

EXCISION

Que sont les Mutilations Génitales Féminines ?

La vulve d'une femme non mutilée :

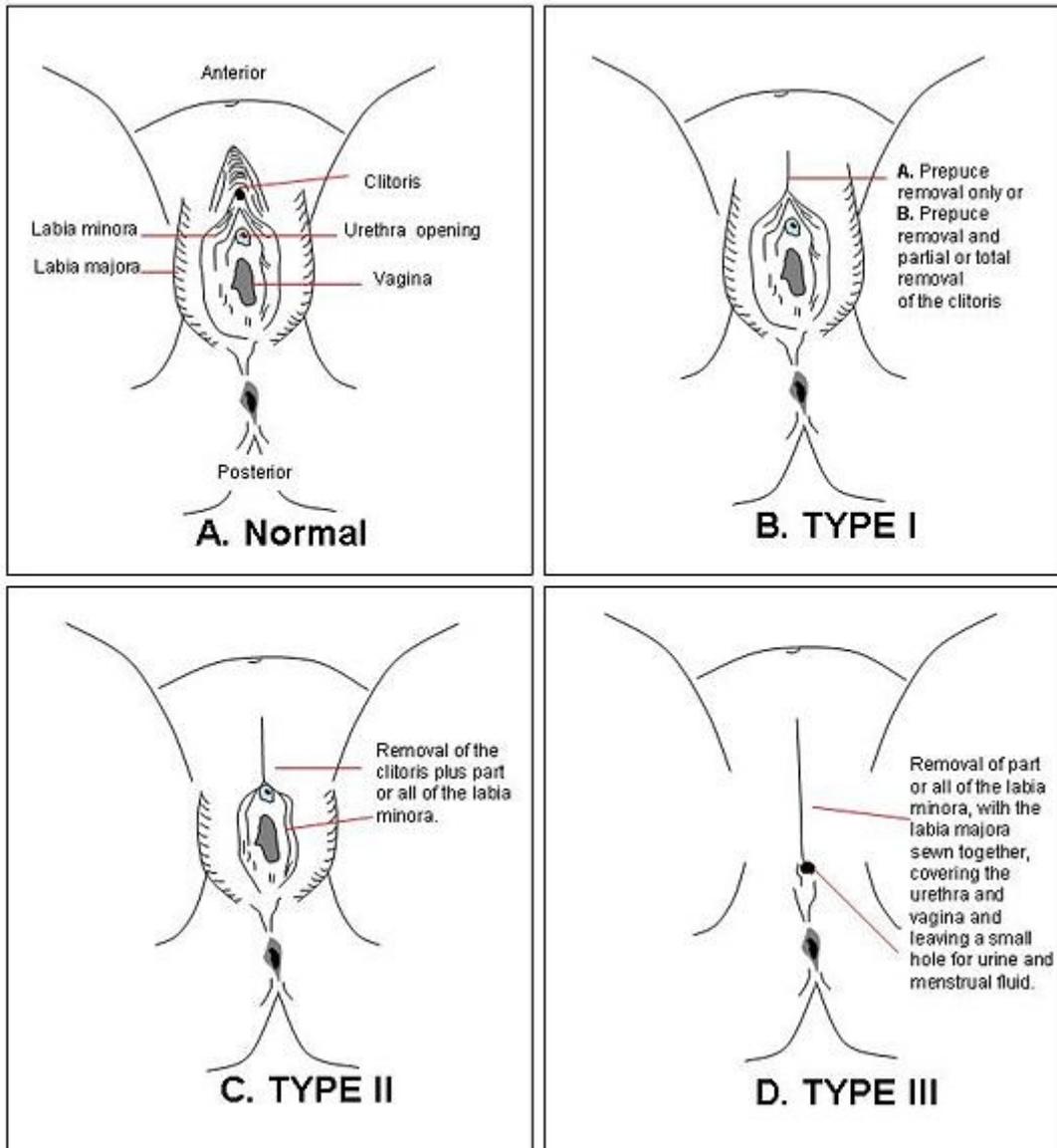
La vulve est bordée de chaque côté par les grandes lèvres en dedans desquelles se trouvent les petites lèvres. Vers l'avant, les petites lèvres se dédoublent pour constituer le capuchon du clitoris qui recouvre cet organe. En arrière du clitoris, on peut voir le méat urinaire et l'orifice vaginal. Toute cette région est très innervée et très vascularisée. Elle est de ce fait très sensible et peut saigner beaucoup.

