

L'accès aux services de soins pour les survivantes de MGF





Dr Jasmine Abdulcadir
Gynécologue
obstétricienne

1. Introduction

Le 02 décembre 2022 s'est tenue un webinaire de formation médicale du personnel hospitalier sur la désinfibulation organisé par la CoP MGF. La CoP MGF a invité le Dre Jasmine Abdulcadir, Gynécologue obstétricienne, spécialiste de la question, afin de partager son expertise et ses recommandations aux participants et participantes. Cette formation s'articulait autour d'une présentation de la désinfibulation d'un point de vue médico-chirurgical mais également psychologique à prendre en compte dans la prise en charge de la patiente qui souhaite recourir à une désinfibulation. L'ensemble des recommandations sont soutenues par l'OMS (2016, 2018), qui prévoit de renouveler ses guidelines l'année prochaine.

Ce webinaire s'adressait aux professionnel.le.s de la santé (gynécologues, médecins généralistes, médecins en formation, sages-femmes, étudiantes sages-femmes...), susceptibles d'accompagner les filles et femmes concernées par les mutilations génitales féminines, plus particulièrement de type III - à savoir l'infibulation.

Avant de procéder au rapport détaillé du webinaire, une présentation de notre intervenant s'impose. Le Dre Jasmine Abdulcadir est une gynécologue-obstétricienne exerçant en Suisse; en 2010, à Genève, elle inaugure les premières consultations destinées aux femmes et filles concernées par les mutilations génitales féminines (MGF). L'opération des femmes infibulées en ayant recours à la technique de la désinfibulation figure parmi les services qui y sont proposés. Ces consultations accueillent entre 20 à 30 femmes par mois soit, environ 300 patientes par an, la majorité d'entre elles souffrant de MGF de type III et provenant d'Afrique de l'Est.

2. Pourquoi faire un webinar médical sur la désinfibulation?

L'infibulation peut entraîner des complications physiques ou psychiques chez la femme infibulée. Infections, douleurs, difficultés lors de l'accouchement font partie des conséquences les plus courantes de cette pratique.

D'une part on note que depuis l'année dernière, les membres de la COP ont partagé un certain nombre de constats et de besoins entre autres : la difficulté de trouver des médecins qui font la désinfibulation pour un type III (infibulation) en Guinée ou au Sénégal..., le refus dans certains cas par des professionnel.le.s du secteur médical de procéder à une désinfibulation, la difficulté de trouver des services offrant une prise en charge aux survivantes de MGF, souffrant des conséquences sociales et psychologiques en Guinée Conakry, Mali, Burkina Faso,... , La difficulté de trouver des services de soins gratuits pour les survivantes de MGF. Même lorsqu'il y a la possibilité de payer les consultations.

De plus, les mutilations génitales féminines (MGF) ont de multiples conséquences néfastes sur les jeunes filles et femmes concernées par les MGF. Par ailleurs, les MGF impliquent une grande violence et engendrent chez les femmes des traumatismes importants à ne pas négliger. C'est pour cela qu'il est nécessaire de s'interroger sur le vécu de ces femmes et sur la manière de les prendre en soins ainsi qu'à leur culture et de comprendre comment conjuguer avec dans leur prise en soins.

D'autre part, la désinfibulation est une intervention recommandée pour réduire les complications obstétricales et les infections urinaires récurrentes (OMS 2018 - Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines). Si elle est relativement simple et rapide d'un point de vue chirurgical, elle peut provoquer de grands changements pour la femme concernée : peur, changements au niveau du corps, stigmatisation par la communauté, ...

De plus, des signalements de cas de dépression post-désinfibulation, de sensation d'avoir été violée, d'absence de consentement éclairé (pas de traduction dans la langue de la patiente) ont été constatés en Belgique par exemple mais aussi dans plusieurs autres pays.

3. Posture du.de la professionnel.le de santé

Le DRe Abdulcadir à commencer cette formation par un préalable sur l'importance d'un accompagnement global des patientes infibulées. Il est, en effet, central puisque les changements engendrés par l'opération sont majeurs pour ces dernières: aspect physique (visibilité de la muqueuse de la vulve), jet urinaire plus fort (vs. Miction "en pluie"), pertes vaginales plus abondantes, modification de l'activité sexuelle, remise en question de croyances culturelles (ex: jet urinaire puissant associé à la masculinité et à la vulgarité pour la femme)... La simple action d'uriner après la désinfibulation peut provoquer des crises d'angoisse en raison d'une réactivation du traumatisme lié à l'acte mutilant; en effet, de nombreuses femmes mutilées souffrent de syndrome de stress post-traumatique. Bien que rare, cette situation a fait l'objet d'une étude de cas par le Dre Abdulcadir.

