COBERTA-GuidePrevention.pdf 1 13/5/20 13:12

9 791096 109036

AMBASSADE D'ESPAGNE AU SÉNÉGAL

aecid

Coopération Espagnole SÉNÉGAL

WassuKafo GAMBIA

FUNDACIÓN WASSU UAB

UAB Universitat Autònoma de Barcelona

GUIDE POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION

GUIDE POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION

UNIVERSITÉ ASSANE SECK ZIGUINCHOR

Cette publication a été possible grâce á l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement. Son contenu ne reflète pas nécessairement la posture de l'AECID.

Guide pour la prévention et la prise en charge des Mutilations Génitales Féminines/Excision
1ère édition 2020.

Coordinateur:
Prof. Dr. Adriana Kaplan Marcusán - *Chaire de Transfert de Connaissances. Directeur de la Fundación Wassu - Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Directeur de Wassu Gambia Kafo*

Examen et adaptation du contenu:

- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
- Université Assane SECK de Ziguinchor, Sénégal / UFR Sciences de la Santé
- Wassu Gambia Kafo
- Fundación Wassu-UAB
- Universitat Autònoma de Barcelona

Photo de couverture: Javier Acebal

Cet ouvrage a été édité en collaboration avec les Éditions de l'EBAD-UCAD.
Tous droits réservés

ISBN: 979-10-96109-03-6
EAN: 9791096109036

Non autorisée la reproduction totale ou partielle de ce livre, ou son incorporation dans un système informatique, ou sa transmission sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique, photocopie, enregistre- ment ou autres méthodes, sans autorisation préalable et par écrit des titulaires des droits d'auteur

GUIDE POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION

REPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un Peuple – Un but – Une foi

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Ministère de l'Enseignement Supérieur,
de la Recherche et de l'Innovation

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos **7**

1. Generalites sur les MGF/E **9**

1.1. Définition 10
1.2. Terminologie 10
1.3. Typologie 11
1.4. Epidémiologie 15

2. Anatomie et physiologie de la vulve **19**

2.1. Description de la vulve 19
2.2. Vascularisation innervation de la vulve 21
2.3. Physiologie de la vulve 21

3. Traditions, religions, droits humains et MGF/E **23**

3.1. Coutumes et traditions justifiant les MGF/E 23
3.2. Raisons de l'existence et de la persistance des MGF/E 26
3.3. Religion et MGF/E 29
3.4. Ethique, implications juridiques et droits en matière de MGF/E 31

4. Pratiques des MGF/E en Afrique **41**

4.1. Procédures, prise de décision et âge 41
4.2. Exciseuses et médicalisation des MGF/E 43

5. Pratiques des MGF/E au Sénégal **47**

5.1. Situation des MGF/E 47
5.2. Âge auquel est pratiquée l'excision 50
5.3. Prise de décision 52
5.4. Procédure 53
5.5. Initiation et période de réclusion 53
5.6. Pourquoi pratique-t-on les mutilations génitales féminines au Sénégal? 54
5.7. Recherche et connaissances scientifiques 55
5.8. Législation 55
5.9. Efforts déployés pour l'abandon des MGF/E 57

6. Complications des MGF/E **61**

6.1. Complications physiques immédiates 61
6.2. Complications physiques à long terme 64
6.3. Complications psychosociales 71
6.4. Complications sexuelles 73

7. Prise en charge des complications physiques liées aux MGF/E **75**

7.1. Prise en charge des complications physiques immédiates 75
7.2. Prise en charge des complications physiques à long terme 79
7.3. Procédure de désinfibulation 84

8. Prise en charge des complications psychosociales et sexuelles des MGF/E **89**

8.1. Prise en charge des complications psychosociales 89
8.2. Prise en charge des problèmes sexuels 90
8.3. Procédures de référence 92

9. Prise en charge obstetricale des femmes ayant subi une MGF/E **95**

9.1. Prise en charge pendant la grossesse 95
9.2. Prise en charge pendant le travail 96
9.3. Prise en charge pendant l'expulsion 99
9.4. Prise en charge pendant la délivrance 100

10. Prise en charge pendant le post partum **103**

10.1. Prise en charge maternelle 103
10.2. Prise en charge néonatale 104

11. Services de conseil **107**

12. MGF/E et santé communautaire **113**

12.1. Éducation en santé communautaire 113

Références **125**

A

AVANT-PROPOS

L'exigence et l'urgence d'interdire les mutilations génitales féminines ont poussé le Sénégal à pénaliser cette pratique dans sa loi n° **99 - 05 du 29 Janvier 1999**.

Vingt ans après au-delà des avancées significatives notées, cette loi suscite toujours des commentaires et peine à être appliquée dans toute sa rigueur.

C'est dans ce contexte que l'Université Assane SECK de Ziguinchor à travers son Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé a noué un partenariat avec l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement pour l'élaboration d'un ouvrage pédagogique.

Cet ouvrage constitue un outil de travail destiné à la formation de futurs médecins pour une prise en charge efficiente des femmes victimes de mutilations génitales. Convaincu que le contexte reste encore plus que favorable à un contact quasi permanent entre les médecins traitant et cette catégorie sociale, un accompagnement adéquat de cette dernière devra être d'un apport certain sur le plan de la sensibilisation pour l'éradication définitive de cette pratique.

Dans l'espoir de témoigner de l'utilité publique de cet outil pédagogique, l'Université Assane SECK de Ziguinchor, par ma voix, félicite l'ensemble des acteurs que sont **Wassu Gambia Kafo**, l'**UFR des Sciences de la Santé** et l'**Agence Espagnole** de **Coopération Internationale pour le développement au Sénégal.**

Professeur Courfia Kéba DIAWARA

Recteur de l'Université Assane SECK de Ziguinchor

Universite Assane SECK de Ziguinchor
Pr Courfia Keba DIAWARA
Le Recteur

1

GENERALITES SUR LES MGF/E

L'origine tant historique que géographique de la tradition de l'excision, également appelée mutilations génitales féminines (MGF/E ci-après), est relativement incertaine. Il semble admis que cette pratique pourrait remonter aux temps de l'Égypte antique, mais certains chercheurs lient son commencement au commerce des esclaves, lorsque les femmes noires esclaves sont entrées dans les sociétés arabes préislamiques. D'autres spécialistes pensent que la pratique a débuté en Afrique subsaharienne, avant l'arrivée de l'Islam, notamment parmi les tribus guerrières. Un autre groupe pense que la pratique des MGF/E s'est développée parmi certains groupes ethniques en Afrique subsaharienne dans le cadre des rites de passage.

L'histoire ancienne de la culture Dogon au Mali rapporte un incident significatif par rapport à cette origine des MGF/E. Selon le mythe, Amma, Dieu du Ciel, était seul et voulait avoir des rapports sexuels avec la Terre, dont la forme ressemblait à celle du corps féminin. Les organes sexuels de la Terre étaient comme un nid de fourmis et son clitoris était élevé comme une termitière. Amma s'approcha, mais la termitière se souleva, bloquant la pénétration. Il se trouve que la Terre avait le même sexe qu'Amma, causant la discorde dans l'Univers. Amma, en colère d'être contrecarré, a coupé la termitière et s'est accouplé avec succès avec la Terre. Amma s'est consolé plusieurs fois avec sa femme et l'harmonie a été restaurée dans l'univers une fois que la termitière eut été enlevée. De nos jours, il existe encore des cultures qui croient que si le clitoris n'est pas enlevé, il grandira jusqu'à atteindre la taille d'un pénis et, une fois en érection, empêchera un homme de pénétrer le vagin d'une femme.

L'excision est pratiquée par des adeptes de différentes religions, y compris des musulmans, des chrétiens, des juifs et des animistes, ainsi que par des non-croyants.

L'historien Carlos Castañeda situe l'origine de l'excision au Ve siècle avant J.-C. Il s'agissait probablement d'un rite de passage pratiqué par les Égyptiens, les Phéniciens, les Hittites et les Éthiopiens. Les premières références trouvées dans papyrus datent du IIe siècle avant J.-C., où l'on parle d'une jeune fille en âge de subir la circoncision égyptienne. De là, les chercheurs relient la pratique à des groupes africains qui ont eu des contacts avec des Égyptiens. Il semble que les parents des filles aient organisé une fête en son honneur, appelée *therapeuteria*, ce qui était courant à l'époque romaine, comme le prouvent des documents d'Oxirrinco (IIIe siècle avant J.-C.).

L'excision est également liée aux groupes chamito-sémitiques et aux langues afro-asiatiques. Elle a pu être pratiquée dans un premier temps par les Maasaï du Kenya, par des groupes cushitiques venus d'Éthiopie. Les kikuyus, influencés par les groupes Cushitiques, auraient pu l'adopter en raison de son influence bantoue. Le Papyrus Harris mentionne que les déesses Anat et Astarté ont dû fermer leur vulve. Horus les a scellées et Seth les a ouvertes, de sorte que les déesses ont pu concevoir, mais n'ont pu donner naissance. La tradition est peut-être venue d'Asie, en raison de la provenance de ces déesses.

Les Lidyas en Grèce ont été les premières femmes à développer cette pratique appelée ευνυχιξω. L'excision pourrait être associée à un rituel dans les temples destiné aux adolescentes, et pratiqué au moment de la ménarche (premières menstruations) ou avant le mariage. La pratique pourrait être arrivée de cette façon en Égypte.

Castañeda considère que le contact de l'Égypte avec l'Afrique continentale a eu une influence remarquable sur la Nubie (communauté matriarcale avec une direction féminine) et s'est manifestée au cours des dernières dynasties (XXIV et XXV), avec la conquête de Peye.

Il a également été écrit que le *leitmotiv* pour pratiquer les MGF/E est la croyance que l'*âme féminine* des hommes se trouve dans le prépuce, tandis que l'âme masculine des femmes se trouve dans le clitoris. Avec l'excision, les deux deviennent de vrais hommes et femmes. Cette convention, qui perdure de nos jours, est peut-être issue de l'androgynie des dieux égyptiens, et c'est l'une des raisons expliquant la survie de cette pratique traditionnelle néfaste.

I.1. DÉFINITION

Les mutilations génitales féminines (MGF/E) ou mutilations sexuelles féminines (MSF) sont définies comme « toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales ».

I.2. TERMINOLOGIE

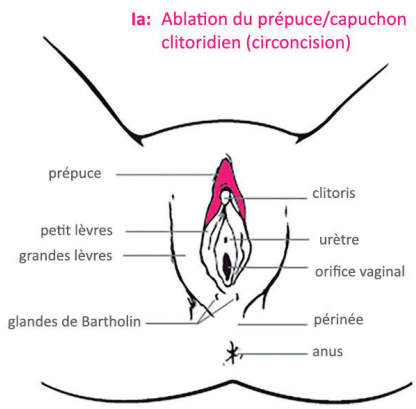
En Afrique de l'Ouest, on parle plus communément d' « excision ». L'expression « mutilations génitales », sexuelles ou féminines date des années 90. Elle traduit l'évolution des débats et des perceptions autour de la pratique de l'excision. Dans la culture islamique où elle est également pratiquée, l'excision est connue sous le nom de *sunna* (tradition) et équivaut généralement à la circoncision masculine. L'emploi de la ter-

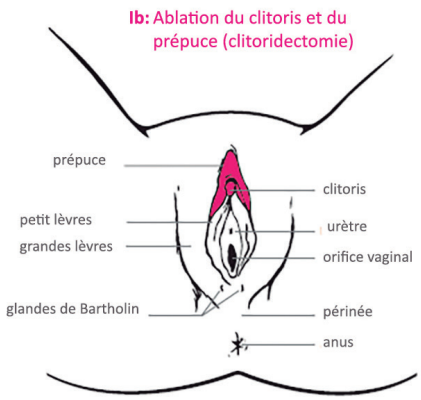
minologie MGF/E ou MSF permet de « montrer toute la gravité et l'ampleur des dommages causés par ces pratiques et saisit l'élément de violence et d'agression physique que les mutilations entraînent », les MGF/E étant pratiquées pour des raisons sociales et culturelles. Dans ce manuel, nous utilisons la terminologie **« mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) »** pour nous référer à la pratique.

