



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées



Benefits of multidisciplinary care for excised women

E. Antonetti Ndiaye*, S. Fall, L. Beltran

Service de gynécologie-obstétrique, hôpital de Bicêtre, AP-HP, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

Reçu le 17 juillet 2014 ; avis du comité de lecture le 3 décembre 2014 ; définitivement accepté le 15 janvier 2015
Disponible sur Internet le 24 février 2015

MOTS CLÉS

Excision ;
Chirurgie
clitoridienne ;
Psychotraumatisme ;
Sexologie ;
Pluridisciplinarité

Résumé

But. – Présenter les résultats d'un modèle pluridisciplinaire de soin des femmes excisées.
Patientes et méthode. – Il s'agit d'une étude qualitative rétrospective sur les prises en charge effectuées entre 2007 et 2012 dans l'Unité de soins des femmes excisées. Les patientes sont reçues par trois spécialistes : un gynécologue-obstétricien, une victimologue-anthropologue, une psycho-sexologue. L'unité est ouverte à toute femme excisée, quelle que soit sa demande. Les femmes souhaitant une chirurgie clitoridienne rencontrent systématiquement les trois spécialistes. L'étude porte sur une population de 270 femmes, en majorité âgées de 18 à 40 ans.
Résultats. – Les résultats présentés concernent les femmes ayant demandé une chirurgie clitoridienne. Deux résultats marquants ressortent de la prise en charge : peu de femmes ont finalement recours à cette chirurgie, et la part de femmes demandant la chirurgie qui présentent un traumatisme sexuel autre que l'excision est très élevée.
Conclusion. – L'importance de la dimension psychotraumatique 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.
© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Excision;
Clitoridian surgery;
Psychotrauma;

Summary

Aim. – To present the results of multidisciplinary care model for excised women.
Patients and methods. – Qualitative retrospective study on multidisciplinary care between 2007 and 2012 within Excised Women Care Unit. Patients are seen by three specialists: a gynecologist obstetrician, a psychotrauma therapist and anthropologist, a psycho-sexologist. The Unit

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : docteur.emmanuelle.antonetti@gmail.com (E. Antonetti Ndiaye).

Sexology;
Multidisciplinarity

welcomes any excised woman, whatever are her demands. Women wishing for a clitoridian surgery meet systematically the three specialists. The study covers a population of 270 women, most of them aged between 18 and 40 years.

Results. – The presented results are related to women having asked for clitoridian surgery. Two outstanding results come out from multidisciplinary care: few women finally go for surgery, and a high rate of patients wishing for surgery present a sexual trauma other than female genital mutilation/cutting.

Conclusion. – The importance of the psychotraumatic and interpersonal dimension (marital – familial) in the problems presented by the patients indicates that the “repair” of excision cannot be reached by the sole surgery and requires a medical, psychological and sexological management.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'OMS définit l'excision comme l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Cette pratique rituelle concernerait plus de 125 millions de jeunes filles et de femmes et est essentiellement pratiquée dans 29 pays africains et du Moyen-Orient [1]. En France, l'UNICEF estime à 53 000 environ le nombre de femmes adultes excisées [1]. Trois pour cent des filles mises au monde par ces femmes en France seront excisées à leur tour. Cependant, de manière générale, il semble que le taux d'excision, tant en France que dans le monde, soit en voie de régression [2].

En 1998, le Dr Pierre Foldès, urologue, a mis au point une technique chirurgicale « reconstructrice » du clitoris mutilé. Il a ensuite obtenu le remboursement total de l'opération par la sécurité sociale ce qui a permis l'opération par ses soins de plus de 3000 femmes entre 1998 et aujourd'hui [3].

En 2006, des militantes du Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS, créé en 1982) ont sollicité le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Rothschild, pour la mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire des femmes excisées. Le GAMS avait en effet constaté que pour certaines femmes, l'opération ne suffisait pas à restaurer leur bien-être et leur estime de soi, et même dans certains cas pouvait faire surgir des difficultés psychologiques imprévues. Ce service, de chirurgie à l'origine, s'est transformé en une « Unité de soins des femmes excisées » au fur et à mesure de notre meilleure compréhension de cette clinique particulière. Notre travail s'est développé ensuite à l'hôpital Trousseau – où l'activité a continué après le départ d'une partie de l'équipe initiale – puis à l'hôpital intercommunal de Montreuil. Il bénéficie aujourd'hui des possibilités d'un hôpital universitaire, l'hôpital de Bicêtre.

Au démarrage de l'Unité, nous étions convaincues que les femmes excisées avaient été définitivement privées de plaisir sexuel et que la moindre des choses que nous pouvions faire pour elles était de les opérer sans attendre pour leur rendre ce à quoi elles avaient droit. Cependant, alertées par les associations militantes de la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire des patientes, et redoutant les effets de reviviscence du traumatisme (souvenir réactivé suite à un événement du présent en rapport avec ce traumatisme), nous avons pris le temps de les écouter avant de les opérer.

C'est alors que l'une après l'autre, nos convictions se sont avérées fondées sur des idées reçues qui n'avaient jamais vraiment été vérifiées.

