et 61 000 femmes adultes [2].

L'excision est une pratique réalisée à tout âge, du nourrisson à l'adolescente, même si 9 femmes sur 10 auraient été excisées avant l'âge de 10 ans [3]. Les opératrices sont dites "exciseuses". Les raisons invoquées sont religieuses, esthétiques, superstitieuses, sexuelles ou autres, le tout regroupé sous le terme de "tradition". De nombreux tabous entourent les victimes, les empêchant la plupart du temps de s'exprimer en famille et face aux professionnels de santé.

[Complications de l'excision

1. Médicales

- immédiates : décès par hémorragie, infections, anémies ;
- à moyen ou long terme : douleurs pelviennes ou périnéales (névromes cicatriciels), dyspareunies, hypofertilité, incontinence urinaire, infections urinaires, chéloïdes...

2. Obstétricales

La nature et la gravité des complications obstétricales dépendent du type de MSF :

- MSF de type I et II : déchirures périnéales (notamment antérieures) ;
- MSF de type III : obstacle à la surveillance maternelle et à la progression fœtale dans la filière génitale.

3. Sexologiques

Les conséquences sexuelles sont difficiles à évaluer, car la sexualité reste un sujet tabou [2] : troubles de la libido, douleurs chroniques (névromes cicatriciels), dyspareunies d'intromission, absence de plaisir.

4. Psychologiques

L'excision peut être à l'origine de troubles psychologiques à type de stress post-traumatique, dont les symptômes sont plus ou moins exacerbés selon les patientes et l'âge auquel a été pratiquée la mutilation.

[Approche juridique et préventive

1. À l'étranger

La lutte contre les MSF a débuté sur le continent africain bien avant la prise de conscience occidentale. Selon l'Unicef, une quinzaine de pays africains disposent aujourd'hui de lois réprimant les mutilations sexuelles féminines et autres types de violences faites aux une femmes. Cette pratique reste malgré tout d'actualité puisqu'on estime que, toutes les 15 secondes, une fillette ou une femme est excisée dans le monde. Pour autant, il existe en parallèle une réelle prise de conscience de certains dans les populations concernées. En témoignent les deux lettres reçues d'Afrique, coup sur coup, par une patiente vivant désormais sur le territoire français

REVUES GÉNÉRALES

Prise en charge

SOURCE 27-11-07

Fatou,

Pour cette fois je ne te fais aucune qualification car je suis très déçu de toi, malgré toutes les reproches tu ne réagis pas, je t'informe que ton mari et toi je ne vous considère plus, je vous maudis. Tu n'es pas une femme digne. Je te pardonnerai que lorsque tu auras fait de mes petites filles, des femmes dignes, propre. La circoncision est pour la pureté de la fille. Aujourd'hui les deux premières sont grandes et tu n'as rien fait. J'apprends que tu as encore une autre fille. Et s'assure je ne suis pas contente de toi. Jamais je ne te pardonnerai. Ne m'adresse plus la parole, dis à ton mari que je ne veux plus entendre parler de lui sauf si vous respectez la tradition. Je ne veux plus vous voir, c'est comme si vous n'existiez plus. Adieu car par ta faute le malheur s'en abattra sur ma famille. Je suis aujourd'hui la risée de mon voisinage tu m'as un gros péché sur toi. Tu souffriras toute ta vie car ne compte pas sur moi pour te bénir, tu n'obtiendras plus rien de ma part, j'espère que tu m'as bien compris fille indigne, femme insouciante.

Adieu maudite femme

FIG. 4 : Document diffusé avec l'autorisation de la patiente.

SOURCE 27-11-07

Bonjour ma fille,

Comment, tu vas ma fille, cela fait un bon moment que tu es allée en Europe. Je pense que tous va bien, au niveau de ta santé, aussi que dans ton couple. J'espère que tes enfants vont bien, ton mari aussi.

Quand à moi, la Vieillesse prends le dessus mais j'espère que tous ira bien.

Au fait je t'envoie cette lettre pour te parler d'un problème qui me tient à cœur. Cela fait plusieurs années que ta belle mère, ne fait que tenir des propos de menaces à l'encontre de notre famille. Elle va même loin dans ses propos puisqu'elle a décidé de renier son propre fils et petites filles pour ce que tu rais. J'ai pas voulu agir ni t'influencer dans ta décision mais ma fille réfléchit bien. Tu rais aujourd'hui j'ai beaucoup de regret quand tu m'as annoncé que tu es mal dans ta partie intime, il y'a même ta sœur qui risque sa vie à chaque accouchement. Je me rends compte aujourd'hui du mal que je vous ai fait. Je vous présente mes excuses, le conseil que je peux te donner, c'est qu'il faut que tu profites du fait que tu es en Europe pour te battre pour tes filles pour ne pas faire les mêmes erreurs que moi. J'aimerais si dieu te le permet que tu viennes me voir car tu me manques beaucoup. Je te souhaite beaucoup de courage soit forte pour le bien de tes filles.

