

> **Guideline**

Mutilations génitales féminines: recommandations suisses
à l'intention des professionnels de la santé

Membres du groupe de travail ayant participé à la rédaction des guidelines:

Amman Claudia, Caritas Suisse
Cotting Anita, PLANeS
Hanselmann Verena, OFSP
Held Penny, Fédération Suisse des Sages-Femmes
Hohlfeld Patrick, Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique
Hollinger Eveline, Comité Suisse pour l'UNICEF
Jäger Fabienne, Département de gynécologie-obstétrique, CHUV, Lausanne
Kessler Bodiang Claudia, Institut Tropical Suisse, Bâle
Maury-Pasquier Liliane, PLANeS
Schuerch Barbara, IAMANEH Suisse
Spycher Christa, PLANeS
Thierfelder Clara, Institut Tropical Suisse, Bâle

Mutilations génitales féminines: recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé

En Suisse, l'expérience de ces dernières années et une enquête récente^{1,2} ont montré que les femmes victimes de mutilations génitales ne bénéficiaient pas toujours d'une prise en charge adéquate. Cette inégalité de traitement est sans doute liée à une méconnaissance du sujet et il est apparu indispensable de créer un document d'information faisant également office de code de conduite pour les professionnels suisses de la santé.

En effet, lors du premier contact avec une patiente, les soignants peuvent avoir des attitudes involontairement blessantes, suscitées par leur propre surprise et leur révolte face à une coutume mutilante qu'ils condamnent. Parfois, la méconnaissance peut avoir les conséquences suivantes:

1. soins inappropriés: césarienne par méconnaissance des techniques de défibulation, conseils de réinfibulation post-partum pour prévenir les infections vaginales,
2. maladresses: choc évident du soignant lors de l'examen et absence de discussion à ce sujet, ignorance totale du sujet, faux diagnostics,
3. attitudes condamnables: absence de discussion en période prénatale, patiente recousue sans discussion préalable, patiente défibulée découvrant les modifications anatomiques après son retour à domicile,
4. manque de prévention: les soignants utilisent trop peu les occasions de faire de la prévention en faveur des filles des femmes concernées.

Des guidelines existent déjà dans plusieurs pays (Grande-Bretagne, Suède, Belgique, Allemagne, Danemark, etc.) et l'OMS a publié de nombreux ouvrages sur le sujet. Nous nous en sommes inspirés pour la rédaction de ce document qui a été approuvé par la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, la Fédération Suisse des Sages-femmes, IAMANEH Suisse (International Association for Maternal and Neonatal Health), Comité Suisse pour l'UNICEF, PLANeS (Fondation Suisse pour la santé sexuelle et reproductive), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Caritas Suisse et l'Institut Tropical Suisse.

1 Thierfelder C, Hatz Ch, Kessler C. Migrantinnen mit genitaler Verstümmelung in der Schweiz: Schweizerische Rundschau für Medizin 31/32; 1307-14, 2003. Dissertation: <http://www.sti.ch/onlinediss.htm>

2 Jaeger F, Schulze S., Hohlfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists, Swiss Med Wkly 132; 259-4, 2002

4	Généralités
7	Les lois
8	Les professionnels de la santé
8	L'examen gynécologique
10	La défibulation
11	La grossesse
12	La réinfibulation
12	Le contrôle post-natal
12	Autres recommandations
13	Annexes

Généralités

Définition:

L'appellation mutilation génitale féminine (MGF) recouvre l'ensemble des procédés impliquant une ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins externes ou tout autre atteinte aux organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou d'autres raisons non médicales. Certains auteurs préfèrent le terme de «circoncision féminine» qu'ils trouvent plus acceptable pour les femmes concernées.

Prévalence / Incidence

Selon l'OMS, 138 millions de femmes ont subi une MGF et chaque année, on compte environ 2 millions de nouveaux cas, la plupart concernant de jeunes enfants.

Histoire / Fondements

Cette pratique existant depuis plus de 2000 ans est souvent justifiée par des motifs religieux alors qu'aucune religion ne la prescrit. Elle est antérieure au développement de l'Islam et du Christianisme. Les MGF sont cependant souvent justifiées par le respect de la religion musulmane (aucune sourate du Coran ne prescrit cette pratique) ou chrétienne, alors que, dans les régions concernées, elles sont pratiquées par les musulmans, les catholiques, les protestants, les coptes, les animistes et les non-croyants. En-dehors des justifications religieuses, des arguments d'autre nature sont parfois avancés. Ils varient beaucoup d'une région à l'autre et la liste suivante n'est pas exhaustive:

- Tradition, rituel de passage
- Purification
- Raisons esthétiques
- Protection de la virginité
- Protection de la fidélité
- Hygiène facilitée
- Condition pour le mariage
- Promotion de la fertilité
- Maintien de l'honneur familial
- Renforcement du sentiment d'appartenance au groupe
- Augmentation du plaisir sexuel masculin
- Crainte d'une impuissance masculine causée par le clitoris
- Crainte d'une croissance continue des petites lèvres
- Crainte d'une croissance exagérée du clitoris

