



Vers un protocole de prévention / action des victimes de MGF

Par Laval Claire, Zekri Bouchra et
Neiryck Pascale

Sages-femmes référentes
Séminaire Mère-Enfant HIS 2013



Plan

1. Introduction
2. Mieux connaître les MGF
3. Mieux prendre en charge les MGF
4. Conclusion

1. INTRODUCTION



1.1. QUELQUES CHIFFRES

Dans le monde: données UNICEF

- 140 millions de MGF
- 3 millions filles à risque de MGF/an
- En Belgique: ONE/KG/ FEDASIL (2008)
- +/-6000 femmes excisées et 2000 à risque/an (3000 région Bxls capitale/Anvers/Liège)
- 80% originaires de 10 pays africains: Guinée, Somalie, Egypte, Nigéria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Fasso, Mali



1.2. VOLONTE POLITIQUE EN Belgique

- Loi spécifique punit MGF(2001)
- Résolutions 2004/2009: formation des professionnels et information/sensibilisation des communautés concernées
- Programme formation SF des maternités par GAMS + soutien SPF

Touche TOUS les professionnels !



1.3. TACHES SF RELAIS

- Personne ressource pour collègues
- Personne de référence pour les femmes et les enfants (cas avéré ou à risque)
- Travail en réseau avec GAMS/INTACT +participation réunions 2x/an + diffusion outils de sensibilisation
- Enregistrement cas hospitalisé depuis 1/1/2013 (recensement SPF); objectifs: motivation prof. / implication politique et meilleur financement



1.4. NOS OBJECTIFS

- Sensibiliser les différents intervenants M/E à la problématique
- Volonté d'établir un protocole de prévention et de prise en charge pratique des MGF au sein de HIS

2. MIEUX CONNAÎTRE LES MGF



2.1. DEFINITION

- Toutes interventions aboutissant à une ablation des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques (OMS 1997)
- Remonte à la Haute Egypte vers 2000 ACN



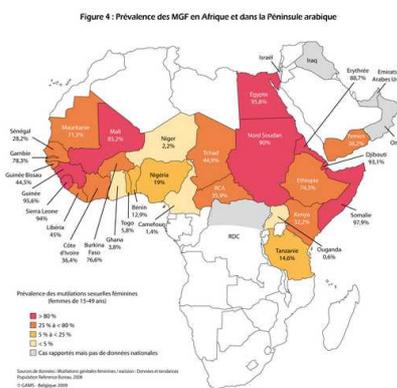
2.2. CLASSIFICATIONS

- **Type 1:** clitoridectomie
- **Type 2:** excision cād ablation partielle ou totale clitoris et petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres (1+2= +- 80%)
- **Type 3:** infibulation cād rétrécissement orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision clitoris(15%)
- **Type 4:** autres interventions nocives (5%)



2.3. Répartition géographique et prévalence

- Surtout Afrique mais aussi Amérique latine (Pérou,Colombie),Moyen Orient et Asie
- Excision principalement Afrique de l'Ouest
- Infibulation principalement Corne de l'Afrique
- Egypte, Mali, Nigéria, Sénégal: les 2





- Prévalence varie : <5% en Ouganda et >99% en Somalie
- Distribution varie en fonction des régions et des ethnies
- Egypte: institutionnalisation (78%/91% par médecin/SF)
- Occident: maintien tradition par exciseuse locale ou vacances au pays !!!



2.4. Raisons invoquées:différentes selon pays et ethnies

- Différenciation sexuelle (prépuce/clitoris)
- Virginité garantie/ accès mariage/ fertilité
- Hygiène et esthétique (sexe ouvert laid, sale)
- Honneur et plaisir sexuel mari (polygamie)
- Exigences religieuses
- Respect coutume/appartenance groupe social

Choix entre Excision ou Exclusion !!!



2.5. Quand les pratique-t-on?

Le plus souvent entre 4 et 12 ans mais tendance actuelle de + en + tôt (quelques jours) pour échapper à la loi, éviter les réticences... signes que MGF sont de – en – un rite initiatique de passage à l'âge adulte !!!



2.6. Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles

- Conséquences physiques immédiates: D++aiguë, HH, infections(tétanos, gangrène, septicémie), transmission VIH(instruments souillés), lésions organes voisins (urètre, vessie,périnée,anus), fractures lors de la contention ,... décès!
- Conséquences physiques à moyen et long termes: D+ chroniques, chéloïdes, kystes, troubles urinaires/défécatoires chroniques, troubles menstruels, infertilité, ...



