



Les débats de la Communauté de
pratiques sur les MGF

Santé Mentale, Bien-être et MGF

Quelles conséquences les MGF ont-elles sur la santé
mentale des filles et femmes concernées ?

Comment prendre en charge les complications
psychologiques des MGF ?

Comment améliorer la prise en charge psychologique des
filles et des femmes vivant avec une MGF ?

Santé Mentale, Bien-être et MGF

Introduction

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « **un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** » (1). L'OMS définit la santé mentale comme suit :

*"Un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. En ce qui concerne les **enfants**, l'accent est mis sur **leur développement**, par exemple sur l'acquisition d'un sentiment d'identité positif, sur la capacité de **maîtriser ses pensées, ses émotions, et de nouer des liens sociaux**, ainsi que sur l'aptitude à apprendre et à acquérir une éducation, pour **être capable à terme de participer pleinement et activement à la société.**" (1, p.7)*

Des études sur les liens entre santé mentale et MGF font souvent une distinction entre les femmes concernées par des MGF de type I et II et celles concernées par des MGF de type III (infibulation).

L'OMS reconnaît parmi les « *risques sanitaires des MGF* », des conséquences sur la santé et le bien-être mentaux et recense parmi les risques psychologiques un état de stress post-traumatique, des troubles anxieux, de la dépression (3).



En 2018, tant dans ses lignes directrices sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines (2) que dans son guide clinique (14), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne l'importance d'adopter une approche holistique et d'apporter un suivi psychologique aux femmes le nécessitant.

Par ailleurs, **le faible développement du système de santé mentale et d'accompagnement psychologique** dans certains pays concernés par les MGF, notamment en Afrique, a constitué une **limite importante dans nos recherches** et explique que nos données soient passablement euro-péo-centrées. En effet, si de plus en plus d'études, de thérapies et solutions sont développées en Europe – bien que leur qualité et nombre puissent être discutés – il n'en est pas de même en Afrique et il est plus complexe de trouver des rapports sur la question.

L'objet de la présente note thématique est de présenter les principales conséquences psychologiques des MGF, les solutions actuellement implémentées et mettre en avant les enjeux persistants sur le sujet. S'il est possible d'identifier des conséquences directement liées à la pratique d'une MGF, il est important de replacer cet événement dans un parcours de vie et un contexte social, culturel, économique pouvant aussi influencer le bien-être mental individuel. Cette dimension doit être intégrée dans les solutions mises en place et / ou recommandées pour prendre en charge les complications psychologiques des MGF afin de répondre à un enjeu majeur, la reconstruction d'une image positive de soi. Enfin, beaucoup reste encore à faire pour améliorer l'accompagnement psychologique des femmes et filles concernées par les MGF et leur offrir une prise en charge adaptée à leurs besoins.



I - Les conséquences des MGF sur la santé mentale des filles / femmes concernées

A - Conséquences psychologiques immédiates et de court terme des MGF

Les MGF constituent souvent une expérience traumatisante pour les filles concernées (11). Les conséquences psychologiques peuvent être immédiates ou se révéler sur le court ou long terme. Toutefois, chaque fille/femme réagit différemment et **les complications psychologiques ne sont ni systématiques ni universelles. Elles sont à appréhender dans l'histoire de vie globale des filles/femmes concernées.** Le déroulé de l'excision, les caractéristiques socio-démographiques, l'histoire individuelle et les mécanismes personnels de gestion des complications psychologiques des MGF ont une influence sur ces dernières (4 ; 5). L'âge auquel l'excision a eu lieu a aussi une influence. Les filles excisées avant l'âge de deux ans n'en gardent pas de souvenir alors que celles excisées après cinq ans présentent davantage de risques de connaître des complications ou douleurs plus importantes (5 ; 12).

Les **conséquences immédiates** sont intimement liées au déroulé de la procédure. En effet, le choc sera d'autant plus fort et l'événement vécu de façon d'autant plus traumatique que la jeune fille n'est pas prévenue et préparée à ce qui va se passer. La fille peut ressentir un sentiment de trahison lorsque ceux et celles qui sont sensé.e.s la protéger deviennent ceux/celles qui blessent. La douleur, le choc et la contrainte réunis peuvent aussi se traduire par un sentiment de peur et d'impuissance. Certaines vivent un épisode de dissociation (6) et se voient comme séparées de leur corps, distinguant leurs émotions de leur expérience physique afin de se protéger mentalement.