L'objectif de cet article est de présenter un modèle de prise en charge des femmes excisées en décrivant le parcours thérapeutique tel que nous l'avons développé et expérimenté. Il s'agit d'un dispositif de soins pluridisciplinaire, associant gynécologie, psychotraumatologie et sexologie et privilégiant l'accompagnement des patientes.

Patientes et méthode

Nous présentons une étude rétrospective qualitative menée de décembre 2007 à janvier 2012 dans l'Unité de soins des femmes excisées.

Cette unité comprend trois spécialistes : un gynécologue-obstétricien assurant la consultation médico-chirurgicale ; une victimologue, ethnologue, thérapeute familiale assurant la consultation psychotraumatologique et une psychosexologue assurant la consultation sexologique. Chacune des trois intervenantes consacre une demi-journée par semaine au suivi des femmes excisées.

L'Unité est ouverte à toute patiente désireuse d'un entretien avec l'une des spécialistes mais cette étude porte sur le dispositif spécifique mis en place pour les femmes désirant bénéficier de la chirurgie plastique du clitoris. Dans ce cas, un entretien avec chacune des professionnelles de santé est systématiquement prévu. Les patientes rencontrent d'abord le chirurgien, puis la victimologue et enfin la sexologue. À l'issue des trois consultations, la demande de la patiente est discutée en staff et la réponse qui paraît la mieux adaptée à sa problématique, décidée de façon collégiale. La patiente est alors reçue par les praticiennes en consultation pluridisciplinaire qui lui présentent une proposition d'accompagnement spécifique. Le dispositif prévoit, en cas de recours à la chirurgie, un accompagnement postopératoire pluridisciplinaire sur plusieurs mois (Fig. 1).

Description des consultations

La consultation médicale permet de préciser le motif initial de la consultation et d'identifier la nature des plaintes de la

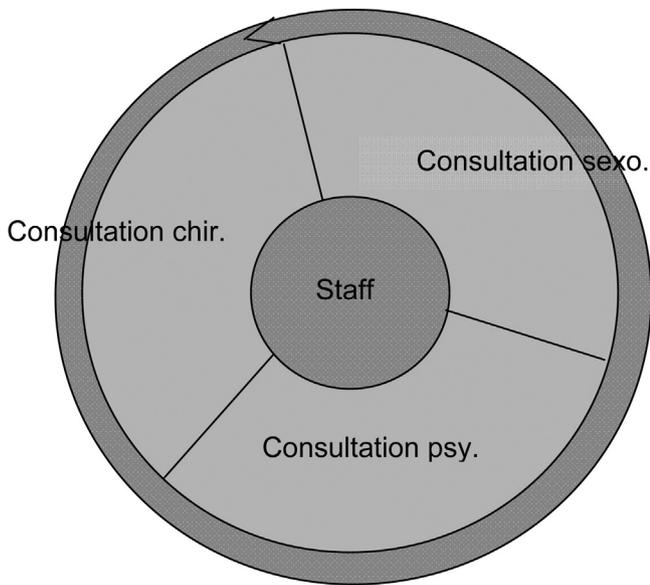


Figure 1 Parcours du patient.
Flow-chart.

patiente. Après évocation de l'anamnèse de l'excision, il est procédé à l'examen clinique avec l'aide d'un miroir, temps fort de la consultation qui permet d'informer la patiente sur le type d'excision qu'elle a subi, de lui expliquer son anatomie et de la rassurer quant aux conséquences sur sa vie sexuelle, sa fertilité et son futur obstétrical. Selon la demande, la technique chirurgicale sera décrite et ses limites, évoquées.

La consultation psychotraumatologique a pour premier objectif d'ouvrir un espace où la patiente pourra exprimer la souffrance psychique qu'elle met en lien avec l'excision. Il s'agit aussi d'évaluer les éventuelles séquelles post-traumatiques de l'excision, ainsi que l'existence d'autres traumatismes susceptibles d'affecter sa santé psychique et sexuelle.

L'objectif de la consultation sexologique est d'évaluer avec la patiente sa vie sexuelle et relationnelle. La sexologue pourra décrire la fonction sexuelle, faire émerger les émotions liées à l'activité sexuelle afin, si nécessaire, de permettre une évolution de sa satisfaction.

La consultation pluridisciplinaire, suite au staff, est le moment de discuter avec la patiente de la prise en charge qui répondra le mieux à sa demande telle qu'elle s'est élaborée au long du parcours.

Description de la population

L'étude porte sur 270 patientes, essentiellement des jeunes femmes de 18 à 40 ans : 88,5% (239/270) ; une minorité de femmes de plus de 40 ans : 8,9% (24/270) ; les mineures ne représentant que 2,6% (7/270). Les femmes ayant une vie sexuelle représentent 90% (244/270) de la population étudiée, la gestité et parité n'ont pas été relevées pour cette étude.

Les patientes sont majoritairement originaires d'Afrique de l'Ouest avec une prédominance des ethnies Soninké (Mali, Sénégal, Mauritanie), Bambara (Mali, Sénégal,

Guinée) et Peulh (toute l'Afrique de l'Ouest). Cette démographie reflète celle des populations immigrées en France issues de régions où l'excision est pratiquée.

