

Mutilations sexuelles féminines : que faut-il réparer ?

RÉSUMÉ : Les patientes victimes de mutilations féminines peuvent présenter des séquelles gynécologiques, une altération de leur fonction sexuelle et des troubles psychologiques liés à leur parcours de vie.

Dépister ces patientes ouvre un espace de dialogue qui permet d'identifier les troubles et de préciser les besoins. Il faut alors orienter les femmes qui le souhaitent vers un centre de prise en charge pluridisciplinaire afin que l'ensemble des problématiques puisse trouver une réponse adaptée.

La prise en charge que nous offrons est globale et s'appuie, selon les besoins identifiés, sur une réhabilitation symbolique et physiologique de la fonction clitoridienne, un accompagnement sexologique et une prise en charge du psychotrauma. Dans ce contexte, la chirurgie de réparation de l'excision donne de bons résultats, tant anatomiques que fonctionnels.



→ S. BOUNAN¹, A. SÉVÈNE²,
S. EDWARDS³

¹ Gynécologue-Obstétricien,

² Sexologue,

³ Psychologue

Unité de prise en charge des
mutilations sexuelles féminines,
Centre hospitalier de SAINT DENIS.

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines (MSF) comme l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et/ou tout geste pratiqué sur les organes génitaux féminins pour des motifs culturels ou tout autre motif non thérapeutique. Cette pratique viole les droits humains fondamentaux des filles et des femmes, les prive du droit à une sexualité harmonieuse et à une vie reproductive dénuée de complications et, dans le pire des cas, de la vie. On estime à 130 millions le nombre de femmes excisées dans le monde. Environ 5 % de ces femmes vivent en Europe. En France, on estime à 50 000 le nombre de femmes excisées [1]. Le dépistage de ces patientes est sous-évalué [2], ce qui réduit les chances de les informer et les orienter vers un centre de prise en charge pluridisciplinaire.

Quels sont les motifs qui peuvent amener ces femmes à consulter ?

Les motifs de consultations sont variés et témoignent de la diversité des

plaintes et des besoins ressentis par les patientes. Ils peuvent être isolés mais sont en général multiples et intriqués, rendant nécessaires plusieurs consultations avec différents intervenants avant de pouvoir identifier correctement les besoins et attentes.

1. Plaintes d'origine sexologique

La demande peut être liée à l'apparence de leur sexe avec un sentiment de stigmatisation et une honte d'avoir un corps mutilé. Ces complexes naissent de la sensation d'être différente dans une société où la mutilation sexuelle n'est pas la norme, différence exacerbée si les membres du couple appartiennent à des cultures différentes. La plainte peut être en rapport avec la notion de performance sexuelle, et le besoin de donner et de recevoir du plaisir est souvent mentionné.

Il est établi que la fonction sexuelle des patientes mutilées est altérée par rapport aux patientes non mutilées en termes d'excitation, de lubrification, de plaisir, d'orgasme et de satisfaction globale [3]. Les douleurs vulvaires

REVUES GÉNÉRALES

Gynécologie

chroniques et les dyspareunies parfois présentes contribuent aux difficultés sexuelles. Enfin, ces patientes mettent volontiers en avant la notion de citoyenneté sexuelle qui est définie comme un statut qui reconnaît l'identité sexuelle des personnes et leurs droits à une vie sexuelle de qualité. Certaines voient la réparation comme une étape sur le chemin de l'intégration, l'adhésion à un discours dominant qui peut se traduire par une ouverture de leur réseau sexuel à un partenaire qui n'est pas issu d'un pays où ces pratiques ont cours.

2. Plaintes d'origine psychologique

Ce type de demande est fortement lié aux parcours de vie des patientes. Les troubles psychologiques sont à relier à l'histoire propre de chacune de ces femmes. Il y a celles nées en France ayant été excisées lors d'un voyage dans le pays d'origine de leurs parents, et qui ont parfois un ressentiment et une sensation de trahison de la part de leur famille qui ne les a pas protégées. D'autres ont été excisées tardivement et ont un souvenir précis de la douleur et de la violence de la mutilation, elles souffrent alors d'un syndrome post-traumatique qui retentit sur leur vie quotidienne. Enfin, certaines sont dans le cadre d'une immigration de fuite et ont subi les violences de la guerre, un mariage forcé, des viols ou des tortures. Chez elles, l'excision n'est qu'une violence parmi d'autres dans leur vie tourmentée.