Définition de l'excision et de l'infibulation :

L'excision c'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres. L'infibulation c'est une excision complétée par l'ablation des grandes lèvres dont les deux moignons sont suturés bord à bord. La vulve est remplacée par une cicatrice fibreuse, l'ouverture vaginale disparaît pour laisser la place à un minuscule orifice.

Au-delà de l'ablation totale des organes génitaux externes, on rencontre également :

- une ablation du [clitoris](#) seul (en fait, l'extrémité du clitoris ou du capuchon clitoridien, le clitoris faisant environ dix mm de longueur), nommée [clitoridectomie](#) ;
- l'excision, qui consiste à enlever partiellement ou totalement le clitoris et, souvent, les petites lèvres des ablations partielles la forme de mutilation génitale féminine la plus extrême qui soit, nommée [infibulation](#) ou circoncision pharaonique. Elle consiste à l'ablation totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres à l'entrée du [vagin](#). De plus, l'entrée de ce dernier est cousue jusqu'à ce qu'il ne reste qu'une fine ouverture servant aux écoulements menstruels (le plus souvent, pour préserver la virginité d'une petite fille ; l'opération est alors ensuite complétée à l'adolescence par une excision véritable ou peut être renversée par un parent ou le mari lors du mariage)
- des pratiques chirurgicales visant à la création de tissus cicatriciels, le grattage de l'orifice vaginal ou l'incision du vagin l'introduction de substances corrosives ou abrasives dans le but de provoquer un resserrement du vagin l'[introcision](#) (pratiquée par les aborigènes [Pitta-Patta](#) d'Australie et les [Conibos](#), branche des indiens Panos, au Pérou) qui consiste à élargir l'orifice vaginal avec une lame en pierre.



Que dit la loi?

Différentes conventions internationales ont été ratifiées par de nombreux pays africains comme la convention internationale sur les droits de l'enfant ou la chartre africaine des droits de l'homme et des peuples.

CONVENTION INTERNATIONALE SUR LES DROITS DE L'ENFANT (1990)

Art. 24: Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

CHARTRE AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES (1986)

Art.4: La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit.

L'excision est illégale dans la plupart des pays du monde. La plupart des pays démocratiques interdisent formellement l'excision au nom du respect des Droits de l'homme, du respect de la personne humaine et de la protection de l'enfance.

En France, la clitoridectomie a été préconisée à la fin du XIXe siècle par des médecins comme Thésée Pouillet (1849-1923) Pierre Garnier (1819-1901) ou Paul Broca (1824-1880) pour lutter contre l'onanisme.

Aujourd'hui l'excision constitue une atteinte à la personne. Elle entre dans le cadre des violences ayant entraîné une mutilation permanente, délit passible de **10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende** dans le cas général. Lorsque la victime est mineure de 15 ans, cela devient un crime passible de 15 ans de réclusion criminelle, 20 ans si le coupable est un ascendant légitime (Art 222-9 et 222-10 du Code pénal). Une interdiction du territoire d'une durée de cinq ans peut également être prononcée (Art. 222-47 du Code pénal).

Cependant, souvent l'excision est pratiquée lors d'un retour au pays et donc hors du territoire national. La législation française fait cependant obligation aux soignants de dénoncer toutes agressions sexuelles sur mineur. Les médecins sont tenus au signalement des cas (même potentiel) de mutilations génitales féminines, même si ces derniers sont ou devraient être effectués hors du territoire français.

Les conséquences immédiates

La vulve est une région du corps très vascularisée et très innervée, particulièrement au niveau du clitoris. La section du clitoris et des petites lèvres entraîne une douleur très intense, intolérable, accompagnée de peur, d'angoisse et parfois d'un grave état de choc. Un saignement éventuellement hémorragique peut entraîner la mort. L'émission d'urines sur la plaie occasionne des brûlures et parfois une rétention d'urines réflexe.