- Crainte de décès des nouveau-nés en cas de contact avec le clitoris à l'accouchement
- Nécessité de faire disparaître les traits masculins chez les nouveau-nés féminins pour que l'enfant devienne une vraie femme

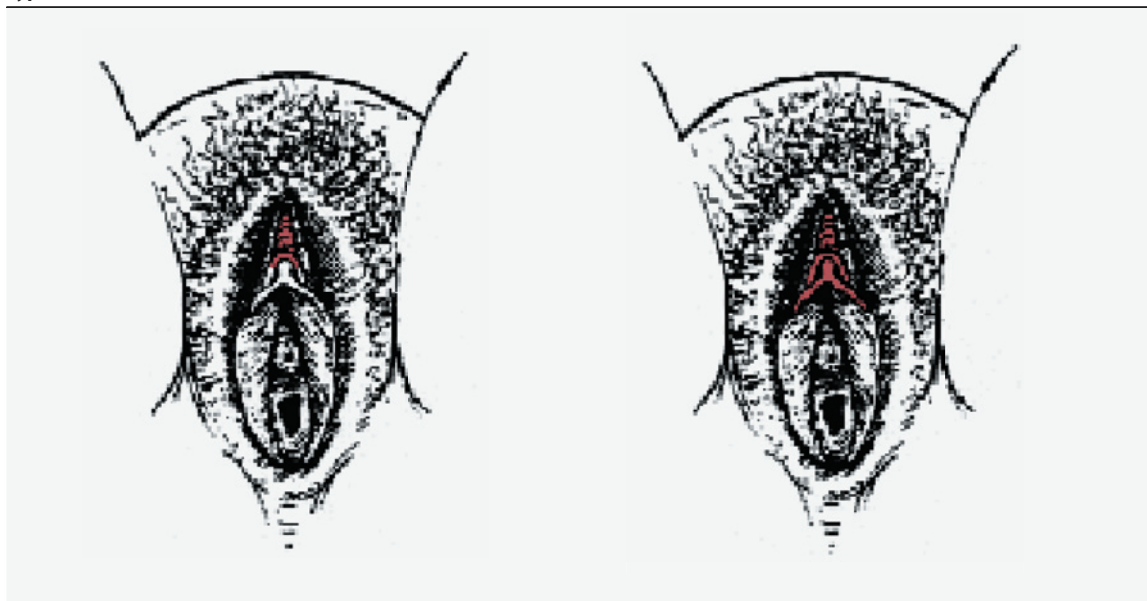
Classification

Elle demeure quelque peu théorique, car il n'est pas toujours facile de différencier les types de MGF vu les nombreuses formes intermédiaires et les variations de pratique. Concrètement, les soignants sont le plus souvent confrontés à l'infibulation (type III), les types I, II et IV pouvant passer inaperçus.

- Type I: SUNNA: excision du prépuce souvent associée à une clitoridectomie partielle ou totale (une sunna est une recommandation islamique: en l'occurrence la circoncision féminine n'est justement pas une «sunna»)
- Type II: EXCISION: ablation du prépuce et du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres
- Type III: INFIBULATION ou INCISION PHARAONIQUE: excision de tout ou partie des organes génitaux externes et suture des bords de la plaie, ne laissant qu'une ouverture vaginale de faible diamètre. Cette pratique est souvent associée à une immobilisation, jambes attachées qui peut durer plusieurs jours ou semaines.
- Type IV: pratiques non classées:
 - piqûre, percement, incision du clitoris
 - étirement, élongation du clitoris ou des petites lèvres
 - cautérisation du clitoris et/ou des tissus avoisinants
 - ablation de l'anneau hyménal (ANGURYA CUTS)
 - introduction de substances corrosives ou d'herbes dans le vagin dans le but de le rendre plus étroit

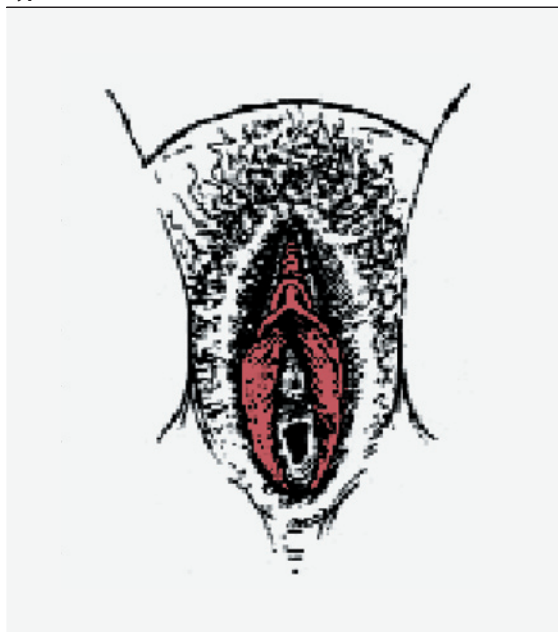
La majorité (85%) des MGF correspond à des types I, II ou IV. Les infibulations représentent 15% des cas.