Parmi les patientes, 34,8% (94/270) ont été excisées avant 2 ans ; 24,8% (67/270) ont subi l'excision entre 3 et 8 ans et 21,5% (58/270) avaient plus de 8 ans au moment de la mutilation. À noter que sur 50 dossiers, l'âge de l'excision n'est pas renseigné et qu'une des patientes consultant dans l'Unité n'était, en dépit de sa conviction, pas excisée.

Résultats

Parmi les 270 patientes, 164 ont exprimé une demande de chirurgie lors du premier entretien avec le chirurgien (soit 60,7%), tandis que 106 (soit 39,3%) avaient une autre demande : avis ou consultation de réassurance (37/106), demande de certificats (25/106), postopératoire d'autres équipes (20/106), demande de suivi psychologique seul (21/106), erreur d'orientation (3/106) ; 5 de ces 106 patientes rejoindront ultérieurement le parcours de chirurgie.

Au total, 169 patientes se sont inscrites dans le parcours de chirurgie et ont été orientées vers les 3 consultations spécialisées (soit 62,6%).

Sur les 169 femmes du parcours, toutes rencontreront le chirurgien, 110 consulteront ensuite la psychologue, soit 110/169 (65%), et 81 de ces 110 patientes verront la sexologue (73,6%, 81/110). Nous n'avons pas de données précises sur les motifs de « sortie du parcours ». Certaines se sont orientées vers une prise en charge psychothérapique ou sexologique, se sont satisfaites des réassurances fournies par le médecin, d'autres encore ont « disparu » sans que nous ayons d'explications (Fig. 2).

Sur l'ensemble du parcours, 81 patientes sur 169 ont donc vu les 3 spécialistes (soit 47,9%). Tous les dossiers de ces patientes ont été discutés en staff et la consultation pluridisciplinaire a été proposée à chacune d'entre elles. Dix patientes ne se sont pas présentées à cette consultation, 5 femmes sont arrivées en ne souhaitant plus recourir à la chirurgie. Pour 45 patientes, la chirurgie a été proposée comme l'une des réponses adaptées. Neuf d'entre elles se sont désistées ultérieurement. Pour 21 patientes, le traitement des séquelles psychotraumatiques et/ou des problématiques sexuelles était un préalable indispensable à l'intervention.

Finalement, seulement 36 patientes ont été opérées, soit 44% des patientes ayant rencontrées les 3 consultantes. Parmi celles-ci, 27 ont demandé la chirurgie plastique du clitoris, les 9 autres ayant recours à une chirurgie vulvaire de réouverture (Fig. 2).

Par rapport à la demande initiale de chirurgie, 21,3% (36/169) ont eu recours à l'opération, dont 15,9% (27/169) à la clitoridoplastie, ce qui représente aussi 13,3% (36/270) de l'ensemble des patientes ayant consulté l'Unité (Fig. 2).

Le délai entre le premier rendez-vous pris par la patiente dans l'Unité et la date opératoire peut varier d'un peu moins d'un an à 3 ans. La majorité est cependant opérée au cours des deux premières années (Tableau 1).

Avec l'aide des anesthésistes de l'hôpital, les patientes de l'Unité ont bénéficié d'un protocole spécifique de prise en charge de la douleur. Parmi les clitoridoplasties, 66%

Tableau 1 Délai entre le premier rendez-vous et l'intervention.
Deadline between the first appointment and the surgery.

Année de l'opération	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Opérées année du 1 ^{er} rdv	5	2	7	1	0	15
Opérées entre 1 et 2 ans après le 1 ^{er} rdv		2	2	7	1	12
Opérées entre 2 et 3 ans après le 1 ^{er} rdv			2	4	1	7
Opérées à plus de 3 ans après le 1 ^{er} rdv				2	0	2
Total opérées par année	5	4	11	14	2	36

rdv : rendez-vous.