De cette manière, le soignant doit aussi être informé sur les mythes culturels associés aux MGF. Parmi les croyances relatives à l'infibulation, nous retrouvons par exemple : la conviction que le bébé peut tomber du vagin si la vulve n'est pas fermée, faire pipi trop vite ou trop fort est vulgaire pour la femme et associé à la masculinité, un vagin non suturé est trop large et constitue une porte d'entrée aux maladies, l'infibulation garantit la virginité prémaritale et un mariage prospère (même d'un point de vue économique), la réinfibulation restaurerait la virginité (notamment après un viol)... En outre, certaines femmes sont réticentes à l'intervention en raison du poids culturel stigmatisant : en effet, les femmes désireuses de se faire désinfibuler sont assimilées à des prostituées et à des femmes aux mœurs légères.

Pour rappel, la désinfibulation figure parmi les recommandations de l'OMS relatives aux MGF. Selon les guides de bonnes pratiques, il est primordial d'informer les femmes sur les détails de l'intervention en période préopératoire, que ce soit en termes de la technique, des changements qui lui sont liés, de conduites à tenir en post-opératoire... Certains cas de dépression post-désinfibulation ont été signalés, notamment en Belgique, en raison d'une démarche de soins incomplète en effet, le consentement éclairé des femmes était manquant. Le consentement éclairé des patientes est donc indispensable à une bonne prise en charge.

Vidéo désinfibulation: un outil recommandé aux professionnel.le.s de santé pour accompagner les femmes qui souhaitent recourir à une désinfibulation

Bonne pratique identifiée par l'OMS (2018)



Bonne pratique 1 : Des informations préopératoires adaptées doivent être communiquées aux filles et femmes qui veulent subir une désinfibulation

Les données sur les valeurs et les préférences des femmes ayant subi une désinfibulation indiquent que certaines peuvent ressentir au début une certaine gêne quant à l'apparence postopératoire des lèvres désinfibulées (32). Par conséquent, en plus d'obtenir le consentement préopératoire, au moment de conseiller les femmes avec des antécédents de MGF, le personnel soignant, lors d'une réunion préopératoire, devrait toujours communiquer des informations équilibrées et non biaisées sur les avantages escomptés et les risques potentiels associés à une intervention. Dans le contexte de la désinfibulation, cette réunion devrait être l'occasion de donner des informations sur les changements anatomiques et physiologiques auxquels on peut s'attendre après une désinfibulation (c'est-à-dire miction plus rapide, augmentation des pertes vaginales).

L'OMS recommande cette bonne pratique aux professionnel.le.s concerné.e.s : organiser une réunion préopératoire afin d'en discuter avec la femme excisée. Souvent, la barrière de la langue augmente le risque que la femme ne puisse pas donner son consentement éclairé et/ou qu'elle ne comprenne pas ce qui va être fait.

La désinfibulation est une opération qui permet de réduire ces problèmes de santé. Afin d'aider le personnel soignant à informer les femmes concernées, le SPF Santé publique en collaboration avec le GAMS Belgique et l'ULB a réalisé une vidéo qui explique pourquoi se faire désinfibuler, quand le faire, comment ça se déroule, quels sont les soins post-opératoires et quels sont les changements auxquels il faut s'attendre au niveau du corps.



La vidéo est disponible en 9 langues : **Français, Néerlandais, Anglais, Arabe, Tigrynia, Amharic, Fula, Somali et Afar**. Elle a été réalisée en co-construction avec les femmes concernées et les intervenants de santé.

Combattre l'excision, c'est aussi en parler. Cette vidéo ouvre la voie de la sensibilisation. Grâce à cette vidéo, nous espérons d'une part, réduire l'anxiété des femmes en améliorant leur compréhension de l'intervention, en réduisant les complications post-opératoires et en obtenant leur adhésion au traitement. D'autre part, nous offrons un outil de qualité à destination du personnel soignant responsable de la prise en charge des mutilations génitales féminines (MGF).

