Les Mutilations Génitales Féminines (MGF)

Dr Emmanuelle COHEN-SOLAL / Dr Laura MIQUEL

PH Gynécologie-Obstétrique
La Conception Marseille

Fédération nationale gams
Mutilations sexuelles féminines & Mariages forcés

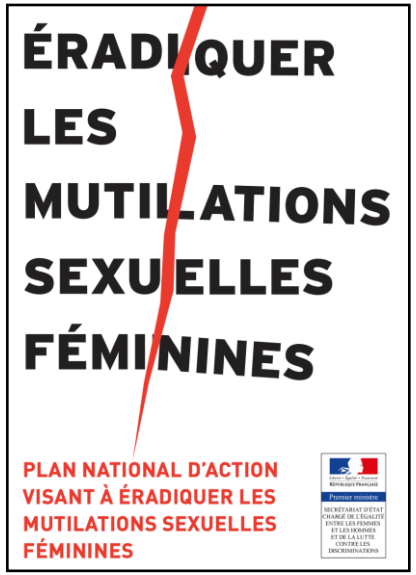
Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Re#Start LA MAISON DES FEMMES
AP-HM - Marseille / Provence

Introduction

- Préoccupation sociale et sanitaire très présente
- Les MGF constituent une atteinte au droit de l'homme
- 2019: 125 000 femmes mutilées vivent en France
- Rôle des soignants primordial
    1. Dépister, Evaluer
    2. Protéger
    3. Accompagner et orienter

- Les MGF relèvent de rites extrêmement divers mais tous sous tendus par une volonté de contrôle ou de destruction de la sexualité féminine



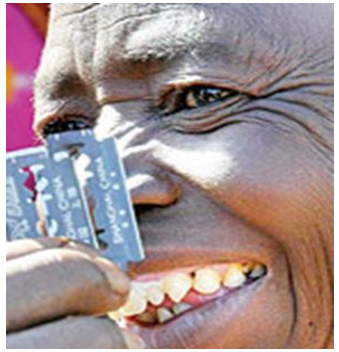
Marlène Schiappa
Secrétaire d'État en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations

PAR QUI ?

Dans quasiment tous les pays où se concentrent les MGF/E, la plupart des excisions sont réalisées par **des praticien(ne)s traditionnel(le)s.**

COMMENT ?

Dans une majorité de pays, la plupart des filles ont subi une excision avec **ablation des tissus.**



QUAND ?

Dans la moitié des pays, la majorité des filles sont excisées **avant l'âge de cinq ans**. La plupart des excisions ont lieu entre cinq et quatorze ans dans les autres pays.

