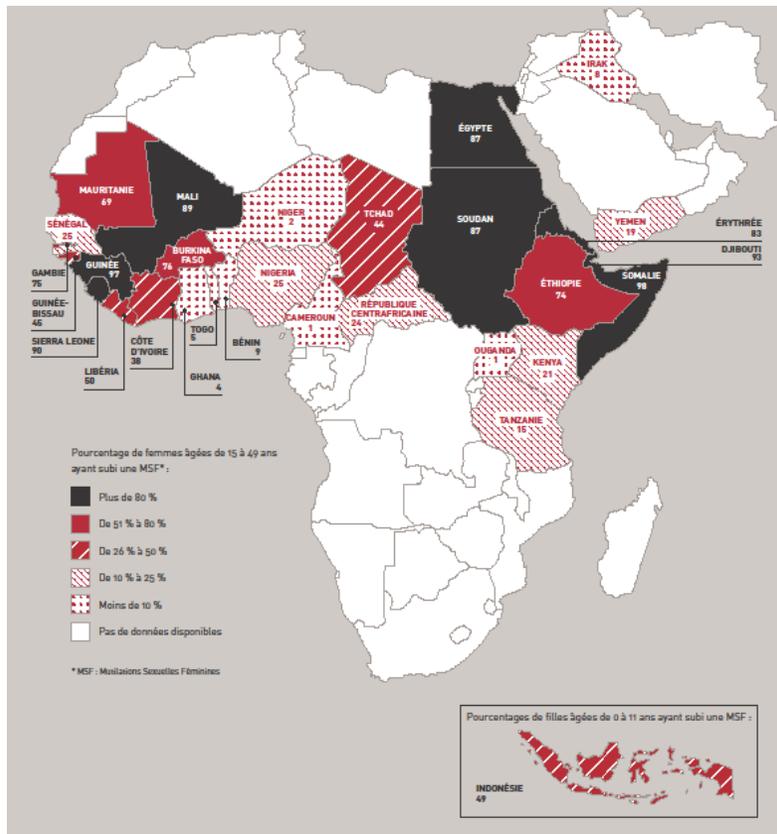


Les mutilations génitales féminines

Dépister, accompagner et prévenir



Alexandra Serris - CCA SMIT Necker

L'anatomie du clitoris

- Organe connu depuis le XVIe siècle
- Première description anatomique détaillée par Helen O'Connell, urologue, en 1998

- Sondage auprès de 1168 médecins en 2021 en France :

- 50% sous-estiment sa taille de 10x
- 80% n'ont jamais eu de formation
- 34% ont déjà été sollicités pour une pathologie clitoridienne

Thèse de Marie Chevalley



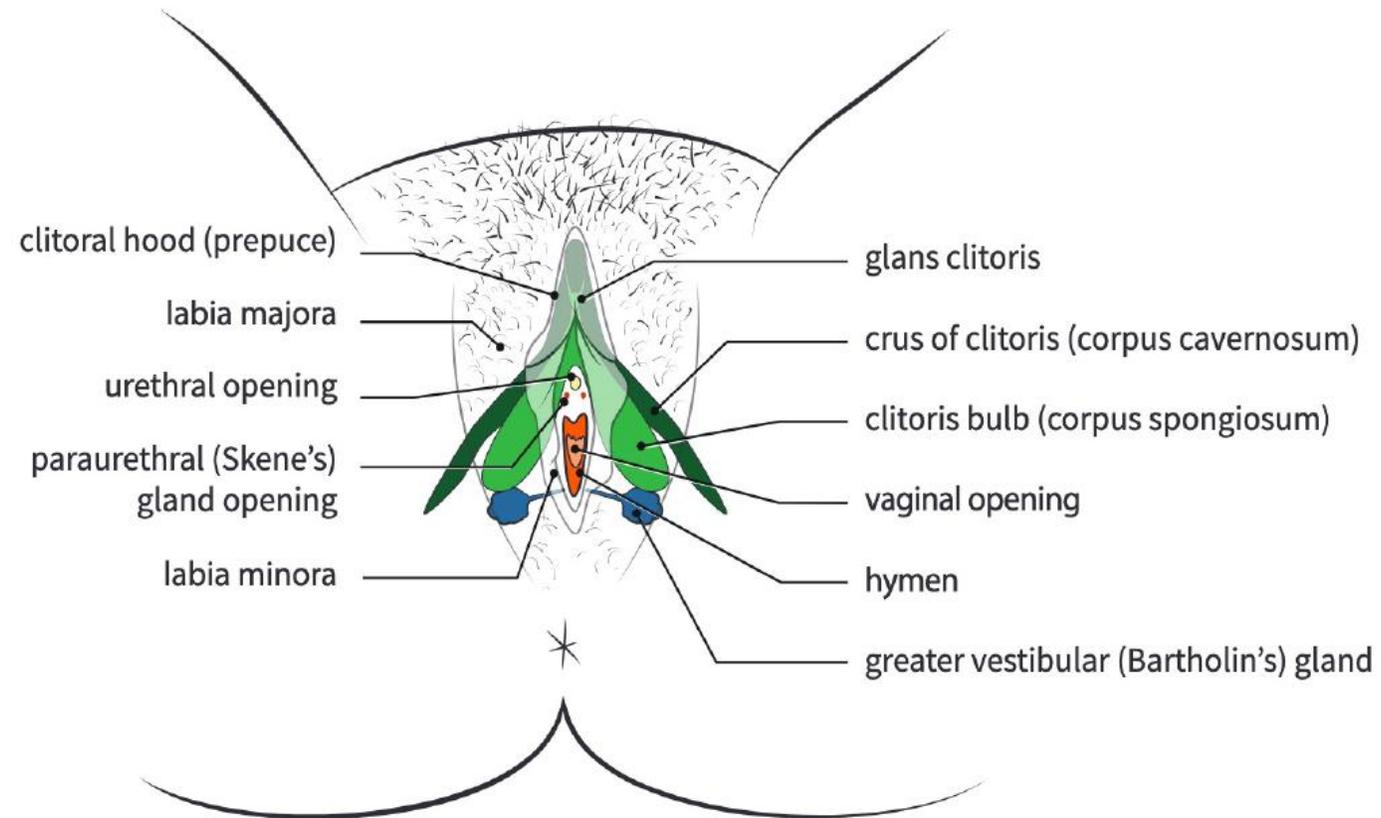
L'origine du monde, Copyright © 2016, Liv Strömquist – Rackham



Cathy Wilcox (cathywilcox.com.au), in Greer, 2012.