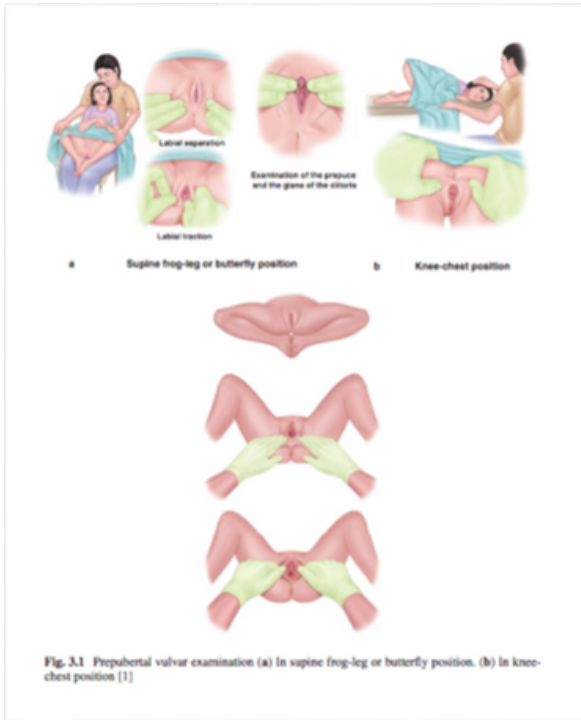
Nous encourageons vivement les gynécologues, sages-femmes, ... à utiliser cette vidéo pendant la consultation avec la patiente. Pour expliquer la procédure aux patientes, l'intervenante préconise l'utilisation de dessins. L'illustration permet de rendre accessible des propos compliqués pour un public non-savant; elle peut aussi aider dans les cas de barrière linguistique. Dr Abdulcadir rajoute que l'inclusion du mari dans la prise en charge est primordiale car il s'agit souvent d'un sujet peu ou non discuté dans le couple. Il a également été prouvé que le mari constituait une ressource positive dans le recours à la désinfibulation.

4. L'examen de la vulve

Dans toute prise en charge gynécologique ou obstétricale, l'examen de la vulve entrepris par le/la soignant.e est fondamental. Il doit systématiquement figurer dans son plan de soin, particulièrement lorsqu'il/elle reçoit des patientes originaires d'un pays concerné par les MGF et lors d'une première consultation.

Reconnaitre les différents types de mutilations, notamment lorsque la patiente est pré-pubère ou adolescente, est une des compétences du/de la professionnel.le afin de pouvoir poser un bon diagnostic. Effectivement, l'aspect de la vulve peut varier en fonction de l'âge, de la couleur de peau, des affections dermatologiques éventuelles, de l'activité sexuelle, du statut obstétrical (pré/post-partum)... Le clitoris et son capuchon peuvent avoir une anatomie diversifiée, tandis que les petites lèvres sont particulièrement petites chez les petites filles en raison de l'absence d'oestrogénisation. Un phimosis du clitoris peut également exister lorsque la vulve n'est pas oestrogenisée. En outre, en raison de ce déficit physiologique lors de l'enfance, l'adhésion spontanée ou synéchie des petites lèvres peut avoir l'apparence d'une mutilation. Le traitement de cette condition consiste en la simple application d'un gel oestrogénique. Ainsi, le diagnostic différentiel des MGF peut être la synéchie des petites lèvres ou encore le lichen scléreux. Pour aller plus loin, la publication du Dr Abdulcadir à propos des MGF chez les petites filles et les adolescentes est à consulter; cette étude est disponible en ligne en accès libre.

L'examen de la vulve de la petite fille se réalise selon une certaine méthode, où l'angle d'ouverture des jambes doit être élargi; ci-dessous, se trouve une illustration issue de l'ouvrage précité (Abdulcadir, Sachs Guedj, & Yaron, 2022).



Par ailleurs, les femmes enceintes sont sujettes à l'hypervascularisation qui peut modifier l'aspect de la vulve. Enfin, le même type de mutilation (notamment le type III) peut aussi connaître des changements en fonction de l'ethnie, du moment de la mutilation, de la méthode utilisée, ...Par exemple, le clitoris n'est pas toujours excisé et les lèvres internes peuvent aussi rester intactes. A l'autre extrême, la double infibulation (suture des lèvres internes puis des lèvres externes), certes plus rare et non décrite dans la classification de l'OMS, est pratiquée en Éthiopie.