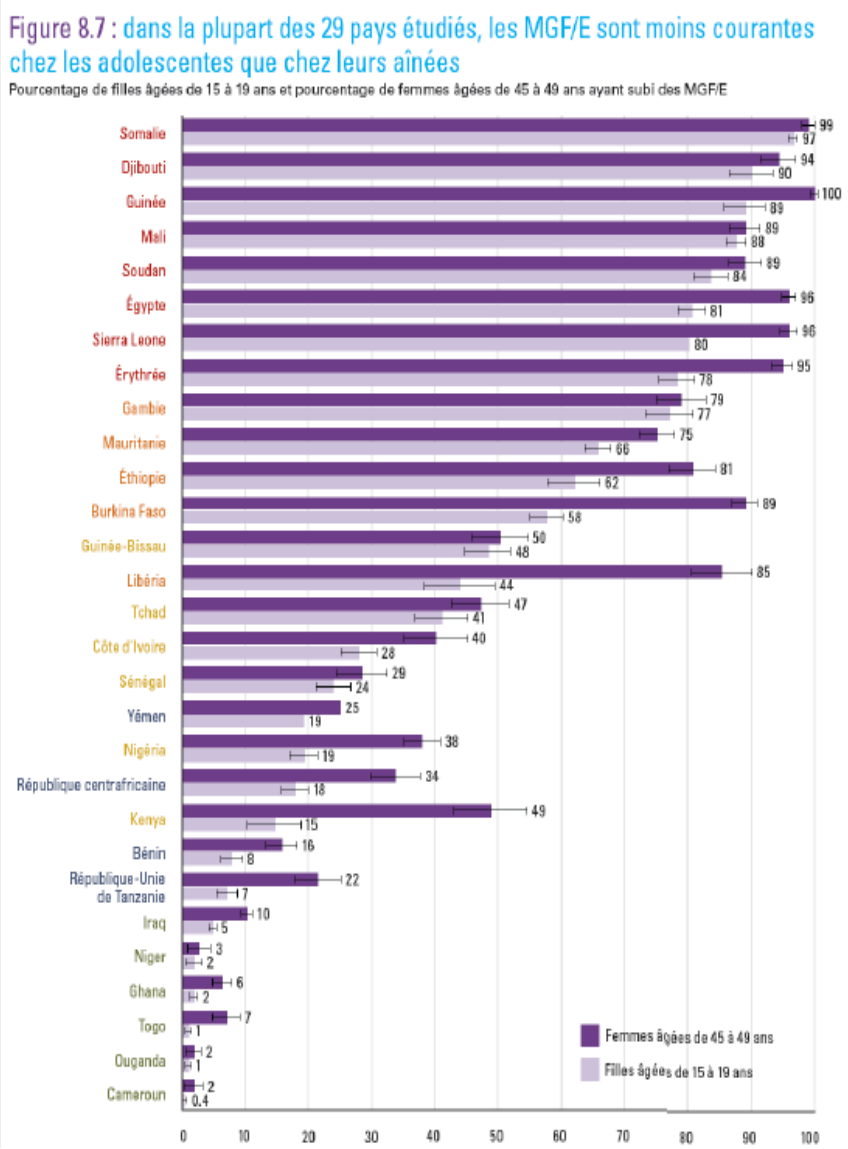
Le monde juillet 2016*: « Et si l'on trouvait un autre travail pour les exciseuse »*

Epidémiologie