Anatomie de l'appareil génital féminin

Le clitoris



Les mutilations génitales féminines

- Premières apparitions en Égypte dès 5 000 à 6 000 av. J.-C.
- Aucune religion ne prône les MGF
- Réalisées dans différents peuples, y compris en Europe, à visée esthétique, pour préserver la virginité, pour empêcher les femmes d'avoir des rapports sexuels ou pour les guérir de leur histrionisme et de leur hyperexcitabilité sexuelle...

**Evènement social, norme sociale (assurance de faire un bon mariage),
identité culturelle**

Définition

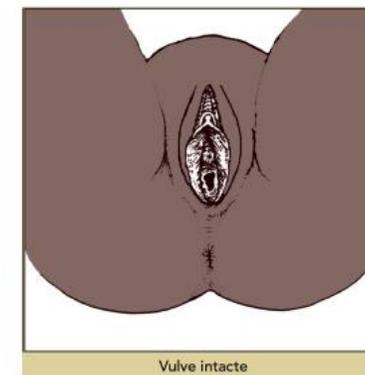
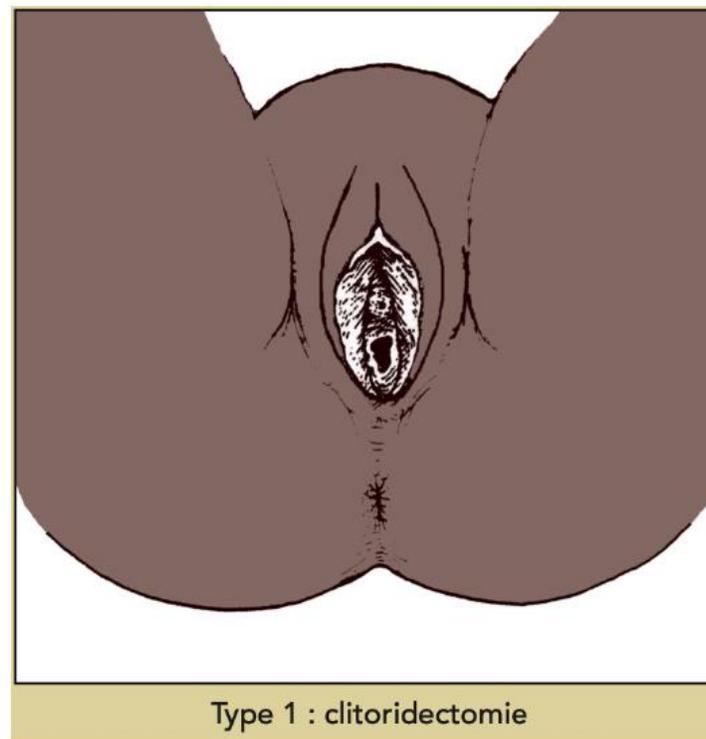
Toute intervention incluant l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou autre lésion des organes génitaux externes pratiquée pour des raisons non médicales

Les mutilations génitales féminines

4 types définis par
l'OMS:

Type 1:

Ablation totale ou partielle
du gland clitoridien et/ou
du prépuce

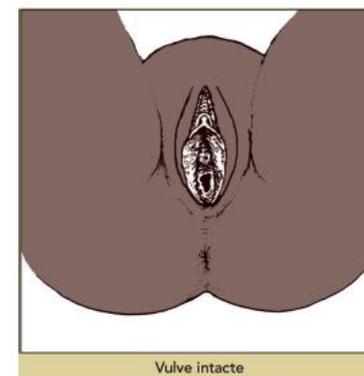
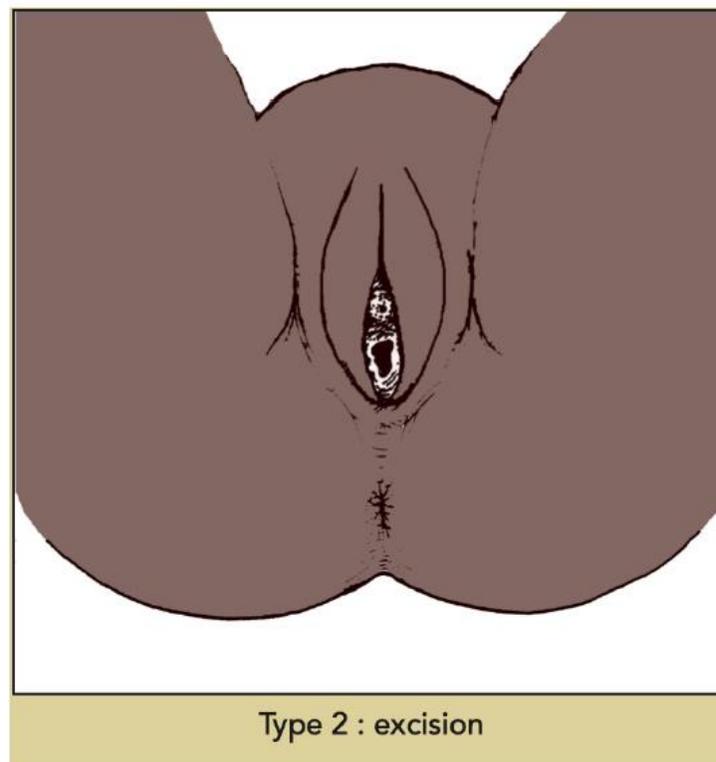