Typ I



Excision du prépuce avec ou sans lésion du clitoris (Source: OMS, reproduit avec permission)

Typ II



Excision du prépuce, du clitoris et des petites lèvres (Source: OMS, reproduit avec permission)

Géographie

Les MGF sont pratiquées dans de nombreux pays africains au sud du Sahara et quelques rares pays asiatiques. Elles n'existent pas en Afrique du Nord en-dehors de l'Égypte.

Les types I et II concernent principalement les pays suivants: Bénin, Burkina Fasso, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Erythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Indonésie, Kenya, Liberia, Malaisie, Mali, Mauritanie, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, République Centre Africaine, Yémen et possiblement le Zaïre et le Niger.

L'infibulation (type III) est pratiquée en Somalie, à Djibouti, en Éthiopie, en Erythrée, en Égypte et au Nord du Soudan. Les autres formes de MGF (types I et II) sont également pratiquées dans ces pays. A titre d'exemple, en Somalie 98% des femmes ont subi une MGF et 80% d'entre elles présentent une infibulation. En Suisse, on estime qu'il y a 10 000 à 12 000 provenant de régions où les MGF sont pratiquées; 6 à 7 000 d'entre elles sont concernées ou à risque.

Méthodes

Les instruments utilisés comprennent couteaux, ciseaux, lames de rasoir, tessons de verre ou scalpels. Dans l'immense majorité des cas, l'intervention est pratiquée sans anesthésie et avec des instruments non stérilisés. Pour les familles aisées, l'intervention est parfois pratiquée en milieu hospitalier sous anesthésie. Dans 70% des cas, la MGF est pratiquée durant l'enfance. Dans certaines régions, elle est pratiquée juste avant le mariage ou à la puberté, dans d'autres peu de temps après la naissance. L'âge tend à s'abaisser dans beaucoup des pays d'origine et parmi certaines populations immigrées (les jeunes enfants ne peuvent s'y opposer et cela évite des questionnements dans le milieu scolaire). L'intervention est souvent pratiquée à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine. Enfin, l'évidence à disposition montre que l'incidence tend à diminuer dans certains pays comme en Égypte par exemple.

Complications

La fréquence et la nature des complications immédiates et chroniques dépendent de l'hygiène locale, de l'habileté et de l'expérience de l'opératrice ou opérateur, ainsi que de la résistance de la victime (si l'enfant se débat avec force, le risque de complication augmente).

Tableau 1: Complications immédiates des MGF

Infektions	Infection locale Infection généralisée Choc septique Infection HIV Tétanos Gangrène
Problèmes urinaires	Rétention urinaire Œdème de l'urètre Dysurie
Blessures	Lésions des organes adjacents Fractures (fémur, clavicule, humérus) Traumatisme psychique
Saignements	Hémorragie Choc hémorragique Anémie Décès

En Suisse, les soignants s'occupent du traitement des complications chroniques. Cela concerne des migrantes jeunes ou adultes qui ont subi une mutilation pendant l'enfance dans leur pays d'origine. Les complications chroniques dépendent du degré de mutilation. Les soignants sont donc le plus souvent confrontés à des cas d'infibulation (type III), les types I et II n'étant souvent pas décelés.

Il est important de souligner que, bien souvent, les femmes concernées n'identifient pas les symptômes qu'elles présentent comme une conséquence de la mutilation subie. En effet, c'est souvent pour elles un événement lointain et de plus, toutes les femmes de leur entourage ont le même type de problèmes (« c'est la vie d'une femme»). Pour les femmes vivant en Occident, des études ont montré que les difficultés psychologiques sont au premier plan. En particulier, une fillette subissant une MGF lors d'un retour au pays à l'occasion de vacances risque de garder son expérience secrète, car elle en aura peut-être honte ou aura subi des pressions visant à la faire taire. De plus, elle peut présenter un grave traumatisme psychologique et avoir perdu

confiance en ses parents ou ses grands-parents, ce qui peut générer angoisses, dépression, irritabilité chronique et à plus long terme, difficultés sexuelles, conflits de couple ou psychose.

Tableau 2: Complications à long terme des MGF

Gynécologie/ Sexualité/ Menstruations	Dyspareunie, dysfonction sexuelle Sténose vaginale Infertilité, stérilité Endométrite chronique, annexites Dysménorrhée Ménorragie
Problèmes urinaires	Infections urinaires à répétition Vaginite chronique Troubles de la miction Incontinence urinaire Calculs vaginaux
Problèmes cicatriciels	Abcès récidivants Chéloïdes, kystes dermoïdes, névromes Hématocolpos
Problèmes durant la grossesse et l'accouchement	Sous-alimentation (pour tenter d'éviter la naissance d'un gros bébé) Difficulté lors des examens vaginaux Impossibilité de cathétériser la vessie Impossibilité de mesurer le pH subpartu Augmentation de la durée de la 2 ^e phase du travail Déchirures périnéales Hémorragie du post-partum Infection de plaies périnéales Fistules vésico- ou recto-vaginales Augmentation de la mortalité périnatale
Problèmes psychiques	Dépression Syndrome post-traumatique

Les lois

Elles varient en Europe. Actuellement, seuls quatre pays (Suède, Grande-Bretagne, Belgique, Norvège) ont des lois spécifiquement dédiées aux MGF. Dans les autres pays européens et en Suisse, c'est l'atteinte à l'intégrité corporelle ou les lésions corporelles qui rendent les MGF illégales, même sur demande de la patiente. Le code pénal suisse, à l'article 122, chiffre 1, al. 2 précise: «celui qui, intentionnellement, aura mutilé le corps d'une personne, un de ses membres ou un de ses organes importants [...] sera puni de la réclusion pour dix ans au plus ou de l'emprisonnement». De plus, les MGF sont également condamnées par l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Enfin, cette pratique est contraire à la Convention des droits de l'enfant que la Suisse a ratifiée en mars 1997.