- L’excision rituelle concerne 200 **M** de femmes dans le monde

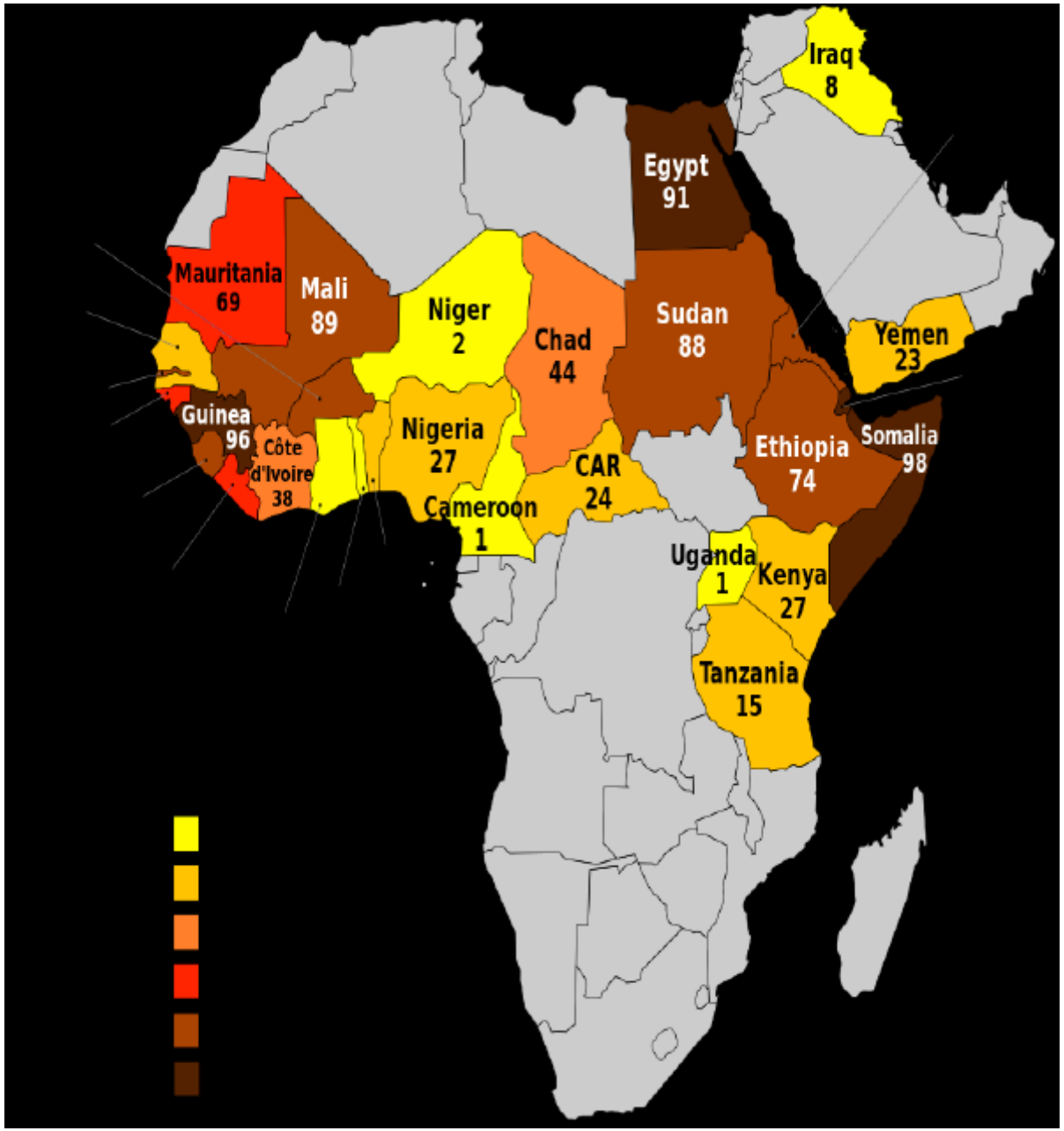
- Le continent Africain est particulièrement touché par l’excision (**1 femme/3**)