Les mutilations sexuelles féminines

4 types définis par
l'OMS:

Type 2:

Ablation totale ou partielle
du gland clitoridien et des
petites lèvres, associée
ou non à celle des
grandes lèvres (excision)

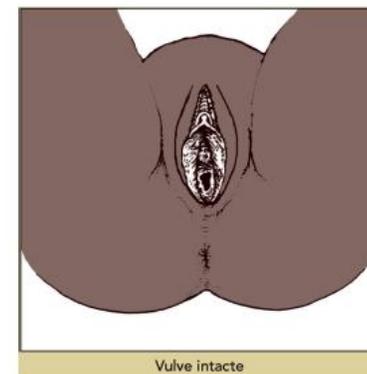
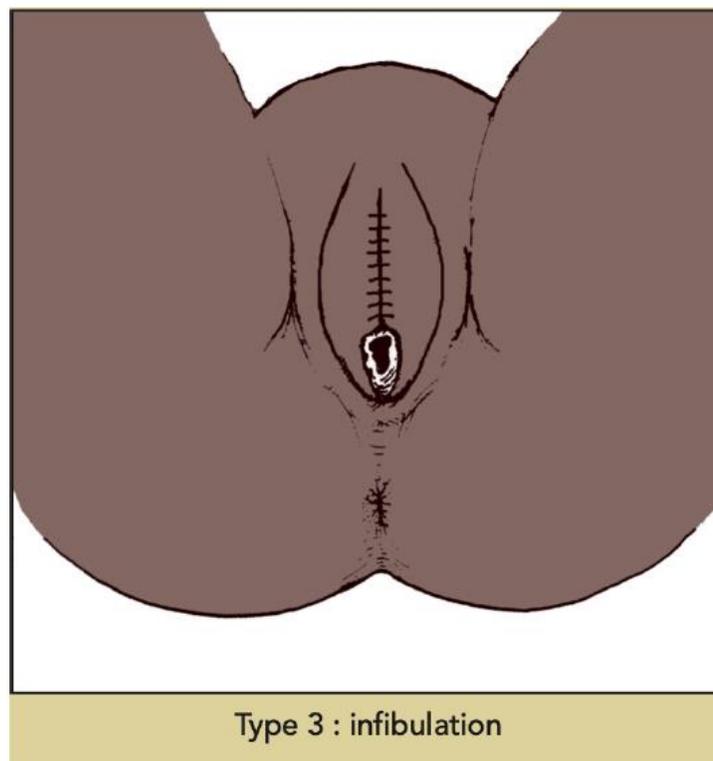


Les mutilations génitales féminines

4 types définis par
l'OMS:

Type 3:

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)

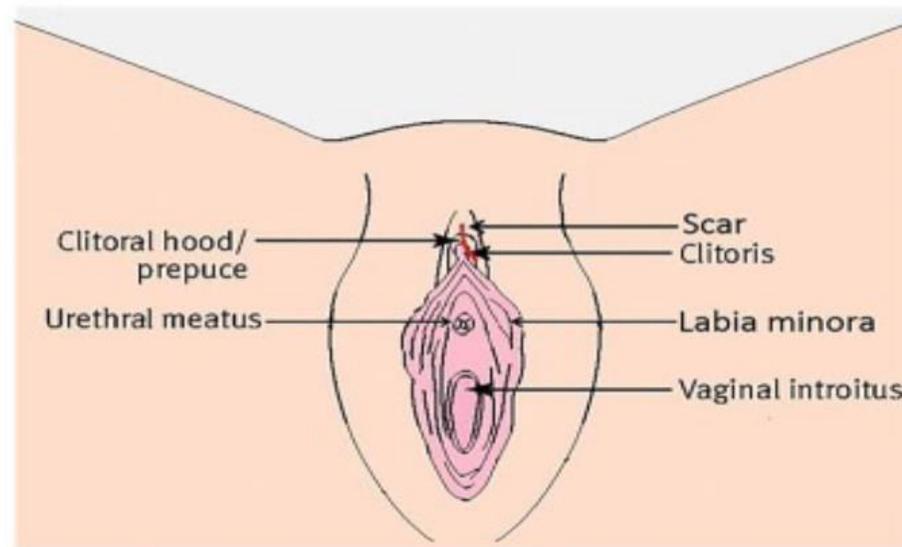


Les mutilations génitales féminines

4 types définis par
l'OMS:

Type 4:

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



Creighton et al. BMJ Open 2016

Les complications possibles

● Somatiques

- Dysurie,
- Infections urinaires ou gynécologiques
- Douleur chronique neuropathique
- Obstétricales

(types 2 et 3: césarienne notamment)

● Sexologiques

- Dyspareunie
- Absence de plaisir
- Absence de désir

● Psychologiques

- PTSD
- Troubles anxieux
- Troubles dépressifs

Chaque femme a son histoire et son vécu

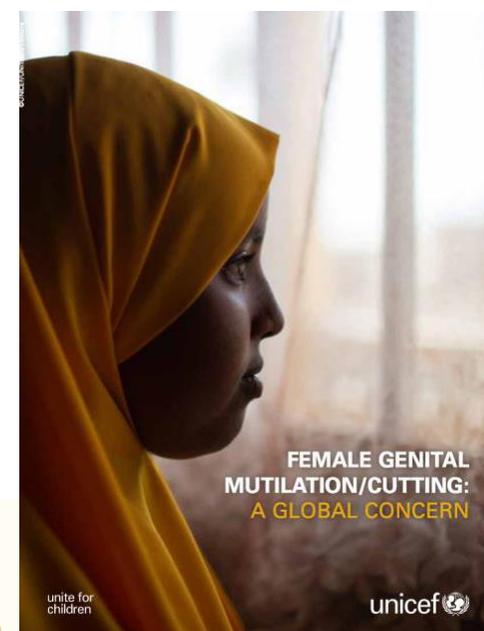
Certaines femmes souhaitent que l'excision soit reconnue et nommée, ne déclarent pas de complications et n'ont pas d'autres demandes

