

De l'acte à ses conséquences : l'apport de la notion de vulnérabilité à la redéfinition de la typologie des mutilations sexuelles féminines

Armelle ANDRO

Institut de démographie de Paris, Université Paris 1 / Ined

Depuis plusieurs décennies, les organisations internationales, et en particulier l'OMS, se sont mobilisées pour faire reculer la pratique des mutilations sexuelles féminines (MSF). Cette pratique traditionnelle néfaste a un impact très négatif sur la santé et de nombreuses femmes et jeunes filles endurent au quotidien ses conséquences. Dans le cadre de sa politique de lutte contre les mutilations sexuelles, l'OMS a élaboré une classification de ces pratiques fondées sur la nature de l'acte subi. Par ailleurs, de nombreuses études cliniques ont permis de répertorier précisément les nombreuses pathologies dont peuvent souffrir les femmes concernées en différenciant ce qui relève des conséquences immédiates et de long terme.

Même si elle a permis de faire sensiblement augmenter le niveau de connaissance et d'expertise sur la question, il apparaît aujourd'hui que cette classification présente un certain nombre de limites liées à la définition retenue. Ces conséquences sont effectivement massives et dramatiques dans les pays d'origine mais la question semble se présenter différemment dans les pays de migration où la médicalisation de l'accouchement réduit de fait considérablement les risques. L'amélioration récente des connaissances sur les conséquences de l'excision sur la santé des femmes concernées permet d'envisager une révision de la classification proposée par l'OMS pour catégoriser les mutilations sexuelles féminines qui s'emploierait à mieux tenir compte des conséquences à long terme de cette mutilation, intégrant alors les caractéristiques du contexte social, familial, économique, culturel, dans lequel vivent les femmes concernées et qui conditionnent la gravité de ces conséquences. Dans ce contexte, la notion de vulnérabilité peut s'avérer particulièrement opérante en permettant de concevoir une nouvelle catégorisation des « types de mutilations sexuelles » fondée non plus sur la gravité théorique de l'acte commis au moment de l'excision mais plutôt sur la capacité à en gérer les conséquences réelles pour les femmes. Une approche de ce type permettrait de trouver une adéquation plus évidente et opérationnelle entre la typologie des mutilations sexuelles féminines et les différents protocoles de prise en charge à mettre en œuvre dans le cadre d'une politique de santé publique, tenant compte du niveau de développement des systèmes sanitaires.

1. Contexte

Selon les estimations de l'OMS, dans le monde, 100 à 140 millions de filles et de femmes ont subi une mutilation sexuelle. Le phénomène est présent essentiellement en Afrique sub-saharienne et, de manière plus marginale, dans quelques régions du Proche-Orient et de l'Asie du Sud-Est (Yémen, Indonésie et Malaisie).

En outre, on estime aujourd'hui que près de 5 % des victimes vivent dans des pays du Nord, soit plus de 6,5 millions de filles et de femmes. Elles résident principalement dans les pays européens d'immigration africaine (France, Grande-Bretagne, Belgique, Pays-Bas notamment) ainsi qu'en Amérique du Nord et en Australie. En France, on a estimé en 2004 que 55 000 femmes adultes avaient subi ce type de mutilation (Andro et Lesclingand, 2007).

En Afrique, on recense 28 pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées. Depuis le début des années 1990, la proportion de femmes excisées et la fréquence des différentes formes d'excision y sont bien connues grâce à la mise en œuvre de grandes enquêtes nationales sur les questions de démographie et de santé.

Les pays concernés se situent donc tous dans une large bande qui parcourt le centre du continent d'ouest en est (carte 1). La proportion de femmes excisées varie beaucoup d'un pays à l'autre, s'échelonnant, au début des années 2000, de 1,4 % au Cameroun à 96 % en Guinée. On peut considérer que trois groupes de pays se distinguent : (I) les pays où la grande majorité des femmes sont excisées et où la pratique de l'excision est une norme sociale très majoritaire et difficilement contournable (plus de 85 %) ; (II) ceux où la proportion varie selon l'ethnie, la catégorie sociale et la génération et où, finalement, seules certaines fractions de la population féminine sont touchées, ce qui donne une proportion à l'échelle nationale se situant entre 25 et 85 % ; (III) et enfin, les pays où seules quelques minorités sont concernées et où la proportion de femmes excisées est généralement inférieure à 25 %. Les enquêtes de démographie et de santé montrent aussi que ces mutilations sont très majoritairement pratiquées sur les jeunes filles avant l'âge de 15 ans.