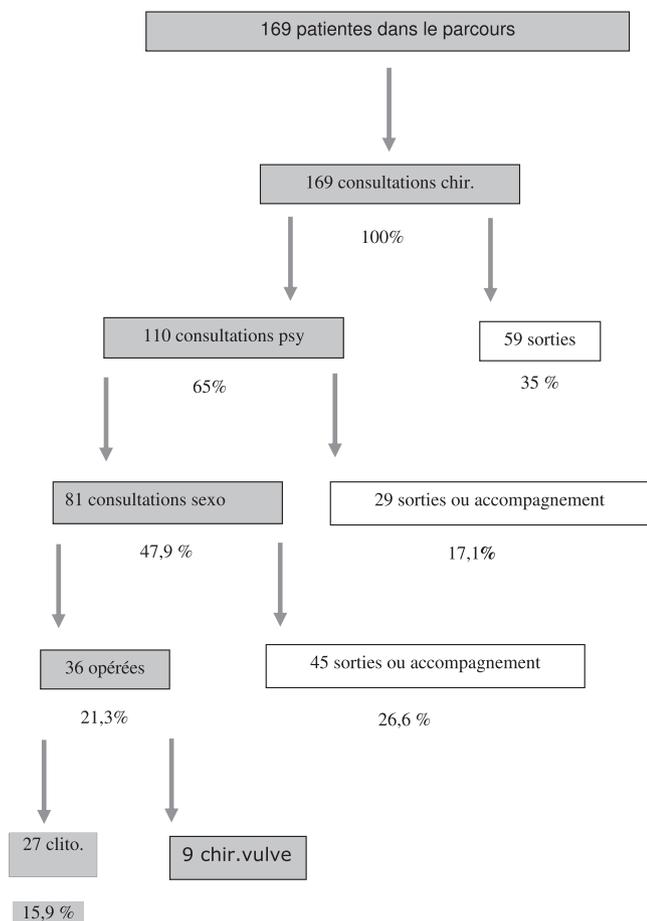


Figure 2 Résultats de l'étude rétrospective qualitative menée dans l'Unité de soins des femmes excisées (hôpital Rothschild, Trousseau, de Montreuil, Bicêtre), de décembre 2007 à janvier 2012.

Results of the qualitative retrospective study led in the "Excised Women Care Unit" (Rothschild, Trousseau, Montreuil, Bicêtre hospitals), from December 2007 till January 2012.

(18/27) se sont déroulées sous anesthésie générale (AG) et 29% (18/27) sous anesthésie loco-régionale (LR). Pour les chirurgies vulvaires (réouverture de la vulve suite à la constitution d'un pont cutané lors de la cicatrisation de l'excision), les résultats sont plus équilibrés : 55% AG contre 45% LR. En postopératoire, le protocole d'analgésie associe des antalgiques de palier II et des anti-inflammatoires, le recours aux morphiniques étant possible. On associera

systématiquement un médicament spécifique des douleurs neuropathiques ; 59,3% (16/27) des femmes ayant été opérées sur le clitoris ont été amenées à utiliser des morphiniques (sur 7% des dossiers, l'information est manquante). Suite aux clitoridoplasties, les patientes passent une nuit à l'hôpital pour bénéficier d'un accompagnement pour les premiers soins et d'un entretien avec le chirurgien et la victimologue avant leur sortie.

Le dépistage des antécédents psychotraumatiques autres que l'excision chez les patientes du parcours a fourni les données suivantes : sur les 110 patientes qui ont été vues par la victimologue, et donc dépistées, 82 d'entre elles (soit 74,5%) avaient subi d'autres événements traumatiques. Il s'agissait pour 74% de mariages forcés (61/82) et pour 63% d'agressions sexuelles avant l'âge adulte (52/82), le reste étant constitué de violences politiques (y compris sexuelles), d'accidents ou de maltraitements dans l'enfance. On notera la très forte proportion d'événements impactant la vie sexuelle.

La prise en charge dans l'Unité prévoit un suivi postopératoire assez long. De façon assez prévisible, l'assiduité des patientes baisse au fil du temps : 96,2% des femmes opérées ont été revues par le chirurgien à J15, 88,8% à M1 et à M2... seulement 18,5% sont revenues à 6 mois et 14,8% à un an (Tableau 2).

La satisfaction des patientes en postopératoire tant sur le plan sexuel, esthétique et psychologique a été abordée en consultation avec les opérées. Cependant, il ne s'agit pas d'une évaluation rigoureuse dont nous pouvons rendre compte dans la mesure où les résultats sont nécessairement biaisés par le fait que la question aie été posée par l'équipe soignante et que nous n'avons pas utilisé de questionnaire validé. Par ailleurs, notre protocole de prise en charge a pour objectif une amélioration de la santé de la femme avant l'intervention chirurgicale.

Il est à noter que 5% des femmes que nous avons reçues hors parcours, avaient été opérées ailleurs mais consultaient parce qu'elles se sentaient toujours aussi perdues, aussi étrangères à leur corps et définitivement « anormales ». Le pourcentage peut paraître insignifiant mais l'amélioration de leur situation en cours de prise en charge a confirmé notre opinion sur l'intérêt d'une approche globale de la problématique de l'excision.

Discussion

Par rapport à la population de femmes suivies dans l'Unité de soins des femmes excisées (270), peu sont opérées

Tableau 2 Suivi postopératoire des clitoridoplasties.
Postoperative follow-up of clitoridian surgery.

Suivi postopératoire des 27 clitoridoplasties	Cs chir	Cs psy	Cs sexo
J 15	26/27, 96,2 %	24/27, 88,8 %	—
M1	24/27, 88,8 %	20/27, 74,0 %	—
M2	24/27, 88,8 %	15/27, 55,5 %	—
M6	05/27, 18,5 %	05/27, 18,5 %	0
M12	04/27, 14,8 %	04/27, 14,8 %	0

J15 : 15^e jour postopératoire ; M1 : premier mois postopératoire ; M2 : deuxième mois postopératoire ; M6 : sixième mois postopératoire ; M12 : douzième mois postopératoire.