Épidémiologie

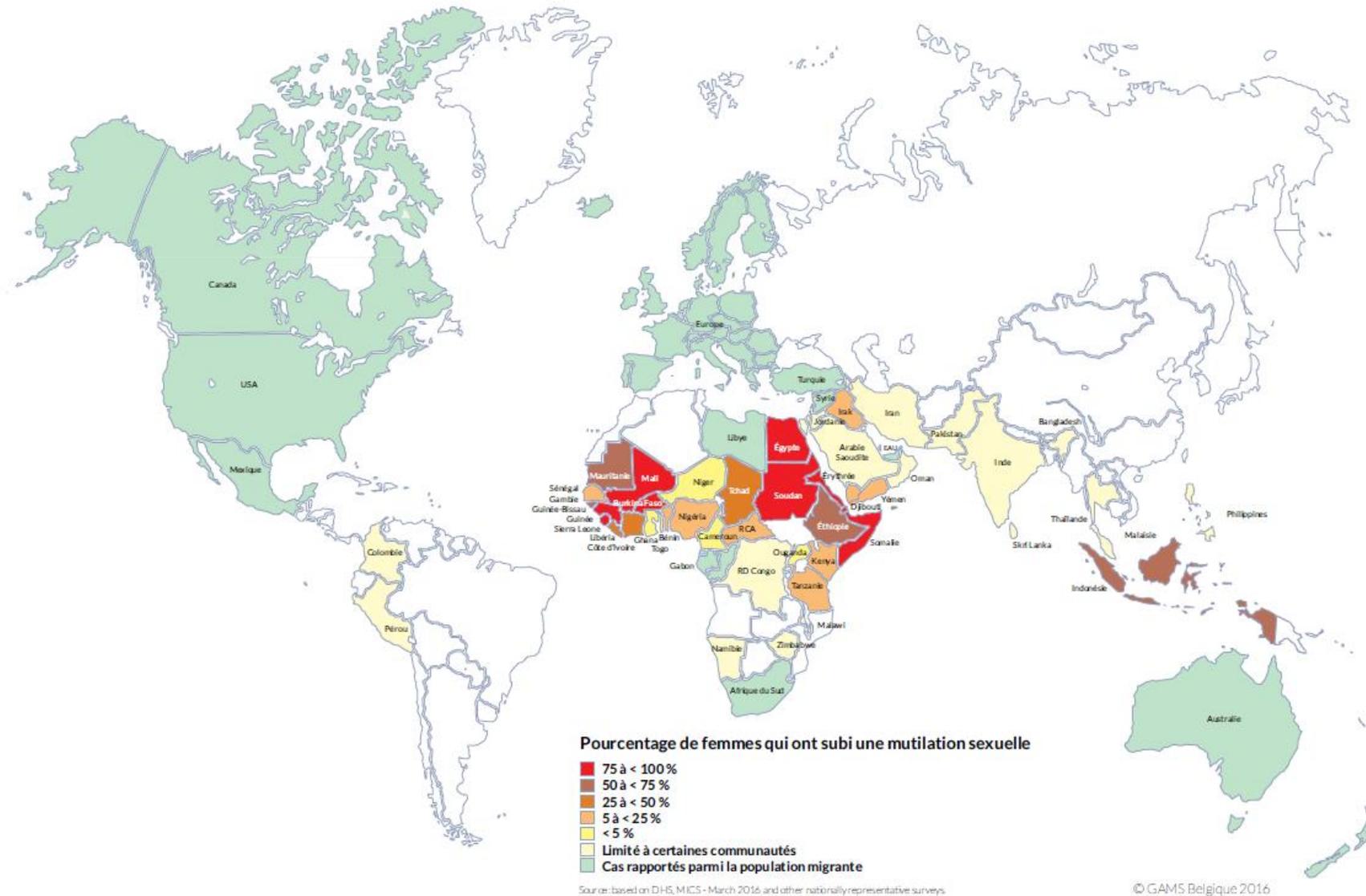
WHILE THE **EXACT NUMBER** OF GIRLS AND WOMEN
WORLDWIDE WHO HAVE UNDERGONE FGM/C **REMAINS UNKNOWN**,
AT LEAST **200 MILLION** GIRLS AND WOMEN IN
30 COUNTRIES HAVE BEEN SUBJECTED TO THE PRACTICE

MORE THAN HALF LIVE IN **JUST THREE COUNTRIES:**
INDONESIA, EGYPT AND ETHIOPIA

NB : Prévalence modiale du VIH 2020 :
38 millions



Prévalence des MGF dans le monde



En France

- Estimation dans les années 2000 : **60 000** femmes
- Estimations début 2010 : **125 000** femmes (féminisation de la population migrante, vieillissement des « 2^e génération »)
- **Les textes de loi :**
 - l'excision est un crime : **signalement obligatoire par les médecins** art 223-6 du code pénal
 - Les parents peuvent être poursuivis même si l'excision est pratiquée en dehors de France
 - Possibilité d'obtenir une protection internationale (statut de réfugiée) pour être protégée du risque d'excision

Dépister !!

- **Au niveau international :**
 - 1979 : première reconnaissance des mutilations sexuelles comme une violation des droits de l'homme par l'assemblée générale des Nations Unies

Et dans le monde ?