pendant de la circoncision masculine. C'est seulement en 1979 que l'OMS prendra pour la première fois position sur le sujet en mettant en place une réflexion sur les conséquences médicales de cette pratique. À cette époque, une première description de la réalité physique des actes pratiqués lors de l'excision des jeunes filles est réalisée par des médecins. Elle débouchera sur l'élaboration de recommandations et, plus précisément, d'une nouvelle formulation qui qualifie alors les mutilations sexuelles féminines de « pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants » (WHO, 1980). En 1984, à l'initiative du gouvernement sénégalais, un certain nombre d'associations féministes mobilisées contre ces pratiques réunies à Dakar créent le *Comité inter-africain de lutte contre les pratiques traditionnelles*, qui fait définitivement reconnaître le caractère néfaste de ces pratiques, consensus qui sera officialisé l'année suivante, à la conférence mondiale sur les femmes de Nairobi. La décennie 1990 verra la mobilisation internationale se renforcer, mobilisant toujours plus d'agences onusiennes. En 1990, le Comité inter-africain adopte la terminologie actuelle de « mutilations génitales ou sexuelles » (*female genital cutting*), dans la foulée de l'Unicef. La conférence de Pékin, en 1995, sera l'occasion de rappeler la position abolitionniste de l'Onu sur la question.

L'amélioration des connaissances médicales sur la question et l'ampleur de la mobilisation sur le sujet amènent finalement l'OMS à formuler une première typologie en 1997, conçue en collaboration avec l'Unicef et le FNUAP : les trois organisations rédigent une déclaration conjointe contre la pratique des mutilations sexuelles féminines et proposant une classification des différentes formes de mutilations sexuelles. Enfin, en 2008, dix agences de l'ONU¹ ont publié une Déclaration inter-institutions lançant un appel « à tous les États, organisations nationales et internationales, à la société civile et aux communautés qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines pour qu'ils défendent les droits des filles et des femmes. Elle demande aussi à ces organismes et communautés de concevoir, de renforcer et de soutenir des actions spécifiques et concrètes afin de parvenir à l'élimination des mutilations sexuelles féminines en une génération » (OHCHR *et al.*, 2008). La déclaration de 2008 précise la position et les recommandations des instances internationales en s'appuyant sur les nouveaux éléments recueillis au cours de la dernière décennie au sujet de cette pratique. Elle insiste sur la question des droits humains et apporte des données actualisées sur la fréquence et l'ampleur des mutilations sexuelles féminines. Elle résume aussi les recherches anthropologiques sur les causes de la perpétuation de cette pratique, sur les moyens d'y mettre fin. Enfin, elle répertorie les effets néfastes pour la santé des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés. Dans la foulée, l'OMS a publié en 2010 une « Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines » en collaboration avec d'autres instances des Nations unies et organisations internationales.

¹ HCDH, OMS, Onusida, Pnud, Uncea, Unesco, UNFPA, UNHCR, Unicef et Unifem.

Ces dernières publications ont été l'occasion de consolider la classification des mutilations sexuelles féminines et de présenter un répertoire détaillé des conséquences potentielles de cette pratique pour la santé des femmes concernées.

2.2. La typologie des mutilations sexuelles féminines

La première classification des mutilations sexuelles féminines a été élaborée par l'OMS en 1995. La finalité de cette classification était de fournir une typologie commune permettant la comparabilité des situations et dont les usages pourraient être divers. Il s'agissait à la fois de proposer un outil pour l'étude des conséquences de ces mutilations, d'assurer une mesure plus fine de l'évolution de la prévalence et des pratiques, de faciliter le diagnostic par les professionnels de santé lors des examens médicaux, de fournir un cadre de référence dans le traitement juridique de la question.

Très rapidement, certains experts ont mis en lumière les limites de cette première classification. De leur point de vue, les catégories proposées simplifiaient trop la diversité des pratiques effectives. La classification a donc fait l'objet d'une révision en 2007, en s'appuyant sur les conclusions d'un groupe d'experts réunis par l'OMS : le libellé de la classification actuelle a été légèrement modifié et des subdivisions créées, pour cerner plus précisément la variété des interventions pratiquées (WHO, 2006).

Depuis 2008, l'OMS préconise donc de catégoriser les mutilations sexuelles en 4 types principaux définis en fonction du genre d'acte pratiqué au moment de la mutilation : (I) le type I, souvent qualifié de clitoridectomie, (II) le type II, souvent qualifié d'excision, (III) le type III, souvent qualifié d'infibulation, et (IV) les autres types de pratiques. Les mutilations de type I, II et III peuvent être subdivisées en sous-catégories.

Les mutilations les plus fréquemment pratiquées sont celles de type I et II. En Afrique de l'ouest, on parle de *Suma*, et il s'agit de mutilations plutôt de type II. Les mutilations de type III sont plus rares et essentiellement localisées à l'est du continent.

