

La santé de la femme nouvellement arrivée

Eugénie Granger

Toute personne quittant son pays d'origine pour s'établir ailleurs se trouve souvent dans une position précaire. C'est d'autant plus vrai pour les femmes qui viennent d'arriver au Canada. Le présent article vous exposera quelques tenants de la situation de ces femmes de même que le rôle du médecin de famille qui les suit.

Vous rencontrez Fatoumata à votre cabinet. Originnaire du Cameroun, elle a quitté son pays pour le Canada, il y a trois mois, après le meurtre de son mari par un groupe local armé. Elle a été violée à trois reprises pendant cette période, mais a heureusement pu fuir avec sa fille de trois ans. Fatoumata est enceinte de presque quatre mois. Elle est ambivalente face à cette grossesse qu'elle attribue aux viols subis au Cameroun. Lorsque vous l'interrogez, elle avoue avoir souvent l'impression de revivre ses agressions et en fait même des cauchemars.

Femmes traumatisées dans leur pays d'origine, vulnérables même en terre promise

Les femmes représentent environ 40 % des nouveaux arrivants au Canada. Provenant souvent de régions où la violence est endémique, la majorité d'entre elles auront malheureusement été victimes de sévices physiques, psychologiques ou sexuels à un moment ou à un autre de leurs démarches d'immigration¹. Leur parcours peut être long, et les obstacles sont nombreux. De plus, le viol constitue dans plusieurs pays une arme de guerre fréquemment utilisée. Pensons,

La D^{re} Eugénie Granger, omnipraticienne, a pratiqué au CLSC Côte-des-Neiges à la Clinique Santé-Accueil du PRAIDA qui se spécialise dans les soins médicaux aux demandeurs du statut de réfugié. Elle a aussi été professeure de clinique agrégée à l'Université McGill et médecin d'urgence à Drummondville et en région éloignée. Elle exerce maintenant aux îles Caïmans.

entre autres, au Rwanda, à la République démocratique du Congo, à la Tchétchénie ou à la Sierra Leone où des milliers de femmes et d'enfants ont été violés, souvent de façon répétée⁴. Les femmes qui subissent de tels sévices en gardent fréquemment des séquelles physiques et psychologiques très importantes et invalidantes, notamment des grossesses non désirées, des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), un syndrome de stress post-traumatique et l'ostracisme.

Une fois au Canada, elles sont souvent placées, malgré elles, dans des situations de vulnérabilité qui en font des victimes potentielles impuissantes.

Elles sont habituellement moins éduquées que leurs compatriotes masculins et parlent moins souvent l'anglais ou le français. Les difficultés de communication qu'elles connaissent, tant à l'oral qu'à l'écrit, les laissent souvent dépendantes des hommes qui les accompagnent ou de ceux qu'elles rencontrent en chemin. Cette dépendance peut aussi prendre un

Les femmes représentent environ 40 % des nouveaux arrivants au Canada. Provenant souvent de pays où la violence est endémique, la majorité d'entre elles auront malheureusement été victimes de sévices physiques, psychologiques ou sexuels à un moment ou un à autre de leurs démarches d'immigration.

Repère

aspect financier lorsque le conjoint est le pourvoyeur du couple ou de la famille. La femme qui voyage seule, quant à elle, peut parfois être obligée de monnayer l'aide qu'elle reçoit en cours de route par des services sexuels plus ou moins consentis. De plus, pour beaucoup de femmes qui se retrouvent au Canada loin de leur famille et de leurs amis, l'isolement social est très fréquent et les laisse souvent démunies, sans soutien émotionnel ou psychosocial, dans des situations où la violence peut être omniprésente.

Le vrai visage de la violence faite aux femmes

En raison de tous ces facteurs, les femmes réfugiées ou immigrantes sont plus susceptibles de subir de la violence physique ou sexuelle, que ce soit par leur conjoint, les chefs des groupes de réfugiés, les travailleurs d'organismes gouvernementaux ou humanitaires, les policiers ou les douaniers¹. La violence est alors perçue et utilisée comme une arme, une forme de paiement ou un outil de pouvoir. Ces femmes sont aussi plus exposées à la violence psychologique, comme des insultes ou le non-respect de leurs droits fondamentaux, de leurs besoins et de leurs désirs. Elles ont malheureusement peu d'outils à leur disposition pour se défendre contre toute cette violence.