I.3. TYPOLOGIE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016) distingue 4 types de MGF/E pratiquées de nos jours:

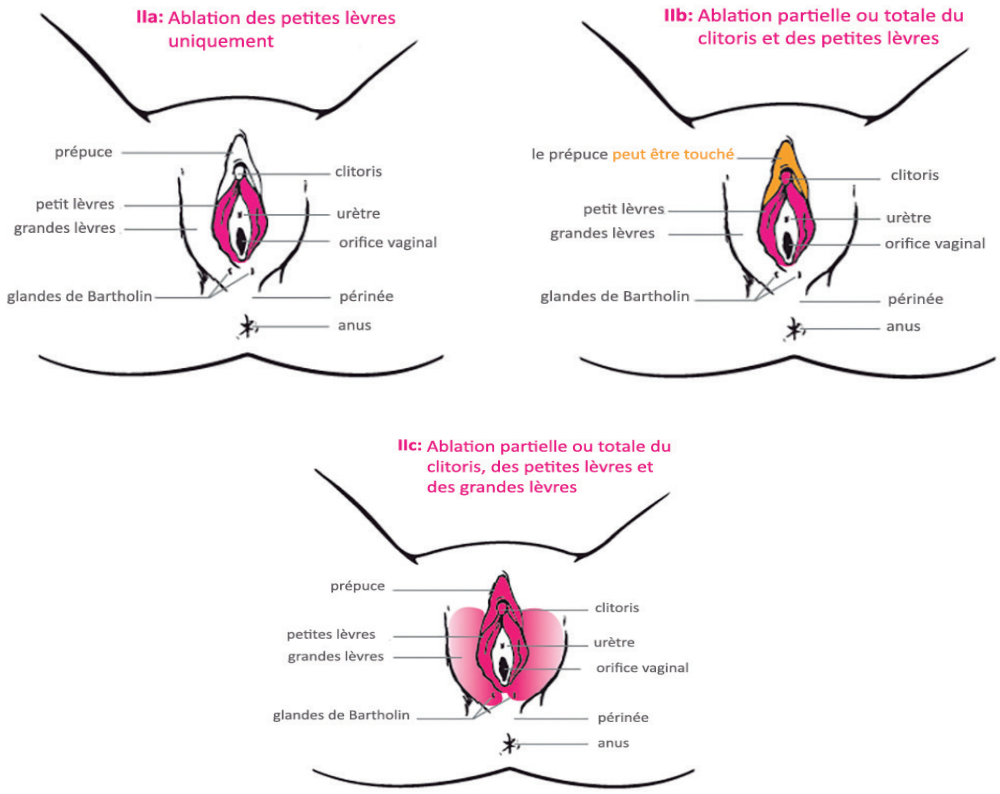
Type I – *Clitoridectomie* : ablation totale ou partielle du clitoris et/ou du prépuce. Il s'agit du type d'intervention comparable à la circoncision masculine dans le monde islamique.
Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation type I, les subdivisions ci-après sont proposées :





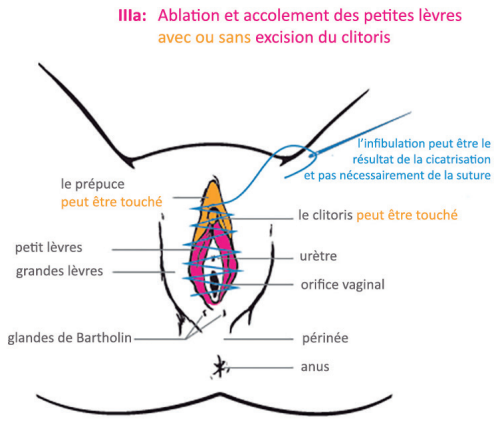
Source donnée : Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [*WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Abdulcadir, 2016. *Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation.* Obstet Gynecol 2016;128:958–63. DOI : 10.1097/AOG.0000000000001686

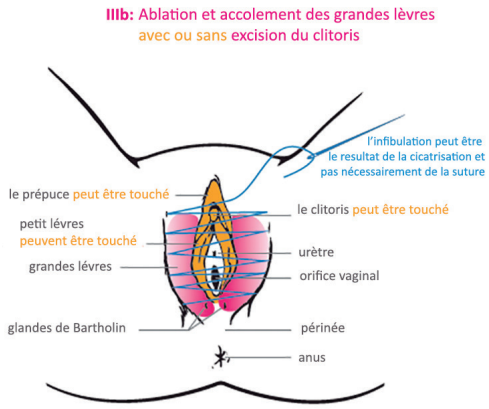
Type II – *Excision* : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes observées, les subdivisions ci-après sont proposées :



Source donnée : Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [*WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Abdulcadir, 2016. *Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation*. Obstet Gynecol 2016;128:958–63. DOI : 10.1097/AOG.0000000000001686

Type III – *Infibulation* : 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. Parfois appelé « circoncision pharaonique », et son nom vient du mot latin « *infibulare* » (« attacher avec une agrafe »).





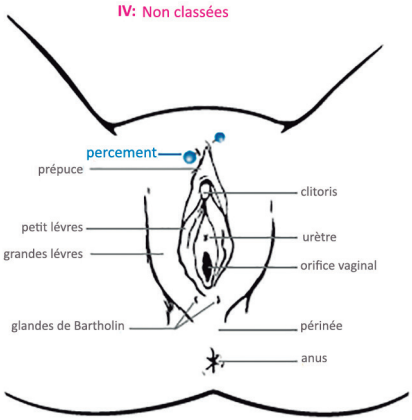
Source donnée : Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [*WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Abdulcadir, 2016. *Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation*. Obstet Gynecol 2016;128:958–63. DOI : 10.1097/AOG.0000000000001686

Type IV – Toute autre pratique, manipulation ou agression exercée sur les organes génitaux féminins sans finalité thérapeutique (p. ex. : piercing, incision, cautérisation, introduction de substances corrosives dans le vagin, élongation des lèvres). En voici quelques exemples détaillés :

- Piqûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des lèvres ;
- Étirement du clitoris et/ou des lèvres ;
- Cautérisation (brûlure) du clitoris et des tissus environnants ;
- Éraflures (coupures d'angurya) de l'orifice vaginal ou coupures (coupures de gishiri) du vagin ;
- Introduction de substances corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements, ou d'herbes dans le vagin dans le but de le resserrer ou de le rétrécir (rapports sexuels non lubrifiés) ;
- Toute autre procédure répondant à la définition de MGF/E donnée ci-dessus.

IV: Non classées



Source donnée : Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [*WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Abdulcadir, 2016. *Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation*. Obstet Gynecol 2016;128:958–63. DOI : 10.1097/AOG.0000000000001686

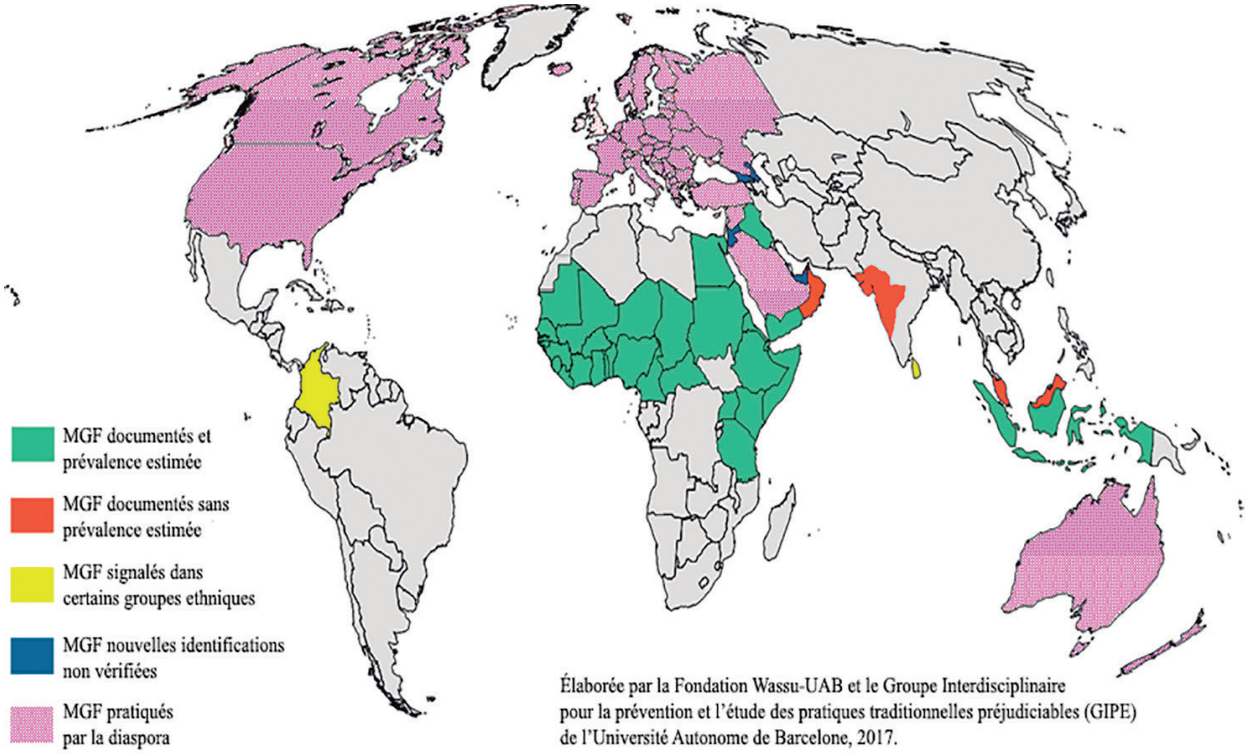
Les estimations actuelles indiquent qu'environ 90 % des cas de MGF/E incluaient les types I ou II ainsi que les cas où les parties génitales des filles ont été « entaillées », mais pas enlevées (type IV), et environ 10 % sont de type III. L'excision est principalement effectuée sur des filles âgées entre zéro (0) et quinze (15) ans, avant le début des règles. Cependant, les femmes adultes et mariées sont aussi parfois soumises à cette pratique.

I.4. EPIDÉMIOLOGIE

Distribution

La prévalence des MGF/E est estimée au moyen d'enquêtes auprès de femmes âgées de quinze (15) à quarante-neuf (49) ans, leur demandant si elles ont été excisées. Elle est principalement pratiquée dans 30 pays d'Afrique sub-saharienne et du Moyen-Orient (Kurdistan irakien, Yémen) et d'Asie (Indonésie, Malaisie). En raison des mouvements migratoires, cette tradition se perpétue. Ainsi, les MGF/E sont-elles également présentes aujourd'hui en Europe, en Australie, au Canada et aux États-Unis d'Amérique, principalement parmi les migrants d'Afrique subsaharienne.

Carte 1. MGF/E dans le monde



Élaborée par la Fondation Wassu-UAB et le Groupe Interdisciplinaire pour la prévention et l'étude des pratiques traditionnelles préjudiciables (GIPE) de l'Université Autonome de Barcelone, 2017.

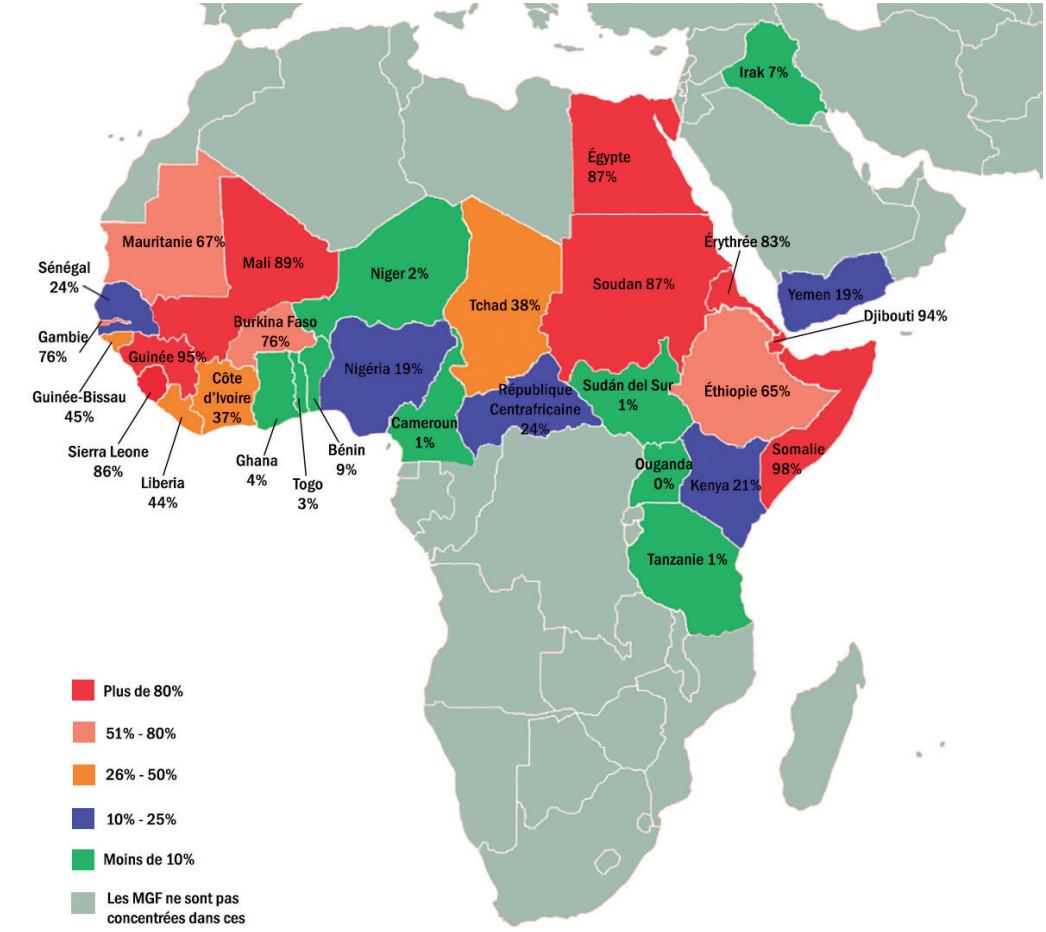
La prévalence varie considérablement d'une région et d'un pays à l'autre, et à l'intérieur d'une même région et d'un même pays. L'origine ethnique est le facteur le plus influent. Dans huit (8) pays, la prévalence nationale est presque universelle, supérieure à 80 % (Somalie, Guinée Conakry, Djibouti, Égypte, Érythrée, Mali, Sierra Leone et Soudan) ; quatre (4) pays ont une prévalence très élevée, 51-80 % (Gambie, Burkina Faso, Éthiopie, Mauritanie) ; quatre (4) pays (Guinée-Bissau, Liberia, Tchad, Côte d'Ivoire) présentent une prévalence élevée, 26-50 % ; en Tanzanie, au Nigeria, Yémen, Kenya, Sénégal, en République Centrafricaine, la prévalence est moyenne, 10-25 % ; alors qu'elle est faible, c'est-à-dire inférieure à 10 % au Bénin, Irak, Ghana, Ghana, Togo, Niger, Cameroun, Uganda.