TABLEAU 1 : CLASSIFICATION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES PROPOSÉS PAR L'OMS

Typologie modifiée de l'OMS, 2007	Typologie de l'OMS, 1995
<p>Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – type Ia : Ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; – type Ib : Ablation du clitoris et du prépuce. 	<p>Type I : Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.</p>
<p>Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – type IIa : Ablation des petites lèvres uniquement ; – type IIb : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; – type IIc : Ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. <p><i>(Notez également que, en français, le terme d'excision est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines)</i></p>	<p>Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.</p>
<p>Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation). Lorsqu'il est important de distinguer entre différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – type IIIa : Ablation et accolement des petites lèvres ; – type IIIb : Ablation et accolement des grandes lèvres. 	<p>Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).</p>
<p>Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.</p>	<p>Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres ; l'étirement du clitoris et/ou des lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ; la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal (« <i>angurya</i> ») ou l'incision du vagin (« <i>gishiri</i> ») ; l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer ; et toute autre pratique entrant dans la définition générale des mutilations sexuelles féminines.</p>
<p><i>Source : OMS 2008.</i></p>	

Cette typologie est donc construite selon une logique de gravité qui serait liée à l'étendue de l'ablation (les mutilations de type III sont plus invalidantes que celles de type I) et selon des critères anthropologiques : il s'agit de décrire la quantité et la qualité des tissus

enlevés par l'exciseuse au moment de la mutilation, ces dernières étant variables selon les régions, groupes ethniques ou période à laquelle a lieu la mutilation.

Cependant, le type d'acte ne présage finalement pas toujours des conséquences qui seront, quant à elles, très différentes selon le contexte dans lequel l'excision a eu lieu : l'âge à l'excision, l'exciseuse, les outils utilisés, la cicatrisation, la suite de la trajectoire de vie sont autant de facteurs qui interviennent aussi. Or, ce qui définit le vécu de l'excision pour les femmes concernées, c'est moins la nature de l'acte pratiqué que, d'une part, le contexte dans lequel il a eu lieu et, d'autre part, les conséquences qu'elles doivent supporter par la suite.

2.3. Le tableau des conséquences des MSF sur la santé des femmes

Les MSF entraînent une morbidité et une mortalité féminine importantes. Les études sur les risques de santé ont essentiellement été conduites sur des cas cliniques dans les pays africains où se pratiquent les MSF ainsi que dans quelques pays européens concernés. Elles montrent que ces risques de santé sont extrêmement élevés et en partie létaux (Braddy, 2007 ; WHO, 2006 ; Reyners, 2004 ; Banks *et al.*, 2006). Ces conséquences sont bien étudiées depuis le milieu des années 1990 seulement. Il s'agit généralement d'enquêtes menées en milieu hospitalier, auprès de femmes venant d'accoucher ou consultant pour des problèmes spécifiquement liés à leur mutilation. Beaucoup de ces études portent sur les complications à l'accouchement et, *a contrario*, peu d'études portent sur les conséquences quotidiennes de l'excision.

Les conséquences médicales immédiates sont d'autant plus graves que les conditions dans lesquelles sont réalisées les MSF ne permettent pas la prise en charge de telles complications. Les saignements sont systématiques et l'hémorragie peut être très sévère en raison de la riche vascularisation de cette région anatomique. Les infections aiguës basses (vulvo-vaginites, cervicites, abcès) ou hautes (endométrite, salpingite, pelvipéritonite) sont fréquentes et peuvent se généraliser en gangrène ou en septicémie. Le risque de transmission du tétanos, du Sida, des hépatites B et C est notable. La mortalité infantile ou juvénile induite est importante.

Les conséquences à court terme sont diverses. Les lésions traumatiques des organes voisins peuvent entraîner des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales. La mauvaise qualité de cicatrisation s'explique par l'absence de condition d'asepsie et l'absence de suture. Il peut aussi y avoir un accolement des petites lèvres qui forment un pont cicatriciel recouvrant le méat urinaire et entraînant les mêmes complications que l'infibulation. Les troubles urinaires à type de dysurie ou de rétention d'urine peuvent provoquer une infection des voies urinaires.

Les conséquences médicales à long terme sont liées aux lésions engendrées par la mutilation. Il peut s'agir de névromes cicatriciels ou de kystes vulvaires qui entraînent des douleurs chroniques, des dysménorrhées, des dyspareunies, des infections urinaires chroniques. Les infections génitales sont extrêmement fréquentes, peuvent s'étendre et engendrer des infections génitales hautes, augmentant nettement le taux de stérilité primaire et le taux de fausses couches spontanées à répétition.

Les conséquences obstétricales ont été particulièrement étudiées. Les MSF entraînent des complications pendant la grossesse et l'accouchement dont la nature et la gravité dépendent là encore des lésions. La perte d'élasticité des tissus cicatriciels occasionne une augmentation des risques de déchirures périnéales et d'hémorragies. Le fœtus risquant d'être bloqué dans le bassin en raison de la barrière périnéale, le risque de souffrance fœtale aiguë, voire de décès *per-partum* et de césarienne, est augmenté.

Si l'ensemble des risques d'altérations physiques sont bien décrits, les risques d'altérations psychologiques associés sont bien plus rarement mesurés (Menage, 2006 ; Raya, 2010 ; Behrendt et Moritz, 2005). Certains relativisent leur ampleur en considérant que, dans un contexte où elles sont répandues et socialement intégrées, les risques de trauma seraient plus faibles (Black et Debelle, 1995 ; Toubia, 1994). Les risques de répercussions psychologiques de l'excision seraient alors plus importants en contexte migratoire, où l'excision est une pratique stigmatisée et condamnée.