Les conséquences ultérieures

Pratiquées dans des conditions d'hygiène souvent précaires, l' " excision " et l' " infibulation " sont à l'origine d'infections multiples, vulvaires, urinaires et gynécologiques, ces dernières pouvant entraîner une stérilité.

La diffusion des infections peut s'étendre et générer des septicémies qui, sans traitement adéquat, peuvent évoluer vers la mort.

On peut également évoquer le tétanos et le SIDA.

Lors de l'accouchement :

" Excision " et " Infibulation " occasionnent des complications obstétricales. Sans aide appropriée, la femme infibulée et l'enfant qu'elle porte sont menacés de mort au moment de l'accouchement. Des soins attentifs ne permettent pas toujours de prévenir les déchirures du périnée, très fréquentes chez les femmes excisées. Malgré les épisiotomies, les femmes excisées ont des déchirures périnéales trois fois plus fréquentes que les autres à leur premier accouchement et encore plus par la suite...

Plusieurs études africaines rapportent des souffrances foetales plus nombreuses chez les enfants nés de femmes mutilées.

Le gland clitoridien est la partie la plus sensible des organes génitaux externes de la femme. On y retrouve les corpuscules tactiles spécifiques de Krause-Finger dits de la volupté. Ils n'existent nulle part ailleurs et la blessure ou l'ablation partielle ou totale du clitoris entraînent inévitablement une altération de la sensibilité sexuelle.

Il existe bien d'autres complications des mutilations génitales féminines. On citera encore : les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales : un accouchement qui dure trop longtemps chez une femme, a fortiori mutilée, peut entraîner la nécrose (mort) des tissus séparant la vessie ou le rectum du vagin. Un passage sera ainsi créé entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin. La jeune femme ne pourra plus retenir ses urines ni ses selles qu'elle perdra en permanence.

On peut réparer de telles fistules en milieu chirurgical. Mais, en Afrique, il n'est pas toujours possible à une villageoise d'accéder à un hôpital, de surcroît à un service spécialisé. Devenue incontinente, la jeune femme sera progressivement mise à l'écart par sa famille et par son village. Elle tentera parfois de se suicider.

De nombreux auteurs rapportent des complications psychiatriques, des angoisses, et notamment des dépressions.

Qui pratique les mutilations génitales féminines ?

Ce sont le plus souvent des femmes âgées qui pratiquent les mutilations génitales féminines. Elles n'ont d'autre savoir que celui transmis par leurs mères et utilisent pour l'intervention des instruments aussi divers que des couteaux, des lames de rasoir, des morceaux de verre... Pour favoriser la cicatrisation, elles appliquent sur la blessure des compositions à base d'herbes, de terre, de cendre, de bouse de vache... Dans les pays occidentaux, les parents se cotisaient pour faire venir d'Afrique l'exciseuse.

En France, les poursuites engagées à l'encontre des " exciseuses " ont rendu l'intervention plus onéreuse et les fillettes sont de plus en plus souvent mutilées en Afrique, à l'occasion d'un séjour de vacances.

A quel âge les mutilations génitales féminines sont-elles pratiquées ?

Les mutilations génitales féminines sont effectuées à tout âge : à la naissance, pendant la petite enfance, à l'adolescence, juste avant le mariage ou après la naissance du premier enfant. Cela dépend de l'ethnie considérée et varie pour une même ethnie d'une génération à une autre.

Des facteurs extérieurs peuvent influencer les décisions prises pour l'intervention. Ainsi en France peut-on craindre parfois que l'interdit légal mal compris ne fasse que retarder le moment de la mutilation.

Où observe-t-on les mutilations génitales féminines ?