Toutefois, les moyennes nationales masquent des variations importantes de la prévalence selon les régions dans la plupart des pays.

En 1997, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), le Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ont publié une déclaration inter-organisations sur les MGF/E. Cette déclaration décrit les conséquences de cette pratique sur la santé publique et les droits humains. Elle se prononce en faveur de son abandon.

En 2018, les Nations-Unies dénombraient au moins deux-cents millions (200 000 000) de filles et de femmes dans le monde ayant subi une mutilation. Elles estimaient que trois millions (3 000 000) de filles sont en danger chaque année.

Carte 2. Prévalence en Afrique et au Moyen-Orient



Source donnée : UNICEF, 2020.

2

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA VULVE

2.1. DESCRIPTION DE LA VULVE

Les organes génitaux externes y compris la vulve sont issus du développement majeur de trois renflements de la somatopleure : tubercule génital, les plis urogénitaux (UG) et les plis labio-scrotaux.

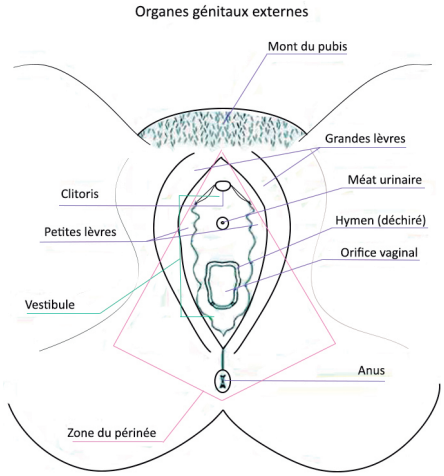
La vulve (ou pudendum féminin) correspond en superficie au plan cutané érogène recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital qui contient les corps érectiles féminins.

Elle comprend le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires.

Les organes génitaux féminins externes normaux se composent des éléments suivants :

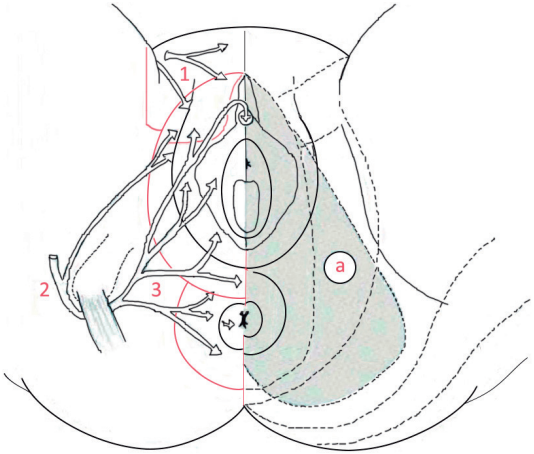
- Glandes de Skene et de Bartholin : lubrification du vagin ;
- Orifice vaginal : permet l'écoulement du flux menstruel, les rapports sexuels et l'accouchement ;
- Méat urétral : permet de vider la vessie en quelques minutes ;
- Clitoris : aide à la satisfaction sexuelle de la femme ;
- Périnée : soutient les organes pelviens et sépare le vagin de l'anus ;
- Petites lèvres : protègent les structures et orifices internes ;
- Grandes lèvres : protègent les structures et orifices intérieurs.

Figure 1. Organes génitaux externes



Source donnée : infirmi.e-monsite.com

Figure 2. Innervation de la vulve



a. Zone du nerf pudendal/ honteux interne

1. Grand nerf abdomino-génital

2. Petit nerf abdomino-génital et nerf génitocrural

3. Nerf pudendal/honteux interne

Source donnée : infirmi.e-monsite.com

2.2. VASCULARISATION INNERVATION DE LA VULVE

La vascularisation artérielle se répartit en deux territoires :

- Un territoire vulvaire antérieur irrigué par les artères pudendales externes supérieure et inférieure, branches de l'artère fémorale, et accessoirement par une branche terminale des artères obturatrice et funiculaire.
- Un territoire vulvaire postérieur sous la dépendance de l'artère pudendale interne qui donne en particulier les artères dorsale profonde du clitoris, urétrale, bulbaire et les rameaux pour les glandes vestibulaires majeures.

Le réseau veineux d'origine est dense, surtout dans les lèvres où il donne l'apparence d'un tissu caverneux.

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est inguinal ; le drainage iliaque interne est accessoire et rarement concerné.

L'***innervation somatique*** autour de la vulve constitue lorsqu'il est stimulé une sorte d'aura sensitif éveillant la sensibilité vulvaire. Les nerfs de l'***innervation autonome*** proviennent des plexus hypogastriques.

2.3. PHYSIOLOGIE DE LA VULVE

La vulve est un organe sexuel et de reproduction sensibles aux hormones féminines qui améliorent sa trophicité. Elle intervient par ailleurs dans trois fonctions : la miction, l'accouchement et le coït.

3

3.1. COUTUMES ET TRADITIONS JUSTIFIANT LES MGF/E

Tout comportement humain a une explication. Les MGF/E ne font pas exception à ce principe. Dans les sociétés où les MGF/E sont pratiquées, celles-ci sont ancrées dans les traditions d'une communauté que sont ses coutumes, ses croyances et ses valeurs. Ces traditions gouvernent et influencent les comportements humains. Elles constituent des habitudes apprises qui se transmettent de génération en génération.

Dans certaines communautés, les MGF/E sont considérées comme un rite de passage vers la condition féminine. C'est le cas dans certaines régions du Sénégal, du Kenya, de la Gambie et de la Sierra Leone. D'autres y voient un moyen de préserver la virginité d'une fille jusqu'au mariage. C'est le cas au Soudan, en Égypte et en Somalie. Dans chacune de ces communautés où les MGF/E sont pratiquées, celle-ci sont un élément important de l'identité de genre. Ce qui explique pourquoi de nombreuses mères et grand-mères dé- fendent cette pratique. Elles considèrent qu'il s'agit d'un élément fondamental de leur propre féminité et qu'il est essentiel à l'acceptation de leurs filles dans leur société. Dans la plupart de ces communautés, les MGF/E sont une condition préalable au mariage, et le mariage est vital pour la sécurité des femmes.

Discussion sur la tradition

Les croyances, les valeurs et les attitudes sont formées et développées sous une multitude d'influences: parents, familles, groupes de pairs, société, culture, traditions, religion, médias (télévision, musique, vidéos, magazines, publicités, etc.), école, climat, environnement, technologie, politique, économie, expériences personnelles, amis et besoins personnels. Elles sont également influencées par l'âge et le sexe.

Croyances :

Une croyance est une conviction, un principe ou une idée acceptée comme vraie ou réelle, même sans preuve positive. Il en existe de nombreux systèmes, parmi lesquels les croyances religieuses et celles culturelles.

Valeurs :

Les valeurs sont des principes moraux et des croyances, des normes partagées par les différents membres d'un groupe social. Elles correspondent aux critères à partir desquels les personnes prennent des décisions. De nombreuses valeurs sont héritées de la famille, mais aussi de la religion, de la culture, des amis, de l'éducation et des expériences personnelles des hommes au cours de leur vie.

Attitudes :

L'attitude désigne une vision ou une disposition mentale. Elle repose en grande partie sur des valeurs et des perceptions personnelles. Exemples de croyances, de valeurs et d'attitudes concernant les MGF/E :

- Les MGF/E améliorent la fertilité ;
- Les MGF/E préviennent la mortalité maternelle et infantile ;
- Les MGF/E préviennent la promiscuité ;
- Les MGF/E aident à garder les organes génitaux propres ;
- Les MGF/E empêchent la croissance du clitoris ;
- Les MGF/E sont un élément essentiel de la culture ;
- Les MGF/E sont pratiquées pour plaire aux maris ;
- Les MGF/E de type I n'entraînent aucune complication et sont donc acceptables ;
- La pratique des MGF/E en milieu hospitalier est plus hygiénique et moins douloureuse pour la fille/femme ;
- Les MGF/E de type IV sont inoffensives, donc leur pratique devrait pouvoir se poursuivre ;
- Les MGF/E ne constituent pas un problème de santé ;
- Les MGF/E sont l'équivalent de la circoncision masculine.

Les humains développent un ensemble de valeurs et d'attitudes qui leur donnent leur identité culturelle puis les guident tout au long de leur vie. En comprenant leurs propres valeurs et la façon dont ils ont été formés, les prestataires de soins de santé peuvent mieux comprendre et respecter les valeurs et les systèmes de croyances des communautés avec lesquelles ils travaillent.

Le rôle des hommes

Les données sur les opinions des garçons et des hommes concernant les MGF/E sont généralement moins à jour que les données sur les filles et les femmes. Elles peuvent ne pas être aussi récentes que les changements d'attitude. Les données les plus récentes montrent que le niveau de soutien en faveur de la poursuite des MGF/E chez les garçons et les hommes varie considérablement selon les pays. Dans quatre (4) pays à forte prévalence (Mauritanie, Mali, Égypte et Guinée Conakry), la majorité des garçons et des hommes déclare vouloir poursuivre cette pratique. En revanche, dans le reste des pays qui pratiquent les MGF/E, la majorité d'entre eux est favorable à l'arrêt de cette pratique. En Égypte et en Érythrée, presque deux (2) fois plus d'hommes âgés que d'adolescents pensent que cette pratique devrait se poursuivre. Ce qui est similaire aux résultats obtenus pour les filles et les femmes dans ces pays.

Une étude menée dans une zone rurale du Soudan le long du Nil Bleu entre mars et mai 1997 a porté son attention sur le rôle des hommes dans les MGF/E. Au total, cinquante-neuf (59) jeunes hommes et grands-pères ont été interviewés. Les complications masculines résultant des MGF/E, telles que la difficulté de pénétration, les blessures/infections du pénis et les problèmes psychologiques, ont été citées par la majorité des répondants, les première et deuxièmes réponses étant les plus fréquentes dans l'ordre chronologique, ainsi que la diminution du désir sexuel et du plaisir de la femme. Bon nombre d'entre eux ont également eu l'impression que l'homme « blesse » la femme pendant les rapports sexuels. La plupart des sujets étaient également conscients des complications féminines des MGF/E. Il est intéressant de noter qu'une majorité d'hommes ont déclaré qu'ils auraient préféré épouser une femme sans MGF/E. Il y avait un haut niveau de conscience que les MGF/E ont des conséquences négatives sur la santé des femmes. L'étude a révélé que même la majorité des grands-pères ont répondu que cette pratique avait des effets négatifs sur la santé des filles et des femmes.

Reconnaissant l'écart qui existe entre le rôle des hommes dans les MGF/E, un nouvel axe de recherche est en train de voir le jour pour explorer comment les hommes se positionnent en la matière, dans le but d'évaluer leur inclusion potentielle dans les actions et programmes de prévention. L'étude de Kaplan et al. (2013)13 entend contribuer à ce domaine en explorant les connaissances et les attitudes des hommes gambiens à l'égard des MGF/E, ainsi que les pratiques dans leur famille et leur ménage. L'étude a été intégrée au stage de médecine communautaire de la *School for Enrolled Community Health Nurses and Midwives* (école d'infirmerie) de Mansakonko, dans la région de Lower River. L'enquête a été mise en œuvre au moyen d'enquête en face-à-face dans trois (3) régions du pays. L'échantillon global était composé de neuf-cent quatre-vingt-treize (993) hommes dont l'âge moyen était de 36,5 ans et qui avaient une affiliation musulmane (96,2 %). Du point de vue des hommes, le monde secret des femmes reste ancré dans des concepts nébuleux façonnés par la culture et influencé par la religion.

Les groupes ethniques pratiquants considéraient les MGF/E comme une injonction religieuse, une sorte de « sunna » donc, pour justifier sa perpétuation. Presque tous ceux qui appartiennent à des groupes traditionnellement non pratiquants nient que cette pratique soit obligatoire du point de vue de l'Islam. Même au sein des groupes traditionnellement pratiquants, le soutien à la pratique dépend fortement de l'identité ethnique. Les MGF/E sont considérées par la plupart des hommes âgés comme obligatoires au regard de la religion. Cependant, une volonté de changement apparaît chez les jeunes générations. Les hommes âgés entre trente-et-un (31) et quarante-cinq (45) ans sont les moins favorables à cette pratique et ont moins l'intention de la pratiquer à leurs filles. Bien que peu d'hommes participent activement à la prise de décision concernant la pratique, dans une société patriarcale, les hommes restent des décideurs et peuvent promouvoir un changement positif dans le monde secret des femmes.

3.2. RAISONS DE L'EXISTENCE ET DE LA PERSISTANCE DES MGF/E

Il existe une grande variété de raisons pour lesquelles les MGF/E continuent d'être pratiquées, les raisons invoquées par les communautés pratiquantes sont les suivantes :

- Socioculturelles ;
- Spirituelles et religieuses ;
- Hygiéniques et esthétiques ;
- Psycho-sexuelles.

Raisons socioculturelles

Dans certaines communautés, les MGF/E font partie du rite de passage à la féminité et s'accompagne de cérémonies pour marquer le moment où la fille devient une femme mature. Dans les communautés pratiquantes, les filles et leurs mères sont généralement soumises à de fortes pressions sociales de la part de leurs pairs et des membres de leur famille, qui les menacent de rejet par le groupe ou la famille si elles ne suivent pas la tradition.