La dissociation est définie comme suit par le psychanalyste Sandor Ferenczi (6) :

« Si la quantité et la nature de la souffrance dépassent la force d'intégration de la personne, alors on se rend, on cesse de supporter, cela ne vaut plus la peine de rassembler ces choses douloureuses en une unité, on se fragmente en morceaux. Je ne souffre plus, je cesse même d'exister tout au moins comme Moi global »

A **court terme** aussi, l'excision a des conséquences sur le bien-être psychologique de la jeune fille concernée. **Ces effets peuvent être accentués par le tabou, le silence régnant autour de l'excision empêchant les jeunes filles d'exprimer leurs émotions, leur mal-être et la douleur ressentie** (5). A la violence de l'évènement s'ajoute celle du non-dit pendant des mois et années après l'évènement. Il est aussi reporté des difficultés d'adaptation ou réadaptation à l'école (12). Une fois de plus, les conséquences dépendent du contexte exact de la pratique.

A **long-terme**, les conséquences peuvent être multiples et s'illustrent à différents niveaux de façon chronique, plus ou moins fréquente et répétée. L'évènement peut être si profondément ancré dans le subconscient de l'enfant qu'il peut à terme venir nourrir des problèmes comportementaux (12). Parmi les troubles cliniques figurent l'anxiété, la dépression, le stress voire un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (5 ; 8 ; 11 ; 14, p.257).



Le syndrome de stress post-traumatique

Il recouvre la combinaison de plusieurs facteurs « *réexpérience cognitive, émotionnelle, physiologique de l'évènement traumatique (B-criterion), évitement des rappels du traumatisme (C-criterion), altération de l'humeur et capacités cognitives (D-criterion), hypervigilance (E-criterion)* » (9). Il se traduit notamment par des manifestations physiques traduisant l'agitation, **souvenirs récurrents, intrusifs et négatifs de l'évènement**, des cauchemars, des phobies, angoisses. Les personnes concernées vont mettre en place des mécanismes d'évitement pour limiter les confrontations à des éléments rappelant l'évènement traumatique.

Plus encore, des **dysfonctionnements de la mémoire déclarative** sont observables et rendent chaotique et difficile le récit de l'évènement, possiblement incohérent, incomplet.

La mémoire traumatique

Les femmes vivant avec une MGF peuvent expérimenter des flash-back, illusions sensorielles ou cauchemars, leur faisant revivre l'excision et ressentir la détresse et la terreur comme ci cela leur arrivait de nouveau - c'est ce qu'on appelle la mémoire traumatique.

Pour certaines femmes, les relations sexuelles douloureuses et l'accouchement peuvent déclencher la mémoire traumatique. De la même façon, être confrontée de façon directe ou indirecte au détour d'une conversation, d'un reportage télévisé, de par la vision de son propre corps peut aussi rappeler le jour de l'excision. (5)



B - Renforcement mutuel des complications physiques, sexuelles, psychologiques

En plus des conséquences psychologiques directes, les complications physiques, sexuelles ou sociales des MGF peuvent également avoir des répercussions sur le bien-être psychologique des femmes. Les complications peuvent être d'autant plus importantes que l'est le type de MGF pratiquée et **concernent inégalement les femmes vivant avec une MGF.**

- Après une infibulation, la grossesse et l'accouchement peuvent parfois être des moments difficiles (5) et certaines femmes souffrent de complications particulièrement handicapantes et stigmatisantes comme l'incontinence.
- La somatisation, les douleurs chronique ou la dysménorrhée (fortes douleurs, fatigue associées aux cycles menstruels) touchant certaines femmes se traduisent parfois par de l'isolement.

De plus, les complications psychologiques des MGF peuvent renforcer les problèmes physiques. Craignant ou appréhendant de se confronter au corps médical, les femmes peuvent ainsi rencontrer des **difficultés d'accès aux soins.** En effet, les risques de réexpérience de l'évènement, la peur d'être examinée par un.e professionnel.le médical.e constituent des freins pour les femmes. En ce sens, l'OMS recommande par exemple qu' « *un soutien psychologique devrait être apporté aux filles et aux femmes qui vont subir ou ont subi une intervention chirurgicale contre les complications des MGF* » (3, Bonne pratique 3). Par ailleurs, **l'attitude des professionnel.le.s de santé peut aussi avoir une influence** sur le bien-être de la femme, sur sa perception d'elle-même, son sentiment de confiance et en conséquence sur son aptitude à demander de l'aide par la suite.