Les mutilations génitales féminines existent au moins dans 25 pays d'Afrique :

- ◆ l'excision est observée au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en République Centrafricaine, en Côte d'Ivoire, en Gambie, au nord du Ghana, en Guinée, en Guinée Bissaü, au Kenya, au Mali, en Mauritanie, au Nigeria, en Ouganda, au Sénégal, en Sierra Leone, en Tanzanie, au Togo, au Tchad.
- ◆ l'infibulation est pratiquée à Djibouti, en Egypte, dans quelques régions d'Ethiopie, au Mali, en Somalie, dans le nord du Soudan.

Dans ces pays, toutes les ethnies ne pratiquent pas les mutilations génitales féminines et dans une ethnie donnée, il y a aussi des variations. Le pourcentage des femmes et des fillettes est très variable. On peut toutefois estimer qu'il y a plus de 120 millions de femmes et de fillettes victimes de ces pratiques pour le seul continent africain, ce qui correspond à environ un tiers de la population féminine de l'Afrique.

En dehors du continent africain :

- ◆ l'excision existe en Indonésie, en Malaisie et au Yémen.

On retrouve les mutilations génitales féminines dans les pays occidentaux chez les femmes et fillettes immigrées des sociétés concernées :

- ◆ en Allemagne, en Belgique, en France, en Grande-Bretagne, en Suède, en Suisse et aussi au Canada, aux Etats-Unis, en Australie ...

En France :

Des personnes appartenant aux sociétés pratiquant les mutilations génitales féminines vivent en France.

Les familles en provenance du Sénégal, du Mali, de Côte d'Ivoire et de Mauritanie sont les plus nombreuses.

Mais il y a aussi des représentants du Bénin, de Centrafrique, d'Egypte, d'Ethiopie, de Gambie, du Ghana, de Guinée, du Kenya, du Liberia, du Nigeria, d'Ouganda, de Sierra Leone, de Somalie, du Soudan, de Tanzanie, du Tchad, du Togo...

Les trois quarts vivent en Ile-de-France, les autres sont domiciliés pour la plupart dans les départements de Seine-Maritime, de l'Eure, de l'Oise, du Nord du Rhône, des Bouches-du-Rhône.

Il est probable que le nombre de fillettes concernées est bien supérieur. Elles contribuent à l'existence d'une mortalité maternelle très élevée sur le continent africain.

Pour exemple, en 1990-91, on observe 600 décès pour 100 000 naissances au Sénégal, 810 au Burkina Faso, 2000 au Mali. C'est-à-dire que lorsqu'une femme meurt du fait d'une maternité en France, il en meurt 60 au Sénégal, 81 au Burkina Faso et 200 au Mali. **La mortalité maternelle n'est nulle part au monde aussi élevée que sur le continent africain.** L'Afrique subsaharienne est la seule région au monde où les femmes sont aussi touchées voire davantage que les hommes par le SIDA. Il est probable que différentes pratiques traditionnelles telles que les mutilations génitales féminines facilitent la dissémination de la maladie.

La médicalisation des mutilations génitales féminines : qu'en penser ?

Compte tenu de la gravité et de la multiplicité des complications médicales des mutilations génitales féminines, certains ont proposé de faire l'intervention en milieu médical. L'anesthésie éviterait la douleur de l'intervention, les meilleures conditions d'hygiène préviendraient les infections, la vigilance des personnels de santé les hémorragies.

Malheureusement, la mutilation ne serait pas évitée et la médecine n'a pas pour fonction de mutiler des individus, de surcroît des enfants.

L'organisation Mondiale de la Santé -O.M.S.- dénonce la médicalisation des pratiques mutilatoires, car elle leur donne un caractère officiel. C'est un moyen redoutable pour assurer leur maintien.

Le Comité Inter-Africain exprime la même position et préconise des poursuites contre les professionnels de santé qui accepteraient de mutiler des fillettes.

Le Conseil français de l'Ordre des médecins interrogé à ce sujet n'a pu que rappeler la teneur du code de déontologie :

" Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux... " (Art/41, Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le code de déontologie médicale).

La seule prévention médicale envisageable est bien évidemment d'informer les familles de la dangerosité des pratiques mutilatoires.