Les conséquences sur la vie sexuelle sont aussi souvent évoquées mais, là encore, elles sont rarement mesurées, voire minimisées et discutées (Obermeyer, 1999 ; Toubia, 1994). Les principales résident dans le fait que la blessure ou l'ablation partielle ou totale du clitoris entraîne inévitablement une altération de la sensibilité sexuelle. Les autres conséquences d'ordre sexuel identifiées sont les douleurs permanentes liées à des névromes, les dyspareunies liées aux remaniements cicatriciels, les rapports sexuels systématiquement douloureux. Les troubles du désir (désir hypoactif voire anaphrodisie) sont fréquents.

Les conséquences psycho-traumatiques sont très répandues. Les mutilations sexuelles féminines, quelle que soit leur gravité objective, ont fait traumatisme. Dans la plupart des cas, la mutilation est vécue dans l'effroi et la sidération psychique, laissant la jeune fille dans une grande difficulté pour élaborer psychiquement et attribuer du sens à l'insensé de l'évènement. Les névroses post-traumatiques peuvent s'installer, les symptômes « psychosomatiques » (maux de tête, douleurs) sont également présents. La grossesse et l'accouchement deviennent, dans ces situations, des moments de grande vulnérabilité. Les relations aux parents, aux hommes mais aussi à la sexualité, à la maternité, à la féminité peuvent être impactées.

Cependant, l'ensemble de ces conséquences n'a rien de systématique et le tableau clinique peut être extrêmement variable selon les femmes, quel que soit le type de mutilation qu'elles ont subi.

3. Les limites de la classification

La classification de l'OMS intègre donc plus le contexte socio-culturel dans lequel l'acte s'est déroulé que le contexte socio-sanitaire dans lequel les femmes concernées doivent endurer les conséquences potentielles de cette pratique. Cette conception rend finalement la définition d'une prise en charge médicale standardisée difficile et entraîne une vision « fixiste » du profil des femmes concernées.

3.1. Les difficultés des professionnels de santé à concevoir un diagnostic

À titre d'exemple, on trouve, dans le guide du « praticien face aux mutilations sexuelles féminines » rédigé en France en 2009 (Gynécologie sans frontières, 2009) et qui est une indéniable avancée en matière de sensibilisation des professionnels de santé sur ces questions, la citation suivante :

« Les MSF de type I n'engendrent que peu de complications médicales en général immédiates, les MSF de type II peuvent engendrer de graves complications à court et à long terme, les MSF de type III engendrent de très lourdes complications. Il faut ajouter que tout type de MSF peut avoir chez la fillette des conséquences dramatiques qui peuvent aboutir à son décès. ». La vision adoptée ici est donc bien de lier l'ampleur des conséquences au type d'acte pratiqué. Or, dans la déclaration inter-institutions rédigée sous l'égide de l'OMS en 2008 (OHCHR et al., 2008), il est bien précisé que, « bien que l'étendue de l'ablation des tissus génitaux soit généralement plus importante lorsque l'on passe des mutilations de type I aux mutilations de type III, il existe des exceptions. La gravité et les risques sont étroitement liés à l'importance anatomique de l'ablation, y compris à la fois par le type et la quantité de tissus enlevés, qui peuvent varier d'un type à l'autre. Par exemple, les mutilations de type I incluent généralement l'ablation du clitoris (type Ib) et celles de type II à la fois l'ablation du clitoris et des petites lèvres (type IIb)1. Dans ce cas, les mutilations de type II seraient plus graves et associées à un plus grand risque. Dans certaines formes de mutilations de type II, toutefois, seules les petites lèvres sont sectionnées et non le clitoris (type IIa), auquel cas certains risques tels que les risques d'hémorragie peuvent être moindres, tandis que d'autres risques tels que les risques d'infections génitales ou de scarification peuvent être les mêmes ou plus importants. De même, les mutilations de type III sont associées principalement à des risques plus graves pour la santé que les mutilations de type II, tels que les complications à la naissance. Toutefois, pour ce qui est de l'infertilité, un facteur important est l'étendue anatomique de l'ablation, à savoir si elle inclut ou non les grandes lèvres plutôt que le recouvrement lui-même. En conséquence, les mutilations de type II qui incluent une ablation des grandes lèvres (type IIc) sont associées à de plus grands risques d'infertilité que l'infibulation de type IIIa qui est pratiquée uniquement sur les petites lèvres (Almroth et al., 2005b). Étant donné que le clitoris est un organe sexuel très sensible, les mutilations de type I incluant l'ablation du clitoris peuvent diminuer la sensibilité sexuelle davantage que les mutilations de type III, au cours desquelles le clitoris est laissé intact tandis qu'est pratiquée l'infibulation (Nour et al., 2006). La gravité et la prévalence des risques psychologiques (y compris psychosexuels) peuvent également varier en fonction de caractéristiques autres que l'ampleur physique de l'ablation des tissus, telles que l'âge et la situation sociale (McCaffrey, 1995) ».