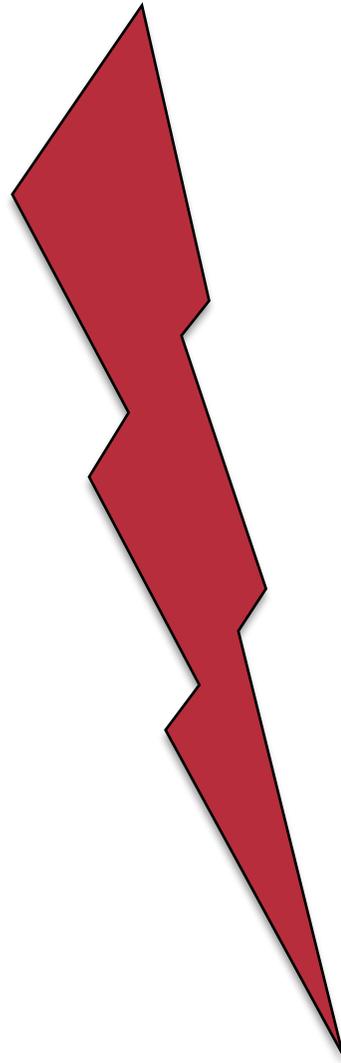
- **En Afrique :** 36 pays d'Afrique ont banni l'excision par un décret national ou une loi

Médicalisation de l'excision : une question éthique

Female genital alteration: a compromise solution

Kavita Shah Arora,^{1,2} Allan J Jacobs³

Despite 30 years of advocacy, the prevalence of non-therapeutic female genital alteration (FGA) in minors is stable in many countries. Educational efforts have minimally changed the prevalence of this procedure in regions where it has been widely practiced. In order to better protect female children from the serious and long-term harms of some types of non-therapeutic FGA, we must adopt a more nuanced position that acknowledges a wide spectrum of procedures that alter female genitalia. We offer a revised categorisation for non-therapeutic FGA that groups procedures by effect and not by process. Acceptance of de minimis procedures that generally do not carry long-term medical risks is culturally sensitive, does not discriminate on the basis of gender, and does not violate human rights. More morbid procedures should not be performed. However, accepting de minimis non-therapeutic f FGA procedures enhances the effort of compassionate practitioners searching for a compromise position that respects cultural differences but protects the health of their patients.



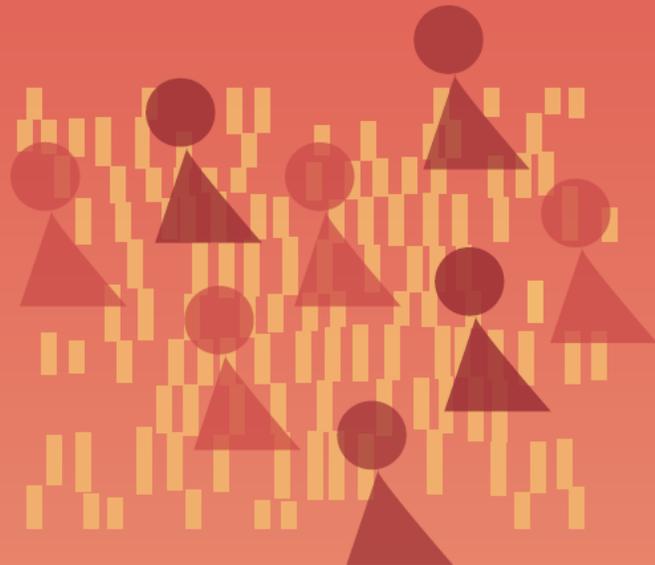
A repeat call for complete abandonment of FGM

Ian Askew,¹ Ted Chaiban,² Benoit Kalasa,³ Purna Sen⁴

The WHO, the Unicef, the United Nations Population Fund (UNFPA) and the United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UNWomen) strongly disagree with the opinion of Arora and Jacobs published in the *BMJ Journal of Medical Ethics*.¹

Médicalisation de l'excision : une question éthique

Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines



RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Principes directeurs

- I Les filles et les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines ont subi une pratique préjudiciable et doivent bénéficier de soins de qualité.
- II Toutes les parties prenantes – au niveau communautaire, national, régional et international – devraient prendre ou poursuivre des mesures de prévention primaire des mutilations sexuelles féminines.
- III La médicalisation des mutilations sexuelles féminines (c'est-à-dire la pratique de ces actes par le personnel soignant) n'est jamais acceptable. En effet, elle constitue une violation de l'éthique médicale car i) ces mutilations sont une pratique préjudiciable ; ii) la médicalisation les perpétue ; et iii) les risques de telles interventions l'emportent sur les avantages perçus.

Comment dépister ?

Ouvrir le dialogue

- Se sentir à l'aise pour mettre à l'aise la personne
« *Vous venez d'un pays où l'excision est pratiquée. Connaissez-vous cette pratique? Êtes-vous concernée? Est-ce un problème pour vous? Savez-vous que l'on peut proposer un accompagnement en France ?* »
- Pas de jugement sur la pratique ou la famille qui a pratiqué cela
- Attitude bienveillante et disponible

Quand aborder le sujet

- Intégrer la question à l'interrogatoire de façon systématique
- Consultations voyages : vacances aux pays ++

Orienter

- Parcours de prise en charge spécifique : hôpital Bichat, hôpital Avicenne, Saint Germain en Laye, Maison des femmes à St Denis, etc...

