

COMMENTAIRE

Les préoccupations éthiques par rapport à l'incision génitale féminine

Rebecca J. Cook

Description

Un souci éthique initial consiste à savoir comment appeler au juste ce que l'organisation mondiale de la santé (OMS) a décrit comme:

Toutes les procédures qui impliquent l'enlèvement partiel ou complet des organes génitaux externes de la femme et/ou la blessure infligée aux organes génitaux pour des raisons culturelles ou d'autres raisons non-thérapeutiques¹.

Un nom qu'on emploie communément y compris par l'OMS elle-même, est la « mutilation génitale féminine », mais cette description peut être éthiquement inappropriée. De manière descriptive, le mot « mutilation » peut être exagéré, parce qu'il n'arrive pas à faire la distinction entre les quatre types d'incision génitale reconnue par l'OMS. Comme évaluation, le nom n'est pas une description neutre, mais un jugement grossièrement sévère, puisqu'il condamne ceux qui recherchent, autorisent et réalisent telle incision comme des mutilateurs des êtres humains. Culturellement, le nom manque de respect, parce qu'il ne respecte pas la motivation avec laquelle ceux qui demandent la procédure pour leurs filles agissent. Sur le plan personnel, encore une fois, le nom manque de respect, parce qu'il dit aux femmes qui ont subi les procédures qu'elles ont été mutilées par leurs parents ou par des membres de leurs familles. Au sein des communautés dans lesquelles la pratique prédomine, elle est décrite

par le mot qui signifie la purification.² Dans certaines communautés, la pureté est une condition pour le mariage d'une jeune fille, qui s'avère essentielle pour l'avenir des filles là où les femmes célibataires n'ont pas d'opportunités. Une étude menée par l'OMS qui porte des critiques sur la procédure a conclu que:

Dans une société où il n'existe qu'un peu de viabilité pour les femmes hors du mariage assurer que la fille subit la mutilation génitale quand elle est enfant ou adolescente est un geste d'amour pour bien assurer qu'elle possède les qualités requises pour le mariage³.

Cette reconnaissance écarte les maux causés par les procédures des intentions des parents qui la recherchent. En conséquence, il ne faut pas les décrire comme des mutilateurs de leurs filles. Un langage plus sensible sur le plan éthique telle l'incision génitale féminine (IGF) favorise la description plus que l'évaluation et la condamnation personnelle⁴.

Types et étendu

L'OMS a distingué quatre types d'IGF sans oublier quelques chevauchements potentiels mais qui varient des moins importants aux plus sévères. Les voici:

Type I – Excision du prépuce (ce qui équivaut au prépuce chez les mâles) y compris ou sans l'excision d'une partie ou du clitoris entier ;

- Type II – Excision du prépuce et du clitoris ensemble avec une excision partielle ou entière des petites lèvres ;
- Type III – Excision partielle ou entière des organes génitaux externes et la saturation/le rétrécissement de l'entrée du vagin (l'infibulation);
- Type IV – Non-classifié : la piqûre, le percement ou l'incision du clitoris et /ou la lèvre ; l'étirement du clitoris et/ou de la lèvre ; la cautérisation à travers l'embrassement du clitoris et les tissus qui l'entourent ; le frottement (les incision d'angurya) de l'orifice vaginal ou de l'incision (les incision de gishiri) ; l'introduction des substances corrosives pour causer l'hémorragie ou d'herbes dans le vagin afin de renforcer ou de rétrécir le vagin ; toute autre procédure qu'on peut classer sous la définition de la mutilation génitale féminine qu'on a mentionnée ci-dessus⁵.

En acceptant la grande ampleur de ces catégories, on a pu constater que dans le monde entier environ 130 millions filles et femmes ont subi l'IGF. Au moins 2 millions filles courent le risque de subir une forme ou une autre de la procédure »⁶. En plus, sous l'impact de l'immigration, l'on trouve la pratique aujourd'hui dans les régions où elle n'existait pas avant, il a été noté que l'IGF

est pratiquée dans 28 pays dans les régions subsahariennes et nord-est... Toutefois, la prévalence varie d'un pays à l'autre. Cela varie d'à peu près 90 pourcent ou plus en Egypte, en Erythrée, au Mali, au Soudan jusqu'au moins de 50 pourcent à la République Centre Africain et en cote d'Ivoire, jusqu'à 5 pourcent à la République Démocratique du Congo et en Ouganda... les femmes qui ont subi l'IGF se trouvent également au sein des communautés immigrées en Europe, au Canada, en Australie et aux Etats – Unis⁷