- Aussi Asie, Moyen-Orient, Europe et Amérique du Nord



- 2016 UNICEF:
- 200 millions femmes excisées
- 30 Pays

Mutilations génitales féminines UNICEF, New York, 2013.



Prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes de 15 à 49 ans

Pays	%
Somalie	98
Guinée	96
Djibouti	93
Égypte	91
Érythrée	89
Mali	89
Sierra Leone	88
Soudan*	88
Burkina Faso	76
Gambie	76
Éthiopie	74
Mauritanie	69
Libéria	66
Guinée-Bissau	50
Tchad	44
Côte d'Ivoire	36
Kenya	27
Nigéria	27
Sénégal	26
République-Unie de Tanzanie	24
Yémen	23
République centrafricaine	15
Bénin	13
Iraq	8
Ghana	4
Togo	4
Niger	2
Cameroun	1
Ouganda	1

En France

- 125 000 femmes victimes de MSF (2019)
- 60 000 en 2000
  1. Augmentation en l'espace de 20 ans
  2. la féminisation de la population migrante
  3. le vieillissement des « deuxièmes générations »

Estimate of adult women with female genital mutilation living in France 2019 A.Andro

Pourquoi l’excision…

Hétérogénéité des discours …

- Respect des traditions / Rite de passage

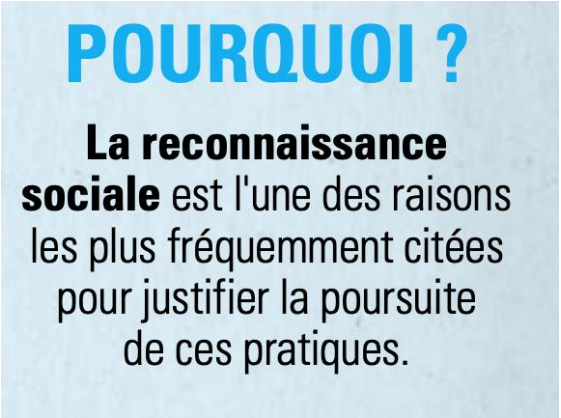
Fainzang 1985

- Contrôle de la sexualité féminine et de la filiation

Bellas Cabane 2007

- Normes sociales
- Religion

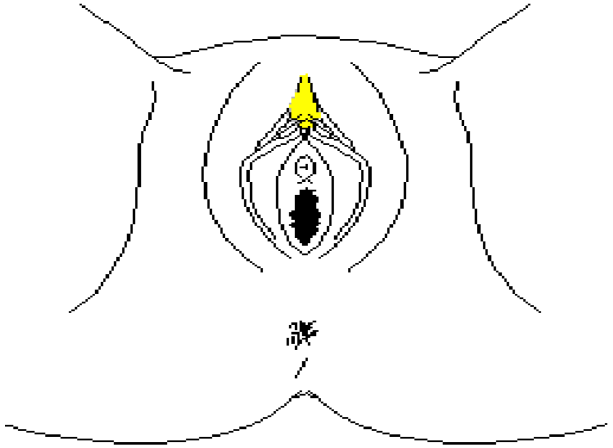
Une fatwa de 2007 , lettre de l'Archevêque de Conakry en 2012



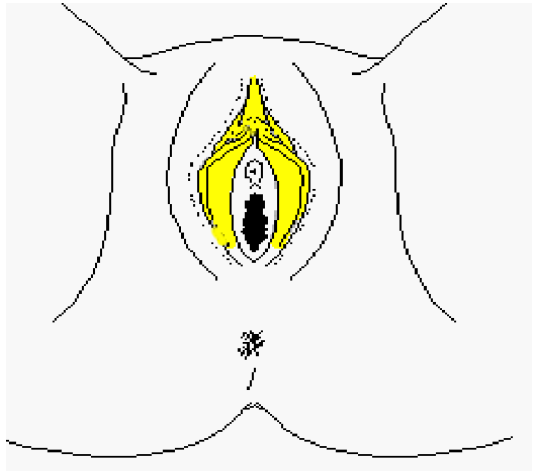
Classification des MGF

Classification 2008

Organisation mondiale de la Santé

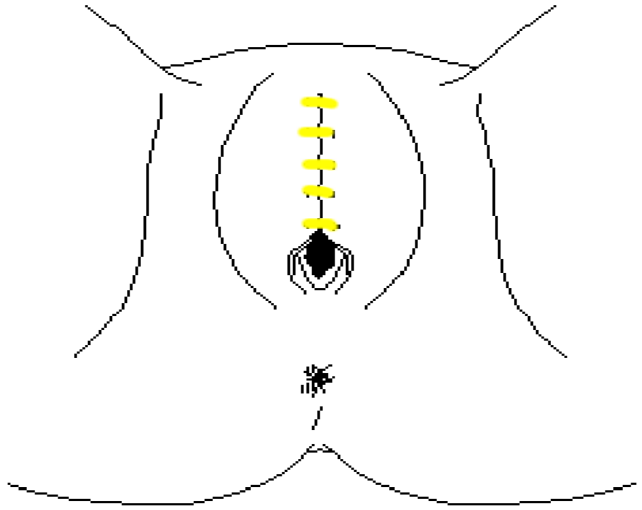


Type I: souvent appelé clitoridectomie, ablation partielle ou totale du clitoris, rarement uniquement le prépuce



Type II: ablation du clitoris, du prépuce et tout ou partie des petites lèvres (la plus fréquente)

Classification 2008



Type III: aussi appelé infibulation, Ablation du clitoris, des petites lèvres , parfois des grandes lèvres avec suture bords à bords de la vulve

Type IV: toutes les interventions non classées
-piqures, perforation, incision
-étirement clitoris et/ou lèvres
-cautérisation par brûlures
-incision du vagin
-Introduction de substances corosives...

Classification OMS 2018

Organisation mondiale de la Santé

Types	Mutilation sexuelle féminine
Type I	Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et/ou du prépuce (clitori-dectomie)
Type II	Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) : • IIa : ablation uniquement des petites lèvres • IIb: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres • IIc: ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres
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)
Type IV	Autres gestes de mutilation sexuelle féminine pour des raisons non médicales (scarification, percement, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale…)

Ia: Ablation du prépuce uniquement

Ib: Ablation du prépuce et du clitoris

IIIa: Ablation et accolement des petites lèvres

IIIb: Ablation et accolement des grandes lèvres

Conséquences

- Complications d’ordre **physique**, très fréquentes et potentiellement graves (infections, complications obstétricales…)

- Complications d’ordre **psychologiques et sexuelles**

“ LES CONSÉQUENCES LIÉES À L'EXCISION SONT INCONNUES DES POPULATIONS LA PRATIQUANT. ”

travail prolongé et de dysfonction sexuelle. Des femmes ont déclaré souffrir des effets psychologiques à la suite de cette intervention, tels que cauchemars et anxiété, dépression, craintes d’avoir des relations sexuelles, craintes de devenir enceinte, colère, perte de confiance et rancœur, alors que d’autres déclarent éprouver des sentiments de fierté, d’inclusion et de beauté.