En **Somalie**, des maisons d'accueil et orientation des femmes vivant avec des MGF sont dirigées par des sages-femmes elles-mêmes concernées par les MGF et donc plus à même de créer une relation de confiance avec les femmes qu'elles reçoivent (8).

En outre, **la vie sexuelle des femmes concernées par l'excision peut également être affectée** et se traduire par des difficultés dans la vie de couple. En 2010, le Centre Norvégien de Connaissances sur les Services de Santé note dans son étude que les femmes concernées par l'excision sont plus susceptibles de connaître une réduction dans leur capacité à éprouver du plaisir sexuel et à avoir des relations sexuelles satisfaisantes (11). 28 Too Many fait le même constat en notant une plus forte propension à ressentir de la honte, à être embarrassée dans l'intimité et ce d'autant plus que la sexualité reste souvent un tabou pour les femmes concernées (12). **L'idée d'avoir des relations sexuelles n'est pas toujours vécu avec sérénité et s'accompagne fréquemment d'une certaine forme d'appréhension, voire de peur.**

Il est important de rester très **prudent avec les études traitant des conséquences sexuelles des MGF. Les difficultés sexuelles ne sont pas universelles** et ne concernent pas toutes les femmes vivant avec une MGF qui n'en sont pas les seules responsables. Un mariage forcé ou des violences conjugales par exemple ont aussi une influence notable sur la vie sexuelle. Par ailleurs, il est fondamental de tenir aussi compte de l'influence du regard porté sur la sexualité des femmes excisées, des **discours normalisant et stigmatisant entourant le corps et le sexe des femmes**, de la connaissance de son propre corps. (17 ; 21)



C - L'influence de la migration et des normes sociales dans l'appréciation du corps des jeunes filles et des femmes

Un premier problème avec les études sur les conséquences psychologiques et sexuelles des MGF actuellement disponibles est que la majorité ont été menées en Europe et en Amérique du Nord auprès de femmes migrantes concernées par les MGF. **Les facteurs de la migration, de l'intégration dans la société d'accueil, mais aussi de l'environnement culturel et social, des normes et mœurs** ont ainsi été intégrés dans les analyses. Ils mettent en avant l'influence d'éléments extérieurs, du **parcours de vie** sur les conséquences psychologiques des MGF.

Des études indiquent que **plus les MGF sont la norme dans une société, moins les femmes vivent les effets comme négatifs**. Au **Sénégal**, par exemple, où seules 20% des femmes sont excisées et où les campagnes de prévention informent sur les effets néfastes des MGF, l'évènement sera vécu comme plus traumatisant (11) qu'en **Somalie**, par exemple, où la prévalence est très élevée et les MGF sont considérées comme souhaitables pour les femmes musulmanes. Ainsi, dans le deuxième contexte, les femmes développent des mécanismes de défense efficaces et vivent ainsi le rituel comme normal et positif (4).

Dans les pays à basse prévalence, où les MGF ne sont pas la norme, la situation est encore différente. Des études auprès de femmes migrantes vivant en Norvège et aux Pays-Bas montrent que le **processus migratoire peut constituer une nouvelle épreuve** (10). Certaines femmes peuvent découvrir à ce moment-là que l'excision a des effets délétères sur la santé physique et mentale et qu'elle constitue une atteinte aux droits humains. En effet, entre la société d'origine et la



société d'accueil, le paradigme se renverse : alors que les MGF étaient la norme et connotées positivement dans le pays d'origine, elles deviennent l'exception, vues comme « *anormales* » et interdites par la loi (20). Les femmes peuvent alors se sentir trahies, en colère et désorientées par ce qu'elles apprennent et émergent alors des questions sur les justifications de leur excision. Se retrouver dans une société où la majorité des femmes ne sont pas excisées peut aussi faire naître un sentiment d'incomplétude, d'infériorité, d'être différentes et diminuées comme s'il leur manquait une part d'elles. **La remise en question d'une norme sociale aussi forte que les MGF et le fait de se retrouver « hors de la norme » peuvent être vécu comme une seconde traumatisation pour les femmes concernées (20).**

Une étude en Allemagne (5) indique également une corrélation entre l'intégration dans le pays d'immigration et le report de problèmes psychologiques des MGF : plus les femmes sont intégrées dans la société d'accueil, capables de s'exprimer dans la langue nationale, plus elles seront susceptibles de reporter ce dont elles souffrent et d'extérioriser leurs émotions.