La croyance veut que si le clitoris d'une fille n'est pas enlevé, elle ne deviendra pas une femme mûre, ni même un membre à part entière de la race humaine. Elle n'aura pas le droit de s'associer avec d'autres personnes de son âge ou avec ses aînés.

Certaines communautés croient que les organes génitaux externes d'une femme ont le pouvoir

d'aveugler toute personne qui assiste à l'accouchement. D'autres croient que les organes génitaux externes ont le pouvoir de causer la mort d'un nourrisson ou de provoquer une difformité ou une folie physique.

Dans certaines sociétés, on croit qu'être non excisé peut causer la mort du mari ou blesser son pénis. Les MGF/E sont censées assurer la virginité d'une fille. Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, la virginité est une condition préalable au mariage. Elle est nécessaire pour préserver l'honneur d'une famille. Les sociétés pratiquant les MGF/E sont largement matrilinéaires. Le droit d'accès des femmes aux terres et à la sécurité passe par le mariage, et seules les femmes excisées sont considérées comme dignes de ce droit.

Raisons spirituelles et religieuses

Plusieurs communautés croient que l'ablation des organes génitaux externes est nécessaire pour rendre une fille spirituellement propre. L'ablation est donc exigée par la religion. En l'occurrence, de nombreuses sociétés musulmanes qui pratiquent les MGF/E voient les MGF/E comme une injonction de la Sunna, même si le Coran ne mentionne pas cette pratique. Il convient de noter que ni la Bible ni le Coran ne souscrivent à la pratique des MGF/E, bien qu'elle soient pratiquées aussi bien dans des communautés musulmanes, coptes-chrétiennes et juives Falasha (en Égypte et Éthiopie, par exemple).

Cette pratique est antérieure au Christianisme et à l'Islam. La réponse des chefs religieux aux MGF/E varie. Ceux qui les soutiennent ont tendance à les considérer comme un acte religieux ou à considérer les efforts visant à l'éliminer comme une menace pour la culture et la religion. D'autres chefs religieux soutiennent et participent aux efforts visant à les éradiquer. Lorsque ces dirigeants ne sont pas clairs ou évitent la question, ils peuvent être perçus comme étant en faveur des MGF/E.

Raisons hygiéniques et esthétiques

Dans les communautés pratiquant les MGF/E, on pense que les organes génitaux externes d'une femme sont laids et sales. Enlever ces structures rend une fille propre et intelligente. Dans de nombreuses sociétés, on croit que la nourriture préparée par une fille non excisée est malsaine, ce qui est considéré comme vrai dans de nombreuses communautés au Sénégal.

Raisons psychosexuelles

La fille non excisée est supposée avoir une libido hyperactive et incontrôlable. Elle risque donc de perdre prématurément sa virginité. Ce qui serait une honte pour les siens.

La croyance que les MGF/E sont un moyen de contrôler le désir sexuel persiste au Sénégal et dans de nombreuses communautés pratiquantes d'Afrique, en Gambie ou au Kenya par exemple. Dans certaines communautés, les filles non excisées ont peu de chance de se marier, car on croit que le clitoris non excisé va grossir et que le moindre contact de l'organe va susciter un désir sexuel intense.

On croit également que l'orifice vaginal étroit d'une femme infibulée ou d'une femme qui a reçu des produits chimiques placés dans le vagin pour le rétrécir augmentera le plaisir sexuel masculin, empêchant ainsi le divorce ou l'infidélité. Dans certaines communautés, on croit que l'excision d'une femme qui ne parvient pas à concevoir résoudra le problème de l'infertilité.

Pourquoi les MGF/E continuent-elle d'être pratiquées ?

Les MGF/E sont une manifestation de l'inégalité entre les sexes profondément ancrée dans la vie de la communauté. Les pratiques traditionnelles néfastes telles que les MGF/E tendent à perpétuer les rôles sexuels spécifiques qui engendrent l'inégalité et nuisent aux filles et aux femmes.

Dans les sociétés où elles sont largement pratiquées, les MGF/E sont défendues à la fois par les hommes et les femmes, générale- ment sans être remises en question. Quiconque s'écarte de la norme peut s'exposer à l'humiliation et au harcèlement. Dans les cas extrêmes, les filles et les femmes qui n'ont pas subi de MGF/E sont mises à l'écart. Les MGF/E sont une convention sociale gouvernée par des récompenses et des punitions qui sont un facteur puissant pour continuer la pratique. Compte tenu de la nature complexe des MGF/E, il est difficile pour les familles d'abandonner cette pratique sans le soutien de la communauté au sens large. En fait, les MGF/E sont souvent effectuées même en sachant qu'elles nuisent aux filles, parce que les avantages sociaux perçus de cette pratique sont jugés supérieurs à ses inconvénients.

Dans de nombreuses sociétés, les MGF/E sont fortement perçues comme un rite de passage. Cela fait partie de l'éducation d'une fille et de sa préparation à l'âge adulte et au mariage. Dans certaines communautés, la pratique est un point d'entrée dans les sociétés secrètes des femmes, qui sont considérées comme nécessaires pour que les filles deviennent des adultes, des membres responsables de la communauté. Les filles elles-mêmes peuvent souhaiter subir l'intervention en raison de la pression sociale exercée par leurs pairs et de la peur d'être stigmatisées et rejetées par leur communauté si elles ne suivent pas la tradition.

Les filles qui subissent l'intervention reçoivent des gratifications, telles que des célébrations, une reconnaissance publique et des cadeaux. Ainsi, dans les cultures où elles sont largement pratiquées, les MGF/E sont devenues un élément important de l'identité culturelle des filles et des femmes. Elles peuvent aussi donner un sentiment de fierté, de passage à l'âge adulte (le sentiment d'être maintenant

mature) et un sentiment d'appartenance à la communauté.

Le souhait d'un mariage convenable peut jouer un rôle important dans la persistance de cette pratique. Dans de nombreuses sociétés pratiquantes, il est jugé nécessaire qu'une femme devienne une épouse indemne de reproche. Comme nous l'avons déjà mentionné, on croit souvent que cette pratique garantit et préserve la virginité d'une fille ou d'une femme.

Les MGF/E sont également considérées comme rendant les filles « propres » et belles. L'ablation des parties génitales est considérée comme l'élimination d'éléments « masculins » tels que le clitoris. On a également l'impression que l'infibulation est pratiquée afin de rendre les organes génitaux « lisses », rendant ainsi une femme/fille belle. Les femmes expriment parfois la croyance que les MGF/E augmentent le plaisir sexuel des hommes.

Cette pratique est souvent défendue par les gens et les structures de pouvoir locales telles que les chefs traditionnels et religieux, les circonciseurs, les anciens et même certains professionnels de la santé.

Dans certains pays, il existe des preuves d'une augmentation de la pratique des MGF/E par le personnel médical. Les femmes âgées qui y ont elles-mêmes été mutilées deviennent souvent les avocates de cette pratique, la considérant comme essentielle à l'identité des femmes et des filles. C'est probablement l'une des raisons pour lesquelles les femmes sont plus susceptibles de soutenir cette pratique et ont tendance à considérer les efforts pour combattre cette pratique comme une attaque contre leur culture.

La préservation de l'identité ethnique pour marquer une distinction par rapport aux groupes non pratiquants est également un facteur important. Par exemple, elle est menée par des communautés d'immigrants vivant dans des pays qui n'ont pas de tradition en la matière. Les MGF/E sont également pratiquée occasionnellement sur des femmes et leurs enfants appartenant à des groupes non pratiquants lorsqu'elles se marient dans des groupes/sociétés dans lesquels elle est largement pratiquée.

3.3. RELIGIONS ET MGF/E

La voix des chefs religieux est-elle entendue ?

En Afrique, la pratique des MGF/E est largement motivée par des perceptions religieuses de populations qui connaissent passablement les enseignements fondamentaux de l'Islam. En particulier,

les femmes ont moins accès aux fondamentaux de la culture islamique, à l'éducation en général. De plus, des idées fausses comme l'incertitude quant aux origines de la pratique conduisent à lier la pratique à la religion.

De nombreux universitaires et autorités islamiques de ces pays font preuve d'une position positive par rapport à la pratique des MGF/E. Toutefois, ils condamnent celles-ci chaque fois qu'ils ont l'occasion d'exprimer leur point de vue. Malgré ces attitudes parmi les érudits de l'Islam, la pratique des MGF/E persiste à grande échelle. L'explication de ce phénomène nécessite peut-être des recherches plus approfondies.

En juillet 1998, un colloque tenu à Banjul (Gambie) entre chefs religieux et personnel médical venus de quinze (15) pays d'Afrique, avec des délégués du Comité interafricain sur les pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (IAC), des ONG internationales et des représentants de plusieurs agences des Nations Unies, a permis de faire les déclarations ci-après :

« Nous, les participants au symposium pour les chefs religieux et le personnel médical sur les MGF/E en tant que forme de violence, organisé par l'IAC en collaboration avec le Comité gambien sur les pratiques traditionnelles (GAMCOTRAP), déclarons ce qui suit :

- Ayant examiné et apprécié les implications de la violence à l'égard des femmes et des filles, en particulier des MGF/E, sur la santé et les droits humains ;
- Ayant reconnu qu'en Afrique, plus de 100 millions de femmes et de filles sont victimes des MGF/E ;
- Ayant confirmé que les MGF/E n'ont ni origine ni de justification islamique ou chrétienne ;
- Gravement préoccupés par les interprétations incorrectes et l'utilisation abusive de l'enseignement islamique pour perpétuer la violence contre les femmes, en particulier en ce qui concerne les MGF/E ;
- Défendant le principe de l'égalité et de la justice pour tous, sans discrimination entre les hommes et les femmes ;
- Réaffirmant l'universalité des principes des droits de l'homme et leur indivisibilité.

I. Condamnons fermement la perpétuation des MGF/E ;

II. Interdisons l'utilisation abusive des arguments religieux pour perpétuer les MGF/E et d'autres formes de violence ;

III. Nous nous engageons à clarifier l'interprétation erronée de la religion et à enseigner les véritables principes de l'islam et du christianisme en ce qui concerne la violence contre les femmes, y compris les MGF/E ».

En octobre 2007, le quatrième Colloque des dirigeants religieux africains sur les droits humains, le genre et la violence contre les femmes s'est tenu à Abidjan (Côte d'Ivoire). Trente-six (36) participants de vingt-cinq (25) pays africains y ont assisté. Une déclaration sans équivoque et de nombreuses recommandations ont également été faites à ce symposium. L'esprit et la lettre de la déclaration et des recommandations sont très semblables à ceux du symposium de Banjul en juillet 1998.

En septembre 2011, le Colloque de Nouakchott sur « Islam et MGF/E » a abouti à la promulgation d'une Fatwa (résolution) pour la prévention des MGF/E. Ce colloque est une importante dans un pays avec une prévalence de 67 %, et où la religion est la justification principale de la pratique des MGF/E.

3.4. ETHIQUE, IMPLICATIONS JURIDIQUES ET DROITS EN MATIÈRE DE MGF/E

L'éthique est un énoncé moral qui guide les comportements professionnels. Elle n'est pas liée par la loi. Par exemple, l'éthique infirmière comprend le maintien de la confidentialité et le respect des patients en tant qu'individus, quels que soient leur origine culturelle, leur statut socioéconomique ou leur religion.

Dans certains pays, des médecins, des infirmières, des sages-femmes et d'autres personnels de santé pratiqueraient les MGF/E dans des établissements de santé publics ou privés. L'OMS et la plupart des gouvernements ont exprimé leur opposition sans équivoque à la « médicalisation » de la pratique. La position de l'OMS est que les MGF/E ne doivent en aucun cas être pratiquées par des professionnels de la santé ou dans des établissements de santé. La pratique des MGF/E par des professionnels de la santé est un manquement grave à l'éthique professionnelle, car elle implique causer un préjudice sans raison thérapeutique.

Implications juridiques des MGF/E

La promulgation d'une loi visant à protéger les filles et les femmes contre les MGF/E indique clairement, en matière de justice, ce qui est admis et ce qui ne l'est pas. La mise en place d'une loi donne une légitimité à la police, aux organisations de femmes, aux groupes de défense, aux professionnels de la santé, aux travailleurs sociaux et à d'autres intervenants. Nonobstant, l'adoption de lois ne suffit pas à,

Tableau 1. Année de promulgation d'une loi sur les MGF/E

Pays	Législation
Bénin	2003
Burkina Faso	1996
Centrafrique (Rép. Centrafricaine)	1966, 1996
Côte d'Ivoire	1998
Djibouti	1995, 2009
Egypte	1996, 2008
Erythrée	2007
Ethiopie	2004
Gambie	2015
Ghana	1994, 2007
Guinée	1965, 2000, 2006
Guinée-Bissau	2011
Kenya	2001, 2011
Liberia	2017 (provisoire)
Mauritanie	2005
Niger	2003
Nigeria (certaines régions)	1999-2006
Ouganda	2010
Sénégal	1999
Sierra Leone	2019
Somalie	2012
Soudan	2020
Tanzanie	1998
Tchad	2003
Togo	1998
Yémen	2001

elle seule, pour protéger les filles et les femmes contre les MGF/E, car la crainte de poursuites risque d'empêcher les gens de demander de l'aide en cas de complications.

Les lois doivent aller de pair avec l'éducation communautaire pour sensibiliser la population sur les méfaits des MGF/E et parvenir à changer les attitudes.