Conséquences

Les préoccupations éthiques proviennent non simplement de l'insulte corporelle inhérente de l'IGF, qui varie entre les incisions mineures et les procédures majeures, dont les plus invasives, telle l'infibulation, ont nécessite que toutes formes d'IGF soit caractérisées comme la mutilation mais à partir de leurs conséquences connues. Certains effets nuisibles sont causes par l'ampleur des interventions mais mêmes les procédures moins importantes peuvent être nuisibles, dangereuses à la santé et souvent peuvent mener à la mort quand elles ont été menées avec des instruments rudimentaires, dans des conditions non-hygiéniques, non stériles et sans l'anesthésie.

Bien que les formes atténuées du Type IV d'IGF et les formes moins importantes du Type I présentent des risques inhérents souvent émanant de la pratique non-stérile, elles permettent un rétablissement relativement rapide et d'uriner, de menstruer et d'avoir des rapports sexuels sans difficulté plus tard. Dans plusieurs sociétés l'IGF intervient quand les filles sont jeunes. Néanmoins, on a découvert que

Les filles sont généralement excisées quand elles sont âgées de 4 à 10 ans, mais dans certaines communautés les enfants peuvent subir les procédures ou elles peuvent être reportées jusqu'à tout avant le mariage, même après la naissance du premier enfant⁸.

Les préoccupations éthiques à l'égard de la façon dont les parents exercent ou abusent leur autorité par rapport à leurs enfants, ce qui affecte la santé des enfants, sont souvent réduits quand les adolescentes et les adultes atteignent la capacité pour l'autonomie. Toutefois, même les adultes indépendantes peuvent être victimes de la pression familiale et sociale pour qu'elles se mettent d'accord avec les procédures qu'elles n'aiment pas et qu'elles comprennent assez bien comme ayant la possibilité d'être préjudiciaires à leur santé, telle l'IGF, ce qui fait que leur capacité de donner librement leur consentement soit réduite à rien et compromise.

Tous les types d'IGF présentent des complications de santé dans l'immédiat et à un plus long terme, y compris les effets psychologiques liés à la douleur. Les complications médicales immédiates comprennent l'hémorragie excessive qui peut nécessiter des soins médicaux d'urgence qui ne sont pas souvent disponibles. Il peut se produire une grave septicité, surtout là où l'on a employé des instruments non-stériles même pour l'incision la moindre importante; et l'infection peut aboutir à la septicémie si les bactéries atteignent la circulation sanguine, ce qui peut être fatal. Il peut y avoir aussi une rétention d'urine aiguë si la blessure devient gonflée et enflammée⁹. C'est dans les Types II et III d'IGF que les complications à long terme les plus sévères se font remarquer. Les complications communes de l'infibulation comprennent l'infection urinaire répétée et des infections pelviennes chroniques qui peuvent causer des effets néfastes et irréparables sur l'organe de reproduction et entraîner la stérilité. La croissance excessive des tissus de la cicatrice peut se produire, ce qui peut être défigurant; les kystes dermoïdes peuvent aussi se produire. Les complications de la grossesse comprennent les difficultés avant, pendant et après l'accouchement¹⁰ telle la douleur pendant la prochaine déinfibulation les complications liées à l'infibulation peuvent se produire tôt dans le travail et d'un travail prolongé et obstrué, y compris la création de la fistule obstétrique qui pourrait avoir des effets néfastes sur les circonstances domestiques des femmes et sur leur vie familiale¹¹.

La souffrance fœtale et la mortinatalité ou le décès néonatal précoce peuvent se produire, les décès fœtaux étant apparemment liés à l'obstruction de l'accouchement qui ont été présentés par la cicatrisation de la vulve dans les procédures du Type III ou bien la cicatrisation supplémentaire parfois liée aux procédures compliquées du Type I et II¹². L'hémorragie du post-partum est de manière significative plus commune chez les femmes qui ont l'IGF, souvent

lié à la cicatrisation qui peut découler de tous les types d'IGF et la cicatrisation peut contribuer à, ou même causer, le décès maternel, souvent la conséquence du travail obstrué qui n'a pas été bien traité¹³.