Ta maman qui t'aime

FIG. 5 : Document diffusé avec l'autorisation de la patiente.

dans le seul but de protéger ses filles de l'excision : la première de sa belle-mère, encourageant l'excision (fig. 4), et la deuxième de sa propre mère (fig. 5).

2. En France

La France est pionnière dans la condamnation pénale des MSF. Depuis 1979, plus d'une trentaine de procès ont eu lieu à l'encontre des "exciseuses" ou des parents dont certains enfants sont morts sur le territoire français.

● **Le Code pénal** : selon les articles 222-7 à 12 du Code pénal, suite à un signalement au procureur de la République, ce dernier peut poursuivre la personne qui a excisé l'enfant comme

En pratique

Dans quelles situations le professionnel de santé peut-il intervenir au regard de la loi pénale ?

1/ Soit il constate que la patiente est mutilée sexuellement :

- Si la patiente est mineure, il peut porter ces faits à la connaissance des autorités judiciaires, médicales ou administratives.
- Si la patiente est majeure, il peut, avec l'accord de la patiente, révéler les faits et l'orienter vers un centre pluridisciplinaire ou un réseau associatif.

2/ Soit il a connaissance d'un risque imminent de MSF chez une patiente :

- Que la patiente soit mineure ou majeure, il se doit d'intervenir pour un danger imminent.

3/ Soit il a connaissance d'un risque potentiel qui n'est pas imminent :

- Si la patiente est mineure, il peut alerter la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil général (loi du 5 mars 2007).
- Si la patiente est majeure : il l'informe sur les conséquences des MSF et l'oriente, si elle le souhaite, vers un centre pluridisciplinaire ou un réseau associatif.

Qui doit-on alerter ?

- Si la patiente est majeure : le procureur de la République du tribunal de grande instance (TGI) du ressort du domicile de la patiente.
- Si la patiente est mineure : le procureur de la République du TGI et la CRIP du conseil général ou le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) selon le degré d'urgence.

auteur de la mutilation et les parents de l'enfant comme complices de l'acte, au titre de violences contre les personnes en matière criminelle (depuis 1983) ou délictuelle. Les circonstances aggravantes permettent de tenir compte de l'âge de la victime (mineure de moins de 15 ans) et de la qualité de l'auteur (ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou toute autre personne ayant autorité). Trois nouveaux articles ont été introduits par la loi du 4 avril 2006 et ont pour vocation de rendre plus effective la répression de ces pratiques sur les mineures. Enfin, l'article 226-14 du Code pénal autorise la levée du secret médical en cas de MSF : le professionnel qui signale des MSF ne peut faire l'objet d'aucune poursuite pénale ni de sanction devant le conseil de l'Ordre.

• Les associations actives

Parallèlement aux dispositifs juridiques français, se développent des associations nationales : le GAMS (Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles), le CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles), le MFPP (Mouvement français pour le planning familial) et Gynécologie sans frontières (GSF).

• Le gouvernement français

En 2006, la France a fait de la lutte contre les MSF une priorité. Un plan national d'action pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines a été intégré au plan national "Violence et santé" par l'ex-ministre de la Santé, Xavier Bertrand. En 2010, le Premier

ministre François Fillon avait décerné le label "Grande cause nationale" à des organismes à but non lucratif afin de lutter contre les violences faites aux femmes. L'Assemblée nationale avait également voté, à la quasi-unanimité, la loi du 9 juillet 2010 "relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants". Cette lutte contre les MSF a été réaffirmée dans le troisième plan global triennal de lutte contre les violences faites aux femmes (2011-2013).

La prise en charge des femmes victimes de MSF

Le rôle des professionnels de santé est tout d'abord de prévenir et dépister les MSF. Il est indispensable d'ouvrir le dialogue avec une femme excisée. Il s'agira ensuite d'accompagner et orienter la patiente afin de lui proposer une prise en charge adaptée, si nécessaire.

1. Dépistage

Lors d'une consultation, le professionnel de santé peut être amené à découvrir une MSF, soit parce que la patiente se plaint d'un symptôme, soit le plus souvent de manière fortuite. Le praticien réalisera alors un examen clinique minutieux qui permettra d'identifier la nature de la MSF selon la classification de l'OMS.

Il est important de ne pas éluder ni banaliser le diagnostic, ce qui pourrait

être interprété comme de l'indifférence. L'annonce de la mutilation est délicate, mais l'échange autour de l'excision sera l'occasion pour la patiente d'exprimer une demande de prise en charge ou, au contraire, d'affirmer son "bien-être" malgré l'excision.

2. Orientation vers des centres de prise en charge

Aujourd'hui, il existe sur le territoire national deux types d'établissements proposant une prise en charge des MSF : les centres pluridisciplinaires et les sites proposant une réparation exclusivement chirurgicale.