En Suisse, les soignants peuvent annoncer les cas de maltraitance dont les enfants sont victimes. L'article 358ter du Code Pénal Suisse décrit le droit d'aviser: «Lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction (art 320 et 321) peuvent aviser l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci». Le droit cantonal peut varier en terme d'obligation d'annoncer et il est préférable de se renseigner auprès du médecin cantonal, le cas échéant.

Une analyse complète des aspects légaux en Suisse («Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz» Trechsel S, Schlauri R, 2003) peut être obtenue auprès du Comité Suisse pour l'Unicef (Baumackerstrasse 24, 8050 Zürich).

En dehors de l'Europe, les pays suivants ont adopté des lois interdisant les MGF: Australie, Burkina Fasso, Canada, Côte d'Ivoire, Egypte, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Nouvelle Zélande, Ouganda, République Centre Africaine, Sénégal, Tanzanie, Togo, USA et Zimbabwe.

Les professionnels de la santé

Tous les professionnels de la santé peuvent être confrontés à des patientes présentant des MGF. Dans ces circonstances, les soignants font face à un problème non seulement médical ou légal, mais culturel et éthique. Confrontés aux résultats d'une pratique qu'ils condamnent avec vigueur, les soignants peuvent avoir des réactions qui sont une nouvelle source d'humiliation pour les femmes concernées. Idéalement, les soignants devraient avoir des connaissances raisonnables sur:

- la problématique des MGF et les communautés où elles sont pratiquées,
- ce que sont les MGF et leurs complications potentielles,
- les signes montrant qu'une fillette a subi une MGF et les moyens d'alerter les services compétents face à un risque de MGF,
- leurs propres attitudes face aux MGF,
- la prise en charge spécifique lors de soins en gynécologie ou obstétrique,
- le caractère illégal du procédé en Suisse et en Europe.

Les généralistes ne devraient pas avoir peur de demander si une patiente a subi une MGF. Il faut également rappeler que le sujet doit être abordé avec délicatesse et que les femmes concernées ne connaissent pas forcément bien leur corps et le type de MGF pratiquée.

Les pédiatres devraient aborder le sujet avec les parents dès la naissance d'une fille, et idéalement une deuxième fois lorsque l'enfant a 4 ou 5 ans. Il peut être utile de connaître le vécu de la mère, l'attitude du père et leurs intentions. Comme c'est souvent la grand-mère qui est le gardien des traditions dans la famille, il est souhaitable de connaître également sa position.

Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes sont les soignants le plus souvent confrontés aux problèmes pratiques que posent les femmes ayant subi une MGF. Il est nécessaire d'aborder la question des MGF (en parlant de circoncision) avec une patiente provenant d'une région où le procédé se pratique. Souvent, les soignants hésitent à aborder le sujet par crainte de choquer la pudeur de ces patientes.

Chez ces patientes, le toucher vaginal, l'examen au spéculum ou le frottis de dépistage du cancer du col peuvent être difficiles, voire impossibles. Le déclenchement artificiel de l'accouchement par prostaglandines intravaginales n'est parfois pas envisageable et les opérateurs peuvent rencontrer des difficultés lors de curetage évacuateur en cas de fausse-couche. Dans cette situation ou en cas de demande d'interruption de grossesse, il est indispensable d'avertir au préalable la patiente de la possible nécessité d'une défibulation.

L'examen gynécologique

L'examen gynécologique et la consultation d'une femme présentant une MGF devraient être assurés par des professionnels expérimentés, disposant d'un traducteur adéquat (femme adulte sans lien de parenté avec la patiente, si possible avec formation d'interprète / médiateur culturel). Il faut prévoir un temps de consultation prolongé. Le soignant doit connaître ses propres attitudes face aux MGF et doit pouvoir contrôler ses sentiments (rage, dégoût, révolte, pitié...) face à la patiente. Enfin, il est souhaitable d'assurer une certaine intimité lors de la consultation (ce n'est pas la circonstance idéale pour une démonstration aux étudiants).

L'anamnèse permettra de préciser la forme de MGF, l'âge auquel elle a eu lieu, les complications éventuelles. L'interrogatoire devrait permettre de comprendre le point de vue de la patiente; il portera sur les problèmes actuels de la patiente en comprenant les aspects psychologiques et sexuels (qualité des rapports, dyspareunie, premiers rapports). Là aussi, il importe d'éviter les généralisations abusives: il y a de grandes variations individuelles en matière de satisfaction sexuelle chez les femmes présentant une MGF.

L'examen clinique doit être prudent et doit s'effectuer avec un matériel approprié (spéculum virgo, vaginoscope). Si le toucher vaginal est impossible, on peut recourir au toucher rectal après avoir clairement informé la patiente et obtenu son consentement.