Cette longue incise montre bien la complexité de la situation et la relative inefficacité de la classification par type pour appréhender la réalité du vécu des femmes.

En pratique, sur les 4 types de mutilations sexuelles féminines, les médecins qui les diagnostiquent ne sont souvent en mesure que d'en identifier seulement deux. Comme le

décrit encore le guide du praticien face au MSF, « plus simplement et en pratique, on pourrait distinguer deux formes : les excisions (l'orifice vaginal reste ouvert et les rapports sexuels sont possibles), l'infibulation, où la vulve disparaît, remplacée par une cicatrice fibreuse et dure rendant les rapports sexuels impossibles et source de complications obstétricales majeures. L'infibulation peut être partielle, conséquence involontaire d'une excision par coalescence des petites lèvres ».

3.2. La difficulté à prendre la mesure des effets de contexte

Les conséquences décrites plus haut peuvent effectivement être massives et dramatiques dans les pays d'origine. Mais, avec l'augmentation des flux migratoires internationaux, la problématique des MSF déborde aujourd'hui largement le contexte sanitaire des pays où elles se pratiquent. D'après le Parlement européen, en 2009, 500 000 femmes et jeunes filles excisées résideraient dans les pays européens (*European Parliament resolution on combating female genital mutilation in EU*), dont environ 55 000 femmes adultes en France (Andro et Lesclingand, 2007). Le contexte de soins y est à la fois plus propice à une bonne prise en charge mais les personnels soignants se déclarent souvent démunis face aux risques mal connus auxquels sont exposées ces femmes (Carolan, 2010 ; Abdulcadir *et al.*, 2011 ; Kaplan-Marcusan *et al.*, 2009 ; Braddy, 2007). Seules quelques études cliniques ont été conduites dans les pays d'installation sur les conséquences au moment particulier de l'accouchement (Wuest *et al.*, 2009 ; Essén *et al.*, 2005) et sur la sexualité (Catania *et al.*, 2007). Ces études ont été menées auprès de femmes généralement originaires de pays d'Afrique de l'Est dans lesquels sont pratiquées des infibulations (type III). La question semble se présenter différemment pour les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest résidant dans les pays européens où la médicalisation de l'accouchement réduit de fait considérablement les risques. Dans ce contexte, c'est plutôt la qualité de la vie sexuelle qui pèse le plus sur la santé des femmes concernées par l'excision (Andro *et al.*, à paraître).

Les risques de santé résultent finalement de la combinaison des lésions des victimes, de la prévalence de la pratique (généralisée dans certains pays d'origine, elle est très rare dans les pays de migration) dont on peut, pour des raisons inverses, sous-estimer certaines conséquences, du contexte sanitaire, qui peut aller d'une sphère de santé publique accessible et de qualité à une totale pénurie de soins. Ces risques apparaissent généralement quand ils conduisent à des complications d'autant plus difficiles à traiter que l'offre de soins est insuffisante.

En pratique, à « lésions égales », une femme vivant dans un contexte européen, disposant d'une couverture sociale, confrontée à des professionnels de santé formés et ayant les ressources pour décrire ses difficultés, ne sera absolument pas dans la même situation qu'une femme vivant en milieu rural malien. De même, dans un contexte identique, y compris pour des femmes ayant subi cette pratique des mains de la même exciseuse, les séquelles pourront être anodines pour l'une et dramatiques pour l'autre.

4. L'apport de la notion de vulnérabilité

Une approche de la classification des mutilations sexuelles qui s'appuie sur la notion de vulnérabilité permettrait de trouver une adéquation plus évidente et opérationnelle entre la typologie des mutilations sexuelles féminines et les différents protocoles de soins et de prise en charge à mettre en œuvre dans le cadre d'une politique de santé publique. Il s'agirait de repenser une classification fondée sur les conséquences de ces pratiques, qu'elles soient immédiates ou de long terme, intégrant les caractéristiques du contexte social, familial, économique, culturel, dans lequel vivent les femmes concernées et qui conditionnent la gravité de ces conséquences.

En s'appuyant sur la définition de la vulnérabilité comme *situation d'individus ou de collectifs qui, du fait de certaines caractéristiques propres et/ou de circonstances ou facteurs extérieurs, sont exposés à une altération significative de leurs conditions d'existence, de leurs capacités à prendre en charge leurs besoins et de faire face aux aléas de la vie, de leurs possibilités d'action et d'évolution future*, une classification de ce type se fonderait non plus sur un statut individuel (« avoir subi une mutilation de type I, II ou III ») mais sur la réalité d'une situation altérant significativement ou non leurs conditions d'existence.