Pour clore ce point, le Dre Abdulcadir insiste sur l'importance de la connaissance de l'anatomie vulvaire, particulièrement du clitoris. Il s'agit d'un gland typique, riche en récepteurs sensitifs (Krause-Finger), impossible à reproduire à l'identique s'il a été excisé. Le clitoris interne, quant à lui, conserve ses propriétés sensibles. La transparence avec les patientes, concernées par l'excision du clitoris externe, est de mise lors des consultations. Notons que l'information circulante sur les réseaux sociaux, selon laquelle le clitoris aurait 8.000 terminaisons nerveuses, provient d'une étude menée sur la vache! Le Dre Abdulcadir évoque le nombre de 10.280 concernant la femme. Enfin, en cas d'intervention sur la vulve, le nerf dorsal du clitoris ne doit pas être touché.

5. Avantages de la désinfibulation

Parmi les conséquences de l'infibulation, on retrouve le trauma obstétrical, la dyspareunie et la miction "en pluie" (jet urinaire faible, en "gouttes"). La désinfibulation peut remédier à ces problématiques. En effet, elle a été associée à une diminution des complications psycho-sexuelles, uro-gynécologiques et obstétricales (à l'exception du saignement, des épisiotomies et des déchirures où les risques sont toujours existants). Enfin, la désinfibulation permet l'examen gynéco-obstétrical par les soignants, notamment pour la prévention des dysplasies cervicales.

Néanmoins, deux études récentes ont recensé un risque élevé d'épisiotomie et/ou de déchirures périnéales graves (D3 et D4) lors de l'accouchement. La première, basée au Soudan, a rapporté un taux d'épisiotomie supérieure de 60 à 70% ainsi qu'une augmentation des risques de déchirures graves. Le Dre Abdulcadir demeure prudente quant à l'interprétation de ces résultats; effectivement, elle souligne la part non négligeable de multipares dans l'échantillon étudié, ce qui signifie qu'elles ont été réinfibulées après chaque accouchement.

La seconde étude est une étude rétrospective norvégienne; cette dernière signale que la désinfibulation au deuxième trimestre est associée à un risque de déchirures des sphincters. Les détails sur les modalités de la désinfibulation ne sont pas communiqués; il faut noter que certaines désinfibulations sont réalisées uniquement pour permettre la pénétration, consistant donc à une ouverture qui se limite au vagin. Ce type de désinfibulation ne répond pas aux exigences de bonnes pratiques. En outre, les MGF sont globalement associées à plus de risques de déchirures du troisième degré et sus-urétrales.

6. Comment se déroule la désinfibulation ?

La désinfibulation est une intervention chirurgicale techniquement simple, d'une durée de 5 à 10 minutes, bien qu'elle provoque des changements complexes pour la femme (d'où l'importance précitée de l'accompagnement global). Elle peut se dérouler soit sous anesthésie locale (ex: Lidocaine 1%), loco-régionale (rachianesthésie ou péridurale) ou générale (ventilation au masque laryngé, sans intubation) si la femme n'est pas enceinte. Le type d'anesthésie est décidé en collaboration avec la patiente. Cependant, le profil de la patiente peut orienter le professionnel: si la patiente souffre de conséquences psychologiques dues à l'épisode des MGF, le choix de la narcose est pertinent (en dehors de la grossesse).

En post-opératoire, des traitements antalgiques sont administrés, comme la pommade Emla appliquée deux heures après l'intervention. La prévention de la douleur est d'une importance capitale car cette dernière peut réactiver des traumatismes divers liés à l'excision, au viol, à l'histoire obstétricale,...

L'opération peut avoir lieu à tout moment de la vie de la femme et la patiente choisit les modalités de l'intervention: elle limite l'ouverture de sa cicatrice (ex: jusqu'au méat ou jusqu'au clitoris) et décide si elle désire une reconstruction du clitoris et/ou de son capuchon. Dans tous les cas, son choix doit être respecté.

Au niveau de la technique, la première chose à faire est de palper le clitoris au travers du pont d'infibulation (c'est-à-dire la cicatrice). Situer le méat urinaire est l'étape suivante, notamment pour vérifier s'il y a des adhérences en-dessous du pont, causées par les désinfibulations/réinfibulations répétées entre les accouchements. Elle conseille aussi de faire passer une sonde IN/OUT pour s'assurer de l'emplacement correct du méat. Une fois les repères situés, l'ouverture du pont d'infibulation peut se faire, soit aux ciseaux soit au bistouri froid; toutefois, les ciseaux sont à privilégier. L'incision est médiane afin d'éviter l'asymétrie des lèvres externes. Leur reconstruction est suturée par des points séparés ou du surjet, avec du fil à résorption rapide (Vycril 3.0) puisque les tissus concernés guérissent rapidement. La gynécologue met en évidence l'importance d'ouvrir la vulve, au minimum, 1 cm au-dessus du méat, surtout chez les jeunes patientes, en raison de l'occurrence d'une petite fermeture spontanée après 6 semaines. Cette dernière peut provoquer des désagréments, comme les tiraillements durant l'activité sexuelle ou l'accouchement.