Dans le cas de l'infibulation, il ne reste rien de la vulve qui est remplacée par une cicatrice fibreuse dure où on ne retrouve qu'un minuscule orifice destiné à l'écoulement des urines et du sang des règles.

L'ouverture est si étroite qu'elle ne permet pas un rapport sexuel. Au pays d'origine, le mari ouvre sa femme avec un instrument coupant le jour du mariage. Dans les cas les plus heureux, une incision de la cicatrice est faite à l'hôpital. Dans d'autres cas, le mari déchire progressivement sa femme et un rapport complet n'est possible qu'après des mois de tentatives infructueuses.

En Occident, il n'est pas rare de voir consulter en maternité une femme enceinte qui n'a jamais été pénétrée.

Le sperme du mari, déposé sur la cicatrice, a pu la féconder au travers de l'orifice existant.

Pour que l'accouchement puisse se faire, on incise la cicatrice afin que l'enfant puisse passer.

Après l'accouchement, le couple demandera parfois, comme cela se fait au pays d'origine que la femme soit " recousue aux dimensions du mari ".

Il s'agit en fait de réinfibuler la femme et cette intervention est une nouvelle mutilation, interdite comme les autres par la loi.

Aller au-devant de la demande de réinfibulation pendant la grossesse donne le temps d'expliquer au couple l'interdit légal des mutilations génitales féminines ainsi que les raisons qui le sous-tendent.

On peut ensuite évoquer la reconstruction d'une vulve avec les moignons des grandes lèvres.

Arguments développés en France pour la perpétuation de l'excision

Même si l'excision est pratiquée suivant des modalités spécifiques selon les sociétés, même si elle est présente dans des systèmes symboliques et des formations sociales différentes, à partir de l'observation contemporaine de son application, nous pouvons retenir trois grands types d'arguments : coutumiers, religieux et sociologiques.

1. Raisons d'ordre coutumier

Interrogés sur les raisons pour lesquelles se perpétue cette pratique, les migrants soudano-sahéliens, originaires de sociétés rurales et d'un faible niveau scolaire, n'ont d'autres arguments que d'invoquer la " coutume ".

" Cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère, l'ont fait, donc mes enfants seront excisées ". Cette explication se suffit en soi.

Les personnes invoquant ce type d'argument sont souvent celles dont le discours et les pratiques témoignent d'une plus grande soumission à la pression sociale. Ces migrants ne désirent pas s'intégrer, de peur qu'en acceptant en partie les règles de la société d'accueil, il n'y ait plus de retour possible. Retour qui serait physiquement réalisable, mais socialement inacceptable. De surcroît, il occasionnerait une trop grande souffrance sociale.

Par ailleurs, bien souvent lorsqu'il s'agit des femmes immigrées, les revenus du ménage ne leur permettant pas des voyages fréquents en Afrique, surtout en cas de polygamie, elles n'y retournent qu'après une période assez longue, à savoir de huit à dix ans.

En revanche, leurs maris y retournent plus souvent et surtout plus régulièrement, soit tous les deux à trois ans. Toutefois, ces derniers, surtout dans le cas des sociétés Soninké et Toucouleur, ne sont traditionnellement pas informés des rites qui entourent la pratique de l'excision.

Par conséquent, c'est à l'épouse que l'on demande si ses filles ont été " coupées " et non au conjoint. Mais des changements ont pu se produire durant l'absence de ces femmes, changements qui ont pu conduire au recul notable de la pratique de l'excision dans leur société d'origine, donc à la disparition de la nécessité de s'y conformer. Des campagnes nationales de lutte contre cette pratique existent dorénavant dans de nombreux pays africains.

De surcroît, du fait de l'exode rural, beaucoup de familles vivent désormais en ville, et au même titre que l'immigration provoque un phénomène d'acculturation, la vie citadine modifie les conduites.

Autrement dit, les femmes et les hommes africains émigrés vivent souvent dans une espèce de nostalgie de l'Afrique, qui n'est plus tout à fait celle qu'ils ont quittée, ni

tout à fait celle qu'ils retrouveront. En fait, leur désir de revendication et d'affirmation d'une identité africaine, en quelque sorte stéréotypée, les conduit à maintenir dans l'immigration des pratiques telles que l'excision, cette dernière étant sans doute amenée à disparaître plus rapidement en Afrique que dans les pays d'émigration comme la France.