Complications tardives

Type de complication	Association identifiée par plusieurs études	Association identifiée mais demanderait confirmation avec des études plus importantes
Urinaires	Sténose urètre, méat Infections urinaires récidivantes Cristaux urinaires Méatite	Incontinence
Cicatricielles	Fibrose Chéloïdes Kystes dermoïdes Abcès de la vulve Hématocolpos Fusion des lèvres partielle, complète Sténose du vagin	
Douleurs	Vagin Vulve Pelviennes Dysménorrhées Névrome clitoridien	
Fertilité/sexualité	Dyspareunie Anorgasmie Sécheresse vaginale Troubles du désir sexuel Diminution de la satisfaction sexuelle	Infertilité
Infections	Mycoses	Infections à *Chlamydia* Gonorrhée Infection à *Trichomonas* HIV, syphilis
Troubles psychologiques	Stress post-traumatique Anxiété Dépression	

Développement et santé, Juin 2014

Complications Obstétricales

- Les MSF entraînent une surmortalité périnatale de un ou deux décès pour 100 accouchements
- Probabilité plus élevée complications obstétricales
- Le risque augmente avec l’ampleur de la mutilation
- Coûts financiers importants

Conséquences psychologiques

Conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines
• Troubles du stress post-traumatique (par exemple : reviviscences diurnes et nocturnes (cauchemars) etc. Se référer au DSM 5 et à la CIMS 11) • États dissociatifs post-traumatiques (par exemple : détachement, absence d'affect lors de l'évocation de la mutilation) • Dépression, comportement suicidaire • Troubles du comportement • Anxiété, phobies électives, angoisse des rapports sexuels et de l'accouchement • Repli sur soi, perte de l'estime de soi, sentiment d'être différente, anormale, de honte, sentiment d'injustice, de colère

Complications sur la sexualité

- Réduction Anatomique: rôle direct sur l'orgasme, le désir , l'excitation et indirect sur la lubrification
- Réduction Symbolique avec impact sur l'identité féminine, l'image du corps de la féminité et de soi
- Une composante de violence avec stress post-traumatique
- Douleurs possibles lors des relations sexuelles

CONCEPTUALIZING SEXUAL PAIN IN WOMEN WITH FEMALE GENITAL MUTILATION

JASMINE ABDULCADIR · ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR 2020

FACTEURS BIOLOGIQUES/ PHYSIQUES

- Type de MSF, sa gravité et ses complications
- Traumatismes périnéaux obstétricaux
- Infections génito-urinaires récurrentes
- Fissures et abcès vulvaires récurrents
- Granulomes posttraumatiques et névromes du clitoris
- Incarcération douloureuse du clitoris
- Kystes vulvo-clitoridiens
- Chéloïdes,adhérences ou brides