En outre, si l'intervention a lieu pendant le travail, l'incision du pont d'infibulation doit s'effectuer lors de la contraction utérine. Afin d'illustrer ses propos, le Dre Abdulcadir a exposé une vidéo éducative d'une désinfibulation au sein de son hôpital.

Après l'intervention, il est recommandé, pour les patientes, de ne pas avoir de relations sexuelles pénétrantes pour une durée d'un mois ni de prendre de bain. Le/la soignant.e doit également leur conseiller d'écarter les bords des lèvres externes régulièrement (3x/jour) pour éviter qu'elles ne se recollent.

7. Obstétrique et désinfibulation

Dans le cadre obstétrical, la désinfibulation est nécessaire au deuxième trimestre de la grossesse ou avant l'accouchement afin de céder le passage au nouveau-né. Le choix dépend des ressources disponibles (personnel qualifié, organisation du service, emploi du temps, ...) et du nombre de fois qu'on voit la patiente en consultation.

Il est aujourd'hui recommandé de réaliser l'intervention au deuxième trimestre. Il s'agit du moment privilégié pour plusieurs raisons: il n'existe aucune urgence, un professionnel expérimenté est disponible, les tissus sont moins œdématisés et moins vascularisés (ce qui facilite l'intervention) et enfin, les complications éventuelles ne seront pas associées à l'accouchement ni rajoutées au bagage obstétrical traumatique. En outre, au premier trimestre, les procédures invasives, tels que les vaccins et, ici, la désinfibulation, sont évitées en raison du risque de fausse couche existant; l'établissement de liens entre les deux est ainsi éliminé.

Auparavant, la désinfibulation était réalisée à la deuxième phase du travail - à savoir la phase expulsive, mais actuellement, elle se fait à la première phase du travail. Cette alternative présente plusieurs avantages; en effet, elle permet le suivi de la dilatation cervicale via les touchers vaginaux, la vidange de la vessie à l'aide du sondage intermittent (IN/OUT) et la prise en charge des tracés pathologiques du RCF via l'instrumentation obstétricale (ex: ventouse).

Même en cas de césarienne, la désinfibulation peut être proposée et réalisée. Notons que le recours à la césarienne chez les femmes infibulées n'est pas indispensable; la césarienne ne constitue aucunement une indication en cas d'infibulation, bien qu'elle continue à être pratiquée par manque d'expertise ou d'accès à la désinfibulation. De surcroît, bien qu'elle était d'office réalisée, l'épisiotomie médio-latérale n'est plus recommandée; elle dépend uniquement du statut de l'expulsion. Cependant, en Guinée, le pont d'infibulation est difficile à ouvrir; l'épisiotomie s'avère donc nécessaire. En Éthiopie, une double épisiotomie est pratiquée en raison d'une forme spécifique de mutilation, certes rare, qui consiste en une double infibulation (suture des petites et des grandes lèvres). Notons qu'en cas de déchirure sus-urétrale due à l'accouchement, la reconstruction se doit d'être la plus physiologique possible, laissant libre le méat urinaire.

Pour terminer, le post-partum est une période sensible après la désinfibulation. Comme on l'a vu précédemment, l'antalgie est en première ligne de l'accompagnement. Puisque ce dernier est global, les changements engendrés par la procédure chirurgicale doivent être suivis en étroite collaboration avec la patiente. Le périnée nécessite une attention plus stricte: des soins locaux sont dispensés et l'écartement des bords est à réaliser 3x/jour. Cet acte est particulièrement important pendant la période du post-partum; les sages-femmes doivent veiller à le réaliser lorsque les patientes ne sont pas mobilisées (post-partum immédiat, anesthésie loco-régionale, narcose). Enfin, la rééducation du périnée et la promotion de la santé durant le post-partum constituent des démarches à respecter.

8. Le cas de la réinfibulation

La réinfibulation consiste en la refermeture de la vulve après l'ouverture du pont d'infibulation, à l'occasion d'un accouchement. Cette pratique n'est pas recommandée par les guidelines nationales et internationales; elle est dénoncée comme étant une forme de médicalisation des MGF et son inutilité est également soulignée.