3. Plaintes d'origine identitaire

On regroupe par ce terme les demandes non liées à une plainte somatique ou sexologique mais à la revendication d'avoir un corps "normal". Il s'agit d'une demande de réparation du préjudice dont elles ont été victimes. Ces demandes concernent souvent des patientes nées en France et qui découvrent qu'elles ont été mutilées tardivement. Ainsi, l'annonce par

un soignant, à l'occasion d'un examen gynécologique ou lors d'un suivi de grossesse, de l'identification de séquelles d'excision, est un véritable choc. La levée des tabous intrafamiliaux que va engendrer cette révélation peut mettre la patiente dans un état de fragilité qui nécessite un accompagnement. La sensation d'avoir été trompée et d'être victime d'une atrocité dont elle se croyait protégée nécessite une information médicale précise et une prise en charge psychologique systématique. Elle peut déboucher parfois sur une demande de réparation chirurgicale.

Quels sont les moyens thérapeutiques dont nous disposons ?

1. La transposition chirurgicale du clitoris

Le but de cette chirurgie est de restaurer la fonction et l'anatomie clitoridiennes. La technique opératoire a été élaborée par P. Foldes [4]. Elle est, grâce à son engagement, prise en charge par la Sécurité sociale depuis 2004.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La première étape consiste à retirer la peau cicatricielle en regard du moignon clitoridien. Le clitoris est alors tracté en sectionnant le ligament suspenseur du clitoris qui le relie à l'os pubien. La fibrose périlclitoridienne est soigneusement disséquée.

Durant toutes ces étapes, l'opérateur préserve les pédicules vasculonerveux situés sur la face dorsale du clitoris. Afin d'éviter sa rétraction, le néogland est fixé par un surjet entre les résidus de fibrose périlclitoridienne et la jonction cutanéomuqueuse susméatique. La face dorsale du clitoris est amarée par un point placé entre les tissus sous-cutanés à droite et à gauche. L'intervention se termine par une

injection de ropivacaïne 7,5 mg/mL dans les espaces de dissection et par la fermeture cutanée au-dessus du néogland.

À Saint-Denis, les patientes sont admises le matin de l'intervention et sortent le lendemain avec un traitement antalgique de palier 1, des soins locaux antiseptiques et un arrêt de travail d'une semaine. La surveillance post-opératoire consiste en une consultation à 3 semaines, 6 semaines puis à 6 mois (*fig. 1 à 4*), et permet l'évaluation des résultats esthétiques et fonctionnels. Les résultats définitifs sont obtenus après une période pouvant aller jusqu'à 2 ans.

Les études évaluant la technique retrouvent des taux de complications faibles (hématomes et lâchage de suture principalement). Il s'agit d'une technique reproductible et peu morbide. Au centre hospitalier de Saint-Denis, sur 55 patientes opérées entre juillet 2013 et décembre 2014, 34 ont pu être interrogées à distance de l'acte. Les résultats montrent une amélioration pour 80 % à 95 % d'entre elles en ce qui concerne l'aspect esthétique, la douleur, la lubrification, le désir et le plaisir. Ces résultats sont en concordance avec les deux études publiées sur le sujet [5].

Les biais liés à ce genre d'étude sont l'absence de groupe témoin, le nombre de perdues de vue et l'absence d'évaluation de la prise en charge psychosexuelle [6]. En effet, toutes les études, y compris la nôtre, mentionnent une prise en charge psychologique et/ou sexologique concomitante à la chirurgie. Certaines équipes ont choisi de mettre l'accompagnement "psychosexologique" au premier plan en opérant une minorité de patientes excisées [7]. La part relative de l'efficacité liée à la chirurgie et celle liée à l'accompagnement psychologique et sexologique reste donc à être précisée.