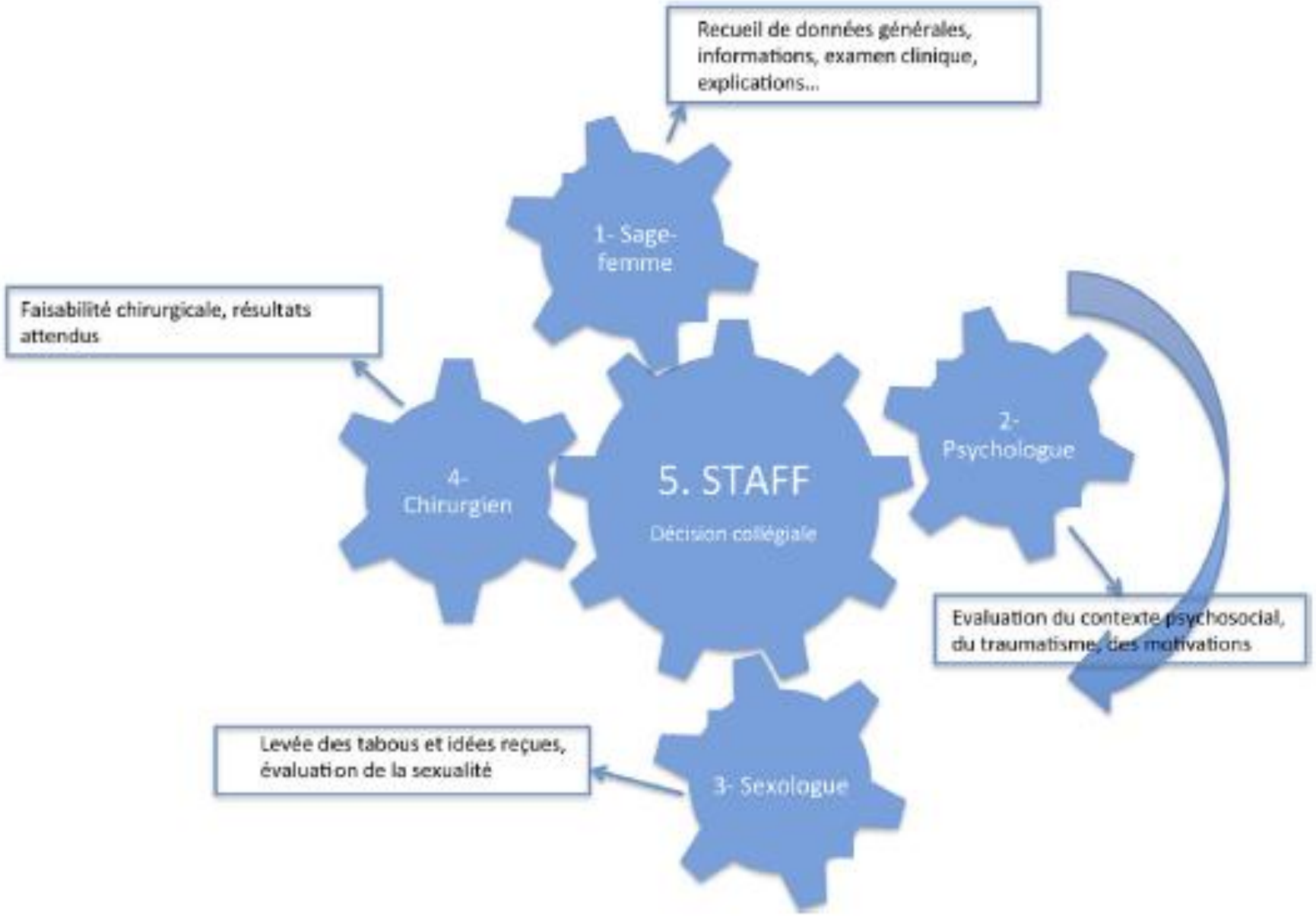
FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

- Dépression, anxiété ou trouble de stress posttraumatique (SSPT)
- L'interprétation, les souvenirs et l'expérience de la MSF et certaines expériences génitales douloureuses
- Autres événements traumatisants

FACTEURS RELATIONNELS ET SOCIO CULTURELS

- Éducation
- Informations sur les MGF et sur l'anatomie génitale féminine, physiologie et sexualité
- Croyances, normes, religion
- Migration et acculturation
- Mariages forcés et arrangés

Prise en charge des MGF


Recueil de données générales, informations, examen clinique, explications...
1- Sage-femme
Faisabilité chirurgicale, résultats attendus
4- Chirurgien
5. STAFF
Décision collégiale
2- Psychologue
Evaluation du contexte psychosocial, du traumatisme, des motivations
Levée des tabous et idées reçues, évaluation de la sexualité
3- Sexologue

Evaluer

- Région d'origine++, y compris pour mineurs nés en France ou arrivées en bas âge

- Naître d'une mère qui a subi une MGF= Facteur de risque++

- Déterminer si les parents ont prévu un voyage

12 à 20% des filles de 0 à 18 ans vivant en France et originaires de pays où sont pratiquées les MGF seraient menacées du fait des convictions et de la pression familiale

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Février 2020

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours

Y penser et en parler

Les mutilations sexuelles féminines se pratiquent dans de nombreux pays, à tout âge, dans toutes les catégories socio-professionnelles et indépendamment de toute confession religieuse. Elles sont un crime et sont interdites par la loi en France, même si elles sont commises à l'étranger.
Oser parler des mutilations sexuelles féminines avec votre patiente, même mineure, et avec ses parents, sans crainte de heurter, pour rechercher des facteurs de risque.