Les défis du médecin de famille

Pour le médecin de famille qui voit de telles patientes, il demeure primordial d'être à l'écoute autant de leurs plaintes physiques que psychologiques, car il est parfois difficile de mettre en lumière tous les aspects de la violence. Plusieurs rencontres peuvent être nécessaires avant d'avoir une perception globale du problème de ces femmes. L'éducation est également à prendre en compte, car certaines d'entre elles considèrent la violence qu'elles vivent ou qu'elles ont subie comme permise ou acceptable. Par ailleurs, il est important de les informer de leurs droits en matière de santé et de leur expliquer les rudiments de notre système de soins, notamment le droit et l'accessibilité à la contraception et aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) souvent jugées taboues dans plusieurs communautés culturelles. Beaucoup de femmes croient que les IVG sont illégales au Canada ou encore dangereuses. Le médecin de famille doit demeurer vigilant quant à la santé reproductive de ces patientes pour ne pas reléguer cette sphère au second plan. Il faut éviter, par exemple, qu'une patiente

souffrant de stress post-traumatique tombe enceinte sans l'avoir voulu en raison d'un manque d'information au sujet de la contraception.

Comment reconnaître les patientes nouvellement arrivées qui ont été victimes de mutilation génitale féminine et les prendre en charge adéquatement ?

Fatoumata est l'une des nombreuses immigrantes à avoir subi des mutilations. Vous la revoyez aujourd'hui dans le cadre de son suivi de grossesse. Lorsque vous lui proposez de faire son examen gynécologique, elle vous avoue avoir été victime d'excision à 7 ans. Elle en garde un souvenir extrêmement douloureux et est très heureuse que sa fille puisse éviter ce traumatisme.

Un autre sujet ayant trait à la santé de plusieurs femmes réfugiées ou immigrantes concerne les mutilations génitales féminines, c'est-à-dire l'excision partielle ou totale des parties génitales. Ces mutilations peuvent aller de simples scarifications au niveau des cuisses à l'excision du clitoris en passant par la forme la plus grave, soit l'infibulation. Cette dernière pratique consiste en une clitoridectomie, en l'excision complète des petites lèvres et partielle des grandes lèvres, qui sont ensuite suturées ensemble, ne laissant qu'une petite ouverture pour le passage de l'urine et du flot menstruel. Les mutilations sont habituellement faites entre l'âge de quatre et huit ans, mais peuvent avoir lieu également à la naissance ou après un premier accouchement³. Plus de 135 millions de femmes dans le monde ont déjà subi de telles pratiques, et deux millions de jeunes filles, soit l'équivalent de 6000 par jour, risquent chaque année d'en être victimes à leur tour³. Ces coutumes sont présentes dans près de 28 pays africains, notamment en Égypte, ainsi qu'en Indonésie, au Sri Lanka, en Malaisie et au Yémen^{1,3,4}. Les mutilations génitales féminines constituent une violation fondamentale des droits des filles. C'est une pratique discriminatoire contraire aux droits à l'égalité des chances, à la santé, à la non-violence, à la non-exposition aux blessures, à la torture et aux traitements cruels, inhumains ou dégradants et c'est aussi contraire au droit au libre choix en matière de reproduction. Tout médecin doit savoir que ces droits sont protégés par des lois internationales. Ainsi, en tant que médecins de famille, nous pouvons être amenés à fournir un rapport médical faisant état des mutilations génitales

d'une patiente, rapport pouvant être utilisé comme preuve en cour d'immigration.