Complexité des situations réelles

- **Consultation en médecin des voyages : « J'ai peur pour ma fille mais j'ai pas le choix »**

Rappel de la loi, signalement au procureur, certificat de non-excision de l'enfant

Recherche de violences

NB : environ 6 signalements par an en France, aucune enfant excisée au retour

- **Consultation Excision : « J'ai été excisée, j'ai peur que ça arrive à ma fille mais je vais tout faire pour l'éviter »**

Rappel de la loi, discuter déclaration d'information préoccupante à la CRIP

Droit d'asile

Conseils pour protéger la fille

Paroles de femmes envers les professionnel.les

« Ça sert à rien de fermer les yeux parce que c'est être complice de... »

« Mais déjà qu'il parle s'il le voit... Franchement, s'il voit quelque chose il faut qu'il en parle. C'est comme s'il voit une femme, il ausculte une femme, il voit qu'elle a des bleus, des marques et tout, il va pas venir et absolument rien dire sur ça. Il va forcément dire au moins un minimum : « Ça va à la maison ? Je vois que vous avez des marques, qu'est-ce qui se passe ? » »

« Si on n'enlève pas ce tabou-là en parlant et en se disant réellement ce qu'il faut faire, c'est des pratiques qui vont jamais s'arrêter. »

« C'est pas comme si je me sentais pas à l'aise, mais j'étais un peu gênée. Lui s'est mis à l'aise, donc moi aussi, je me suis »

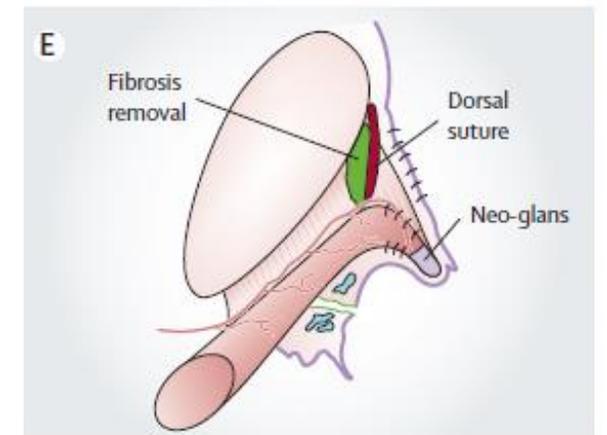
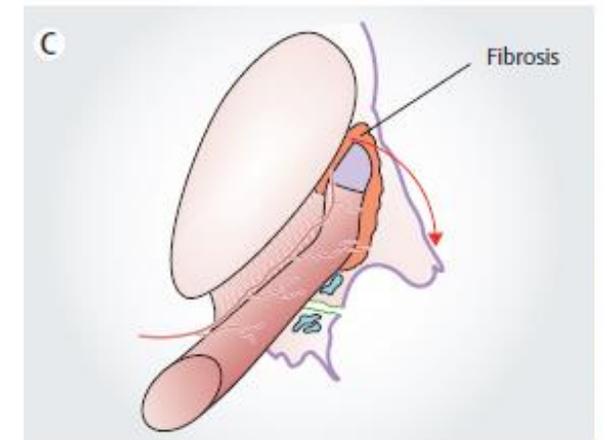
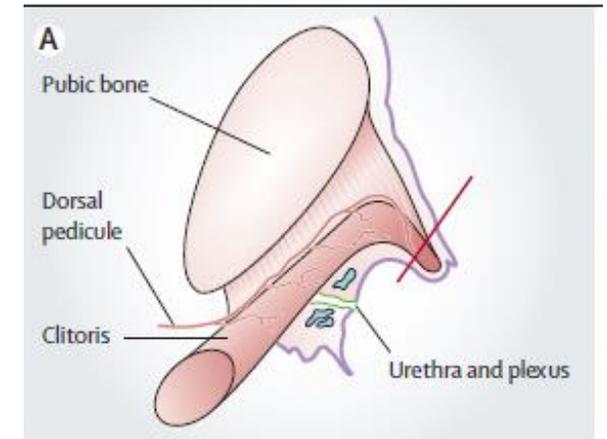
Proposer une prise en charge globale

Selon la demande de
la patiente

- Gynécologue, sage-femme
- Chirurgien.ne
- Infectiologue
- Consultation douleur
- Sexologue
- Psychologue
- Kiné
- Travailleurs et travailleuses sociaux/socials
- Thérapies complémentaires: danse, yoga, socio-esthétique, travail sur l'image de soi

La chirurgie clitoridienne

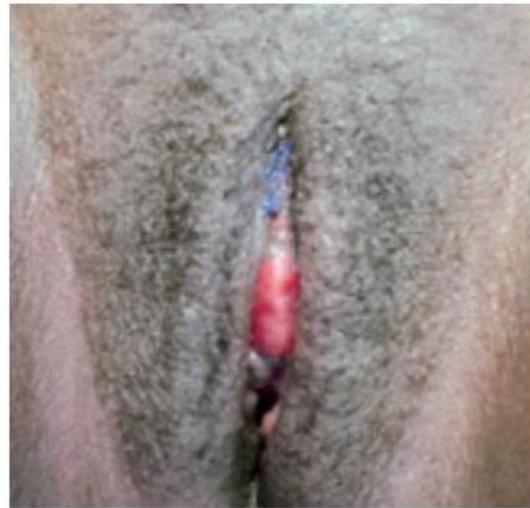
- Résection de la fibrose pré-clitoridienne
- Section du ligament suspenseur du clitoris
- Mobilisation du gland clitoridien
- Fixation du néogland



La chirurgie clitoridienne



1. MSF de type II
avant l'intervention



2. J7 après
transposition
du clitoris



3. 3 mois après
l'intervention



4. 1 an après
l'intervention

La chirurgie clitoridienne

- **Motivations de la chirurgie**
 - Retrouver l'intégrité corporelle
 - Avoir du plaisir sexuel
 - Diminuer les douleurs
- **Effets de la chirurgie**
 - Diminution des douleurs
 - Augmentation du plaisir sexuel
- **Complications**
 - 5% des patientes
 - Prévenir les douleurs post-op pour éviter de raviver le traumatisme de l'excision !