Patiente à risque

Élément prioritaire à prendre en compte :
région d'origine et/ou pays de naissance des parents.
Facteur de risque important :
naître d'une mère qui a subi une mutilation sexuelle féminine.

PATIENTE MAJEURE

PATIENTE MINEURE

Protéger

PRÉVENIR, PROTÉGER

Protéger

- Questionner la patiente pour dépister les violences éventuelles et être attentif aux signes évocateurs.
- Rassurer la patiente, lui expliquer, la déculpabiliser.

Agir en cas de risque

- Orienter la patiente vers le **3919** (violences femmes info), une association spécialisée, etc.
- En cas de risque imminent, la patiente relève du dispositif de mise à l'abri des femmes en danger en hébergement d'urgence (**115**). Il est aussi recommandé de contacter la police (**17**).

Évaluer le risque

- Situations ou moments clés de la vie considérés comme à risque : voyage à l'étranger, absence de suivi en PMI, avant l'entrée en primaire, au collège, au lycée, etc.

Protéger (en cas de risque imminent ou non)

- Évaluer l'imminence du danger et prévenir le risque en donnant des conseils à la mineure et aux parents.
- En cas d'urgence, contacter le **17** et le numéro de soutien et d'orientation : le **119**.

Risque non imminent :

- Rédiger une information préoccupante à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental.

Risque imminent :

- Faire un signalement en urgence auprès du procureur de la République du tribunal de grande instance.
- Adresser une copie de ce document à la CRIP du conseil départemental.

PATIENTE MAJEURE

PATIENTE MINEURE

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours

Accompagner et Orienter

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours

PRENDRE EN CHARGE EN CAS DE MUTILATION AVÉRÉE

Accompagner et orienter

- La prise en charge d'une femme mutilée est pluridisciplinaire : reconstruction chirurgicale, prise en charge globale, psychique, sexuelle et psychocorporelle.
- À noter : aucun signalement aux autorités ne peut être fait en l'absence du consentement de la patiente majeure.

Signaler et prendre en charge

- Faire un signalement - informer sans délai le procureur de la République.
- Puis prendre en charge la patiente mineure (l'orienter vers des professionnels spécialisés).

PATIENTE MAJEURE

PATIENTE MINEURE

REHABILITATION
(symbolique et physiologique)

- **PRISE EN CHARGE SEXUELLE**

1. Découverte de leur corps
2. Auto stimulation
3. Lever des tabous

- **PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE / PSYCHOTRAUMATIQUE ASSOCIEE**