- Conséquences psychologiques: névroses, anxiété, dépression, repli sur soi, sentiment d'impuissance, de trahison, de honte, syndrome stress post traumatique (cauchemars, réminiscences)
- Conséquences sur la sexualité: Dyspareunie, diminution libido, anorgasmie, ... difficultés conjugales
- Conséquences à l'accouchement :
chez la mère: nécrose des tissus par compression prolongée, fistules, déchirures, HH...
chez le NN: plus de SFA, de lésions neurologiques, de mortalité périnatale...



2.7. Aspects juridiques

- Que prévoit la loi en Belgique?
- * Un Etat ne peut renvoyer ou expulser une femme/une fille vers un pays où elle risque de subir un tel traitement: statut de réfugiée politique possible> situation surréaliste!
- Mesures du CGRA en accord avec GAMS, concernant enfant à risque:
 - > déclaration sur l'honneur des parents/retrait du statut si infraction
 - > contrôle médical annuel, très discuté en comité d'éthique:
 - vérification opportune? Différence (e) réfugié économique et MGF: attitude de défiance/confiance dans le demandeur qui certifie la non excision
 - « effets pervers »: examen pénible: excision d'1 enfant pour protéger les autres; double punition: enfant mutilé et expulsé; rappel 2^{ème} guerre mondiale (circuncision)
 - déclaration par médecin, SF , inf., médecin famille ??(valeur certif. ? + examen par femme?)
 - 1^{er} examen défendable mais répétition annuelle??
 - UNHCR: reconnaissance d'un statut ne doit pas nécessairement dépendre d'un certificat médical





- Droit pénal belge, Article 409 code pénal (27/3/2001); 3 à 5 ans de prison pour quiconque aura pratiqué ou favorisé toute forme de mutilation ou tenté de le faire avec ou sans consentement de la femme. Toute personne se trouvant sur le territoire national qui y participe, en Belgique ou dans tout autre pays, sera punissable
- *Circonstances aggravantes*: mineure, but de lucre, situation dépendance entre auteur et victime
- *Délai prescription*: 10 ans à dater des 18 ans de la victime
- Procès uniquement en France , pas de poursuite en Belgique!



➤ Et sur le plan international?

Plusieurs conventions:

- ° *Convention internationale* sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1984)
- ° *Charte africaine* des droits de l'homme et des peuples (1986) : adhésion de plus de 50 pays africains
- ° *Protocole de Maputu* (2003): en complément de la charte, veut promouvoir les droits fondamentaux des femmes en Afrique; 15 pays y ont adhéré
- ° *Convention internationale sur les droits des enfants* (1990)
- ° Résolution Parlement Européen (2009) : invite les Etats à mettre en place un protocole sanitaire européen visant l'élimination MGF



➤Notion de secret professionnel

Droit fondamental du patient qui prévoit un espace de confidentialité entre le patient et le professionnel, dans l'intérêt de la société qui permet que tout puisse se dire en privé... **MAIS** la loi prévoit de le lever pour protéger une mineure en danger de MGF avec l'art. 458 bis code pénal et l'art. 422 bis relatif au délit de non assistance à personne en danger.

Concept de secret professionnel partagé : 5 conditions:

- Informar la personne qu'on va partager l'info
- Accord éclairé de la personne
- Ne partager qu'avec d'autres professionnels de la santé
- Ne partager qu'avec des personnes qui ont le même objectif
- Ne partager que ce qui est strictement nécessaire pour l'objectif à atteindre

➤Actions préventives pour mineure en danger

La première intervention pour protéger une petite fille relève du directeur d'aide à la jeunesse = *aide consentie*. Le SAJ intervient en accord avec les parents= sorte de conciliation.

Si échec de cette aide et/ou en cas d'urgence, le Procureur du Roi peut demander au juge de la jeunesse (si signaux d'alerte comme témoignage d'un père ou d'une mère, risque de retour au pays à risque) de prendre des mesures allant de la soumission à un examen médical au retrait de l'enfant aux parents en passant par le retrait du passeport. La mesure de placement sera mise en œuvre par le directeur de l'aide à la jeunesse . On est passé à l'*aide contrainte*!

3. MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES MGF



2 paramètres importants:

- Méconnaissance des professionnels:démunis et manque de temps
- Les femmes n'en parlent pas...d'où nécessité d'aller vers elles!



3.1. Importance d'en parler mais comment?

Le contexte d'accueil de la femme est déterminant car **choc culturel** entre « Fatou » et « Nous »!
Comprendre le cadre de référence de Fatou, son histoire de vie et parallèlement améliorer notre cadre de référence en nous donnant les moyens de comprendre par des formations, des outils...nous permettra de rentrer plus facilement en contact avec elle pour l'aider !