2. Raisons d'ordre religieux

L'excision, tout comme l'infibulation, est pratiquée par des animistes, des catholiques, des coptes, des juifs, des musulmans, des protestants, dans les pays concernés. Nombreuses sont les familles qui mettent en avant une prescription religieuse des mutilations génitales féminines. Il n'y a en a aucune. D'ailleurs, il est prouvé que les pratiques mutilatoires ont précédé l'apparition des religions du Livre. Chez les musulmans notamment, cette coutume a souvent été perpétrée dans la croyance sincère, mais erronée, qu'elle était réclamée par le culte islamique et pratiquée en fonction de cette tradition. Pourtant le Coran ne dit mot de l'excision.

3. Raisons d'ordre sociologique

Même s'ils savent que l'excision n'est pas recommandée par le Coran, les migrants africains musulmans invoquent toutefois des " valeurs coraniques " comme la virginité des jeunes filles et la chasteté des épouses pour la perpétuer. Les hommes, en particulier, voient dans l'excision un moyen de garantir :

- ◆ l'honneur de la famille: l'excision permettrait de conserver la virginité des jeunes filles jusqu'au mariage, en prévenant le désir sexuel et, par conséquent une expérience sexuelle pré-nuptiale.
- ◆ l'honneur du mari: l'excision réduirait le désir sexuel des femmes, qui, frustrées par la polygamie, ne seraient pas tentées d'avoir des relations adultérines. Pour les femmes, c'est surtout un moyen d'éduquer les filles afin qu'elles restent " sages ", et bien sûr, qu'elles se marient.

En effet, une des raisons les plus fréquemment évoquées par les mères africaines pour justifier l'excision de leur fille est que, non excisée, elle ne trouverait pas à se marier.

Or, en Afrique, le célibat implique l'impossibilité pour une femme d'accéder à la reconnaissance sociale en devenant mère. Dans la majorité des sociétés pratiquant l'excision, le statut de la femme est subordonné au nombre d'enfants qu'elle mettra au monde.

De plus, si les mères africaines sont si attachées à cette notion de mariage, c'est qu'elles font référence au mariage endogame. En effet, ces femmes migrantes vivent toujours dans la perspective " d'un retour au pays ". Elles ne peuvent envisager pour leur fille qu'un mariage avec le mari que la famille lui aura choisi.

Ainsi le fait que leur fille soit scolarisée en France, donc supposée avoir accès à une éducation différente de celle de ses parents, et même dans certains cas qu'elle ne soit jamais allée en Afrique, ne semble pas empêcher les mariages arrangés, voire précoces et forcés, avec un parent (cousin) souvent plus âgé vivant au village.

Le rôle de la pression sociale

La communauté d'origine exerce sur les émigrés en France une très forte pression sociale. Elle peut s'exprimer de diverses manières et elle constitue un facteur déterminant de la perpétuation de la pratique de l'excision.

Domination masculine et soumission des femmes

Une des raisons souvent évoquées par les hommes pour expliquer le maintien de cette pratique est que c'est " une affaire de femmes " et que, de ce fait, ils n'ont pas leur mot à dire.

Les hommes ne veulent pas selon leurs propres paroles " être complices de cette pratique ". " Ce sont les femmes qui décident. " Les femmes disent aux hommes : " C'est mon problème, cela ne te regarde pas ".

Mais si l'on interroge les femmes, on entend dire : " Toutes les femmes sont sous la domination du mari et elles doivent obéir. "

Pourtant il est indéniable qu'en grande majorité, en dépit de leur affirmation, les hommes sont informés de cette pratique. En fait, ils contribuent à son maintien, en refusant d'épouser des femmes non excisées. Ils la perpétuent également en payant les services des exciseuses. Car comment peut-on imaginer que la majorité des femmes africaines immigrées en France puissent rémunérer les services d'une exciseuse alors qu'elles n'ont pas d'autonomie financière ? En effet, en général, elles n'ont pas accès à l'argent du ménage, le mari se chargeant des dépenses et du budget.