(36) mais toutes bénéficient d'un accompagnement gynécologique, psychologique et sexologique. Ce faible nombre d'opérations s'explique par la complexité de la demande réelle des patientes et par le type de réponse que nous y apportons. Ainsi, la chirurgie peut être demandée parce que les femmes, empreintes d'un discours occidental qui, en condamnant l'excision n'évite pas toujours d'en stigmatiser les victimes, se vivent comme « anormales », et vivent leur situation dans la honte. La honte ne s'opère pas. Il arrive également que l'intervention soit souhaitée dans un contexte de difficultés de couple. Dans ce cas, il n'est pas rare que la demande émane du mari. L'insatisfaction sexuelle liée au conflit conjugal est alors imputée à l'excision et pèse ainsi sur l'épouse.

Par ailleurs, les résultats de l'étude montrent que la demande de « réparation chirurgicale » masque très souvent une demande de réparation d'autres traumatismes – pour 74,5 % des patientes – sexuels pour la plupart. L'intervention chirurgicale est souvent attendue par les femmes comme le remède qui effacera le passé douloureux.

Ces différents types de demandes masquées nous invitent à la plus grande prudence quant à l'indication de la clitoridoplastie, le risque étant que les patientes soient non seulement déçues mais aussi psychiquement fragilisées après l'opération. L'accompagnement pluridisciplinaire va permettre une prise en charge globale de la femme et, autant que possible, éviter de nouvelles souffrances inutiles.

Dans notre modèle de prise en charge, il est indispensable que les patientes commencent par la consultation médicale, seule des trois consultations incluant un examen clinique.

Cette consultation médico-chirurgicale permet à la femme excisée de découvrir ou redécouvrir son corps, son sexe, son clitoris... qui a certes été mutilé, mais qui existe en tant que tel. En effet, le clitoris est toujours là, présent sous la cicatrice, faisant saillie ou pas, sous la peau. Le plus souvent, la patiente n'en a pas conscience. C'est une partie « ignorée », évitée parce que marquée par la mutilation, par la mémoire de la douleur pour certaines... ou parce que « absente » de l'image corporelle : « là, il n'y a plus rien », et « interdite », bien souvent, par le discours culturel.

La prise en charge médicale doit initier un processus de réappropriation du corps et une réassurance. Les femmes ont besoin d'entendre « vous avez votre clitoris, votre corps est fonctionnel ».

Le type d'excision est alors précisé : dans le type 1 de la classification OMS, l'aspect du périnée est assez conservé ; dans le type 2, le clitoris peut faire plus ou moins saillie

sous la cicatrice, et parfois, suite à l'accolement des petites lèvres lors de la cicatrisation, il peut exister une pseudo-infibulation. Le type 3 correspond à l'infibulation proprement dite (fermeture intentionnelle et complète de la vulve), rare dans nos consultations.

Chez un certain nombre de femmes, le relief clitoridien est suffisamment important et la cicatrice en regard assez fine pour inciter le chirurgien à ne pas intervenir. La chirurgie plastique décrite par Foldès et permettant de ressortir le moignon clitoridien [4] peut avoir un intérêt esthétique lorsque celui-ci est enfoui, mais nous apparaît comme peu utile quand le moignon fait déjà bien saillie sous la peau. Dans ce cas de « beau relief clitoridien », la chirurgie est alors déconseillée. Par contre, on insistera sur l'utilisation et la stimulation de la région clitoridienne lors des pratiques sexuelles. Les pseudo-infibulations ou infibulations sont quant à elles des indications systématiques à une chirurgie de réouverture vulvaire, afin de permettre ou d'améliorer les rapports sexuels et de faciliter les accouchements ultérieurs.

La consultation médicale permet aussi de rassurer les patientes sur leur futur obstétrical. La plupart des femmes, après avoir lu ou écouté les médias, pensent qu'il leur sera difficile d'être enceinte, et plus encore d'accoucher. Il existe de nombreuses études décrivant des complications obstétricales liées à l'excision [5] mais ces études ont été menées dans les pays en voie de développement où l'accouchement est peu médicalisé. Les fistules et déchirures complexes du périnée sont le fait des accouchements non médicalisés. La mise en place de mesures préventives adaptées à ces accouchements (libération des obstacles périnéaux due aux infibulations ou pseudo-infibulations, réalisation d'épisiotomies « faciles »...) permet aux femmes excisées d'accoucher sans problème particulier par les voies naturelles.

De nombreux parcours de soin dans notre unité se terminent à ce stade, la patiente étant alors rassurée. Ceci explique le nombre de patientes vues par le chirurgien et n'ayant pas rencontré les autres spécialistes alors que la demande initiale était la chirurgie (59 patientes sur 169 arrêtent le parcours après la consultation médicale).

Pour celles qui sont particulièrement demandeuses de la chirurgie plastique du clitoris, les limites de celle-ci seront évoquées : chirurgie récente encore peu évaluée de façon scientifique ; permettant une modification partielle de l'aspect esthétique externe de la vulve. En effet, beaucoup de patientes espèrent que l'intervention

effacera toute trace visible de l'excision, ce qui n'est pas le cas. Les complications possibles de l'opération seront aussi citées : rares infections, exceptionnelles hémorragies. Beaucoup plus fréquemment, on pourra assister à un ré-enfouissement du moignon lors de la cicatrisation, souvent très mal vécu par les patientes [3].