FIG. 1 : Mutilation sexuelle féminine de type 2 avant intervention.



FIG. 2 : J7 après transposition du clitoris.



FIG. 3 : 3 mois après l'intervention.



FIG. 4 : 1 an après l'intervention.

2. La prise en charge psychologique

Lorsqu'elles se présentent à la consultation avec le psychologue, la majorité des femmes ne manifeste presque rien des sentiments qu'elles ont livré aux médecins. L'entretien est assez neutre, et elles n'expriment aucune demande d'un suivi psychologique. Elles témoignent d'un vif désir d'être opérées avec la conviction que cette reconstruction est nécessaire pour elles, et évoquent le plus souvent l'envie d'être une femme à part entière ainsi que le désir de vivre une sexualité plus harmonieuse. Les femmes qui ont été excisées plus tardivement ont gardé des souvenirs précis de cet épisode dramatique de leur vie.

Chacune a son histoire propre, mais nous retrouvons dans leurs récits les mêmes événements : celles, élevées en France, parties au pays pendant les vacances et qui ont été excisées par les anciennes du village, ou encore celles qui ont fui leur pays après l'excision pour échapper à un mariage forcé. Ces dernières évoquent souvent un parcours ponctué d'expériences de violences et de barbaries extrêmes : mariages forcés, viols, tortures, assassinats de proches dans le cas des pays en guerre, etc. L'excision est alors une violence supplémentaire dans l'existence fracturée de ces femmes. Cet acte barbare, effrayant, vient alors troubler le sentiment de continuité d'exister.

C'est pourquoi raconter son histoire, pouvoir intégrer l'événement dramatique, souvent impensable, dans le fil de la vie constitue un des axes majeurs du travail que nous leur proposons. Dans les cas d'excision, les patientes décrivent souvent un état de passivité, de chosification, les femmes de leur entourage les ayant abandonnées entre les mains de leurs bourreaux : elles vivent alors une expérience de détresse absolue. Le cadre régulier des rencontres avec les psychologues permet également à ces femmes de faire l'expérience d'un espace sécurisant et bienveillant où elles peuvent se dire et se raconter sans tabou. Ces expériences liées au travail analytique restaurent un lien à l'Autre, et leur permettent d'entrer en relation différemment.

3. La prise en charge sexuelle

Le but de la consultation sexuelle est d'évaluer les motivations de la demande de consultation (prise en charge de la sexualité ou réparation chirurgicale). Il est nécessaire d'analyser la demande sexuelle par l'histoire de la patiente (souvenirs de l'excision, représentations liées à l'excision, traumatismes antérieurs) tout en évaluant la sexualité antérieure (désir, excitation sexuelle, lubrification, plaisir ou douleurs, orgasme, satisfaction sexuelle). Cette consultation doit aussi apprécier l'entente conjugale (mariage forcé, conflit conjugal) et les habiletés sexuelles du couple. Le sexologue doit faire le point sur les connaissances que les patientes ont de leur corps et de leur fonctionnement. Il a aussi un rôle d'information en brisant les idées erronées sur la sexualité (le plaisir sexuel dépend de la présence du clitoris, la chirurgie est synonyme d'une sexualité épanouie et parfaite, les non excisées ont une sexualité épanouie et parfaite, etc.). En préopératoire, le sexologue informe sur les résultats à attendre d'une éventuelle reconstruction chirurgicale. Enfin, il planifie avec la patiente

REVUES GÉNÉRALES

Gynécologie

POINTS FORTS

- ➔ En France, on estime à 50 000 le nombre de femmes excisées.
- ➔ Le dépistage de ces patientes doit permettre de les informer et de les adresser, si besoin, vers un centre de prise en charge adapté pluridisciplinaire.
- ➔ La réparation chirurgicale des mutilations sexuelles féminines offre de bons résultats anatomiques et fonctionnels.
- ➔ Les plaintes de ces patientes sont complexes et nécessitent une réponse globale gynécologique, psychologique et sexologique.

et son partenaire le suivi sexologique en cas de demande, avec ou sans réparation chirurgicale.