La discussion sera facilitée par la présentation de schémas comparant l'anatomie aux changements apportés par la MGF. Les patientes connaissent souvent mal leur propre corps et encore moins bien l'anatomie normale. Il est préférable de ne pas utiliser de photographies pour cette présentation, car elles peuvent se révéler choquantes, mais certaines femmes acceptent l'aide d'un miroir. Ces femmes ont besoin d'information en particulier en ce qui concerne la sexualité, la fertilité et les complications des MGF. Si une défibulation est envisagée, il faut démontrer la technique par des schémas, car ces patientes redoutent souvent une lésion anale due à l'intervention. Elles doivent également être clairement informées des modifications anatomiques et physiologiques attendues (règles, miction, rapports sexuels).

Des informations devraient également être données aux femmes sur le réseau associatif et social à même de les aider, car elles ont souvent beaucoup d'autres problèmes à surmonter (demande d'asile, précarité, isolement, analphabétisme, méconnaissance de la langue locale, etc.).

La patiente devrait être informée des possibilités de défibulation et de ses avantages (mictions, règles, rapports sexuels). Cette intervention doit être proposée en cas de dysménorrhée sévère, de mictions difficiles, d'infections récidivantes ou de peur des rapports sexuels (avant ou après les premiers rapports).

Une description précise du cadre légal suisse (prévention pour leurs filles: interdiction des MGF selon l'art. 122 du Code Pénal Suisse) et des usages en vigueur (en principe, pas de réinfibulation après accouchement, même à la demande de la patiente) sera également faite. Cette prévention est essentielle, car les arguments les plus importants contre les MGF sont d'ordre médical.

Il ne faut bien sûr pas oublier que les parents qui désirent une circoncision traditionnelle pour leur fille ont les meilleures intentions. S'il est essentiel de condamner la pratique, il ne faut pas condamner les parents qui la considèrent. Rappelons que beaucoup de femmes ayant subi une MGF ne la considèrent pas comme une mutilation, n'y associent pas leurs problèmes de santé et expriment des sentiments positifs à cet égard. Certains parents espèrent également protéger leur fille qui grandit dans une société occidentale. Certains immigrants ne peuvent pas comprendre l'intérêt des soignants ou des autorités pour les MGF. En particulier lors de leur arrivée dans un pays étranger, ils sont confrontés à tant de problèmes que les messages de prévention des MGF sont parfois moins efficaces.

La défibulation

Les indications

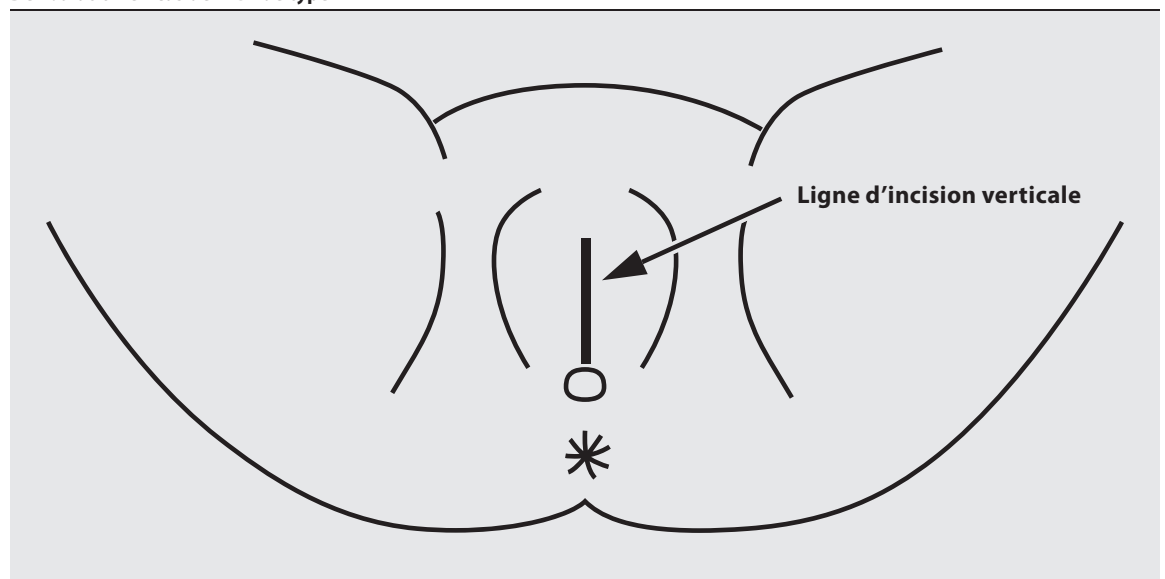
Demande de la patiente	Dysménorrhée sévère
Mictions difficiles	Infections récurrentes
Rapports sexuels difficiles	Accouchement
Cicatrice chéloïdienne	Kystes d'inclusion

Certaines femmes souhaitent l'établissement d'un document signé par le médecin stipulant que l'intervention était indispensable pour des raisons médicales.