Dès cette première consultation, il nous semble important d'être vigilant quant aux limites des apports de cette chirurgie comme réponse à des demandes d'amélioration de la sexualité, surtout quand d'autres violences sexuelles émergent rapidement lors de l'entretien ou lorsque l'excision est d'emblée mise en avant comme source de problèmes conjugaux. La revue de la littérature n'a pas fait apparaître d'autres études reliant la demande de chirurgie clitoridienne et ces autres problématiques.

Quand la plainte concerne des douleurs dans la zone génitale, il nous semble essentiel de bien distinguer le type de douleur décrite par la patiente : douleur hors et/ou pendant les rapports sexuels, dyspareunies profondes ou bien orificielles. Cette chirurgie pourrait peut-être supprimer les douleurs neuropathiques dont se plaignent les patientes, encore faudrait-il les évaluer de façon rigoureuse et sans doute comparer les effets d'un traitement médicamenteux (type [©]Prégabaline) à ceux d'une intervention chirurgicale [6].

L'entretien psychotraumatologique, proposé plusieurs semaines après la consultation médicale, constitue un moment essentiel afin de dépister les éventuels traumatismes associés à l'excision, de les traiter autant que possible et de faire évoluer le sentiment de honte. L'enjeu de cet entretien est de trouver, avec la patiente et guidées par elle, la nature profonde de sa souffrance liée à l'excision. Faute de quoi, on leur « ment », parce que l'opération apportera peut-être un changement mais pas celui qu'elles attendaient.

Les connaissances actuelles sur les mécanismes du psychotraumatisme [7] doivent faire craindre au praticien que l'opération sur les « lieux » mêmes du traumatisme ne provoque des reviviscences des événements traumatiques, qu'il s'agisse de l'excision, ou de traumatismes sexuels tels que les mariages forcés, les viols et les agressions sexuelles pendant l'enfance ou à l'âge adulte. La consultation psychologique, selon les besoins de la patiente, doit permettre de dépister les séquelles psychotraumatiques et d'évaluer leur lien avec les doléances de la patiente. Notre intention est de leur éviter autant que possible ces réveils de la mémoire traumatique en postopératoire, et au minimum d'accompagner ceux-ci. C'est une des raisons qui nous conduit à attacher tant d'importance à la prise en charge de la douleur en postopératoire. Plusieurs patientes qui n'avaient pas bénéficié d'un protocole antalgique spécifique ont rapporté avoir eu le sentiment de « revivre leur excision » ou d'être « excisées une seconde fois ». Il faut rappeler que près de 60 % de nos patientes opérées ont eu recours aux morphiniques prescrits en postopératoire.

Nous avons aussi observé que la demande des patientes qui avaient subi un traumatisme sexuel évoluait en cours de prise en charge. Certaines ne souhaitaient plus l'opération, tandis que d'autres, à mesure que les séquelles psychotraumatiques s'atténuaient, reformulaient leur demande en termes de restauration de leur sentiment d'intégrité, de reprise du contrôle sur leur propre corps. L'excision et les

agressions sexuelles constituaient des prises de pouvoir par autrui sur le corps, elles y répondaient par l'opération, comme prise de décision par elles-mêmes pour elles-mêmes. La plainte initiale : « je n'ai pas de plaisir sexuel à cause de l'excision » masquait une conséquence très fréquente des agressions sexuelles infantiles ou des mariages forcés, d'autant que ceux-ci pouvaient toujours être en cours au moment de la consultation. Il nous semble que c'est un biais fréquent dans les études sur les difficultés sexuelles des femmes excisées [8]. Étant donné que les mariages forcés – qui constituent des violences sexuelles – se pratiquent dans les mêmes populations que l'excision, les résultats qui ignorent cette variable, ne peuvent pas évaluer correctement l'insatisfaction sexuelle spécifiquement due à l'excision. Il en est de même pour les agressions sexuelles dans l'enfance.

L'autre thématique importante évoquée par les patientes en consultation psychotraumatologique est la honte. Le discours de lutte contre l'excision, avec ses descriptions nécessaires de la violence à l'œuvre sur des corps de petites filles ou d'adolescentes, des conséquences catastrophiques possibles sur la vie et la santé des femmes, avec ses raccourcis sur la capacité orgasmique des femmes excisées, a eu un effet secondaire néfaste. Les femmes excisées se décrivent elles-mêmes comme « anormales », « pas femmes », incapables de connaître le plaisir sexuel. Le pouvoir « mutilant » de ces propos est tel que certaines patientes ont réalisé pendant l'anamnèse de leur situation qu'elles avaient des sensations sexuelles et même des orgasmes avant d'apprendre par les médias ou un praticien inattentif que « puisqu'elles étaient excisées, elles ne pouvaient avoir de plaisir sexuel ». La « honte d'être excisée » agit comme une inhibition puissante et paradoxalement atteint l'objectif de « chasteté » que certains discours traditionnels assignent à l'excision. Ainsi, beaucoup de jeunes femmes arrivent chez nous en demandant d'être opérées pour pouvoir commencer une vie amoureuse et sexuelle qu'elles s'interdisaient jusque-là. Par une effrayante inversion, elles reçoivent le message qu'elles ne peuvent être femmes avant l'opération, alors que les coutumes leur déniaient d'être femmes avant l'excision. Dans ce cas, les entretiens psychologiques auront pour objectif d'aider la patiente à déconstruire ces discours parallèles qui nuisent à son image d'elle-même, avant une opération dont l'effet sur le psychisme ne peut être prédit. Ce travail a souvent pour effet, en même temps que l'estime d'elles-mêmes s'améliore, de faire évoluer positivement leur vie sexuelle.