En conclusion, les complications psychologiques des MGF prennent des formes et multiples. Les conséquences psychologiques, physiques, sexuelles, sociales des MGF s'alimentent mutuellement et affectent le bien-être des femmes concernées tant d'un point de vue individuel que social ou familial. Ensemble, elles vont affecter la construction identitaire de la femme, sa confiance en elle, sa perception d'elle-même. Ainsi, l'enjeu principal dans la prise en charge des femmes concernées par les MGF est de les aider à renouer avec elles-mêmes, les autres, et améliorer leur bien-être.



II - Prise en charge des complications psychologiques et sexuelles des MGF : tour d'horizon des solutions actuelles

A - Bonnes pratiques et objectifs de la prise en charge

L'OMS (14) tout comme les thérapeutes (15 ; 16) prenant en charge les survivantes de MGF s'accordent sur la nécessité d'adopter une **approche holistique traitant à la fois de la santé mentale et physique, des considérations psychologiques, physiques, sexuelles, sociales**. La prise en charge se doit néanmoins d'être individualisée, adaptée à chaque femme dont l'histoire de vie, les mécanismes de protection et résilience sont singuliers (16) et d'être **sensible tant à la culture de la femme qu'à ses aprioris sur la psychiatrie** de façon à pouvoir travailler au mieux en binôme avec elles (15 ; 16).

L'accompagnement thérapeutique des femmes vivant avec une MGF a pour objectif de « **soutenir le cheminement de reconstruction identitaire** et permettre à la personne qui consulte de reprendre possession et conscience de son vécu, de son ressenti, de ses ressources et de son autonomie » (15), de les aider à **(re)construire et renouer avec une image positive d'elles-mêmes et des relations sociales**.

Dans ce cadre, la relation qui se noue entre le/la thérapeute et la femme est centrale et déterminante dans la réussite de l'accompagnement et dans « *le façonnement des ressources que l'individu développe afin de gérer le stress émotionnel et psychologique* » (16, p.28). Dans un guide pratique (16), quatre thérapeutes anglaises abondent en ce sens en relevant l'importance de la « *théorie de l'attachement* » applicable à la relation patient - thérapeute. Cette dernière s'impose comme **personne de confiance, soutien pour la femme concernée** lui permettant de se



sentir en sécurité, écoutée et ainsi plus à même de parler. Un accueil bienveillant, chaleureux de la femme et une **approche dénuée de tout jugement** est, en ce sens, primordial pour tisser une alliance avec la femme et entamer un travail progressif respectant son rythme et ses besoins. « **Le travail thérapeutique se développe sur la base du lien qui se tisse entre thérapeute et consultant-e** » (15, p.92).

Diverses approches thérapeutiques tant individuelles que collectives sont envisageables pour répondre aux besoins de la femme et l'accompagner dans son travail tant sur son état d'esprit que sur son corps et ses relations avec les autres. Toutes poursuivent les mêmes objectifs, à savoir, développer des mécanismes de régulation des émotions et de protection, se confronter à la mémoire traumatique, restructurer les significations clés, changer le processus de mémorisation, améliorer la connaissance de son anatomie, de son corps et des conséquences sanitaires des MGF (3 ; 16). Elles ne sont en rien exclusives les unes des autres mais au contraire complémentaires et permettent de travailler de l'individuel au collectif et inversement.

L'approche des trois étapes développée par Judith Herman pour suivre les survivant.e.s de traumatisme peut être appliquée aux thérapies suivies par les femmes vivant avec une MGF (16, p.30). Elle comporte des phases de :

1. **Stabilisation** : créer un espace sûr, sécurisant et sécurisé en apportant une aide pratique à la consultante et l'accompagner dans une stabilisation interne pour lui permettre de parler et dévoiler ses émotions
2. **Traitement du traumatisme et deuil** : soutenir le traitement des souvenirs traumatiques
3. **Reconnexion** : aider la consultante à se reconnecter avec les autres et elle-même



B - Quelques exemples de services de prise en charge psycho-sexuelle existants

L'approche psychocorporelle vise à traiter le traumatisme physique et psychologique en réconciliant et réunifiant corps et psyché. Elle « *invite la personne à prendre davantage conscience de son ressenti corporel* » (15, p.96) soit à se connaître, écouter et faire confiance à son corps. Elle est particulièrement appropriée pour les femmes victimes de violences basées sur le genre et permet de contrer les obstacles liés à l'indicibilité du traumatisme vécu par des exercices corporels, comportementaux.