Contextes

Vu les risques et les conséquences néfastes que les sociétés dans lesquelles l'IGF est répandue savent qu'elles sont liées à, et souvent directement causées par, la pratique, son acceptation continue et même sa nécessité soulève la question éthique de pourquoi la pratique persiste encore. Une explication est la religiosité, puisque la pratique a été suivie grâce au sentiment du devoir dévoué dans des communautés islamiques, chrétiennes et juives, bien que rien dans les textes sacrés ou doctrines de ces religions ne la rende obligatoire, pas comme la circoncision en islam et dans le judaïsme. Une autre explication est une exigence culturelle de la pureté féminine démontrée dans la virginité de la jeune mariée et la fidélité des épouses. Les femmes dans une famille sont les points de mire et les symboles de son honneur, de sorte que les femmes soient les gardiennes de la vertu familiale. L'entreprise sexuelle des femmes ou leur violation sexuelle privent leurs familles de l'honneur, du statut et du respect de leurs communautés. L'objectif de l'IGF, surtout les Types II et III est de réduire le dynamisme pour la satisfaction sexuelle et de réduire leur vulnérabilité au viol. Cette explication reflète le stéréotype de genres qui met en valeur la réputation des hommes s'ils sont sexuellement aventureux, mais qui condamne les femmes pour l'impudeur sexuelle ou quand elles sont sexuellement provocatrices ou expérimentales.

Cette explication cadre bien dans le contexte de l'hostilité propagée par les hommes contre les femmes qui montrent ou qui s'adonnent à leur sexualité. Au cours de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle en Europe y compris la Grande Bretagne et aux Etats-Unis, les chirurgiens gynécologues ont pratiqué plusieurs clitoridec-

tomies sur ce qu'on croyait étaient des indications pour des conditions liées au trouble sexuel, telles l'hystérie, l'épilepsie, la mélancolie, le trouble psychiatrique de la nymphomanie et le trouble psycho-social de la recherche ou de tirer la satisfaction du plaisir sexuel¹⁴. A travers cette explication, l'IGF semble être une continuation d'une histoire du contrôle social de la sexualité féminine, ce qui caractérise plusieurs sociétés traditionnelles des fois religieuses diverses. Conformément à cette explication, on a constaté que la pratique est réduite chez les filles des femmes urbaines qui sont instruites et par exemple, chez les filles ibo au Nigéria, dû surtout au taux de croissance de la scolarisation formelle des femmes¹⁵.

Réponses Professionnelles

Le choix d'une réponse éthique parmi les médecins fait sortir l'ambivalence de l'éthique médicale historique, Ne faites pas du mal. Dans le langage de la bioéthique, ceci est incorporé dans le principe de la non-maleficence. L'IGF est sans doute moins dangereux dans les mains d'un médecin que dans les mains de celui qui n'est pas expérimenté ; afin que, par exemple, on puisse mieux contenir le saignement excessif, mais au mieux, la procédure contient un risque de blessure minimum irréductible et dans presque tous les cas elle est manifestement non-thérapeutique. Une application directe du principe de Ne faites du mal indique donc que les médecins ne doivent pas entreprendre l'IGF. Un autre aspect de la non-maleficence néanmoins, est de minimiser le mal. Le cas en faveur de l'implication des médecins est que quand les parents se sentent obligés de procurer l'IGF pour leurs filles, et les praticiens inexpérimentés, tels des membres de famille, sont disponibles à exécuter les procédures sous des conditions non-stériles et par les moyens rudimentaires, l'on peut minimiser le mal si les médecins acceptent d'exécuter les procédures et s'ils peuvent le faire à travers des moyens qui sont à peine invasifs.

Il y a une forte objection professionnelle médicale toutefois, à l'idée d'essayer de médicaliser l'IGF et de la faire paraître comme faisant partie de la pratique légitime de la médecine. L'objection est analogue à la non-participation des médecins à l'amputation judiciairement ordonnée, au châtement corporel ou à la peine de mort et à la torture autorisée par le gouvernement. Par exemple, en 1994, l'Assemblée Générale de la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique a décidé que les gynécologues doivent « s'opposer à toute tentative de médicaliser la procédure ou de permettre son exécution dans n'importe quelle circonstance, dans les établissements de santé ou par les professionnels médicaux »¹⁶.