Dans d'autres pays, les lois nationales prévoient une protection contre les blessures, même si elles ne font pas spécifiquement référence aux MGF/E. Les lois et les décrets ont une variété de stipulations qui peuvent être utilisées pour réglementer ou interdire la pratique des MGF/E. En Tanzanie et dans certains pays non africains, les MGF/E ne sont illégales que pour les mineures. En 2011, le Kenya a étendu l'interdiction de 2001 de pratiquer les MGF/E aux mineures à l'ensemble de la population féminine, et a ajouté une clause d'extraterritorialité, étendant les restrictions aux citoyens qui commettent le crime en dehors des frontières du pays.

Droits humains et MGF/E

Les MGF/E violent une série de principes, de normes et de standards bien établis en matière de droits humains. Parmi ces principes, normes et standards, on peut citer :

- Le droit à la vie lorsque l'intervention entraîne la mort ;
- L'égalité et la non-discrimination fondées sur le sexe ;
- Le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels ou inhumains ;
- Le droit de ne pas être soumis à des peines ou traitements dégradants.

Comme les MGF/E interfèrent avec les tissus génitaux sains et peuvent avoir de graves conséquences sur la santé physique et mentale de la femme, il s'agit clairement d'une violation du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, caractérisé par ce qui suit :

- Inégalités entre les sexes ;
- Discrimination à l'égard des filles et des femmes ;
- Torture, traitement cruel, inhumain et dégradant des filles et des femmes ;
- Abus de la santé physique, psychologique et sexuelle des filles et des femmes.

Les droits de l'enfant

En raison de la vulnérabilité des enfants et de leur besoin de soins et de soutien, le droit relatif aux droits humains leur accorde une protection spéciale. L'un des principes directeurs de la Convention relative aux droits de l'enfant est la considération primordiale de « l'intérêt supérieur de l'enfant ». Les parents qui prennent la décision de soumettre leurs filles à l'excision estiment que les avantages de cette pratique l'emportent sur les risques encourus. Cependant, cette perception ne peut justifier une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes.

La Convention relative aux droits de l'enfant fait référence à la capacité des enfants de prendre des décisions concernant les questions qui les concernent. Même dans les cas où les filles semblent vouloir subir une MGF/E, c'est en réalité le résultat de la pression sociale, des attentes de la communauté et de l'aspiration des filles à être acceptées comme membres à part entière de la communauté ; c'est pourquoi la décision d'une jeune fille de subir une MGF/E ne peut être qualifiée de « libre ».

Cette pratique viole également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique de la personne, le droit de ne pas être soumis à la torture et à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, et le droit à la vie, car la procédure peut entraîner la mort.

Les instruments juridiques de protection des droits de l'enfant appellent à l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé et à la vie des enfants. Le Comité des droits de l'enfant, ainsi que d'autres organes de surveillance des traités des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme, a souvent évoqué les MGF/E comme une violation des droits humains.

Ils ont appelé les États parties à la Convention à prendre toutes les mesures efficaces et appropriées pour abolir cette pratique.

Traités et consensus

Le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Comité des droits de l'enfant et le Comité des droits humains s'emploient tous activement à condamner les MGF/E. Ces organisations préconisent notamment la criminalisation pour faire abolir l'excision. En publiant sa Recommandation générale sur la circoncision féminine, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a appelé les États à prendre des mesures appropriées et efficaces en vue d'éradiquer cette pratique. Il leur demande également de fournir des informations sur les mesures prises pour éradiquer les MGF/E dans leurs rapports au Comité.

Les traités internationaux ayant un rapport direct avec les MGF/E comprennent :

- La Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 ;
- La Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation d'autrui, 1949 ;
- La Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages, 1964 ;
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 ;
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 ;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

(CEDAW) et son Protocole facultatif, 1981 ;

- La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1987 ;
- La Recommandation 19 du Comité sur la CEDEF, 1992 ;
- La Déclaration et Plan d'action de Vienne (VDPA Vienne), 1993 ;
- La Déclaration des Nations Unies sur la violence contre les femmes, 1993 ;
- La Déclaration et Programme d'action de la CIPD (Conférence internationale sur la population et le développement), 1994 ;
- La Déclaration et Programme d'action de Beijing, 1995 ;
- Les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels de 1949 et 1977 ;
- La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 et ses deux Protocoles facultatifs de 2000 ;
- La Convention contre la criminalité transnationale organisée et ses protocoles facultatifs, 2000 ;
- La Charte africaine des droits de la femme, Protocole de Maputo, 2005 ;

- La Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle, 2001.
  - Le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC), Commission de la condition de la femme. La Résolution sur la fin des mutilations génitales féminines, 2007 ;
  - La Première résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies appelant les États à intensifier leurs efforts pour éliminer les MGF/E, 2012.

La Convention relative aux droits de l'enfant (1989) *:*

- La protection de tous les droits fondamentaux indépendamment du sexe ;
- Le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint ;
- Le droit d'être à l'abri de toute forme de violence et de mauvais traitements mentaux et physiques.

La Déclaration de Vienne et le Programme d'action de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993) sont deux instruments élargissent la portée des droits de l'homme internationaux pour inclure la violence sexiste, qui inclut les MGF/E.

La Déclaration sur la violence à l'égard des femmes (1993) stipule, quant à elle, que la violence à l'égard des femmes doit être comprise comme incluant la violence physique et psychologique au sein de la famille, y compris les MGF/E et autres pratiques traditionnelles nuisibles aux femmes.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994) comprend une recommandation sur les MGF/E qui engage les gouvernements et les communautés à : « Prendre d'urgence des mesures pour mettre fin à la pratique des mutilations génitales féminines et pour protéger les femmes et les jeunes filles contre toutes ces pratiques inutiles et dangereuses de ce type ».

Le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995) comprend une section sur les filles et exhorte les gouvernements, les organisations internationales et les groupes non gouvernementaux à élaborer des politiques et des programmes visant à éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des filles, y compris les MGF/E.

Les traités régionaux en lien avec les MGF/E incluent :

- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (la Charte de Banjul) et son Protocole sur les droits des femmes en Afrique, 2005 ;
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, 1999 ;

- Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 1956.

Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (ACRWC) :

La Convention a été adoptée en juillet 1990 par les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine. Elle est entrée en vigueur en novembre 1999, avec quarante-huit (48) articles couvrant un large éventail de questions concernant les enfants. L'article 21 est spécifiquement consacré à la « Protection contre les pratiques sociales et culturelles préjudiciables ». Elle stipule ce qui suit : « les États adhérant à la Charte prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer les pratiques sociales et culturelles néfastes affectant le bien-être, la dignité, la croissance normale et le développement de l'enfant et en particulier (a) les coutumes et pratiques préjudiciables à sa santé ou à sa vie et (b) les coutumes et pratiques discriminatoires fondées sur le sexe ou toute autre situation à son égard ».

L'article 16 prévoit une « protection contre la maltraitance et la torture des enfants. Les États adhérant à la Charte prennent des mesures législatives, administratives, sociales, économiques et éducatives spécifiques pour protéger l'enfant contre toutes les formes de torture, de traitements inhumains ou dégradants et, en particulier, contre les atteintes à son intégrité physique et mentale, les sévices, la négligence ou les mauvais traitements, y compris les sévices sexuels, pendant qu'il est sous sa garde ».

L'esprit et le but de ces deux articles vont clairement à l'encontre de la pratique des MGF/E. Du point de vue des droits humains, cette pratique est ancrée dans l'inégalité entre les sexes et constitue une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes.

Violence à l'égard des femmes

L'article 1 de la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 48/104 du 20 décembre 1993, définit le terme « violence contre les femmes » comme suit : « Tout acte de violence sexiste qui cause ou est susceptible de causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques aux femmes ». L'article stipule en outre que la violence comprend « les menaces de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». L'article 2 de la Déclaration distingue trois (3) contextes de violence : la famille, la communauté et l'État :

I. Violence physique, sexuelle, psychologique et émotionnelle dans la famille :
   - Battre une femme ;
   - Abus sexuel d'enfants de sexe féminin dans la famille ;
   - Violence liée à la dot ;
   - Viol conjugal ;
   - Mutilations génitales féminines/excision et autres pratiques traditionnelles néfastes pour les femmes ;
   - Violence conjugale et violence non conjugale ;
   - Violence liée à l'exploitation ;
   - Violence liée à l'exercice de l'autorité et du pouvoir.

II. La violence physique, sexuelle et psychologique dans la communauté en général :
   - Le viol, les abus sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation sur le lieu de travail, dans les établissements de loisirs ou d'enseignement et dans d'autres lieux en dehors du foyer ;
   - Traite des femmes et prostitutions forcées.

III. Les violences physiques, sexuelles et psychologiques perpétrées ou tolérées par l'État sous quelque forme que ce soit :

Les différentes formes de violence énumérées à l'article 2 ne sont peut-être pas exhaustives. Néanmoins, elles montrent qu'une grande partie de la violence à l'égard des femmes découle de relations de pouvoir inégales et de l'insistance de la société à contrôler leur sexualité.

4

4.1. PROCÉDURES, PRISE DE DÉCISION ET ÂGE

Procédure

L'excision est généralement réalisée au moyen de lames ou de rasoirs. Des couteaux spéciaux, des ciseaux ou des morceaux de verre sont parfois utilisés. Dans de rares exceptions, les pierres tranchantes peuvent être utilisés. C'est le cas dans l'est du Soudan. La cautérisation, ou brûlage, est pratiquée dans certains endroits de l'Éthiopie. Dans des régions de Gambie, les exciseuses arrachent la pointe du clitoris du bébé au moyen de leurs ongles.

Les instruments utilisés pour l'intervention sont parfois réutilisés sans être nettoyés. Lorsque l'intervention a lieu dans un dispensaire local, les agents de santé emploient des scalpels.

Le recours à l'anesthésie étant rare, la jeune fille est immobilisée par plusieurs femmes, ses propres parentes le plus souvent, afin qu'elle ne bouge pas durant l'opération d'excision.

La procédure peut prendre de quinze (15) à vingt (20) minutes, selon les compétences de l'exciseuse, l'étendue de l'excision et la résistance de la jeune fille. La plaie est tamponnée avec de l'alcool, du jus de citron, des cendres, des mélanges d'herbes, de la bouse de vache, et les jambes de la fille peuvent être liées ensemble jusqu'à guérison complète.

Décision de pratiquer l'excision

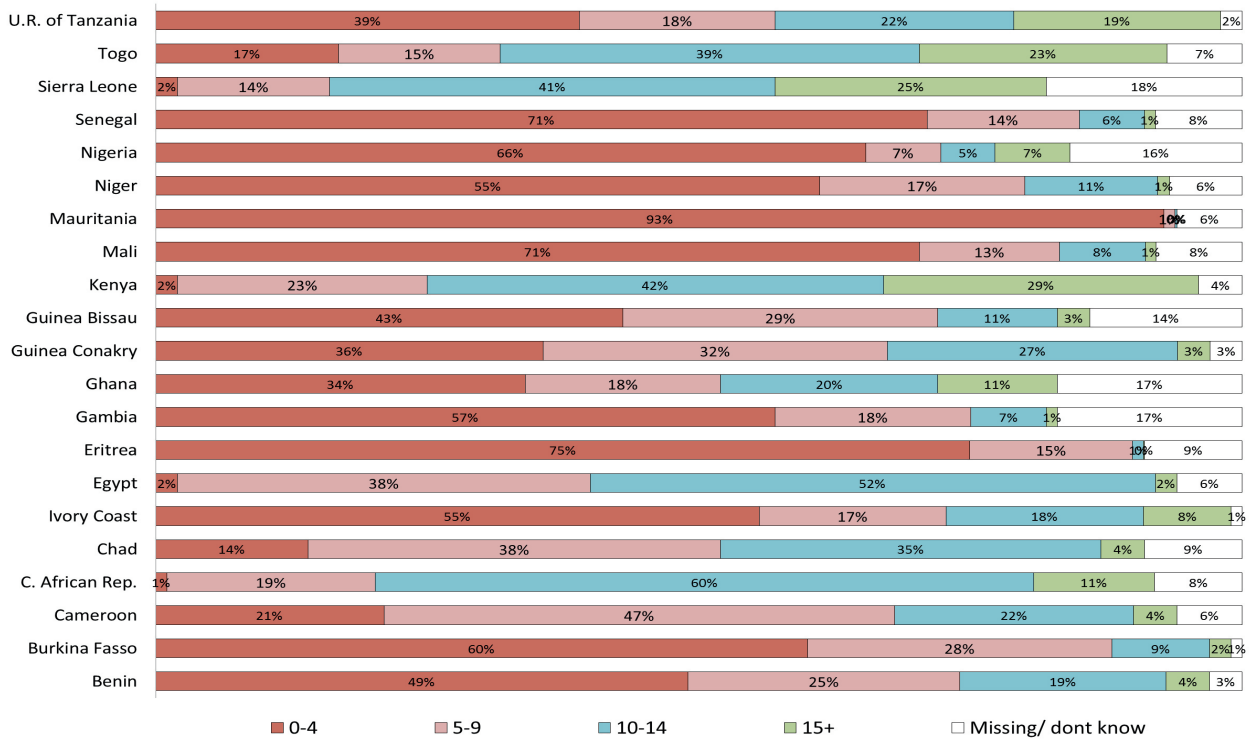
Le processus de prise de décision en relation à l'excision d'une fille implique un large groupe de personnes pouvant avoir divers degrés d'influence dans la société. Les consultations ont généralement lieu à huis clos entre les membres de la famille proche.