- Se préparer à aborder le sujet, s'informer
- Ne pas focaliser, mettre en confiance, prendre le temps (bonjour à l'occidentale/regard dans les yeux)
- Partir de son savoir, vocabulaire simple, ne pas juger (normal/anormal), ne pas faire peur
- Aborder l'aspect santé plutôt que l'aspect maltraitance
- Expliquer nos gestes/spéculum, frottis/prévoir drap
- Éviter les mimiques ou mots effrayants
- Écouter la femme; s'informer position conjoint, famille
- Supports à disposition: carte pays à risque, dessins,...
- Recours à la médiatrice interculturelle si nécessaire
- S'assurer qu'elle a compris les infos transmises



3.2. Actions privilégiées en maternité

- Moment privilégié car svt 1^{er} examen gynéco sans être intrusif
- Idéal pour bébé à venir car mère souhaite le mieux pour son enfant (rappel de l'interdiction et de l'aspect santé)
- Évaluer le type, l'écrire dans le dossier pour éviter les répétitions et s'assurer de la transmission de l'info à tous les intervenants
- Parler désinfilubation sans reconstruction possible et des changements qui s'en suivent
- Suivi particulier car svt infections urinaires, anémie, prise de poids insuffisante, refus vitamine, peur de la D+, aversion pour les instruments...



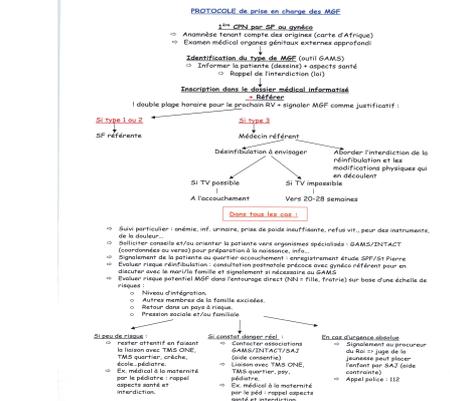
3.3. Prévention/actions en pédiatrie

- Connaissance des pays à risque
- Aborder sujet en maternité (examen sortie) ou lors d'un 1^{er} contact avec l'enfant (aspect santé, rappel interdiction)
- Si retour au pays (vacances): prévenir parents des risques sur place
- Fournir « passeport santé » comme appui au pays
- Ne pas hésiter à faire examen organes génitaux externes dans le cadre d'un examen général (hygiène intime) et à établir certificat médical de constat d'intégrité
- Si constat de MGF: suivi de l'enfant et éviter MGF pour sœurs
- relais ONE/KG/SAJ/GAMS/INTACT mais aussi crèche/école



3.4. Idées pratiques

- Séminaires d'information pour tous les intervenants: gynéco, pédiatres, SF, TMS, psychologues, kiné, médiatrice, secrétaires
- Politique d'affichage + distribution d'outils
- E-learning pour professionnels: www....
- Intégrer notion MGF dans cours de préparation à la naissance + orienter vers prépa GAMS
- Formation à l'entretien motivationnel des professionnels
- Créer onglet MGF dans dossier informatisé avec en lien un protocole pratique
- Prévoir une double plage horaire pour CPN



Où s'adresser?

➤ **GAMS** Belgique asbl: Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
 Tél.: 02/219 43 40
 Rue Gabrielle Petit n°6 à 1080 Molenbeek
www.gams.be E-mail: info@gams.be
 Personne de contact: Khadidiatou Diallo, présidente
 Travail d'information et de prévention depuis 1996



Où s'adresser ?

➤ **INTACT** asbl : Tél.: 0479 67 19 46

www.intact-association.org

E-mail: contact@intact-association.org

Personnes de contact: Thérèse Legros et Christine Flamand

Conseils juridiques, orientation et soutien dans les procédures judiciaires en cas de risque ou d'excision avérée depuis 2009

4. CONCLUSIONS



- MGF = réalité de terrain vu le taux d'immigration
- Entrent dans le champ d'application du statut de réfugié (certificat)
- Loi oblige à porter assistance à personne en danger
- Premier enjeu: la détection qui suppose une + large connaissance de la problématique par TOUS! (carte)
- Éradication si prévention/actions à tous les niveaux: juridique, médical, éducatif, social, économique, politique
- Organismes spécialisés: GAMS/INTACT
- Votre avis sur le protocole ???

Merci pour votre attention!