D'après son expérience à Genève, le Dre Abdulcadir affirme que très peu de femmes demandent à être réinfibulées après leur accouchement. Pour celles qui vocalisent cette demande, les motivations sont les suivantes : sentiment de honte et/ou d'impureté, peur du rejet communautaire et/ou du mari, retrouver "sa normalité", état étranger et contraire à ses traditions et valeurs, sensations et aspects nouveaux difficiles à accepter (sexualité, esthétique,...) ,...

En cas de demande de la part des patientes, la gynécologue a établi une conduite à tenir à respecter, principalement centrée sur l'éducation à la santé. Pour ce faire, l'apport d'un interprète certifié est de mise et comme précédemment évoqué, le rôle du mari n'est pas à négliger. L'accompagnement consiste à explorer les mythes sur les organes génitaux féminins intacts ou désinfibulés, à discuter des changements apportés par le biais de dessins, à clarifier les avantages de la désinfibulation, à proposer les éventualités disponibles et respecter le choix de la patiente (désinfibulation partielle ou totale). Pour ce faire, le temps est un facteur essentiel pour la déconstruction de croyances bien ancrées.

9. Le cas des mineures

En Suisse par exemple, lorsque des mineures sont désireuses de se faire désinfibuler, l'âge auquel l'intervention est autorisée dépend des complications causées. Si les patientes mineures sont asymptomatiques, la décision dépend d'un avis d'experts, d'un Comité d'éthique et/ou d'un juge si les parents s'y opposent.

En règle générale l'attente de l'oestrogénisation, c'est-à-dire la survenue des premières menstruations ou suite à la prescription médicale d'un gel oestrogénisé, est le minimum à respecter. Néanmoins, l'âge de 18 ans, celui du consentement, est généralement le premier critère pour valider l'intervention. Notons qu'à partir de 16 ans, la capacité de discernement peut être évaluée.

10. Conclusion

La prise en charge des patientes demandeuses de la désinfibulation est globale; elle ne se limite pas à la dimension médico-chirurgicale. L'accompagnement psychologique joue un rôle majeur dans le suivi réalisé par les professionnel.le.s de santé. Les patientes sont perçues comme un tout; le.la soignant.e ne se focalise pas uniquement sur la région génitale mais traite ses patientes comme des personnes à part entière.

Ainsi, la prise en soin inclut la prévention, et la communication avec les patientes est donc centrale pour pouvoir obtenir leur consentement éclairé. Les explications données aux patientes sont fondées sur l'EBM (Evidence Based Medecine) et les particularités des MGF de type III sont connues.

Pour terminer, les professionnels de la santé ont le devoir de s'informer continuellement, tant sur les pratiques et la recherche scientifique que sur leurs mises à jour. Leur formation médicale doit inclure la problématique des MGF, particulièrement de type III et donc de la désinfibulation. Pour exemple, au sein de l'hôpital de Genève, des cours pratiques sont dispensés aux étudiantes sages-femmes afin d'apprendre à réaliser la désinfibulation sur des boîtes en carton personnalisées; la problématique est ainsi intégrée dans leur cursus académique.



Jne boîte en carton, type boîte de mouchoir en papier => l'orifice simule jne vulve
! élastiques
Jne découpe de revêtement mural, maintenue par les 2 élastiques. Le revêtement mural s'achète au nétre (bon marché) et se trouve dans les magasins de bricolage pour la maison.
Matériel chirurgical de désinfibulation : pince Moskito, ciseau chirurgical, pince chirurgicale et matériel de suture ad hoc pour les berges.
Jn peut placer sous la fausse vulve une petite proéminence qui permet de simuler la palpation de la présence d'un clitoris.



Images d'un cours pratique à destination des sages-femmes suisses, issues des slides partagées par le Dre Abdulcadir durant sa présentation à la CoP MGF.

Bibliographie

Abdulcadir, J. (2018, 4 avril). Defibulation : a visual reference and learning tool. (2018, 4 avril). [Vidéo]. YouTube. [Vidéo]. YouTube. Repéré à https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c

Abdulcadir, J., Sachs Guedj, N. & Yaron, M. (Éds.). (2022). Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents : Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report (1re éd.). Springer Cham. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-81736-7>

GAMS [GAMS Belgique GAMS Belgie]. (2021, 31 mai). Desinfibulation - FRENCH [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=v5kdrj6oWuk&t=3s>