Les conséquences

Les mutilations génitales entraînent souvent une infection locale ou générale, des douleurs, la transmission d'infections à vecteur sanguin, des tumeurs bénignes locales et des hémorragies pouvant mener au choc et à la mort³. L'infibulation cause souvent des problèmes importants, comme des infections urinaires chroniques, des troubles rénaux, des infections pelviennes, de l'infertilité, des chéloïdes, de la dysménorrhée et de la dyspareunie. Chez quinze pour cent des femmes infibulées, la première pénétration entraîne une déchirure de la zone périnéale et vulvaire suturée³. En outre, un grand nombre de femmes sont « recousues » à la demande de leur mari après chaque accouchement. Ces multiples déchirures et sutures causent des cicatrices importantes qui déforment l'anatomie génitale et peuvent amener certaines complications lors de la grossesse et de l'accouchement, dont des strictions périnéales, des infections génitales, des hémorragies et une douleur intense.

Une situation malheureusement trop fréquente consiste à envoyer les jeunes filles non excisées vivant au Canada dans leur pays d'origine lorsqu'elles atteignent l'âge de l'excision. L'enfant est alors mutilée, puis ramenée au Canada par un membre de sa famille. De rares cas d'excision effectuée au Canada même ont été signalés, mais cette pratique illégale demeure très marginale¹.

Les effets des mutilations génitales sur la sexualité des femmes sont importants. L'acte sexuel devient synonyme de torture, de douleur, voire de danger de mort. Les relations sexuelles amènent donc souvent plus de douleur que de plaisir.

Les effets psychologiques des mutilations ont tendance à être également très importants, allant de l'anxiété à l'humiliation et au sentiment de terreur en passant par la trahison. Cependant, pour certaines femmes, cette étape les rend à leurs propres yeux plus acceptables et

Encadré

Risques physiques liés aux mutilations génitales féminines

- ⊗ Non-cicatrisation
- ⊗ Formation d'abcès et de kystes
- ⊗ Croissance excessive des tissus cicatriciels (chéloïde)
- ⊗ Infections urinaires
- ⊗ Rapports sexuels douloureux
- ⊗ Prédilection plus grande à l'infection par le VIH, aux hépatites et autres maladies transmissibles sexuellement et par le sang
- ⊗ Infections de l'appareil reproducteur, pelvipéritonites, stérilité, règles douloureuses
- ⊗ Obstacle urinaire chronique, calculs vésicaux, incontinence urinaire
- ⊗ Arrêt de progression du travail, risque accru d'hémorragies et d'infections pendant l'accouchement

dignes d'être mariées. La pratique de tels actes est très souvent liée à l'identité culturelle d'un peuple et accentue également l'identité de genre qui détermine le statut de la femme, cette dernière devenant ainsi plus obéissante et plus docile. Les mutilations génitales constituent également un moyen de contrôle des fonctions reproductives et de la sexualité de la femme, afin d'assurer la fidélité de l'épouse. Pour certains, les mutilations génitales reposent sur des croyances liées à l'hygiène, à l'esthétique ou à la religion. Enfin, des motifs économiques sous-tendent aussi ces pratiques, les « exciseuses » étant souvent bien rémunérées^{1,3,4}.

Pour le médecin de famille

Le médecin de famille qui voit pour la première fois une patiente ayant subi une mutilation génitale doit connaître les différentes formes qui existent et les raisons sous-jacentes à chacune. Il sera ainsi plus à l'aise d'aborder le sujet avec la patiente, de faire une évaluation complète du problème et de traiter les complications physiques et psychologiques. Un examen gynécologique est de mise. Les cas complexes d'infibulation

Plus de 135 millions de femmes dans le monde ont déjà subi une mutilation génitale et deux millions de jeunes filles, soit l'équivalent de 6000 par jour, risquent chaque année d'en être victimes à leur tour.

Repère

ou de déformation cicatricielle des parties génitales doivent être adressés à un gynécologue expérimenté dans ce domaine. Le clinicien doit également faire un travail préventif auprès des familles où vivent des jeunes filles. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, on peut consulter le site Internet de l'Organisation mondiale de la Santé au www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/index.html.

En quoi la grossesse de la femme réfugiée ou immigrante est-elle plus à risque ?