Toutefois, il est vrai que traditionnellement, en Afrique, dans certaines sociétés, du fait de la différenciation de genre (femme-homme), il était sans doute inconcevable que les hommes puissent intervenir dans le maintien ou le rejet de cette pratique.

En revanche, même pour les personnes les plus convaincues que " c'est l'affaire des femmes ", il ne fait cependant aucun doute que l'homme est à l'origine de cette pratique afin de contrôler la sexualité féminine. Enfin, en plus de cette " domination ", intégrée par certaines femmes comme normale, il ne faut pas négliger la pression de la communauté villageoise qui s'exerce sur les femmes comme sur les hommes.

Excision et communauté villageoise

Toutes les personnes qui se sont interrogées sur la réalité et la perpétuation de cette pratique sont arrivées au constat suivant : sans la pression du groupe social d'origine, du groupe de référence, et plus particulièrement la pression des anciens, la pratique de l'excision aurait sans doute depuis longtemps disparu. Cette très forte pression sociale exercée par le milieu d'origine s'exprime selon des modes divers. Car partir est une rupture temporaire avec le village en tant qu'unité résidentielle, mais non avec la communauté d'origine que l'on retrouve à Mantes-la-Jolie, aux Mureaux et ailleurs. Ainsi la pression sociale, le poids de la tradition, des coutumes, qui sont sans doute les arguments les plus récurrents, se traduisent parfois par la peur que les enfants puissent être excisées contre la volonté des parents biologiques, à l'initiative des grands-parents, voire d'un autre membre aîné de la famille, souvent une sœur, restés en Afrique.

Toutefois, suivant l'origine rurale ou urbaine des intéressés, le temps passé en France, le degré d'intégration, le recul vis-à-vis de l'éducation traditionnelle, la soumission à la famille est plus ou moins forte.

Interview de Pierre Foldès, chirurgien spécialiste en chirurgie réparatrice du clitoris

Après avoir sillonné le monde en tant que médecin humanitaire, le chirurgien urologue Pierre Foldès se consacre aujourd'hui pleinement à la lutte contre l'excision. Ayant mis au point une technique unique au monde, il reconstitue le clitoris des femmes victimes de ces terribles mutilations génitales. Il nous explique son combat.

Pourquoi vous être intéressée aux femmes victimes d'excision ?

Dr Pierre Foldès : Principalement pour deux raisons. Premièrement, lors d'une mission humanitaire de l'Organisation mondiale de la santé au Burkina Faso, nous devons soigner les nombreuses complications de ces excisions : des problèmes d'incontinence, des complications obstétricales graves... Lors des consultations, des femmes m'ont demandé d'intervenir sur les douleurs liées aux cicatrices. Enfin, en tant que chirurgie urologue, j'avais pratiqué des techniques de réparation et d'allongement de la verge, qui me semblait capable d'aider ces femmes après quelques adaptations. De retour en France, j'ai adapté et mis au point cette technique.

En quoi consiste cette technique chirurgicale unique au monde ?

Dr Pierre Foldès : Lors de l'excision, la partie externe du clitoris est enlevée, et non sa totalité qui fait une dizaine de centimètres de longueur. L'opération consiste à retirer la cicatrice (souvent à l'origine des douleurs), à aller chercher sa partie interne, à la repositionner dans un emplacement anatomiquement normal en libérant les ligaments qui la retiennent et à la ré-innover. En tout, l'opération dure entre 45 minutes et une heure.

Toutes les formes d'excision sont-elles opérables ?

Dr Pierre Foldès : Oui, toutes les formes d'excision sont opérables et permettent d'obtenir un bénéfice esthétique et sensoriel. Dans tous les cas, la chirurgie réparatrice permet de réparer l'excision et les lésions associées : de l'excision féminine (ablation du capuchon) à l'infibulation (résection de la hampe du clitoris, des petites lèvres et suture des grandes lèvres).

Combien de femmes avez-vous opéré ? La demande est-elle croissante en France ?