L'intervention doit être faite sous anesthésie. Afin d'éviter le souvenir traumatique de la circoncision, il est conseillé d'opter pour une anesthésie locorégionale (péridurale ou rachidienne) ou une courte narcose. Si une anesthésie locale est choisie, il est recommandé de commencer par une anesthésie superficielle par un topique sous forme de crème ou de patch. Ensuite, si les tissus sont fins, utiliser une petite aiguille très fine (aiguille à Mantoux). Si les tissus sont épais, utiliser une aiguille à injection IM; l'injection sera facilitée si l'aiguille est pliée à 45°.

Mode opératoire: introduire deux doigts (respectivement un clamp vasculaire si l'espace est insuffisant) sous la zone à inciser. Couper avec des ciseaux en direction du pubis jusqu'à visualisation de l'urètre en prenant soin de protéger l'urètre et le clitoris éventuellement restant (figure). Le clitoris a besoin d'être recouvert pour ne pas devenir hypersensible aux stimuli normaux. Si le clitoris est accidentellement trop découvert en cours d'intervention, il faut procéder à une suture recouvrante. Les plaies sont suturées (fermeture bord à bord des berges de chaque côté) au moyen de points séparés ou d'un surjet avec du fil résorbable 3-0 ou 4-0.

Défibulation en cas de MGF de type III



La grossesse

En obstétrique, les complications ne concernent pratiquement que les femmes présentant une infibulation. En cours de grossesse, le frottis de Papanicolaou et le toucher vaginal peuvent être impossibles. Des kystes et des abcès vulvaires peuvent survenir. Ces patientes sont également à plus haut risque d'avoir contracté le virus VIH si la circoncision a eu lieu en groupe. Le risque d'infection urinaire est augmenté dans cette population. Il semble que les femmes de certaines régions tendent à se sous-alimenter en cours de grossesse pour éviter la naissance d'un enfant trop gros et les complications associées. On peut donc observer une prise de poids insuffisante ou une anémie (manque de compliance lors de traitement martial).

Psychologiquement, la grossesse peut être un moment difficile se caractérisant par la peur face à plusieurs éléments: la réaction des soignants, les examens gynécologiques, la douleur durant le travail ou le post-partum, l'accouchement par césarienne pour éviter le problème lié à une vulve cicatricielle.

Sans recours à des soins médicaux, les complications de l'accouchement sont liées à un travail de longue durée sur des tissus cicatriciels: hypertonie utérine, atonie utérine, non-progression de la présentation avec souffrance fœtale, lésions cérébrales voire décès périnatal, déchirure périnéale, complication ou décès maternels. Dans les pays d'origine, le risque de décès maternel est doublé et le risque de décès périnatal augmente d'un facteur 3 à 4. Dans notre pays, un accouchement bien mené ne devrait pas faire courir de risque particulier à la mère ou l'enfant. Idéalement, ces patientes devraient être adressées à des équipes de médecins et de sages-femmes qui ont de l'expérience en la matière et disposent d'interprètes adéquats.

En cours de travail, il faut être très attentif aux besoins en analgésie et limiter les examens vaginaux au strict nécessaire. Si la patiente a subi une défibulation, l'accouchement peut se dérouler normalement. Une épisiotomie médio-latérale est possible sur indication habituelle. Si la patiente n'a pas eu de défibulation, le travail peut évoluer normalement durant la première phase. Durant la deuxième phase du travail, il faut procéder à l'incision de la zone infibulée sous anesthésie péridurale (une anesthésie locale est possible: cf. défibulation en dehors de la grossesse).

La défibulation reste un sujet de controverse en obstétrique. Certains auteurs conseillent une défibulation systématique en cours de grossesse, généralement au 2^e ou 3^e trimestre. Le but est d'éviter des problèmes à l'accouchement, en particulier pour les équipes inexpérimentées. Des études ont démontré que cette attitude ne modifiait pas la durée du travail, le taux d'épisiotomies ou de déchirures vaginales, les pertes de sang, le score d'Apgar ou la durée du séjour hospitalier. En Suisse, cette possibilité n'a pas la préférence des patientes et il est piquant de constater que même dans les pays où cet usage est recommandé (UK), ce n'est pas une option volontiers choisie par les femmes. En effet, pourquoi subir une épreuve douloureuse supplémentaire en cours de grossesse, alors que tout peut être réglé au moment de l'accouchement ? De fait, à notre avis une intervention en cours de grossesse ne peut se considérer que pour les patientes chez qui tout examen vaginal est impossible.

Il est impératif de traiter la question de la défibulation avec toute femme enceinte présentant une MGF de type III en impliquant son partenaire dans la mesure du possible. Un premier entretien doit avoir lieu le plus rapidement possible en cours de grossesse. Si une patiente est confrontée pour la première fois à cette question en salle d'accouchement, elle aura probablement plus de peine à accepter une pratique qui lui est étrangère et contraire à ses traditions.