Fatoumata en est maintenant à 20 semaines de grossesse. Comme elle a pris peu de poids depuis sa dernière visite, vous soupçonnez un déficit alimentaire. Vous l'envoyez au CLSC local qui offre les services de la Fondation OLO. Les résultats des prises de sang que vous avez demandées indiquent que Fatoumata est porteuse du virus de l'hépatite B. Cette dernière semble très découragée lorsque vous lui annoncez la nouvelle. Elle se met à pleurer et vous avoue être déprimée. Elle voit difficilement la lumière au bout du tunnel. Elle dort très mal, fait des cauchemars, se sent toujours sur le qui-vive et n'a plus le goût de vivre. Elle nie cependant avoir des idées suicidaires. En l'interrogeant davantage, vous concluez qu'elle souffre d'un syndrome de stress post-traumatique.

Un troisième sujet touchant la santé des femmes réfugiées et immigrantes concerne la grossesse. Une grossesse sur cinq chez les femmes réfugiées et immigrantes est considérée comme étant à risque élevé. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs, dont la malnutrition, les maladies infectieuses, les âges extrêmes de procréation (< 18 ou > 40 ans), le stress psychologique, les mutilations génitales, les traumatismes récents et les accouchements antérieurs dans des conditions difficiles¹.

D'abord, beaucoup de femmes sont devenues enceintes avant leur arrivée au Canada alors qu'elles vivaient dans des conditions précaires. Plusieurs d'entre

elles souffrent de malnutrition, ce qui rend l'orientation rapide au programme OLO d'autant plus importante. Lorsqu'elles arrivent au Canada, leurs moyens financiers sont souvent limités, ce qui peut nuire à leur alimentation. Les cas d'anémie ferriprive sont fréquents et nécessitent souvent l'utilisation de suppléments de fer. Deuxièmement, certaines femmes peuvent être atteintes de diverses maladies infectieuses (VIH, tuberculose, parasitoses, syphilis ou hépatites), ce qui complique le suivi de grossesse et constitue un défi supplémentaire pour le traitement. Un suivi effectué conjointement par le médecin de famille et l'infectiologue ou l'obstétricien est parfois nécessaire. Les patientes porteuses du VIH devraient habituellement recevoir des antirétroviraux afin de prévenir une transmission foetale. Ces derniers sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire pour tout demandeur du statut de réfugié. Par ailleurs, les âges extrêmes des patientes lors de la grossesse, soit moins de 18 ans ou plus de 40 ans, peuvent amener leur lot de complications.

L'influence des facteurs psychosociaux sur la grossesse

Le stress psychologique important vécu par un grand nombre de femmes nouvellement arrivées au Canada diminue leur résilience face aux demandes qu'exige la grossesse. Les troubles de l'humeur et le syndrome de stress post-traumatique qui peuvent être présents nécessitent parfois l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), combinés à une psychothérapie. De plus, il n'est pas rare que les grossesses soient le résultat de viols commis dans le pays d'origine de la femme ou alors au Canada par des membres de la communauté culturelle. Ces situations nécessitent une attention toute particulière et un accompagnement psychosocial. La femme ayant immigré seule peut parfois être considérée comme souillée et faire l'objet de mépris et de rejet. Elle peut ainsi se

Une grossesse sur cinq chez les femmes réfugiées et immigrantes est considérée comme étant à risque élevé. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs, dont la malnutrition, les maladies infectieuses, les âges extrêmes de procréation (< 18 ou > 40 ans), le stress psychologique, les mutilations génitales, les traumatismes récents et les accouchements antérieurs dans des conditions difficiles.

Repère

retrouver isolée, sans soutien ni accompagnement.

Plusieurs des facteurs précédents peuvent contribuer au fait que la majorité de ces femmes ont des nausées et des vomissements plus marqués durant leur grossesse. Le recours au Diclectin doit cependant se faire de façon parcimonieuse. L'orientation vers un groupe ou un réseau culturel d'accompagnantes peut s'avérer très bénéfique pour ces patientes et permettre d'éviter la surmédicalisation de la grossesse et de briser l'isolement social de ces femmes.