Dans certains cas, cela peut donner lieu à des disputes intenses au sein des cercles familiaux ou des localités. Il existe des cas où certains membres de la famille ont organisé l'excision d'une fille contre la volonté d'autres, y compris la mère de la fille à exciser, ou sans en tenir compte. Les femmes sont généralement responsables de l'organisation pratique de la cérémonie.

Âge auquel est pratiquée l'excision

L'âge auquel les filles subissent une MGF/E varie en fonction du groupe ethnique ou de la situation géographique. Le calendrier est souvent flexible, même au sein des communautés.

Graphique 1. Répartition par âge de la mutilation (%) par pays



Source donée : FGM/C : A statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF (2013).

La procédure peut être effectuée sur les filles au très bas âge, pendant l'enfance, l'adolescence, le mariage ou au moment de la première grossesse. Dans la plupart des sociétés, les parents et les membres de la famille proche ont davantage leur mot à dire dans le choix du moment de la pratique. Dans certaines communautés africaines, l'âge de la circoncision a été délibérément abaissé en réponse aux efforts accrus pour abolir cette pratique.

Dans la moitié des pays pour lesquels des données sont disponibles, la majorité des femmes le vivent avant l'âge de cinq (5) ans, lorsque les filles sont jeunes et mal informées. Elles prennent généralement conscience de la douleur au moment de l'intervention, car aucun anesthésique n'est utilisé. Elles doivent être retenues physiquement parce qu'elles sont susceptibles de se débattre. Parfois, elles sont obligées d'assister à la mutilation d'autres filles, ce qui augmente les probabilités de problèmes psychosociaux postérieurs.

4.2. EXCISEUSES ET MÉDICALISATION DES MGF/E

Dans les sociétés pratiquantes, l'intervention est dans la plupart des cas réalisée par des exciseuses, le plus souvent des femmes âgées de la communauté spécialement désignées pour cette tâche. Cet office est habituellement transmis dans la lignée familiale. Les sages-femmes traditionnelles sont couramment impliquées dans cette pratique dans de nombreuses sociétés. Les exciseuses sont des membres puissants et respectés de la communauté.

Cependant, l'excision est de plus en plus pratiquée dans les hôpitaux et les dispensaires par des professionnels de santé, sous anesthésie et avec des antiseptiques. La justification est que cela réduit la douleur et les risques pour la santé de la victime parce que l'opération est réalisée dans des conditions hygiéniques. Les professionnels de santé qui pratiquent les MGF/E affirment que la médicalisation est le premier pas vers la prévention de la pratique. Ils affirment également que s'ils refusent d'effectuer une opération, la fille/femme la fera simplement pratiquer par un exciseur traditionnel dans des conditions non hygiéniques et sans soulagement de la douleur. En Égypte, la majorité des MGF/E sont pratiquées par des professionnels de la santé, principalement des médecins. L'Égypte est unique en ce sens qu'elle a connu une période au cours de laquelle le gouvernement a donné son consentement pour que les MGF/E soient pratiquées par le personnel de santé. Dans d'autres pays, les politiques gouvernementales ont été soit absentes, soit activement opposées à ce que les prestataires de soins de santé pratiquent l'intervention. Au Sénégal, la loi de 1999 interdisant la pratique des MGF/E a été modifiée en 2005 pour inclure des peines de prison maximales pour les professionnels de la santé pratiquant les MGF/E.

Selon la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale (1964), la mission du médecin est de protéger la santé des personnes. Les professionnels de la santé formés qui pratiquent les MGF/E violent le droit des filles et des femmes à la vie, à l'intégrité physique et à la santé.

Pourtant, dans certains pays et sociétés, des professionnels de la santé l'ont fait et continuent de le faire. Les faits montrent que la tendance est à la hausse chez bons nombres d'entre eux. En outre, les MGF/E sous forme de réinfibulation ont été documentées comme une procédure de routine après l'accouchement dans certains pays. Les rapports indiquent également que parmi les groupes qui ont immigré en Europe et en Amérique du Nord, la réinfibulation est parfois pratiquée même là où elle est interdite par la loi.

Une série de facteurs peuvent motiver les professionnels de la santé à pratiquer les MGF/E, tels que l'appât du gain financier ou la pression communautaire. Dans les pays vers lesquels les groupes pratiquants ont émigré, certains personnels de santé violent les principes des droits humains et pratiquent la réinfibulation au nom du respect de la culture du patient et de son droit à choisir des procédures médicales, même dans les cas où le patient ne le demande pas.

La médicalisation des MGF/E comporte des risques sérieux. Sa réalisation par le personnel de santé peut légitimer à tort cette pratique comme bénéfique pour la santé des filles et des femmes. Elle peut aussi institutionnaliser davantage la procédure, car les professionnels de la santé détiennent souvent le pouvoir, l'autorité et le respect dans la société. En Égypte, la question de la médicalisation a fait l'objet d'intenses débats, mais la tradition est désormais presque légitimée.

Organismes de réglementation

Les professionnels de la santé devraient reconnaître que les MGF/E, qu'elles soient pratiquées dans un hôpital ou qu'elles le soient dans un tout autre environnement moderne, constituent une atteinte volontaire à des organes sains. N'étant pas fondées sur des raisons thérapeutiques, ces pratiques violent l'injonction professionnelle de « ne pas nuire ». Elles sont contraires à l'éthique, quelle que soit la norme.

Les autorités médicales et les associations professionnelles se sont jointes aux organisations des Nations Unies pour condamner les actions visant à médicaliser les MGF/E. En outre, tous les pays disposent d'organismes de réglementation pour les médecins, les infirmières et les sages-femmes. La Confédération internationale des sages-femmes (CIM) et le Conseil international des infirmières (CII) sont les deux organismes de réglementation pour ce qui concerne respectivement la profession de sage-femme et les soins infirmiers. Les deux organisations ont des politiques de lutte contre la pratique des MGF/E.

Lors de son Assemblée générale en 1994, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (IFGO) a adopté une résolution par laquelle elle s'oppose à la pratique des MGF/E par les obstétriciens et gynécologues. La Fédération « recommande de s'opposer fermement à toute tentative de médicalisation de l'intervention ou d'autorisation de son exécution dans les établissements de santé ou par des professionnels de santé, en toutes circonstances ».

5

5.1. SITUATION DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

À l'instar de nombreux pays d'Afrique, le Sénégal est caractérisé par une grande diversité culturelle. Plus d'une vingtaine d'ethnies y cohabitent en harmonie. Les Wolofs, les Peuls et les Sérères sont les plus nombreux. Ils représentent plus de 80 % de la population. La Casamance est quant à elle peuplée par plus d'une douzaine d'ethnies parmi lesquelles se démarquent démographiquement les Diolas, les Mandingues et les Peuls, ainsi que d'autres peuples minoritaires comme les Manjaques, les Mancagnes, les Balantes et les Baïnuks.

En 2018, le Sénégal occupait le 164° poste sur 189 du classement des états du monde par Indice de Développement Humain.

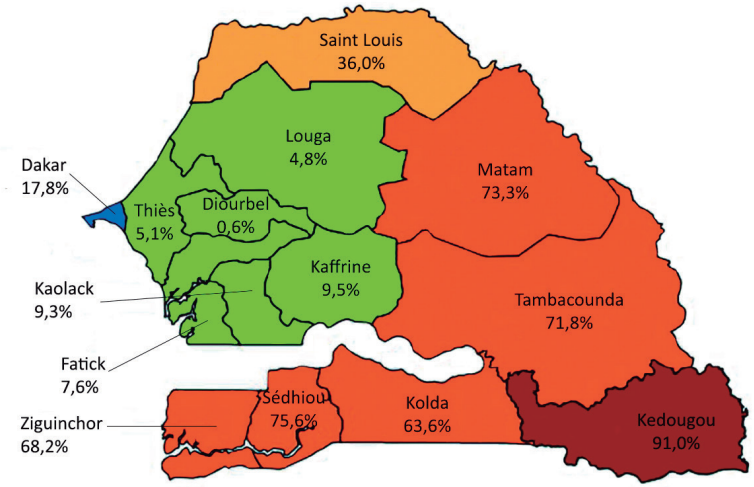
24% des femmes sénégalaises âgées entre quinze (15) et quarante-neuf (49) ans déclarent avoir subi une mutilation génitale féminine. La prévalence a diminué de 4% au cours de la dernière décennie, passant de 28,2 % en 2005 à 24,2 % en 2015. Cette prévalence au niveau national cache cependant de fortes disparités. Elle varie de manière significative selon la région et l'appartenance ethnique. La religion, les conditions socio-économiques, le niveau d'éducation sont également des facteurs qui contribuent à la perpétuation de la pratique.

Les régions de l'est et du sud du pays, notamment en Casamance, présentent les prévalences les plus élevées : Kédougou (91 %), Sédhiou (76 %), Matam (73 %), Tambacounda (72 %), Ziguinchor (68 %) et Kolda (64 %).

La prévalence chez la population féminine en milieu rurale est nettement plus élevée (28 %) qu'en zone urbaine (19 %).

75 % des Mandingues continuent à pratiquer l'excision, de même que 63 % des Soninkés, 59 % des Diolas et 49 % des Peuls. Mais moins de 1 % des Wolofs embrassent cette tradition. On observe également des différences entre sous-groupes d'une même ethnie. Par exemple dans certaines zones de Basse-Casamance les Diolas Kasa ne pratiquent pas l'excision alors qu'au nord du fleuve Casamance,

Carte 3. Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MGF/E, par région



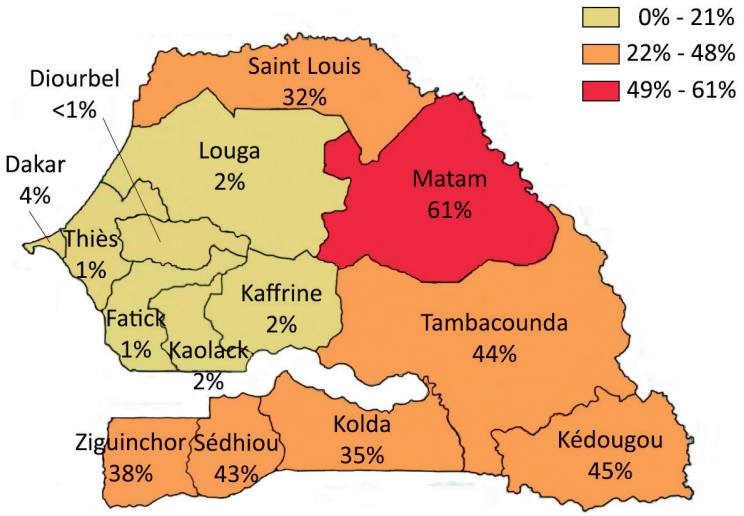
Source donée : EDS Continue 2017

la prévalence au sein d'autres sous-groupes Diolas est supérieure à la moyenne.

La prévalence chez les filles âgées de zéro (0) à quatorze (14) ans tend à diminuer avec le bien-être économique du ménage et le niveau d'instruction de la mère. 4 % des filles de cette tranche d'âge, issues de famille aisée, sont excisées alors que parmi les familles aux revenus les plus bas, la prévalence atteint 26 %. L'excision est également plus fréquemment pratiquée quand la mère n'a pas reçu d'instruction que quand la mère a un niveau moyen/secondaire ou plus (16 % contre 6 %). En Casamance, plus du 1/3 des filles âgées de de zéro (0) à quatorze (14) ans sont excisées.

Selon les résultats de l'enquête démographique et de santé continue (EDS) de 2017, 68 % des femmes excisées déclarent qu'on leur a pratiqué une entaille et/ou enlevé de la chair (type I et II). 10 % présentent une mutilation de type III. Et 22 % des femmes interrogées ne savent pas quel type de mutilation elles ont subi.