La thérapie brève vient en complément d'autres approches et s'axe sur la prise de conscience des ressources positives dont disposent les femmes par la fixation de petits objectifs et exercices concrets de gestion et sortie du stress. Elle « *permet aux femmes de sentir qu'elles reprennent le contrôle de leur vie malgré un contexte de réalité encore difficile* » (15, p.99) et de renforcer leur optimisme.

L'EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) travaille directement sur le stockage de l'évènement dans la mémoire traumatique et cherche à le reprogrammer et le déplacer dans la mémoire du passé autobiographique où les réminiscences de l'évènement s'accompagnent d'une charge émotionnelle moindre. Pour ce faire, le/la thérapeute recourt à des stimulations sensorielles lorsque l'évènement traumatique refait surface et les répète jusqu'à atténuer voire neutraliser les émotions y étant associées.

L'art-thérapie (créativité) permet de faciliter la communication et l'expression de la femme consultant en usant de symboles, de figures plutôt que du langage parfois insuffisant ou difficile à employer.



La thérapie psychosexuelle peut être appropriée pour aider la femme à se reconnecter avec et se réapproprier sa sexualité comme source de plaisir, à améliorer son estime d'elle-même, de son corps et de ses organes génitaux. Elle est particulièrement indiquée en accompagnement (amont et/ou aval) des opérations de chirurgie reconstructrice.

L'Atelier d'Expression Corporelle est l'une des approches collectives envisageables permettant de travailler sur la conscience corporelle soit la « *conscience subjective des sensations du corps provenant des stimulations de l'intérieur du corps comme de l'extérieur* » (15, p.113) notamment par la danse. Elle permet à la fois de se réapproprier son corps et d'interagir avec les autres.

Les groupes de parole permettent aux femmes de confronter et partager leur expérience, de rompre avec l'isolement social dans lequel elles sont souvent, de réapprendre à faire confiance aux autres. Ils peuvent aussi être particulièrement appropriés dans des contextes où le sujet des MGF et de ses contextes est tabou pour libérer la parole individuelle par l'effet d'empowerment du groupe.

La chirurgie reconstructrice peut être adaptée pour certaines femmes dans la continuité de leur accompagnement psycho-sexuel. Elle peut s'inscrire dans une démarche de (re)construction identitaire, une façon de se (ré)approprier, renouer avec sa féminité. Elle peut aussi agir comme restitution symbolique et volontaire de ce qui a été enlevé sans consentement dans l'enfance et réparation du stigma visible pouvant renvoyer au traumatisme subi. La récupération physique, esthétique et symbolique ainsi permise peut aussi œuvrer à l'amélioration de la vie sexuelle et intime (18 ; 15).



Avec la hausse des demandes de reconstruction du clitoris, la question du pourquoi s'est rapidement posée. Il a ainsi été mis en évidence l'importance des **discours stigmatisants et victimisant la sexualité des femmes excisées, la volonté de se conformer aux standards sociaux** entourant les organes génitaux féminins (17). **Le recours à l'opération n'est pas une solution en soi et ne convient pas à toutes les femmes** comme en atteste un nombre croissant de recherches (17 ; 18 ; 19). Parfois la thérapie psycho-sexuelle suffit à répondre aux besoins des femmes sans passer par la chirurgie, soulignant la nécessité de **ne pas sous-estimer l'importance des approches holistiques et pluridisciplinaires** dans la prise en charge des femmes vivant avec une MGF.

C - Le rôle de la prévention

Pour prévenir efficacement les conséquences psychologiques des MGF, le mieux est encore de lutter contre leur pratique. Pour ce faire, alerter sur les conséquences psychologiques potentielles (aussi bien que physiques, sexuelles) des MGF peut aider à sensibiliser sur la question et plaider pour leur abandon en soulignant leur nocivité pour la santé des femmes concernées. Le centre international pour la recherche sur les femmes (22) estime ainsi qu'il est important de **lutter contre les MGF comme norme sociale, de s'occuper des normes de genre les motivant et des stigmatisations concomitantes à la non-excision des filles**. Il souligne l'importance de comprendre l'impact des normes de genre sur la santé mentale des jeunes filles tout comme des obstacles à leur bien-être puis de s'y confronter en améliorant les facteurs pouvant les protéger et accroître leur bien-être.