L'amélioration récente des connaissances sur les conséquences de l'excision sur la santé des femmes concernées permet d'envisager une telle révision de la classification proposée par l'OMS. Dans cette perspective, les résultats de l'enquête ExH menée en France, de même que les recherches médicales menées sur la physio-pathologie de l'excision invitent à proposer une nouvelle catégorisation des mutilations sexuelles féminines non plus selon la gravité théorique de l'acte commis au moment de l'excision mais en se fondant plutôt sur la gravité des conséquences réelles de cette mutilation pour les femmes.

4.1. L'apport de l'enquête « Excision et handicap » menée en France

L'enquête « Excision et handicap », grâce à son protocole, permet justement d'analyser l'excision comme une situation de vulnérabilité spécifique. En ciblant les femmes âgées de 18 à 50 ans et fréquentant les centres de santé materno-infantile, cette enquête a touché la plus grande partie de la population concernée compte tenu des caractéristiques sociales et économiques de ces familles et du taux de couverture du système public français de santé reproductive. Les résultats de l'enquête (encadré 1) montrent que les femmes vivant en France et ayant subi une mutilation sexuelle déclarent plus souvent être en mauvaise santé (indicateur de santé perçue) que des femmes non excisées présentant les mêmes caractéristiques sociales. Elles déclarent aussi plus fréquemment des infections gynéco-urinaires, des problèmes de santé psychique et des gênes dans la vie quotidienne et la vie sexuelle. On retrouve aussi des symptômes liés aux syndromes post-traumatiques, comme le mal-être et les troubles du sommeil, et ceux qui impactent les activités de la vie quotidienne comme les fortes douleurs.

Encadré : le projet ExH

La question des mutilations sexuelles féminines en France soulève plusieurs problèmes de santé publique différents : l'évaluation du nombre de femmes concernées, la définition des

contours d'une prise en charge adaptée des femmes déjà excisées, d'une part, et, d'autre part, la prévention de l'excision des filles. Or on manquait d'informations suffisantes, au niveau national, pour concevoir des stratégies d'action publique concertées dans ces différents domaines.

Le projet ExH a permis d'apporter un certain nombre d'éclairages sur ces trois problèmes de santé publique, à travers trois opérations complémentaires : une estimation nationale du nombre de femmes adultes concernées, une enquête qualitative permettant de mieux saisir les logiques familiales encadrant cette pratique en situation de migration, une enquête quantitative nationale, inédite sur les conséquences de cette mutilation pour les femmes concernées.

La mise en œuvre d'une enquête nationale sur ce sujet était un projet inédit en Europe. L'originalité du projet « ExH » réside avant tout dans le fait d'aborder, sous l'angle du handicap et de la réparation, la question des mutilations sexuelles féminines. En effet, c'est un phénomène qui avait encore été très peu étudié comme relevant d'un état de mauvaise santé (Andro *et al.*, 2009).

L'enquête quantitative ExH s'est donné pour objectif d'étudier les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé et la qualité de vie de ces femmes et de mesurer les besoins en chirurgie réparatrice. Au-delà de sa visibilité médiatique et du réel succès des politiques de prévention, l'ampleur du phénomène en France reste mal connue. Cette méconnaissance est en partie due à l'invisibilité statistique des populations concernées (femmes migrantes et issues de l'immigration, originaires de pays à risque) mais aussi au manque de prise en compte et de prise en charge de cette situation par la santé publique. La mise en œuvre d'une enquête de type cas/témoins a permis d'envisager une mesure de la sur-prévalence de certaines pathologies chez les femmes excisées. L'enquête nationale multi-centrique a été réalisée en 2007-2009 dans 5 régions françaises : 2 882 femmes migrantes ou filles de migrants ont été enquêtées dans le cadre de consultations gynécologiques dans des centres de PMI et des hôpitaux. Parmi ces femmes, 685 ont déclaré avoir été victimes d'une mutilation sexuelle féminine.

Afin de mieux appréhender les logiques de transmission ou au contraire d'abandon de ce type de pratiques dans les familles en situation de migration, nous avons par ailleurs conduit une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de femmes (OHCHR *et al.*, 2008) ayant subi une mutilation et d'hommes (Mackie, 2003) originaires de familles pratiquant l'excision.

Les analyses n'indiquent pas de sur-risque d'incontinence, contrairement à ce que la littérature médicale sur le sujet rapporte. Par contre, les femmes excisées de l'échantillon déclarent plus d'infections urinaires et de déchirures lors des grossesses et accouchements. Les résultats mettent aussi en évidence le fait qu'une partie des femmes concernées ne déclarent aucune difficulté.

Dans le domaine de la vie génésique, il y a peu d'impact sur le risque de ne pas avoir d'enfant, d'avoir des enfants mort-nés ou de faire des fausses couches. Parmi celles qui ont

accouché, on ne voit pas non plus de risque spécifique de césarienne ou de complications lors de la grossesse. On constate cependant un risque plus élevé de déchirures. Les conséquences des mutilations sexuelles sur l'infertilité ou les issues de grossesses problématiques ne sont pas importantes dans cette étude.