Quel chemin clinique proposons-nous aux victimes d'une mutilation sexuelle ?

Quel que soit le mode d'entrée de la patiente dans le circuit, elle doit bénéficier de l'expertise d'une équipe multidisciplinaire. La consultation avec un gynécologue est l'occasion d'évoquer le parcours de vie de la patiente, et de faire le point sur ses demandes et attentes. L'examen clinique permet le bilan lésionnel de la mutilation, voire parfois une remise

en cause du diagnostic de mutilation. La patiente est ensuite orientée vers la psychologue et le sexologue. Les ressources associatives avec par exemple le GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) ou les groupes de paroles se révèlent être d'une grande aide pour certaines patientes (fig. 5). À l'issue de ces entretiens, une réunion multidisciplinaire permet de faire la synthèse des problématiques et de proposer à la patiente un projet de soins personnalisé.

Conclusion

La réparation chirurgicale des mutilations sexuelles féminines offre de bons

résultats anatomiques et fonctionnels. Elle ne doit pas être proposée comme une réponse immédiate, nécessaire et suffisante.

Le geste ne doit pas être planifié de manière prématurée et systématique, mais pourra jouer un rôle symbolique majeur au-delà de la restitution d'une anatomie et d'une fonction clitoridienne. Il doit alors s'inscrire au sein d'une prise en charge globale de la femme mutilée dont l'objectif est d'obtenir une réhabilitation symbolique et physiologique.

La réhabilitation sexuelle se fera par la réappropriation de leur corps, qu'il soit réparé chirurgicalement ou pas, avec le soutien d'une prise en charge sexologique. La réhabilitation psychosociale repose, quant à elle, sur la libération de la parole et la restauration de l'estime de soi.

Bibliographie

1. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change; 2013.
2. ABDULCADIR J *et al.* Missed opportunities for diagnosis of female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet*, 2014;125:256-260.
3. ALSIBIANI SA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril*, 2010;93:722-724.
4. FOLDÈS P. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*, 2012;380:90-92.
5. OUÉDRAOGO CM *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. ABDULCADIR J *et al.* A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet*, 2015;129: 93-97.
7. ANTONETTI NDIAYE E *et al.* Benefits of multidisciplinary care for excised women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2015 Feb 23. pii: S0368-2315(15)00035-6. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.01.008. [Epub ahead of print]

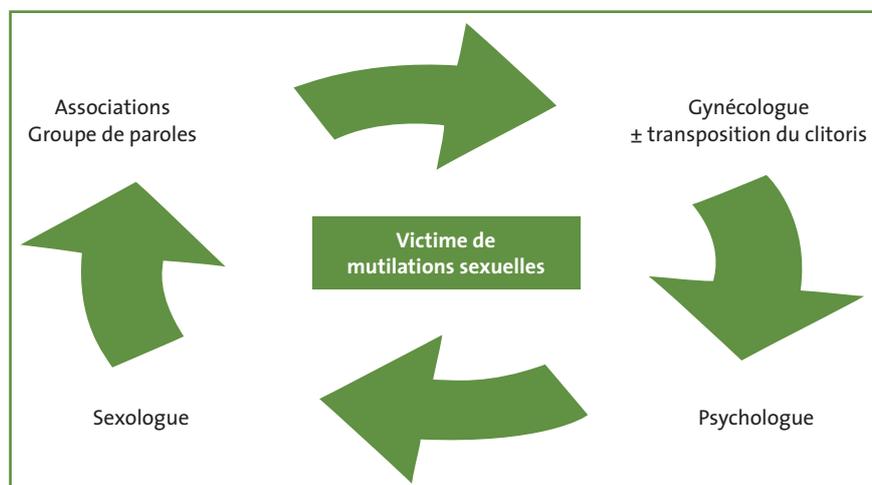


FIG. 5 : Chemin clinique de la patiente victime d'une mutilation sexuelle.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.