III - Les enjeux actuels pour améliorer l'accompagnement thérapeutique des filles et femmes concernées par les MGF

A - Le manque d'études fiables

Très peu de recherches sont spécifiquement consacrées aux MGF et à la santé mentale, et moins encore sont disponibles dans les pays en développement. La majorité des recherches sont conduites sur des populations migrantes, de diaspora dans des pays développés, et pas nécessairement dans leur pays d'origine où les MGF ont pu être réalisées. En ce sens, **il est difficile de dresser des conclusions sur les conséquences des MGF sur la santé mentale en ce que le parcours migratoire et la confrontation avec de nouvelles normes sociales et standards de beauté féminins ont une influence forte** sur la perception de soi, l'état de bien-être et de santé mentale des femmes concernées (23). En effet, comme avancé par Helen Smith et Karin Stein, la migration confronte les femmes à de nouvelles informations et normes culturelles et peu alors entrer en concurrence avec leur identité et croyances (10). De plus, les recherches sont principalement menées sur des membres de diasporas concernées par les MGF réunies dans des panels réduits de femmes.

Adelufosi A. et al (6), concluent dans leur papier que les études futures doivent se consacrer sur des interventions adaptées à la gestion des conséquences psychologiques des filles et femmes vivant avec une MGF.

Est aussi important à relever un manque criant d'études sur les conséquences psychologiques sur les filles ou sur leur évolution tout au long du cycle de vie et selon l'âge des filles et femmes concernées.



De telles recherches permettraient d'étudier les périodes de la vie où se développent davantage les troubles psychologiques. Il apparaît, par exemple que les filles excisées très jeunes dans leur pays d'origine mais ayant grandi dans un autre environnement socio-culturel et baignant dans normes sociales condamnant l'excision et louant un modèle standard de sexe féminin intact sont davantage susceptibles de développer des troubles (18).

B - Le manque de thérapies adaptées

Des preuves attestent que de nombreuses filles et femmes ayant subi des MGF présentent des formes diverses de problèmes de santé mentale, mais il n'y a que peu de thérapies à même de les aider à naviguer dans leur vie et à guérir le traumatisme vécu. Une étude de l'OMS sur les conséquences sanitaires des MGF (14) a mis en évidence des niveaux élevés de problèmes psychiatriques parmi les femmes excisées. Chercheur.se.s, comme clinicien.ne.s, ont ainsi l'obligation de concentrer davantage d'attention sur les besoins urgents des survivantes.

L'absence de lignes directrices spécifiquement dédiées à la question des MGF et de la santé rend difficile d'accompagner et aider adéquatement les survivantes. Dans leur guide de travail thérapeutique avec des survivantes de MGF (16), les quatre autrices attestent d'un fossé entre la littérature existante et la formation dispensée aux psychiatres et psychologues et d'un manque de bonnes pratiques pouvant guider leur approche. Leur démarche est alors, à travers ces lignes directrices, de rendre accessible et de partager avec d'autres praticien.ne.s leurs pratiques dans leur travail avec les survivantes de MGF souffrant de difficultés psychologiques.



C - L'absence de services et les difficultés pour obtenir de l'aide en Afrique

Dans beaucoup de sociétés, **la santé mentale n'est toujours pas discutée ouvertement et est encore grandement stigmatisée**. Sur la majorité du continent africain, les opinions sur la santé mentale sont toujours fermement influencées par des croyances traditionnelles (22). Il arrive aussi simplement qu'on ne lui accorde aucune importance. En conséquence, il n'est demandé de l'aide que tardivement pour des problèmes psychologiques, œuvrant à les aggraver plus encore.

Dans un éditorial, Venoranda Rebecca Kuboka explique que **les adolescentes et jeunes femmes peinent à trouver de l'aide quand elles sont confrontées à des situations traumatiques** (24). Les récits culturels suggèrent d'ignorer les expériences terrifiantes et d'aller de l'avant. En conséquence, la peur, la honte, le stigma et la victimisation associées à leurs expériences viennent nourrir une souffrance silencieuse. Elle souligne que l'engagement du Kenya à éradiquer les MGF en 2022, s'accompagne d'un besoin de se concentrer sur la provision de soutien psychosocial aux survivantes de MGF, manquant actuellement.

Des survivantes de MGF africaines ont plaidé en faveur du développement de services de santé mentale (26) en ce qu'ils constituent leur plus grand besoin et ont incité les gouvernements et associations caritatives à apporter du soutien pour gérer leur traumatisme de long-terme. « *Nous n'avons pas de services de santé mentale pour les survivantes de MGF -c'est un grand manque en Afrique* » fait valoir Virginie Lekumoisa, une survivante kenyane. Elles avancent que si davantage de survivantes reçoivent un soutien en santé mentale, elles pourraient avoir davantage de force pour parler et se faire entendre afin d'œuvrer à la fin de la pratique.