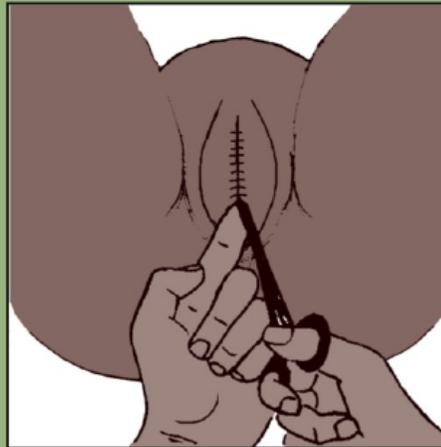
Désinfibulation

Opération recommandée par l'OMS

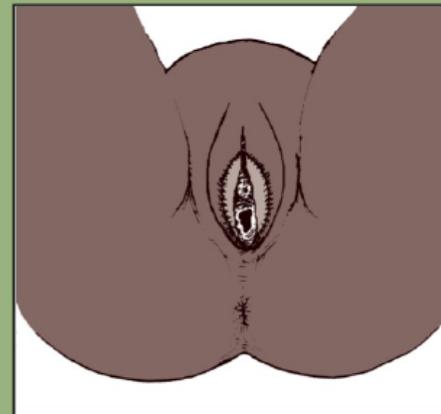
A proposer systématiquement chez les femmes infibulées pendant la grossesse:

- Au deuxième trimestre de la grossesse
- Au moment de l'accouchement

Peut-être réalisée en dehors des grossesses en cas de complications ou si la femme le demande.



Désinfibulation (incision antérieure)

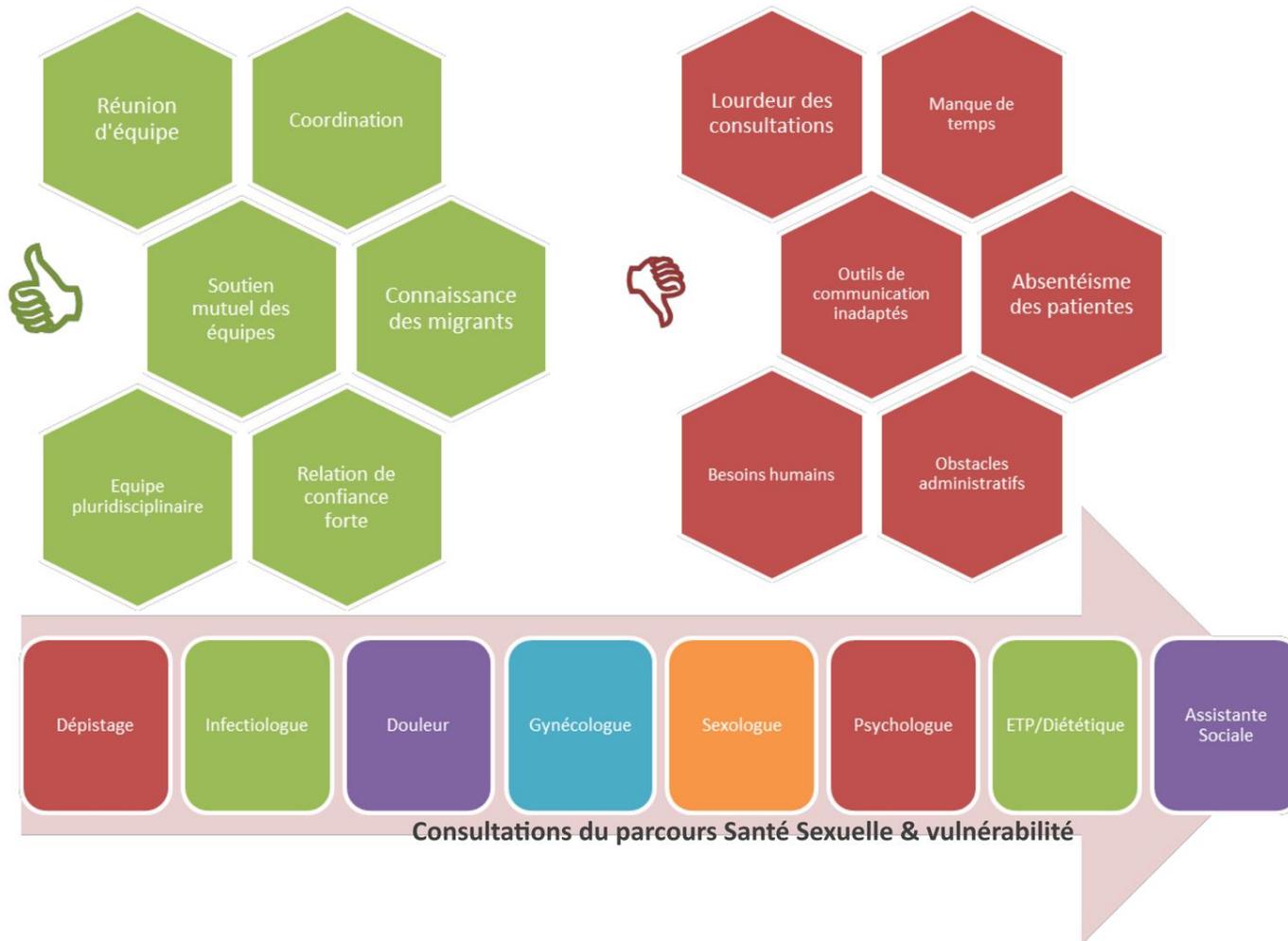


Points d'hémostase après désinfibulation

Sources : Dessins de l'illustratrice Clarice d'après des croquis de F. Richard

Référence : OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. World Health Organization; 2008.