Enfin, beaucoup de ces femmes ont dû accoucher par le passé dans des conditions difficiles ayant occasionné des complications telles que des hémorragies, des infections et des déchirures périnéales graves. L'examen gynécologique complet des patientes nouvellement arrivées est d'autant plus important que beaucoup d'entre elles n'ont reçu aucun soin préventif (test de Papanicolaou et dépistage d'ITSS) dans leur pays d'origine. Au moment de l'accouchement, le médecin doit être vigilant afin de déceler précocement toute nouvelle complication et surtout de pouvoir offrir le soutien psychologique nécessaire à ces patientes parfois plus fragiles.

Tout au long du processus pré-, péri- et postnatal, le médecin de famille devra bien informer ces patientes qui ignorent souvent les fondements de leur vie reproductive. Il peut s'avérer difficile de rendre ces femmes autonomes et il est souvent très long de briser l'isolement social dans lequel elles se trouvent.

CE SURVOL RAPIDE de certains aspects de la santé des femmes nouvellement arrivées au Canada nous permet d'en saisir toute la complexité. Le médecin de famille doit se rappeler que ces patientes ont souvent été victimes de violence, notamment de mutilations génitales à un jeune âge qui peuvent changer à tout jamais leur vie sexuelle et reproductive et entraîner certaines complications lors des grossesses.

L'histoire de Fatoumata se termine bien. Son syndrome de stress post-traumatique a été traité par une faible dose de Paxil, qu'elle a cessé de prendre au troisième trimestre. Elle a reçu un accompagnement psychologique et psychosocial qui lui a permis de surmonter ses symptômes de stress post-traumatique et d'arriver à une intégration sociale harmonieuse. Elle a accouché d'une deuxième fille

Summary

Health of Women Newly Arrived in Canada. Women who have recently arrived in Canada represent a unique patient population. Three major health issues generate specific challenges: the physical and psychological consequences of the violence of which they were victims, the female genital mutilation (FGM) medical implications and finally, the specific conditions surrounding pregnancies. First, all practitioners need to keep in mind that these women are most likely to have suffered from some physical, psychological or sexual violence before, during or after their migration process.

Female genital mutilation is a form of sexual violence many women face very early in life. The mutilations can vary but usually involve the excision of the labia minora and the clitoris. The most severe form of mutilation is the infibulation which is performed by removing the clitoris, the labia minora and part of the labia majora that are then sutured together, leaving a small orifice for urine and menstrual flow. FGM are performed for religious, cultural or aesthetic reasons but mainly to control women's sexual lives. Finally, resettled pregnant women have a 20% likelihood of experiencing a high risk pregnancy. This is due to a higher rate of infectious diseases, nutritional problems, mental health issues and FGM. Family physicians involved in the healthcare of these patients should be aware of the challenges represented by this population.

Keywords: violence, female genital mutilation, pregnancy

de 3,5 kg qui n'est pas porteuse du virus de l'hépatite B et qui a été vaccinée. Enfin, Fatoumata et ses filles ont été acceptées comme résidentes canadiennes. 🌸

Date de réception : 15 août 2006

Date d'acceptation : 28 septembre 2006

Mots clés : violence, mutilation génitale féminine, grossesse

La D^{re} Eugénie Granger n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Gagnon AJ, Tuck J. A systematic review of questionnaires measuring the health of resettling refugee women. *Health Care for Women International* 2004 ; 25 : 111-49.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Chapitre 6 : La violence sexuelle. Genève : L'Organisation ; 2002. Site Internet : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap6fr.pdf (Page consultée le 22 juillet 2006)
3. Organisation mondiale de la Santé. *Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement*. Genève : L'Organisation ; 2006. Site Internet : www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/fr/index.html (Page consultée le 22 juillet 2006)
4. de Bruyn M. *Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's right and public health*. 2^e éd. Chapel Hill : Ipas ; 2003.