Les approches thérapeutiques ci-avant abordées sont issues du travail de psychothérapeutes européen.ne.s car **peu de prises en charge psychologiques sont mises à disposition des femmes excisées en Afrique** notamment. Néanmoins, Helen Smith et Karin Stein (10) présentent dans un article en 2017 l'exemple de services d'assistance au Somaliland assurés par des sages-femmes, elles-mêmes concernées par les MGF, et donc plus à même de comprendre le vécu des femmes, de les conseiller et partager leur propre expérience. Si elles constatent que les femmes développent des mécanismes de défense comme le recours à la religion, aux activités religieuses, se confier à des ami.e.s, beaucoup de femmes ne demandent pas d'aide. La pauvreté, le manque d'accès aux services pour raisons techniques, monétaires, par crainte, la honte de parler les poussent à cacher leurs problèmes.

Par ailleurs, **le développement même des structures de santé mentale et d'accompagnement psychologique en Afrique est très faible** et ne permet pas d'assurer un suivi adéquat des personnes souffrant de pathologies psychologiques comme en atteste notamment *The Lancet* (20 ; 22). En effet, le budget y étant consacré est très faible, peinant à atteindre 1 % contre une moyenne de 6 à 12% en Europe et Amérique du Nord, et les structures et praticiens rares, concentrées en villes, difficilement accessibles pour les populations. **La psychiatrie souffre encore d'importants préjugés et reste associée à la folie**, les troubles associés perçus comme surnaturels se traiteraient par des interventions de médecine traditionnelle ou spirituelle.



D - Le manque de formation des professionnel.le.s de santé

Les femmes et les filles ayant subi des MGF n'ont pas toutes souffert de la même façon, ni des mêmes symptômes ou pathologies. Il est important d'étudier chaque cas comme singulier. **Le contexte social, le type de procédure, les besoins sociaux et émotionnels varient.** Vloeberghs et al. (12) mentionnent trois catégories de survivantes avec des difficultés et besoins en santé mentale différents.

1. Les *adaptatives* parviennent à surmonter leur expérience des MGF
2. Les *disempowered* ressentant de la colère et un sentiment de défaite
3. Les *traumatisées* ressentant de la peine, tristesse et présentent une situation de stress chronique

Ces cas peuvent être perçus différemment et l'approche de traitement et prise en charge peut également différer. Ainsi, les professionnel.le.s doivent être en mesure d'adapter leur réaction, la thérapie qu'ils.elles proposent à la situation spécifique des femmes qu'ils reçoivent.

Une étude sur les problèmes de santé mentale associés aux MGF recommande qu' « *en traitant les femmes ayant subi une MGF, le.la thérapeute doit être capable de distinguer les différents types de MGF, connaître les symptômes, effets qu'ils peuvent avoir sur la femme, et être attentif.ve au tabou entourant la pratique* » (4). La même étude conseille aussi aux professionnel.le.s de santé de considérer que les survivantes de MGF peuvent avoir traversé d'autres formes de violence et expérience traumatique pouvant affecter leur santé mentale. **Ainsi, être formé.e sur les MGF demandent aussi à être formé.e sur les violences basées sur le genre et dans les contextes européen et nord-américain, d'avoir des connaissances sur le parcours migratoire et la demande d'asile.**



Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous connaissances de programmes spécifiquement dédiés aux MGF et à la santé mentale dans vos pays et/ou communautés ?

Quelles solutions de terrain offrent une prise en charge de la santé mentale ?

Que peuvent faire les gouvernements pour assurer l'accès aux services de santé mentale pour les survivantes de MGF ?



REFERENCES & RESSOURCES

- (1) OMS, Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, 2013, p.7, Access [here](#)
- (2) OMS, page de présentation sur les MGF, Accessible [ici](#): Topic, MGF
- (3) OMS, Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines, 2018, Access [here](#)
- (4) Knipscheer et al., Mental health problems associated with female genital mutilation, *BJ Psych Bulletin* (2015), 39, 273-277. Access [here](#)
- (5) Vloeberghs E., Knipscheer J., Van der Kwaak A., Naleie Z., Van Den Muijsenbergh M., *Veiled pain. A study in Netherlands on the psychological, social and relational consequences of FGM*, 2011, Utrecht, The Netherlands : Pharos.
- (6) Adelufosi et al., "Cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder, depression, or anxiety disorders in women and girls living with female genital mutilation: A systematic review", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2017;136 Suppl 1:56-59. Access [here](#)
- (7) GAMS Belgique, - *Femmes, excision et exil - Quel accompagnement thérapeutique possible ?*, Chapitre 5 : Les conséquences psychologiques des MGF. Access [here](#)
- (8) Ferenczi S., *Le traumatisme*, Petite bibliothèque, Payot, n°580, Paris, mars 2006, 176 pages, *citée in* GAMS Belgique, - *Femmes, excision et exil - Quel accompagnement thérapeutique possible ?*, p. 48
- (9) Köbach et al. "Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations", *BMC Psychiatry*, 2018;18(1):187. Published 2018 Jun 13. Access [here](#)