Ce temps passé à leur écoute, à l'identification attentive des demandes cachées par la demande d'intervention chirurgicale allonge le temps de prise en charge. Comme le montrent les chiffres, les femmes qui sont opérées, le sont six mois à un an plus tard. L'arrêt du parcours après la consultation psychologique par 26 % des femmes environ correspond dans un certain nombre de cas à une redéfinition ou une extinction de la demande initiale de chirurgie. Ces patientes ne relient plus leur mieux-être à l'intervention chirurgicale. Certaines reviendront des mois ou des années plus tard avec une demande très différente, plus personnelle, et moins désespérée. Une partie des patientes quittent également le parcours de prise en charge après l'entretien psychologique parce qu'elles ne souhaitent pas

affronter les événements douloureux de leur passé mis au jour à cette occasion.

La majorité des patientes vues en consultation psychotraumatologique rencontreront également la sexologue (73,6%). Avant-dernière étape du parcours, la consultation sexologique va aider les femmes à comprendre leur sexualité en prenant en compte les facteurs relationnels, affectifs et sociaux, et sans les réduire à un organe. Comme pour n'importe quelle femme, l'absence d'éducation sexuelle, les tabous sur certaines pratiques, ou la non-liberté de choix du partenaire peuvent jouer un rôle déterminant dans les difficultés d'accès à une sexualité satisfaisante.

Il est important d'aller dans le détail de l'histoire personnelle de chaque femme (en matière de sexualité comme ailleurs, les blessures les plus profondes ne sont pas toujours celles du couteau...), mais aussi d'aller dans le détail de l'expérience sexuelle y compris infantile et adolescente, et des pratiques sexuelles. Lors de la consultation sexologique, la dimension « pédagogique » est importante. Il est parfois utile de décrire ce qu'est une réaction d'excitation ou une décharge orgasmique... pas toujours identifiées comme telles par les intéressées.

Certaines femmes n'évoquent aucune difficulté sexuelle particulière. Pour d'autres, l'analyse fine des difficultés montre qu'elles ne se différencient guère de celles rencontrées par d'autres jeunes femmes d'âge équivalent en début de vie sexuelle et qu'il est hasardeux d'évaluer quelle est la part de la perte de réceptivité sensorielle de la région clitoridienne dans ces problèmes. Beaucoup de femmes sont tellement convaincues que l'excision les prive de tout accès au plaisir sexuel qu'elles n'ont rien exploré des capacités érotiques de leur corps, ou bien connaissent le plaisir et l'orgasme mais n'en savent rien, convaincues qu'elles sont « handicapées ».

Les douleurs pendant les rapports sexuels (après élimination des obstacles cliniques avec le médecin tels que les infibulations et pseudo-infibulations) constituent un thème fréquemment abordé par les femmes en consultation sexologique. Les femmes attribuent le plus souvent ces dyspareunies à l'excision. Cependant, l'analyse attentive des récits sexuels des femmes permet souvent de dépister d'autres facteurs pouvant être à l'origine des douleurs, tels que le manque de préliminaires, une lubrification vaginale insuffisante ou des difficultés relationnelles. Prendre en compte les spécificités des femmes excisées ne doit pas remplacer une véritable prise en charge sexologique.

Il nous semble qu'à ce jour, une évaluation rigoureuse des résultats de la chirurgie fait encore défaut, du moins en ce qui concerne l'amélioration de la vie sexuelle souvent mise en avant pour la justifier. La sexualité humaine implique tant de variables sensibles autres que l'anatomie ; telles que l'histoire et les croyances personnelles, le contexte, la vie affective, les représentations culturelles. Nos conclusions rejoignent ici celles d'autres auteurs, celles de Paterson et al., par exemple [9] : « Certaines femmes dont le clitoris a été excisé peuvent connaître l'orgasme, la reconstruction du clitoris ne garanti pas l'orgasme et de 20 à 30% des femmes n'ayant pas subi de mutilations génitales féminines (MGF) connaissent des difficultés orgasmiques (...). L'orgasme dépend clairement de bien d'autres facteurs que

l'anatomie et les femmes qui souhaitent améliorer leur fonctionnement sexuel/orgasmique devraient se voir offrir une psychothérapie afin de traiter tous les facteurs psychosociaux contributifs, qu'elles aient subi ou non des MGF ».