La réinfibulation

La patiente doit participer aux décisions la concernant et notamment en matière de mode opératoire et de timing. Bien informées, la plupart des femmes choisiront une technique opératoire préservant l'ouverture vulvaire, mais on peut occasionnellement être confronté à une demande de réinfibulation (fermeture de l'orifice vulvaire après accouchement). Rappelons qu'il n'y a aucune indication médicale à cette intervention, qu'elle est condamnée par diverses instances officielles (OMS) et qu'il est de toute manière inacceptable de suturer intentionnellement les lèvres de manière à ce que les rapports sexuels soient difficiles ou impossibles. Pour certaines femmes, une vulve «exposée» demeure inacceptable et elles insistent, arguant que cela fait partie de leur identité en assurant la fidélité et la satisfaction de leur mari. Parfois, c'est les femmes de la communauté qui encouragent la patiente à demander une réinfibulation, les hommes y étant souvent moins favorables qu'on l'imagine. Une discussion avec le mari peut être utile pour clarifier sa position, le sujet n'étant pas forcément débattu dans le couple. A l'inverse, il est également important de pouvoir connaître l'avis de la patiente hors la présence de son mari.

Les demandes visant à restaurer un petit orifice ne devraient pas être acceptées en expliquant les complications et problèmes potentiels. Tous les efforts doivent être faits pour tenter de décourager la patiente et une fermeture partielle ne devrait être envisagée qu'exceptionnellement et à condition qu'elle permette l'écoulement des règles et de l'urine sans contrainte, ainsi que les rapports sexuels et les examens gynécologiques. Dans tous les cas, si une re-suture est choisie, cela ne doit être fait qu'après avoir pris en compte la situation globale de la femme concernée et les problèmes auxquels elle devrait faire face en l'absence de réinfibulation.

Le contrôle post-natal

Il devrait être programmé plus rapidement que d'habitude (3 à 4 semaines post-partum). Il faut en effet permettre à la patiente de poser des questions sur son nouvel état anatomique et physiologique. C'est également l'occasion pour les soignants d'insister sur les aspects positifs du changement et de faire de la prévention en cas de naissance d'une fille (illégalité de l'acte, conséquences sur la santé). Un soutien psychologique peut être proposé à plus long terme.

Autres recommandations

Enseignement: le sujet des MGF devrait faire partie de l'enseignement régulièrement dispensé dans les facultés de médecine et les écoles de sages-femmes et d'infirmières. En effet, les aspects médicaux sont des arguments militant très fort contre les MGF et leur prise en charge peut parfois être difficile, justifiant pleinement leur introduction dans les matières à enseigner. De plus, tous les soignants, quelle que soit leur spécialité, peuvent avoir un rôle à jouer en matière de prévention.

Tous les autres acteurs sociaux ayant des contacts avec les personnes concernées (travailleurs sociaux, éducateurs, conseillères en planning familial, etc.) devraient être sensibilisés à la problématique et bénéficier d'une formation adéquate.

Annexe

Annexe 1

Prévalence estimée des MGF dans différents pays et estimation du nombre de femmes concernées habitant en Suisse.