En conséquence, les praticiens ne doivent pas succomber aux récompenses, aux menaces des alternatives inexpérimentés ou à la manipulation, pour donner l'honneur de leur prestige professionnel médical à l'IGF. Cette interdiction est renforcée par les codes éthiques de plusieurs associations médicales nationales et par un nombre croissant des lois nationales dont plusieurs sont surveillées pour assurer la conformité. Tout ceci est fondé sur la convention des Droits de l'Enfant, ratifiée par tous les pays du monde sauf la Somalie et les Etats-Unis. L'Article 19(1) exige que tous les états appliquent des mesures pour protéger l'enfant de toutes formes de violence physique ou mentale, de la blessure ou de l'abus », et l'Article 24(3) exige l'abolition des « pratiques traditionnelles qui sont préjudiciables à la soute de l'enfant »¹⁷. Des pratiques traditionnelles nocives peuvent changer sous l'impact des principes des droits de l'homme internationalement respectés¹⁸.

Un rôle clé qu'on demande aux médecins à jouer est d'expliquer pourquoi ils ne peuvent pas le faire et d'éduquer les parents qui le désirent ainsi que les autres personnes sur les risques des procédures dans les mains des gens inexpérimentés et la violation de l'intégrité corporelle de la femme à cause de ces pratiques.

Les médecins peuvent aussi expliquer la baisse dans l'utilisation de la pratique et qu'elle baisse en tant qu'attente dans des communautés solarisées. Il sera, peut-être, nécessaire de remarquer que là où les lois interdisent l'IGF, son exécution est une infraction¹⁹ et sa demande risque d'être considérée comme s'opposant à la loi. Les réponses des médecins peuvent accorder moins d'importance aux aspects punitifs de l'IGF, néanmoins qu'aidant les parents, les familles et les communautés à comprendre l'objectif protecteur que la profession médicale avance pour éliminer telles procédures. Les associations médicales et les praticiens individuels sont également priés de collaborer avec les autorités nationales, les organisations non-gouvernementales et par exemple, les leaders religieux, afin de soutenir les mesures visant l'élimination de cette pratique traditionnelle nocive²⁰.

Notes

1. Département de la santé de la femme, la santé familiale et la santé communale, OMS. Une revue systématique des complications médicales de la mutilation génitale féminine y compris la séquelle à l'accouchement. WHO/FCH/WMH/00.2. Geneva : *World Health Organisation* 2000, P.11.
2. I. Brown (Redacteur). *The New Shorter Oxford English Dictionary*. Oxford Clarendon Press, 1993, p. 405.
3. N. Toubia, S Izett. La mutilation génitale féminine : Vue d'ensemble. Geneva : *World Health Organisation*, 1998, p.2.
4. R.J, Cook, B.M. Dickens, M.F Fathalla. Incision génitale féminine (mutilation / excision) : les dimensions éthiques et légales. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002 ; 79 : 281-7.
5. Voir la note 1 ci-dessus, p. 11
6. A Rahman, N. Toubia (Rédacteurs). *La mutilation génitale féminine : guide aux lois et aux politiques a travers le monde*. London et New York : Zed Books, 2000, p. 6.
7. Ibid., p. 7.
8. N. Toubia. L'excision féminine comme une question de la santé publique. *New England J. Médecine* 1994 ; 331 : 712-716 a la page 712.
9. Voir la note 3 ci-dessus, p. 26.
10. Voir la note 1 ci-dessus, p. 11.
11. R. J. Cook, B.M. Dickens, S. Syed. la fistule obstétrique: le défi aux droits de l'homme. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004, 87 ; 72-7.
12. Voir la note 1 ci-dessus, p. 51.
13. Ibid ; p. 48.
14. M. F. Fathalla. La jeune fille. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2000 ; 70 : 7 - 12.
15. P.O. Nkwo, H.E. Onah. La baisse de la mutilation génitale féminine chez les filles ibo du Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001 ; 75 : 321 - 2.
16. Résolution dans la mutilation génitale féminine, Assemblée Générale de la FIGO, Montréal, Canada, 1994. Voir la note 14 ci-dessus, p.7.
17. Voir R.J. Cook, B.M. Dickens, M.F. Fathalla. *La santé de reproduction et les droits de l'homme : Intégration de la médecine, l'éthique et la_* Oxford : Oxford University Press 2003, case study No 2, pp. 262 - 275.
18. C.A.A. Packer. *Se servant des droits de l'homme pour modifier la tradition : Le pratiques traditionnelles qui sont nuisibles a la santé de reproduction de la femme en Afrique subsaharienne.* Antwerp, Oxford et New York : Intersentia 2002.
19. Voir la note 17 ci-dessus, p. 268 - 272.
20. A.J. Gage, R. Van Rossem. Attitudes vers l'interruption de l'incision génitale féminine chez les hommes et les femmes en Guinée. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006 ; 92 :92-6.