Les pays d'immigration vers la France sont plus majoritairement ceux de l'Afrique de l'Ouest dans lesquels les excisions sont théoriquement moins invalidantes pour le périnée : le fait que la majorité des femmes de cette étude aient subi des MSF de type I ou II explique sans doute l'absence de lien significatif entre excision et conséquences obstétricales. Ces résultats ne correspondent probablement pas à ceux que l'on trouverait avec une enquête du même type dans d'autres pays européens qui accueillent en plus grande proportion des immigrées d'Afrique de l'Est confrontées à des mutilations particulièrement invasives (type III : excision des organes génitaux et infibulation). Par contre, il ressort clairement de cette étude que, même dans un pays dans lequel le système de soins se révèle favorable et dans un pays qui accueille probablement les femmes n'ayant pas subi les formes d'excision les plus délétères, les MSF s'accompagnent de risques de troubles physiques et psychiques très invalidants pour une partie des femmes concernées. L'ampleur de ces troubles les expose significativement au risque de gênes dans la vie quotidienne. La vie sexuelle des femmes concernées par toute forme d'excision est significativement dégradée : elle est nettement plus souvent désagréable, voire douloureuse pour les femmes excisées.

Parmi les dimensions de la santé affectées par les MSF, bon nombre étaient jusque-là peu explorées dans les études (la qualité de la vie sexuelle, les douleurs, le mal-être et les troubles du sommeil), les conséquences plus dramatiques étant logiquement plus souvent mises en avant. Or, dans un contexte de bonne couverture sanitaire, la vulnérabilité aux risques les plus dramatiques est très réduite, quelles que soient les lésions liées à l'excision : un accouchement par césarienne par exemple sera systématiquement mis en œuvre si une femme présente des lésions cicatricielles trop importantes sur le périnée. Ce sont donc les difficultés plus quotidiennes qui vont apparaître comme plus prévalentes. Pourtant, les femmes interrogées en France au cours de cette enquête ont subi les mêmes actes d'excision que les femmes vivant aujourd'hui dans les pays d'origine (elles ont d'ailleurs été majoritairement excisées là-bas).

De plus, les résultats de l'enquête montrent aussi que les troubles de santé les plus fréquents sont aussi ceux qui sont les moins abordés lors de consultations médicales : ils sont souvent tus parce qu'ils touchent à l'intimité. À ce niveau, la vulnérabilité au risque de problèmes liés à des troubles plus mineurs mais détériorant la qualité de vie est importante du fait des difficultés de communication sur ces questions entre les soignants et les usagères. L'enquête confirme la nécessité de former les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des répercussions dans ces domaines qu'ils abordent peu. Elle confirme aussi le besoin d'informer les femmes victimes de MSF sur les risques et les solutions qui pourraient leur être apportées pour traiter certaines conséquences (douleur, mal-être, gênes) et améliorer leur qualité de vie.

4.2. Inscrire les mutilations sexuelles dans un contexte et une trajectoire

En adoptant une vision large et détaillée de la notion de conséquences, on peut s'appuyer sur une conception de la vulnérabilité qui cherche à articuler à la fois la ou les *sources de vulnérabilisation* (le contexte dans lequel l'acte d'excision a été pratiqué et qui détermine en partie les conséquences qui vont en découler) mais aussi les conséquences des *situations de vulnérabilité* (les ressources individuelles et environnementales qui vont permettre ou non de gérer la situation). Dans le cas des femmes excisées vivant en France, il faut à la fois tenir compte de l'acte subi mais aussi de l'impact de l'expérience migratoire sur le vécu du statut de femme excisée. Certains risques sont potentiellement présents pour toutes les femmes : détérioration de la vie sexuelle, syndrome post-traumatique, etc. D'autres sont très dépendants du contexte : autant une femme excisée sera particulièrement vulnérable au moment des grossesses et des accouchements dans le pays d'origine à cause des défaillances du système de soins, autant une femme migrante ou fille de migrant sera en situation de vulnérabilité au moment de ses interactions avec les acteur-ric-e-s d'un système de soins mal préparé à la prendre en charge et la renvoyant à son statut de femme invalide.

Par ailleurs, cette approche permettrait aussi de concevoir une classification intégrant à la fois une perspective différentielle et dynamique. Le même acte de mutilation pourra avoir des conséquences très différentes selon les femmes pour des raisons à la fois physiologiques et environnementales. Par ailleurs, tout au long du cycle de vie, les risques liés à l'excision vont varier : une fillette, une jeune femme abordant sa vie sexuelle adulte, une femme enceinte, etc. ne seront pas concernées par les mêmes difficultés et n'auront pas à faire face aux mêmes risques.