• La chirurgie "réparatrice"

La mise au point de la chirurgie réparatrice, remboursée par l'Assurance maladie depuis 2004, constitue une avancée thérapeutique significative.

>>> **La technique :** la technique chirurgicale de "désenfouissement et transposition du clitoris" a été mise au point il y a plus de 25 ans par des médecins africains, puis importée en France par le Dr Foldès il y a plus de 10 ans. Le clitoris intact mesure environ une dizaine de centimètres. Sa plus grande partie n'est pas visible. C'est seulement la portion externe du clitoris qui est coupée lors de l'excision. La chirurgie consiste à reprendre la cicatrice de la mutilation et à libérer le moignon clitoridien restant. Celui-ci est transposé en position anatomique.

>>> **Évaluation de la chirurgie :** dans certaines situations, une intervention chirurgicale est indiquée pour des raisons strictement médicales (dysurie, fermeture vulvaire, hémocolpos...). En dehors de ce contexte, l'acte chirurgical est adapté aux doléances de la patiente (chirurgie d'ouverture de l'introït, transposition clitoridienne...). De nombreuses études ont évalué le bénéfice de la chirurgie pour ces femmes. Selon

REVUES GÉNÉRALES

Prise en charge

Foldès, sur la base de 2 938 patientes opérées, la chirurgie "réparatrice" seule semble diminuer les douleurs et restaurer le plaisir [4]. Selon Ouédraogo *et al.*, à propos de 94 patientes opérées [5] dont la doléance principale était le dysfonctionnement sexuel, il existait à 6 mois une nette amélioration de la sexualité. Les auteurs évoquent cependant la nature multifactorielle de l'épanouissement sexuel.

• La prise en charge pluridisciplinaire

Dans la littérature, seuls les docteurs Ndiaye-Antonetti et Merckelbagh défendent la prise en charge pluridisciplinaire de ces femmes (psychologue, sexologue et chirurgien). Pourtant, l'ensemble des traumatismes évoqués plus haut requiert une prise en charge globale, et non uniquement physique. La première [6] publiait en 2015 une série de 270 femmes : "L'importance de la dimension psycho-traumatique et relationnelle (conjugale, familiale) dans les problématiques présentées par les patientes indique que la réparation de l'excision ne peut être apportée par la seule chirurgie et nécessite un accompagnement médical, psychologique et sexologique."

En 2015, Merckelbagh [7] reprend une série de 169 patientes, dont 61 (36 %) ont été opérées : elle montre que la chirurgie réparatrice, si elle est parfois nécessaire, n'est pas suffisante à elle seule. En effet, 108 patientes (64 %) de sa série ont renoncé librement à l'intervention après un accompagnement médico-psy-

cho-sexuel qu'elles ont jugé satisfaisant et suffisant.

Conclusion

La lutte contre les mutilations sexuelles féminines reste d'actualité, à l'étranger comme en France. Les professionnels confrontés à l'excision doivent pouvoir réagir de façon adaptée, au regard de la loi comme de la santé. Une information correcte de ces derniers, des patientes, et de leurs conjoints, permettrait de continuer à faire reculer ces pratiques. Les femmes excisées peuvent bénéficier d'une prise en charge qui se doit d'être pluridisciplinaire, dans des centres spécialisés.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAKER-BROWN I. On the curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy and hysteria in females. London, 1866.

2. ANDRO A, LESCLINGAND M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. *Population & Sociétés*, 2007, n°438.
3. ANDRO A, LESCLINGAND M *et al.* Rapport final de l'enquête « Excision et Handicap (ExH) » de l'INED. 2007-2009.
4. FOLDES P, CUZIN B, ANDRO A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*, 2012;380:134-141.
5. OUÉDRAOGO CM, MADZOU S, TOURÉ B *et al.* Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. Report of 94 cases. *Ann Chir Plast Esthet*, 2013;58:208-215.
6. ANTONETTI NDIAYE E, FALL S, BELTRAN L. Benefits of multidisciplinary care for excised women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015; 44:862-869.
7. MERCKELBAGH H, NICOLAS MN, PIKETTY M *et al.* Assessment of a multidisciplinary care for 169 excised women with an initial reconstructive surgery project. *Gynecol Obstet Fertil*, 2015;43:633-639.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

POINTS FORTS

- ➞ L'excision continue d'être pratiquée dans certains pays, parfois même sur notre territoire.
- ➞ Elle est sévèrement punie par la loi française. Le médecin ou la sage-femme, affranchis exceptionnellement du secret médical, ont un devoir de signalement des mineures excisées et de protection des fillettes qu'ils estiment être en danger.
- ➞ La prise en charge des femmes excisées se doit d'être pluridisciplinaire : médicale, psychologique, sexologique, voire chirurgicale.