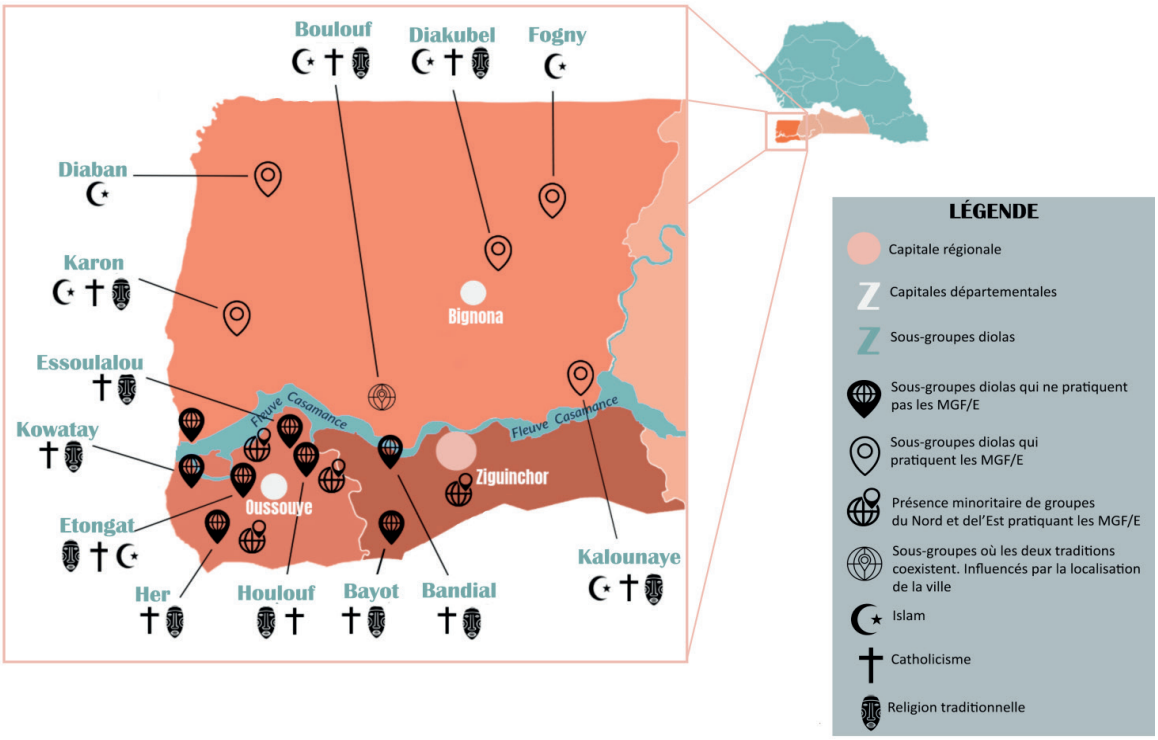
Carte 4. Pourcentage de filles de 0 à 14 ans ayant subi une MGF/E



Source donée : EDS Continue 2017

En Casamance, la majorité des excisions sont de type II. L'infibulation est courante dans le Nord et l'Est du pays, en particulier dans les régions de Saint Louis et Matam où 25 % des femmes âgées de quinze (15) à quarante-neuf (49) ans excisés sont infibulées. Pour leur part, la plupart des groupes de l'orbite mandingue pratiquent les MGF/E de type II, quand d'autre groupes, tels que les Bambara —un groupe minoritaire au Sénégal— pratiquent l'infibulation. La prévalence du type III est supérieure à la moyenne chez les Peuls et les Soninkés (14 %).

Carte 5. Pratique des MGF/E et religion parmi les Diolas de Basse-Casamance

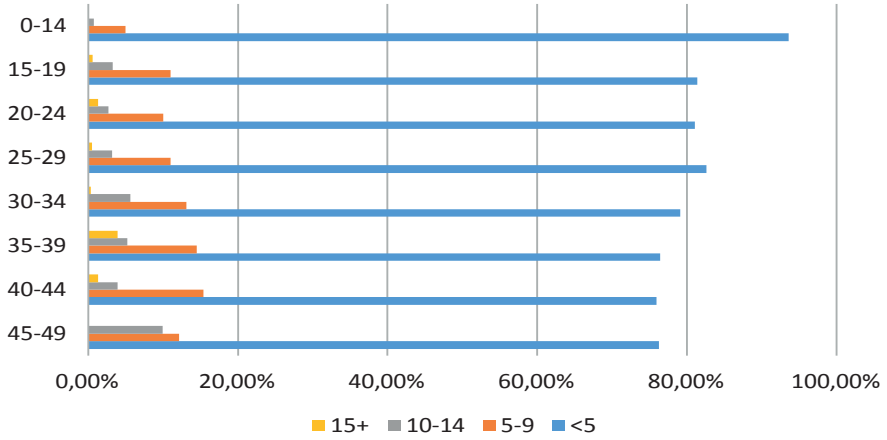


Source donée : ©Fundación Wassu

5.2. ÂGE AUQUEL EST PRATIQUÉE L'EXCISION

Les statistiques récentes confirment que l'excision est pratiquée de plus en plus pendant la plus tendre jeunesse. Alors que 92 % des femmes âgées de quinze (15) à quarante-neuf (49) ans ont été excisées avant leurs dix (10) ans et 80 % avant cinq (5) ans, 94 % des filles âgées de zéro (0) à quatorze (14) ans l'ont été avant de célébrer leur cinquième anniversaire. 23 % des femmes chrétiennes excisées l'ont été après leurs dix (10) ans.

Graphique 2. Âge à l'excision par groupe d'âge



Source donnée : EDS Continue 2017

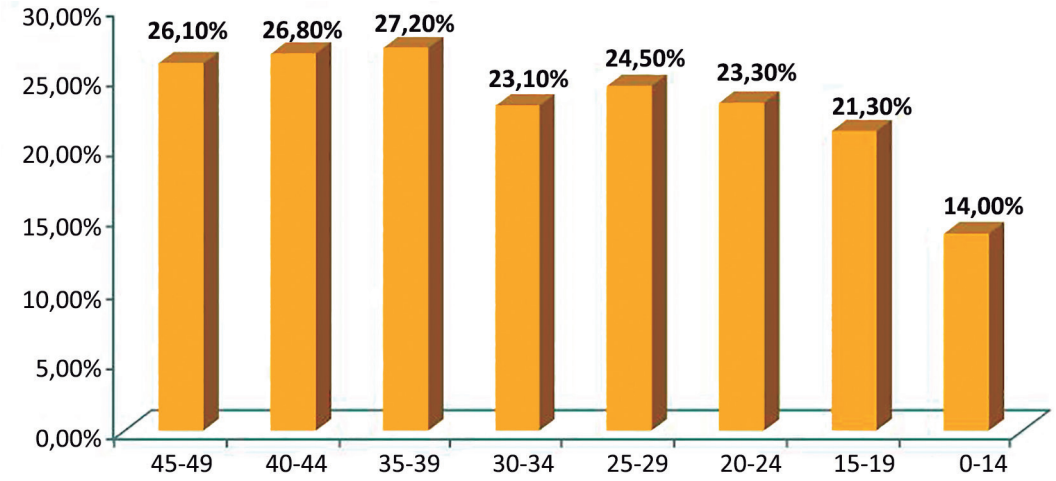
Historiquement, l'excision avait lieu entre quatre (4) et quatorze (14) ans. La célébration de la cérémonie dépendait de multiples facteurs liés au calendrier rituel, à l'organisation de la ville et aux possibilités économiques, mais en général, l'excision était pratiquée avant ou pendant la puberté. Seuls certains groupes de Peuls la réalisaient traditionnellement lorsque la fillette n'était encore qu'un bébé âgé de quelques mois.

De nos jours, en raison du fait que la pratique est entrée dans la clandestinité, cet âge a considérablement diminué dans tous les groupes ethniques, et l'excision est généralement réalisée avant les trois (3) ans, et dans plus de 50 % des cas au cours de la première année de vie.

L'excision est parfois pratiquée à un âge plus avancé, entre seize (16) et dix-huit (18) ans, à l'initiative des jeunes filles désireuses d'assister à la cérémonie d'initiation à laquelle il leur est impossible de participer si elles ne sont pas excisées, ou avant le mariage dans le cas de couple inter-ethnique.

On observe également des différences de prévalence entre générations, celle-ci étant presque deux fois plus élevée chez les femmes de trente-cinq (35) à trente-neuf (39) ans (27 %) que chez les filles de zéro (0) à quatorze (14) ans (14 %).

Graphique 3. Prévalence par groupe d'âge



Source donnée : EDS Continue 2017

5.3. PRISE DE DÉCISION

La pratique de l'excision est une tradition qui se transmet par filiation paternelle. En général, on considère que c'est « une affaire de femmes », dans la mesure où ce sont les femmes elles-mêmes qui organisent la cérémonie. Souvent ce sont les grands-mères et tantes paternelles qui décident de faire exciser les filles. Les hommes ne savent pas vraiment de quelle façon a lieu la procédure ni en quoi elle consiste. Ils sont seulement supposés devoir toujours donner leur accord avant l'excision de leurs filles.

Cependant, la perception du rôle des hommes varie selon le contexte. Dans certaines régions où l'enracinement des MGF/E remonte à quelques décennies, comme en Basse-Casamance, certains hommes s'y sont opposés fermement, sans succès.

5.4.PROCÉDURE

L'excision est essentiellement réalisée par une exciseuse traditionnelle qui se déplace dans les familles qui réunissent généralement plusieurs fillettes. Dans certains cas, notamment lorsque le mari et/ou une partie de la famille sont opposés à l'excision, la grand-mère ou la mère emmène secrètement la fille chez l'exciseuse. Le recours à un professionnel de la santé reste marginal (1 % selon les statistiques disponibles de 2005) et se fait surtout pour réaliser une infibulation.

Bien qu'ils tombent progressivement en désuétude aux profits de médicaments, plusieurs produits naturels, tels que le beurre de karité ou des herbes médicinales, sont encore utilisés dans le processus de cicatrisation, notamment en milieu rural isolé.

5.5. INITIATION ET PÉRIODE DE RÉCLUSION

Historiquement et dans plusieurs groupes ethniques, l'excision et l'initiation étaient pratiquées successivement, avec une période de réclusion pouvant durer plus d'un mois, généralement juste avant le dé- but de la saison des pluies. À la fin de la réclusion, une grande cérémonie publique de présentation des filles était célébrée.

Lorsqu´elles étaient espacées dans le temps, d'abord l'excision puis l'initiation, la période de récupéra- tion suivant l'excision durait quelques jours, et deux grandes célébrations publiques étaient organisées.

Avec la pénalisation des MGF/E, les familles se sont retranchées dans la clandestinité pour perpétuer la pratique, l'excision continuant à être réalisée par une exciseuse traditionnelle, mais secrètement. Chez les fillettes âgées de quelques mois ou un (1) an, l'excision implique une période de récupération de deux ou trois jours, davantage si la fille est plus âgée. Mais elle ne donne plus lieu à une célébration publique, ou bien uniquement en petit comité avec la famille proche.

Des années plus tard, différentes générations de filles excisées sont regroupées pour l'initiation qui se fait sur quelques jours dans les villages, voir seulement sur un week-end en milieu urbain. Seules les filles excisées peuvent participer à la cérémonie publique. Si une jeune femme non circoncise veut participer à l'initiation, elle est excisée les jours précédant le début de la grande cérémonie, quel que soit son âge.

5.6. POURQUOI PRATIQUE-T-ON LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES AU SÉNÉGAL ?

Les raisons invoquées par les groupes qui pratiquent l'excision sont multiples et varient d'une communauté à l'autre :

- **La religion**. Bien qu'antérieure à l'apparition des religions monothéistes et qu'aucun texte ne prescrive sa pratique, les MGF/E sont souvent justifiées au nom d'une supposée doctrine religieuse. La pratique se retrouve aussi bien dans des populations musulmanes, chrétiennes ou animistes. Chez les Mandingues, les Peuls, une femme non circoncise ne peut s'approcher de la mosquée.

- **Le maintien d'une identité culturelle**. L'excision est considérée comme faisant partie du rite de passage nécessaire pour accéder au statut de femme adulte, qui permet notamment de participer à la prise de décision du groupe de femmes de la communauté. Cette tradition initiatique, facteur de cohésion du groupe, est particulièrement ancrée chez les Diolas. De même, la coutume —« les grands-mères de nos grands-mères pratiquaient l'excision »— demeure un argument de poids pour justifier la pratique dans les communautés mandingues, peules ou diolas.

- **Le contrôle de la sexualité féminine.** Les communautés pratiquantes pensent que les MGF/E, en préservant le désir sexuel, aident à garantir la virginité avant le mariage (en particulier chez les Peuls) et à empêcher les relations adultérines, les femmes étant considérées parfois comme insatiables si le clitoris n'est pas retiré. Cependant, certains hommes de Casamance pensent que, cherchant à connaître le plaisir, les femmes excises sont plus disposées à la promiscuité sexuelle. Le contrôle de la sexualité féminine est lié à l'honneur personnel de la femme, de sa familial et de son mari.

- **L'hygiène et la santé.** Les communautés pratiquantes considèrent que l'excision assure une meilleure hygiène (« les femmes non circoncises sentent mauvais »), améliore la fertilité, facilite l'accouchement et prévient la mort du nouveau-né.

- **Autres facteurs sociologiques et mythes**.
  - ***Éducation.*** Une fille excisée est une fille instruite qui sait se comporter en société.
  - ***Genre.*** Pour les femmes Diolas, l'excision est l'équivalent à la circoncision masculine, et leur donne force et pouvoir, leur permettant d'être égales aux hommes.

5.7. RECHERCHE ET CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

Les données statistiques disponibles sur les MGF/E sont basées sur les déclarations des femmes qui participent à l'Enquête Démographique et de Santé (EDS). L'EDS est une source riche d'informations mais, considérant l'illégalité de la pratique, on peut s'interroger sur la fiabilité des données concernant les filles de zéro (0) à quatorze (14) ans. La question sur la personne ayant procédé à l'excision a par ailleurs disparu de l'EDS depuis 2014, ne permettant pas de surveiller l'évolution de la médicalisation de la pratique.

De nombreuses recherches sur l'excision au Sénégal ont été publiées depuis les années 90. Il existe une grande littérature anthropologique et sociologique sur les variables influant la prévalence, et les facteurs sociologiques et religieux expliquant la perpétuation de la pratique.

Ultérieurement, sont apparues des études spécifiques sur les droits en matière de reproduction, sur l'impact de la législation contre les MGF/E, l'usage des TIC dans la prévention de l'excision, ainsi que des études de cas particulières dans différentes régions du Sénégal, telles que la Basse Casamance ou le Futa Toro.

Au cours des quinze (15) dernières années, plusieurs études cliniques et discussions biomédicales ont été publiées, notamment sur les complications obstétricales chez les femmes sénégalaises excisées, sur la différence des pratiques dans les différentes cultures du Sénégal et leur impact sur la santé des femmes, sur la gestion de l'hygiène menstruelle liée aux MGF/E dans plusieurs régions du pays.