Expérience d'un parcours de santé sexuelle



- Parcours de santé sexuelle & vulnérabilités créé en 2017
- Piloté par Dr Claire Tantet **SMIT** Bichat & Avicenne
- **Equipes**
11 femmes & 2 hommes

Expérience d'un parcours de santé sexuelle

87 femmes

Age médian en années	32 ans [IQ : 27-36]
Primo-arrivantes n=84	88 %
Durée médiane entre l'arrivée en France et la prise en charge (en mois)	13,5
Absence de titre de séjour n=66	82 %
Type de prise en charge sociale n=60	PASS 16,6% AME 30% CMU 53% Sécu classique 12%
Type de logement n=76	Dans la rue: 7% Samu Social: 25% Hébergée: 32% Foyer migrant: 21% Appartement: 13% Hôtel: 2%

Données socio-démographiques

Figure 1: Pays d'origine

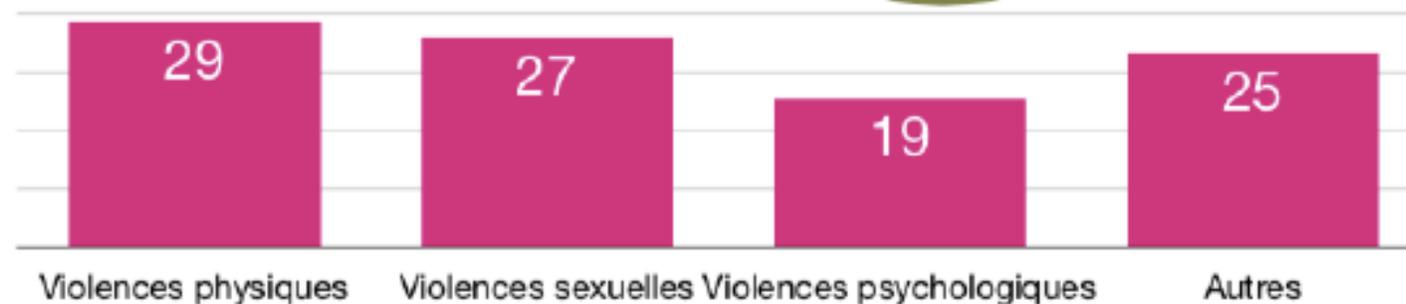
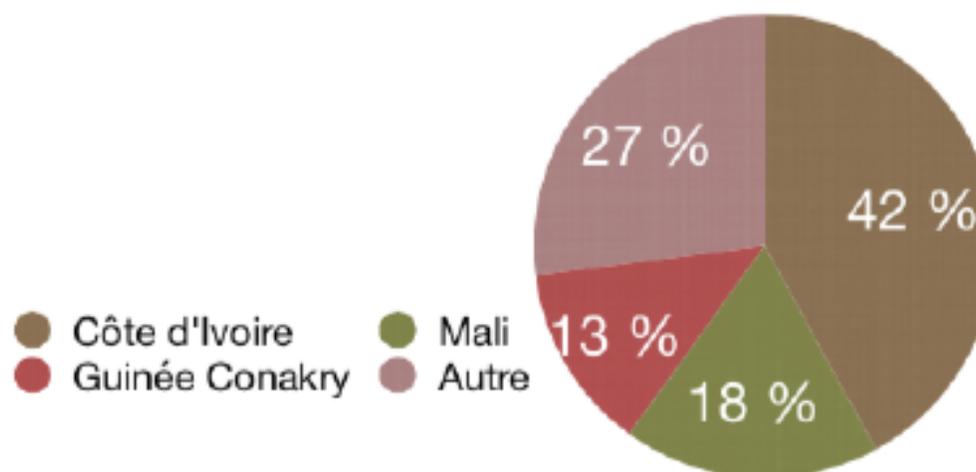


Figure 2: Motif de départ du pays d'origine (pourcentage)

Expérience d'un parcours de santé sexuelle

Les MSF & leurs complications	
Age à la réalisation en année, médiane [IQ 25-75]	8 [5-13]
Mode de réalisation n=58	Traditionnel: 95% Médicalisé: 5%
Complications aiguës n=64	Saignement: 42% Douleur: 45% Infection: 12,5%
Complications chroniques n=84	Douleur chronique: 51% Infections urinaires: 9,5% Infections vaginales: 27% Prolapsus: 3,5% Fistules: 0 Complications obstétricales: 8%
Complications sexologiques n=67	Dyspareunies: 78% Absence de désir: 43% Absence de plaisir: 70%
Souhait de chirurgie reconstructive n=61	Oui: 22 Non: 19 NSP: 20

Violences subies	
Mariage forcé dans le pays d'origine n=65	38 (58%)
Violences sexuelles dans le pays d'origine n=41	23 (56%)
Violences sur le parcours migratoire n=13	Physiques: 10 Sexuelles: 8 Psychiques: 6
Violences en Libye n=11	Emprisonnement: 2 Tortures: 2 Sexuelles: 9 Physiques: 6 Psychologiques: 3
Violences en France n=51	7 (14%)

Pathologies associées	
Signes de stress post traumatique n=79	25 (32%)
Signes de dépression n=80	16 (20%)
Signes d'anxiété n=77	21 (27%)
Infection par le VIH n=68	26 (38%)
Dépistage PCR Chlamydia n=56	1 (2%)
Dépistage PCR Gonocoque n=54	1 (2%)
Dépistage syphilis n=45	1 (2%)
Dépistage Ag Hbs n=57	8 (14%)
Dépistage sérologie VHC n=58	3 (5%)
Frottis cervico-vaginaux n=36	Normaux: 33 (92%) ACSUS: 3 (8%)

A parcourir

Recommandations HAS 2020:

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202002/reco307_recommandations_mutilations_sexuelles_feminines.pdf

Annuaire et documents pour informer les personnes:

<https://federationgams.org>

Outils de consultation:

<https://positivesexed.org/a-propos/>

<http://combattrelexcision.org/>

Pourcentage de femme entre 15 et 49 ans, excisée, par groupe religieux