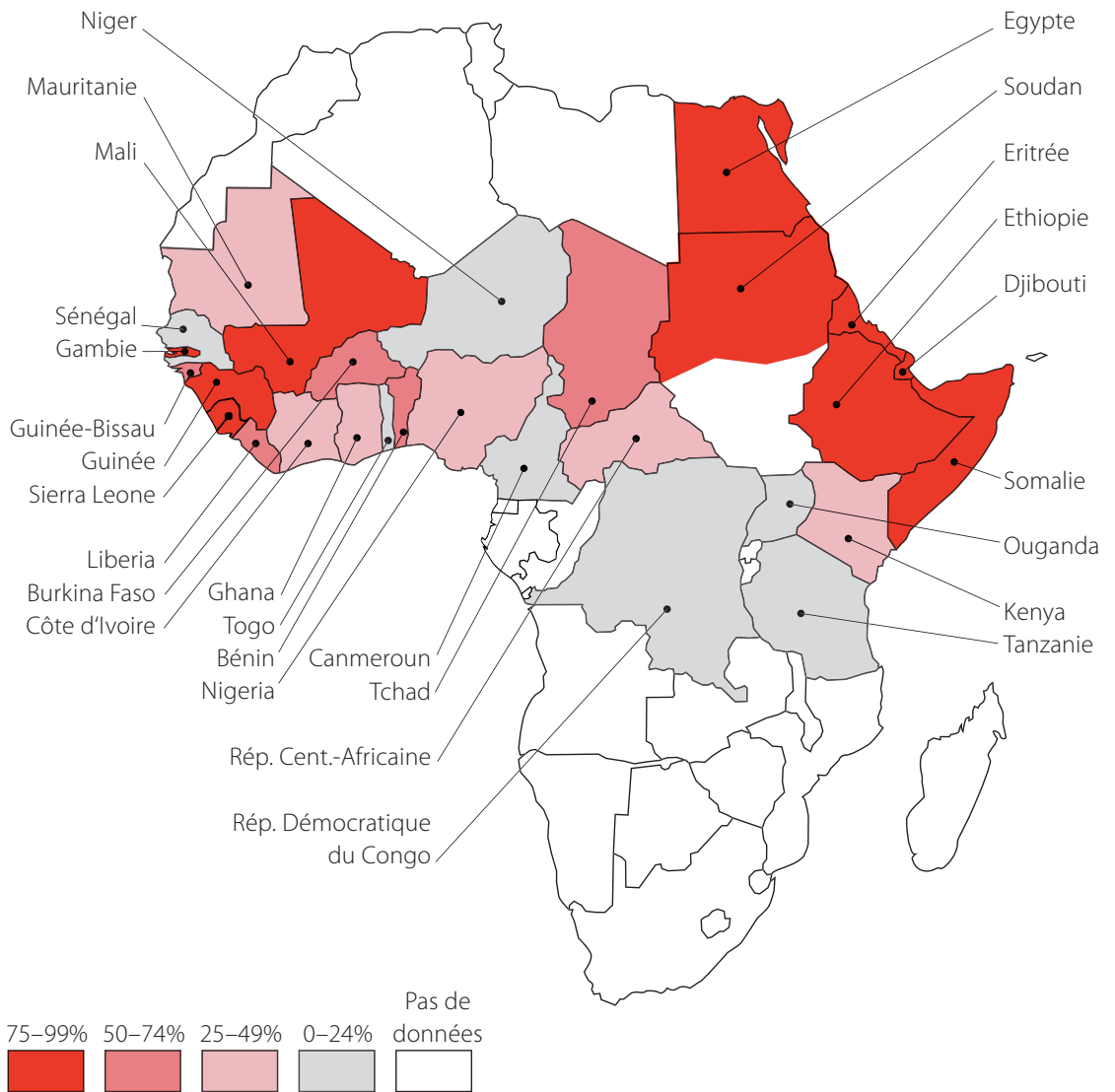
Pays d'origine	Prévalence estimée des MGF (OMS)	Estimation du nombre de filles à risque et de femmes concernées en Suisse*
Bénin	50%	27
Burkina Faso	72%	55
Cameroun	20%	249
Côte d'Ivoire	43%	208
Djibouti	98%	7
Egypte	97%	528
Erytrée	95%	613
Ethiopie	85%	981
Gambie	80%	15
Ghana	30%	173
Guinée	99%	91
Guinée-Bissau	50%	7
Kenya	38%	206
Liberia	60%	37
Mali	94%	41
Mauritanie	25%	4
Niger	5%	1
Nigeria	25%	86
Ouganda	5%	8
Rép. Cent.- Africaine	43%	6
Sénégal	20%	67
Sierra Leone	90%	66
Somalie	98%	2828
Soudan	89%	206
Tanzanie	18%	22
Tchad	60%	17
Togo	12%	21
Yemen	23%	28
Zaïre	5%	113
Total		6711

* Ces chiffres n'incluent pas les détentrices de passeport suisse

Source: Jaeger et al. Swiss Med Wkly 132: 259-4, 2002

Annexe 2

Prévalence estimée des MGF dans différents pays africains (source: OMS; reproduit avec permission).



Annexe 3

Liste des organisations avec adresses et N° de téléphone

Information / Orientation

IAMANEH Suisse
Aeschengraben 16
4051 Basel
Tel +41 (0)61 205 60 80
Fax +41 (0)61 271 79 00
E-Mail: info@iamaneh.ch
Homepage: www.iamaneh.ch

En attendant la création d'un Centre de référence, IAMANEH Suisse assume les tâches de communications et de coordination.

Dès que les coordonnées du Centre de référence seront connues, l'information pourra être obtenue sur le site www.miges.ch.

Le Centre de référence aura pour tâche de communiquer les informations concernant les conseils médicaux, les contacts et les centres de conseils pour les personnes concernées. Il mettra également à disposition du matériel d'information à l'intention des soignants et servira de centre de compétence en matière de protection de l'enfance.

Centres de contact et de conseils pour les personnes concernées

- Camarada, 19, ch. de Villars, 1203 Genève, Tel 022 344 03 39
- Appartenance, Centre migrants, rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne, Tel 021 341 12 50
- Asyl-Organisation, Limmatstrasse 264, 8005 Zürich, Tel 01 445 67 67
- Treffpunkt schwarzer Frauen, Manessestrasse 73, 8003 Zürich, Tel 01 451 60 94
- Inter-African Committee, rue de Lausanne 145, 1202 Genève, Tel 022 731 24 20
- PLANeS, Fondation pour la santé sexuelle et reproductive, 9 av. de Beaulieu, 1000 Lausanne Tel 021 661 22 33.

Homepage: www.plan-s.ch: liste des centres de conseils gratuits pour la grossesse et le planning familial dans toute la Suisse

Spécialistes à disposition des soignants

Prof. P. Hohlfeld, CHUV Lausanne
Dr. med. A Kuhn-Dörflinger, Inselspital Bern
Dr. med. J. Pok, Universitätsspital Zürich

Questions juridiques, protection de l'enfance

- Médecins cantonaux
- Offices cantonaux de tutelle
- Unicef Suisse, Baumackerstrasse 24, 8050 Zürich, Tel 01 317 22 66, (Expertise en matière de Droit)

Information sur les services de traduction

www.inter-pret.ch

Informations diverses sur migrants et santé

www.miges.ch

Instrument de communication central et complet pour le domaine Migration et santé. News (Projets, manifestations), forum de discussion, revue de presse, publications, formation, adresses, liens.