Une approche de ce type permettrait de trouver une adéquation plus évidente et opérationnelle entre la typologie des mutilations sexuelles féminines et les différents protocoles de prise en charge à mettre en œuvre dans le cadre d'une politique de santé publique, tenant compte du niveau de développement des systèmes sanitaires.

À ce titre, une classification élaborée à partir de cette approche serait plus facilement mobilisable par les professionnels de santé appelés à prendre en charge et donc à diagnostiquer les femmes ayant subi des mutilations sexuelles. Ce travail de redéfinition de la classification doit s'appuyer sur les travaux menés dans toutes les régions du monde où vivent des femmes concernées.

Enfin, dans la perspective d'une politique de reconnaissance de l'expérience vécue par les femmes concernées, l'approche par la vulnérabilité permettrait à la fois de reconnaître les préjudices subis mais aussi leur capacité de résilience.

Références

- ABDULCADIR J., MARGAIRAZ C., BOULVAIN M., IRION O., 2011, "Care of Women with Female Genital Mutilation/Cutting", *Swiss Medical Weekly*, 6 janvier 2011, p. 13137.
- ANDRO A., LESCLINGAND M., 2007, "Female Genital Mutilation: the Situation in Africa", *Population and Societies*, n° 438, p. 1-4.
- ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E. et CIRBEAU C., 2009, *Excision et Handicap (ExH) : mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice*, rapport Université Paris 1, Ined.
- BANKS E., MEIRIK O., FARLEY T., AKANDE O., BATHIJA H., ALI M., 2006, "Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries", *Lancet*, juin 2006, p. 1835-1841.
- BEHRENDT A., MORITZ S., 2005, "Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation", *The American Journal of Psychiatry*, vol. 162, n° 5, p. 1000-1002.
- BLACK J.A., DEBELLE G.D., 1995, "Female genital Mutilation in Britain", *British Medical Journal*, juin 1995, p. 1590-1592.
- BRADY C.M., FILES J.A., 2007, "Female Genital Mutilation: Cultural Awareness and Clinical Considerations", *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 52, n° 2, p. 158-163.
- CAROLAN M., 2010, "Pregnancy Health Status of Sub-Saharan Refugee Women Who Have Resettled in Developed Countries: a Review of the Literature", *Midwifery*, vol. 26, n° 4, p. 407-414.
- CATANIA L., ABDULCADIR O., PUPPO V., VERDE J.B., ABDULCADIR J., ABDULCADIR D., 2007, "Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)", *Journal of Sexual Medicine*, vol. 4, n° 6, p. 1666-1678.
- ELMUSHARAF S., ELHADI N., ALMROTH L., 2006, "Reliability of Self Reported Form of Female Genital Mutilation and WHO Classification: Cross Sectional Study", *British Medical Journal*, juillet 2006, p. 124.
- ESSÉN B., SJÖBERG N.O., GUDMUNDSSON S., ÖSTERGREN P.O., LINDQVIST P.G., 2005, "No Association Between Female Circumcision and Prolonged Labour: A Case Control Study of Immigrant Women Giving Birth in Sweden", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 121, n° 2, p. 182-185.
- GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES, 2009, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines ».
- KAPLAN-MARCUSAN A., TORÁN-MONSERRAT P., MORENO-NAVARRO J., CASTANY FÀBREGAS M.J., MUÑOZ-ORTIZ L., 2009, "Perception of Primary Health Professionals about Female Genital Mutilation: from Healthcare to Intercultural Competence", *BMC Health Services Research*, 9:11.

- LITORP H., FRANCK M., ALMROTH L., 2008, “Female Genital Mutilation Among Antenatal Care and Contraceptive Advice Attendees in Sweden”, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 87, n° 7, p. 716-722.
- MACKIE G., 2003, “Female Genital Cutting: A Harmless Practice?”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, n° 2, p. 135-158.
- MENAGE J., 2006, “Female Genital Mutilation: Whose Problem, Whose Solution? Psychological Damage is Immense”, *British Medical Journal*, juillet 2006, p. 260.
- OBERMEYER C.M., 1999, “Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown, and the Unknowable”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 79-106.
- OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008, *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency Statement*.
- RAYA P.D., 2010, “Female Genital Mutilation and the Perpetuation of Multigenerational Trauma”, *The Journal of Psychohistory*, vol. 37, n° 4, p. 297-325.
- REYNERS M., 2004, “Health Consequences of Female Genital Mutilation”, *Reviews in Gynaecological Practice*, vol. 4, n° 4, p. 242-251.
- TOUBIA N., 1994, “Female Circumcision as a Public Health Issue”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 331, n° 11, p. 712-716.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2001, *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*, Genève, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2006, “Female Genital Mutilation - New Knowledge Spurs Optimism”, *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, n° 72, 8 p.
- WUEST S., RAIQ L., WYSSMUELLER D., MUELLER M.D., STADLMAYR W., SURBEK D.V. *et al.*, 2009, “Effects of Female Genital Mutilation on Birth Outcomes in Switzerland”, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 116, n° 9, p. 1204-1209.