Ainsi, les améliorations de l'accès à l'orgasme après la chirurgie [3,9] semblent plus significatives chez les femmes ayant déclaré n'avoir aucun accès au plaisir avant l'opération, alors que celles qui avaient déjà des orgasmes signalent peu de changement positif. Il nous semble que l'on ne peut pas exclure l'hypothèse que la « réhabilitation » de leur clitoris par la démarche qu'elles ont entreprise, et le discours valorisant d'un « retour à la normale » qui l'accompagne, joue au niveau psychique un rôle important pour l'investissement et l'amélioration de leur vie sexuelle. Il est également possible que les évaluations du plaisir sexuel en préopératoire soient biaisées par la croyance répandue en Occident et transmise aux femmes excisées vivant en France, qu'elles étaient définitivement privées de satisfaction sexuelle. On a vu plus haut que la consultation sexologique préopératoire révèle souvent que les femmes n'ont tout simplement jamais exploré les capacités orgasmiques de leur corps par ignorance, inhibition ou conviction que celles-ci sont inexistantes.

À la suite des trois consultations, nous présentons en staff pluridisciplinaire les dossiers des patientes pour partager nos informations et réflexions afin d'essayer de trouver la réponse la plus appropriée à la demande explicite ou implicite de chaque patiente. Lors de l'entretien pluridisciplinaire avec les patientes, nous commençons par faire le point sur leur demande – qui peut avoir évolué depuis la dernière consultation, ensuite nous leur faisons part de nos réflexions et propositions de prise en charge afin de définir avec elles les décisions qui les concernent et qui peuvent au mieux les aider. Nous élaborons ainsi une réponse et une prise en charge spécifique pour chaque patiente.

Conclusion

Notre hypothèse de travail, qui s'est forgée à l'écoute des femmes, est que la chirurgie n'est pas « la réparation ». Celle-ci dépend de plusieurs autres facteurs, ce qui justifie à nos yeux une prise en charge pluridisciplinaire, avec l'objectif d'offrir un soin au plus près des souffrances de la patiente. Le parcours que nous proposons doit leur permettre de se réapproprier leur corps et leur histoire, de manière à prendre elles-mêmes les décisions qui les concernent. Il s'agit d'un processus « interne » plus que d'étapes « externes ». Il ne s'agit pas de s'assurer qu'elles sont « prêtes » ou « mûres » comme notre approche a pu être abusivement interprétée mais de leur donner toutes les clés à notre disposition pour comprendre et soulager ce qui les fait souffrir. Autrement, il nous semble qu'il existe un risque de les faire passer du « couteau » au « scalpel », « pour leur bien », parce que nous, « nous savons » ce qui leur rendra leur « identité féminine ».

Nos patientes nous ont amenées à remettre en cause bon nombre d'idées qui relevaient plus de la croyance que de la connaissance. En ce sens, elles pouvaient autant entraver la vie des femmes que les discours culturels sur l'excision.

Parmi elles, la croyance que les femmes excisées n'ont pas accès au plaisir sexuel, qu'elles ne sont plus des « femmes normales », que la souffrance causée par l'excision affecte les femmes « occidentalisées » plutôt que celles qui sont restées dans « la tradition », etc.

L'excision reste une violence pratiquée au nom de la culture. Cette dimension doit être prise en compte dans le travail avec les femmes excisées. Le corps cicatrise plus vite que la psyché. Le psychotraumatisme nous est apparu, à l'écoute de nos patientes, la plus grave séquelle de l'excision, à laquelle s'ajoutent la stigmatisation et les croyances erronées. Il nous semble donc, que la « réparation » de l'excision ne peut pas faire l'économie du traitement psychique et sexologique en parallèle de l'approche médico-chirurgicale.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Nous tenons particulièrement à remercier Pr J.-L. Bénifla, Dr F. Demaria[†], I. Gillette-Faye, Pr H. Fernandez, C. Kermoal, Dr T. Kfoury, D. Louboutin, Dr A. Nazac, P. Peenaert, V. Poindessault, Dr A. Rasahondranirina, D. Roques, Dr A. Souhaid, V. Théodore, Dr F. Toutlemonde.

Références

- [1] UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change; 2013.
- [2] Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine africaine vivant en France. Rapport final. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH). INED, Université Paris 1 Panthéon – Sorbone; 2009. p. 1–71.
- [3] Foldès P, Cuzin B, Andro A. La chirurgie reconstructrice après les mutilations génitales féminines : une étude de cohorte prospective. *Lancet* 2012;380:134–41.
- [4] Foldès P. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle. *Prog Urol* 2004;14:47–50.
- [5] WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835–41.
- [6] Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, Allen RR, Argoff CR, Bennett GJ, et al. Les progrès de la douleur neuropathique : diagnostic, mécanismes, et des recommandations de traitement. *Arch Neurol* 2003;60:1524–34.
- [7] Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. Paris: Dunod; 2013.
- [8] Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. *Popul Soc (Paris)* 2007;438:1–4.
- [9] Paterson LQP, Davis SN, Binik YM. Les mutilations génitales féminines et l'orgasme avant et après réparation chirurgicale. *Sexologies* 2012;21:21–8.