

Excision génitale féminine

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente directive clinique a été rédigée par le comité sur les questions sociales et sexuelles et le comité d'éthique, analysée par le comité de pratique clinique - gynécologie, le comité canadien d'obstétrique-gynécologie pédiatrique et de l'adolescence, et le comité consultatif des médecins de famille, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURES PRINCIPALES

Liette Perron, MSW, Ottawa (Ont.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Margaret Burnett, MD, Winnipeg (Man.)

Victoria Davis, MD, Scarborough (Ont.)

COMITÉ SUR LES QUESTIONS SOCIALES ET SEXUELLES

Margaret Burnett, MD (présidente), Winnipeg (Man.)

Anjali Aggarwal, MD, Toronto (Ont.)

Jeanne Bernardin, MD, Moncton (N.-B.)

Virginia Clark, MD, Golden (C.-B.)

Victoria Davis, MD, Scarborough (Ont.)

William Fisher, BA, MS, PhD, London (Ont.)

Rosana Pellizzari, MD, Peterborough (Ont.)

Viola Polomeno, inf. aut., PhD, Ottawa (Ont.)

Maegan Rutherford, MD, Halifax (N.-É.)

Jeanelle Sabourin, MD, Edmonton (Alb.)

COMITÉ D'ÉTHIQUE

Jodi Shapiro, MD (présidente), Toronto (Ont.)

Saima Akhtar, MD, London (Ont.)

Bruno Camire, MD, Québec (Québec)

Jan Christilaw, MD, Vancouver (C.-B.)

Julie Corey, s.-f. aut., St Jacobs (Ont.)

Erin Nelson, LLB, LLM, Edmonton (Alb.)

Marianne Pierce, MD, Halifax (N.-É.)

Deborah Robertson, MD, Toronto (Ont.)

Anne Simmonds, inf. aut., PhD, Scotsburn (N.-É.)

Tous les membres de comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectif : Renforcer le cadre national des soins offerts aux adolescentes et aux femmes affectées par l'excision génitale féminine (EGF) au Canada en fournissant aux professionnels de la santé : (1) des renseignements ayant pour but d'approfondir leur compréhension de cette pratique et leurs connaissances à ce sujet; (2) des consignes quant aux aspects légaux liés à cette pratique; (3) des directives cliniques pour la gestion des soins obstétricaux et gynécologiques, y compris la prise en charge des complications liées à l'EGF; et (4) des conseils quant à l'offre de soins compétents au plan culturel aux adolescentes et aux femmes ayant subi une EGF.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, CINAHL et *The Cochrane*

Mots clés : Female genital cutting, female genital mutilation, female circumcision, pregnancy, gynecological care, adolescents, Canada

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.044>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S348–S369

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁵⁹.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁵⁹.

Library en septembre 2010 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *Circumcision* », « *Female* ») et de mots clés (p. ex. « *female genital mutilation* », « *clitoridectomy* », « *infibulation* ») appropriés. Nous avons également mené des recherches dans *Social Science Abstracts*, *Sociological Abstracts*, *Gender Studies Database* et *ProQuest Dissertations and Theses* en 2010 et en 2011. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de date ou de langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en décembre 2011. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Déclarations sommaires

1. L'excision génitale féminine est internationalement reconnue comme étant une pratique nuisible et une violation du droit des filles et des femmes à la vie, à l'intégrité physique et à la santé. (II-3)

2. Les complications et les risques immédiats et à long terme de l'excision génitale féminine pour la santé peuvent être graves et constituer un danger de mort. (II-3)
3. La pratique de l'excision génitale féminine se poursuit dans de nombreux pays, particulièrement en Afrique subsaharienne, en Égypte et au Soudan. (II-3)
4. Les tendances mondiales en matière de migration ont mené l'excision génitale féminine jusqu'en Europe, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Amérique du Nord, y compris au Canada. (II-3)
5. L'exécution d'une excision génitale féminine ou le fait d'y participer constitue un acte criminel au Canada. (III)
6. Le signalement aux services de protection de l'enfance appropriés est obligatoire lorsque l'on constate qu'une enfant a récemment fait l'objet d'une excision génitale ou qu'elle est exposée à des risques d'en faire l'objet. (III)
7. Il existe des craintes selon lesquelles la pratique de l'excision génitale féminine pourrait être perpétuée au sein des pays d'accueil, principalement par l'intermédiaire de la réinfibulation. (III)
8. Il existe une perception selon laquelle les soins offerts aux femmes ayant subi une excision génitale ne sont pas optimaux au sein des pays d'accueil. (III)
9. L'excision génitale féminine n'est pas considérée comme une indication de césarienne. (III)

ABRÉVIATIONS

BMA	<i>British Medical Association</i>
DIU	dispositif intra-utérin
EGF	excision génitale féminine
GTFI	Groupe de travail fédéral interministériel (sur la mutilation génitale féminine)
MGF	mutilation génitale féminine
SERC	<i>Sexuality Education Resource Centre</i> (Manitoba)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Recommandations

1. Les professionnels de la santé doivent prendre soin de ne pas stigmatiser les femmes qui ont subi une excision génitale. (III-A)
2. Les demandes de réinfibulation doivent être refusées. (III-B)
3. Les professionnels de la santé devraient enrichir leurs connaissances au sujet de l'excision génitale féminine et approfondir leur compréhension de ce phénomène, ainsi qu'acquérir des compétences supérieures pour ce qui est de la prise en charge de ses complications et de l'offre de soins compétents au plan culturel aux adolescentes et aux femmes ayant subi une excision génitale. (III-A)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696037>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696037>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)