(10) Helen Smith and Karin Stein, "Psychological and counselling interventions for FGM", *Int J Gynecol Obstet* 2017; 136 (Suppl. 1): 60–64. Access [here](#)

(11) Psychological, social and sexual consequences of FGM/C : a systematic review of quantitative studies, Report from Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services), No 13–2010. Access [here](#)

(12) Research blog by Serene Chung for 28 Too Many, The psychological effect of FGM, 2016. Access [here](#)

(13) Alice Behrendt, Dipl.-Psych. Steffen Moritz, Ph.D., Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After FGM, *Am J Psychiatry* 2005; 162:1000–1002). Access [here](#)

(14) OMS, Chapitre 7 : Santé mentale et MGF, in *Prise en charge des filles et des femmes vivant avec une mutilation génitale féminine : un guide clinique*, 2018. Access [here](#)

(15) GAMS Belgique, - *Femmes, excision et exil - Quel accompagnement thérapeutique possible ?*, « Partie IV : L'accompagnement thérapeutique des femmes concernées par les MGF et le mariage forcé »

(16) Christie Coho, Roxana Parra Sepulveda, Leyla Hussein and Cabby Laffy, *Female Genital Trauma: Guidelines for Working Therapeutically with Survivors of FGM*, December 2019. Access [here](#)

(17) Johnsdotter, Sara (2019): "The growing demand in Europe for reconstructive clitoral surgery after Female Genital Cutting: A looping effect of the dominant discourse?" Forthcoming, in *Droit et Cultures*. Access [here](#)



(18) Sharif Mohamed, F., Wild, V., Earp, B. D., Johnson-Agbakwu, C., & Abdulcadir, J. (2020). Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: a review of surgical techniques and ethical debate. *Journal of Sexual Medicine*, 17(3), 531–542. Access [here](#)

(19) Nawal M. Nour, Karin B. Michels, Ann E. Bryant, “Defibulation to Treat Female Genital Cutting: Effect on Symptoms and Sexual Function”, in *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Vol.108, No.1, July 2006, pp.55-60. Access [here](#)

(20) Lansana Gberie, “Mental illness: Invisible but devastating. Superstition often blamed for acute mental health diseases”, *Africa Renewal*, December 2016 – March 2017. Access [here](#)

(21) Fuambai Ahmadu, Chapter 12: “Ain’t I a Woman Too?”: Challenging Myths of sexual dysfunction in circumcised women, in Shell-Duncan, Bettina, Hernlund, Ylva.; *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, 2015, pp.278-310. Access [here](#)

(22) Osman Sankoh, Stephen Sevalie, Mark Weston, “Mental Health in Africa”, *The Lancet*, Volume 6, Issue 9, September 01, 2018. Access [here](#)

(23) International Center for Research on Women, “Mental Health and Ending Female Genital Mutilation and Cutting: Opportunities in U.S. Foreign Policy and Programs”, 2017. Access [here](#)

(24) Venoranda Rebecca Kuboka, “Long-term mental effects of FGM not addressed enough”, the-star.co.ke, 2020, February 5th. Access [here](#)

(25) O. Gureje et A. Alem, “Mental health policy development in Africa”, *Bulletin of the World Health Organisation*, 2000, 78 (4), pp. 475-482. Access [here](#)

(26) Nellie Peyton for Thomson Reuters Foundation, “FGM Survivors Across Africa Call for Mental Health and Trauma Support”, June 18, 2019, globalcitizen.org. Access [here](#)





Les débats de la Communauté de pratiques sur les MGF

Santé mentale, bien-être et MGF
Juin 2020

La Communauté de pratique sur les mutilations génitales féminines fait partie du projet "Bâtir des ponts entre l'Afrique et l'Europe pour lutter contre les MGF", soutenu par le programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique ou la position officielle de l'UNFPA, de l'UNICEF ou de toute autre agence ou organisation.