1. Parole libérée
2. Estime de soi

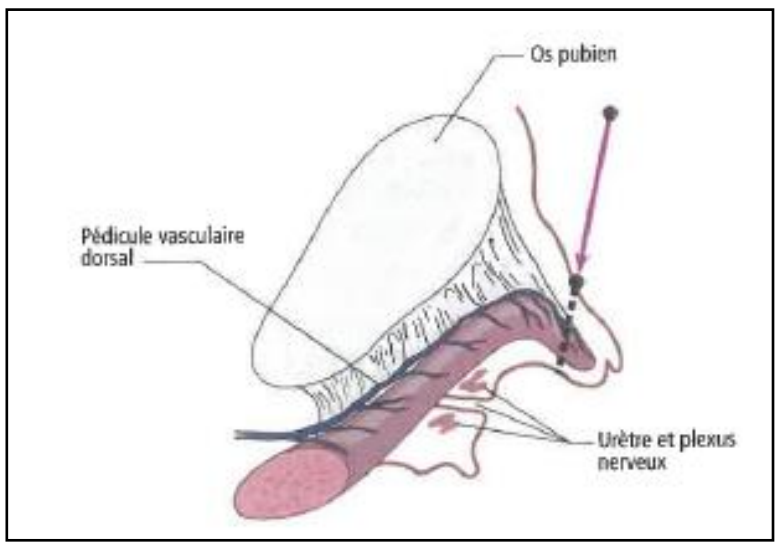
- **TRANSPOSITION CHIRURGICALE**

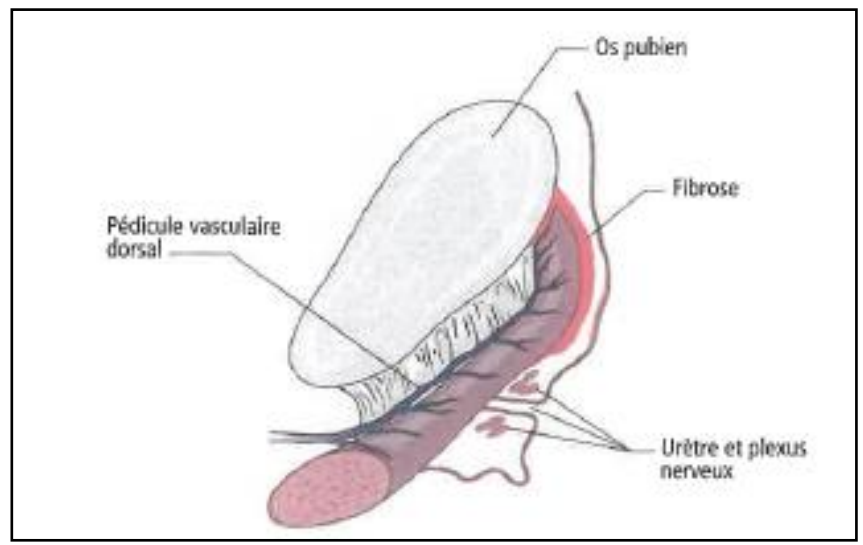
Prise en charge chirurgicale

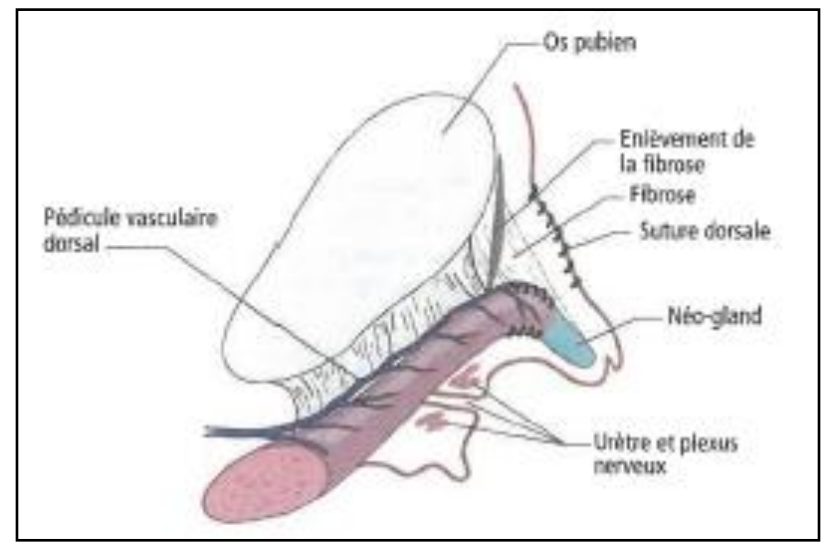
Technique de réparation

- L’évolution de la jurisprudence en France a fait émerger une prise de conscience de cette pratique criminelle
- Technique expérimentée en Afrique lors de missions chirurgicales
- Vise à reconstituer un clitoris d’aspect et de situation normaux
- Remboursée en France , en Belgique et en Suisse
- Littérature internationale pauvre

P. Foldes, Prog. Urol., 2004







Se constitue un moignon clitoridien d’amputation avec mouvement d’ascension et de retropulsion le rendant adhérent à la symphyse pubienne

Conclusion

- Dépister
- Evaluer / Informer
- Protéger
- Prise en charge MULTIDISCIPLINAIRE