Dr Pierre Foldès : J'ai aujourd'hui opéré à peu près 600 à 700 femmes, dont 500 en France avec les dernières techniques. Chaque mois, je reçois des dizaines de demandes. De nombreuses femmes de 18 à 50 ans avouent qu'elles l'auraient fait avant si elles avaient été informées plus tôt de cette technique. Il faut donc améliorer l'information pour toutes ces femmes. On estime qu'en France au moins 30 000 jeunes filles sont menacées d'excision. **Cette technique est remboursée depuis 2004 en France.**

Combien de recul avez-vous par rapport à cette technique ?

Dr Pierre Foldès : Les premières opérations ont été effectuées, il y a 25 ans. Pour les dernières techniques opératoires effectuées en France, le recul est de plus de 5 ans. Après l'opération, les douleurs sont supprimées dans la presque totalité des cas. Sur le plan esthétique, la reconstruction d'un massif clitoridien permet d'obtenir une forme anatomique normale dans près de 8 cas sur 10. Dans le reste des cas, l'aspect est satisfaisant mais la peau peut recouvrir le capuchon reconstruit. Sur le plan de la sensibilité, on peut penser que 60 à 70 % des femmes éprouvent de nouvelles sensations au bout de quatre à six mois. Mais il est difficile d'avoir des données précises car d'une part, ces femmes n'ont pas de point de comparaison et d'autre part, ces mutilations génitales s'accompagnent d'autres facteurs qui peuvent handicaper la reconstitution de sensations clitoridiennes. Toutes les femmes opérées sont orientées vers un psychologue ou un sexologue qui saura les accompagner lors de cette ré-appropriation de leur intégrité physique.

La publication de résultats sur un grand nombre de femmes est en cours de publication. Ces études pourraient débloquer la situation et populariser plus généralement cette technique auprès du corps médical. Mais ce travail est titanesque et malgré toute ma volonté, les choses ne vont pas toujours aussi vite qu'on le souhaiterait.

Quelles sont les suites opératoires immédiates ?

Dr Pierre Foldès : L'hospitalisation ne dure qu'une journée. Il n'y a eu aucun cas de complications graves. Les activités physiques doivent être limitées dans les semaines suivant l'opération. Les douleurs post-opératoires peuvent durer une à deux semaines mais sont aisément contrôlables grâce à des médicaments antalgiques. Ce qui permet ainsi d'opérer ces femmes majeures sans que leur entourage soit forcément au courant de leur démarche. Et c'est souvent le cas.

Des confrères urologues ont-ils pris le relais de votre action ?

Dr Pierre Foldès : Le moins que l'on puisse dire est qu'ils ne se bousculent pas au portillon. Actuellement, seuls deux centres hospitaliers pratiquent en France ces opérations mais dans un nombre très limité. Cette situation s'explique principalement par deux phénomènes. D'une part, j'opère gratuitement ces femmes et certains de mes confrères chirurgiens plasticiens ont peu l'habitude de travailler bénévolement et préfèrent grandement m'envoyer leurs patientes. D'autre part, j'ai personnellement reçu des menaces qui peuvent refroidir mes collègues. Personnellement, je préfère les ignorer et me consacrer pleinement à soigner ces femmes qui souffrent dans leur chair et leur identité féminine. Par ailleurs, le combat ne saurait se limiter à notre pays, ainsi j'ai formé quatre confrères africains qui exercent au Sénégal et en Egypte.

Le Docteur Foldès exerce à :
Clinique Louis XIV
4, Place Louis XIV
78100 Saint Germain-en-Laye
Tél. : 01 39 10 26 26

Service de gynécologie spécialisé dans la chirurgie réparatrice du clitoris :
L'hôpital A. Grégoire
56 bd Boissière
93100 MONTREUIL SOUS BOIS
Toutes ces permanences sont sur RDV : 01 49 20 31 05

- Dr Antonetti : vendredi 14h à 16h30
- Dr Fouhaïd : Jeudi 9h20 à 15h40
- Mme Sall : vendredi à partir de 10h