Par ailleurs, plusieurs études abordant la problématique de l'excision chez les sénégalaises vivant en Europe, et les sénégalaises de deuxième génération ont été publiées dans les dernières années.

5.8. LÉGISLATION

Le Sénégal a été dans les premiers pays africains à légiférer en matière de mutilation génitale féminine. Sous l'impulsion du collectif des femmes parlementaires relayé par les organisations de femmes, son Assemblée Nationale a voté la loi n°99 05 du 29 janvier 1999 pénalisant la pratique de l'excision, non sans manifestations locales dans plusieurs régions du pays, notamment en Casamance. Cette loi est modifiée depuis 2005 pour appliquer la peine maximale au personnel de santé participant à une MGF/E.

La loi prévoit :

- « Sera puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans quiconque aura porté ou tenté de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital d'une personne de sexe féminin par ablation totale ou partielle d'un ou plusieurs de ses éléments, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen.
- La peine maximale sera appliquée lorsque ces mutilations sexuelles auront été réalisées ou favorisées par une personne relevant du corps médical ou paramédical.
- Lorsqu'elles auront entraîné la mort, la peine des travaux forcés à perpétuité sera toujours prononcée.
- Sera punie des mêmes peines toute personne qui aura, par des dons, promesses, influences, menaces, intimidations, abus d'autorité ou de pouvoir, provoqué ces mutilations sexuelles ou donné les instructions pour les commettre. »

Par ailleurs, la Constitution interdit la discrimination (article 5) ; garantit l'égalité entre hommes et femmes (article 7) ; et interdit toute forme de violence, d'abus sexuel ou de traitement dégradant (article 13).

En outre, le Sénégal a ratifié de nombreuses conventions et traités internationaux relatifs à la lutte contre les MGF/E, y compris ceux-ci :

- Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), y compris le Protocole facultatif, ratifiés en 1985 et 2000 respectivement.
- Convention relative aux droits de l'enfant (CRC), y compris le Protocole facultatif, ratifiés en 1990 et 2004 respectivement.
- Déclaration universelle des droits de l'homme (UDHR), qui figure dans le préambule de la Constitution du pays.
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ICCPR), y compris le Protocole facultatif, qui ont tous deux étés ratifiés en 1978.
- Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant, ratifiée en 1988.
- Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (le « Protocole de Maputo »), ratifié en 2004.

- Charte Africaine sur les Droits de l'Homme et des Peuples (la « Charte de Banjul ») ratifiée en 1982.

En décembre 2010, une étude diligentée par le Ministère de la Femme, de l'Enfance et de l'Entreprenariat féminin fait un état des lieux de l'application de la loi n°99-05, concluant qu'elle n'a été que rarement appliquée. De fait, en vingt (20) ans, il y a eu très peu de poursuites et de condamnations en matière de MGF/E, moins d'une douzaine pour être précis.

5.9. EFFORTS DÉPLOYÉS POUR L'ABANDON DES MGF/E

Dès les années 70 le gouvernement sénégalais s'est engagé dans l'abandon des MGF/E à travers le ministère chargé de la promotion du statut de la femme et en collaboration avec les ONG et les associations de femmes. Cette lutte s'est traduite dans un premier temps par des prises de position politique. Le 6 février 1984, Dakar accueillait déjà une conférence internationale sur la lutte contre les pratiques traditionnelles nuisibles à la santé de la femme, dont les MGF/E. Le 20 novembre 1997, le président de la République du Sénégal prenait ouvertement position contre l'excision à l'occasion du Congrès Mondial des Droits de l'Homme tenu à Dakar. Ces efforts culminent par l'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi n°99 05 du 29 janvier 1999 interdisant la pratique de l'excision sous toutes ses formes, notamment grâce aux efforts du Collectif des Femmes Parlementaires.

Depuis la fin des années 1990, le gouvernement sénégalais implémente des plans d'action nationaux de lutte contre l'excision. Ainsi, le Programme National de Santé Reproductive lancé en 1997 comprend un sous-programme sur les MGF/E et la violence contre les femmes, les filles et les adolescentes. Un plan d'action national pour la période 2001-2005 et un second pour la période 2010-2015 ont suivi ce programme. Le but restait le même : éradiquer la pratique des MGF/E 2015. Le plan d'action gouvernementale de sensibilisation préconise une intervention dans différents domaines : recherche sociologique sur l'excision, organisation de campagnes d'information-éducation-communication (IEC), programmes liés à l'éducation dans les écoles, intégration des MGF/E dans la routine de collecte de données en milieu sanitaire, formation du personnel de santé, etc.

Parallèlement aux efforts du Gouvernement et avec l'appui des bailleurs de fonds internationaux, de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG), internationales et locales, interviennent au Sénégal dans la lutte contre les MGF/E selon différentes approches :

- **Approche centrée sur les conséquences médicales des MGF/E,** avec des sessions de formations de groupes-cibles (leaders communautaires et religieux, exciseuses, groupes de femmes, autorités), de campagnes IEC, de conférences etc, organisées par de nombreuses ONG tels que ASBEF, COSEPRAT, Femmes et Société, Enda-Accas, Save the Children.

- **Approche légale.** Le Collectif des Femmes Parlementaires et le réseau Siggil Jigéen orientent leurs interventions sur la vulgarisation de la loi contre l'excision et le lobbying législatif pour l'amélioration du statut de la femme sénégalaise.

- **Approche des droits de l'homme et de la dynamique du changement social**. Des ONG comme Tostan promeuvent des programmes intégrés d'autonomisation des communautés, programmes dans lesquels les déclarations publiques d'abandon des MGF/E font partie du processus de changement de comportement communautaire. La première « déclaration d'abandon » a eu lieu en 1996 à Malicounda, près de Dakar, et les déclarations se sont multipliées au cours des vingt (20) dernières années. Mais il est difficile de vérifier la sincérité de ces déclarations, dont l'efficacité varie d'une communauté/ville/région à l'autre.

- **Approche économique pour la reconversion des exciseuses.** En plus de sensibiliser les exciseuses sur les risques liés à la pratique des MGF/E, certaines ONG comme Siggil Jiggen et Tostan leur proposent une alternative économique sous forme de micro-crédit ou de fourniture d'un outil de travail afin qu'elles abandonnent définitivement leur métier.

- **Approche religieuse.** L'implication des dirigeants musulmans des différentes confréries de tout le pays est recherchée. En Casamance, les Imams ont fait des déclarations publiques à cet égard.

- **Approche centrée sur l'éducation des filles.** Dans la majeure partie du pays, les filles quittent l'école avant les garçons, pour des raisons diverses. Plusieurs projets renforcent les capacités éducatives des jeunes femmes, en mettant l'accent sur de nombreux aspects allant des questions liées à la santé à l'autonomisation des filles pour qu'elles puissent parler en public.

- **Approche médiatique et artistique.** Les ONG qui interviennent au niveau communautaire ont souvent recours aux radios locales pour mener des campagnes de sensibilisation, et également à des communicateurs/trices traditionnels/lles pour informer la population des conséquences sanitaires et légales de la pratique de l'excision à travers des chants, des sketchs, du théâtre. Les médias nationaux —radios, télévision (RTS)— diffusent également de leur propre initiative des reportages et programmes sur les conséquences de la pratique. Plusieurs artistes sénégalaises (Sista Fa, Mama Sadio, Coumba Gawlo, etc.) ont composé des chansons pour promouvoir l'abandon de l'excision, recevant alors l'appui de UNFPA et d'ONG internationales dans ce combat. Alors que

Enda publie la bande dessinée Le Choix de Bintou en 1999 comme outil de sensibilisation, d'autres ONG comme Tostan travaillent avec des documentaires, tels que L'Appel de Diegoune (2008). En 2011 sort le documentaire Sarabah, consacré à la chanteuse Sister Fa et à la lutte contre l'excision.

Au Sénégal, la diversité culturelle et la pluralité de contextes politiques requièrent l'identification de stratégies de sensibilisation adaptées à chaque communauté, en tenant compte de leurs caractéristiques et de leurs propres divisions internes (genre, castes, générations...). Sans oublier l'approche multidimensionnelle, il est en outre nécessaire de sensibiliser particulièrement les jeunes, les chefs religieux, mais aussi de renforcer la formation du personnel de santé et son rôle d'agent de transfert de connaissances aux patients.

Les MGF/E portent atteinte à l'intégrité des organes reproducteurs féminins et elles sont pratiquement toujours réalisées à l'aide d'instruments rudimentaires tels que du verre, des couteaux ou des lames de rasoir. Les complications engendrées à court terme comme à long terme sont nombreuses, et les hémorragies ou les infections suite à l'intervention peuvent entraîner la mort de certaines jeunes filles. L'accouchement est plus problématique chez les femmes excisées que pour celles qui ne le sont pas. Les MGF/E peuvent aussi provoquer la mort des nouveau-nés. Cette pratique touche actuellement près de deux-cents millions (200 000 000) de femmes et de jeunes filles à travers le monde.

Les complications associées aux MGF/E peuvent être classées comme suit : complications physiques immédiates, complications physiques à long terme, complications psychosociales, complications sexuelles et risques pour l'accouchement.

6

6.1. COMPLICATIONS PHYSIQUES IMMÉDIATES

Les types de complications associées aux MGF/E sont très variés. Parmi les complications les plus immédiates figurent les suivantes : douleur, hémorragie, choc, lésion tissulaire, rétention urinaire aiguë, fracture ou dislocation, infection et défaut de cicatrisation.

Le décès

Il peut être dû à un choc hémorragique ou septique.

Douleur

La douleur aiguë fait partie des complications physiques immédiates. Elle peut s'expliquer par deux aspects : d'une part, par l'importante innervation des organes génitaux féminins (figure 3) ; d'autre part, par le fait que cette intervention est pratiquée avec des instruments inappropriés et sans anesthésie. La douleur est parfois si intense qu'elle peut engendrer un état de choc.

Hémorragie

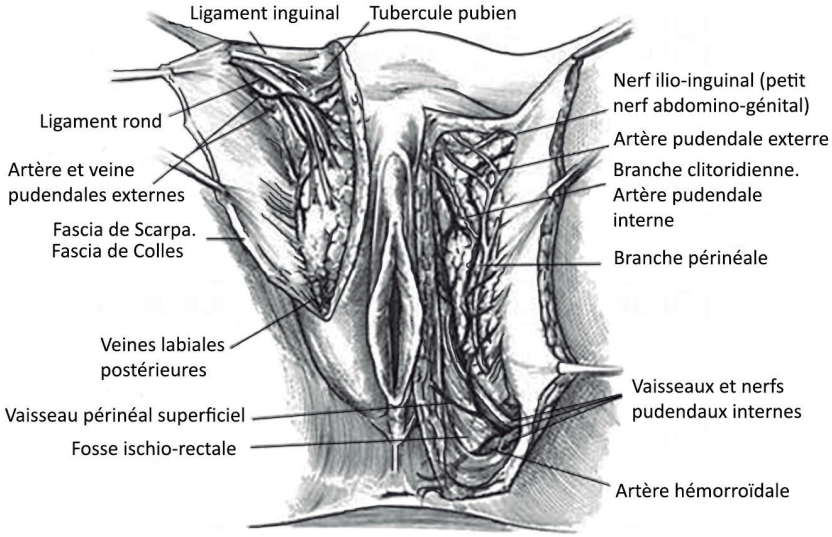
L'excision du clitoris implique de couper l'artère clitoridienne où s'écoule un flux sanguin important à haute pression. Le tamponnement, la ligature ou la suture peuvent ne pas s'avérer efficaces pour faire cesser le saignement et empêcher une hémorragie. Une hémorragie tardive peut avoir lieu au bout d'une semaine à la suite du détachement du caillot sur l'artère en raison d'une infection. L'incision des lèvres engendre d'autres dommages au niveau des vaisseaux sanguins et des glandes de Bartholin. L'hémorragie représente la conséquence la plus courante et la plus dangereuse des MGF/E.

Choc

Juste après la procédure, la jeune fille peut entrer dans un état de choc en raison de la perte soudaine de sang (choc hémorragique), de la douleur aiguë et du traumatisme, ce qui peut s'avérer mortel. Il est

important de savoir qu'une grande partie de la population féminine des régions susmentionnées souffre d'anémie chronique, à laquelle n'échappent pas les jeunes filles. L'anémie accélère le déclenchement du choc hémorragique. Dans la figure 3, nous pouvons observer l'irrigation du système reproducteur féminin. La variété de vaisseaux sanguins de petite, moyenne et grande tailles disponibles à ce niveau illustre les dommages potentiels pouvant menacer leur intégrité.

Figure 3. Irrigation et innervation du système reproducteur féminin



Lésion des organes de voisinage

Ces lésions sont dues aux conditions peu commodes de la pratique et l'absence de connaissance anatomique de l'exciseuse. Elles sont majorées par les mouvements de défense et la mauvaise contention, sources de blessures supplémentaires des organes voisins : plaie de l'urètre, plaie du vagin, plaie du périnée postérieur, plaie du rectum avec parfois fistule recto-vaginale.

Une lésion traumatique du méat urétral, du vagin, du périnée ou du rectum peut survenir avec l'utilisation d'instruments rudimentaires ou du manque de connaissances de la personne qui opère en matière d'anatomie et de physiologie des organes génitaux féminins. La mauvaise vision des personnes

qui pratiquent l'excision, l'utilisation de techniques négligentes ou le manque d'éclairage augmentent le risque de lésion, particulièrement probable si la jeune fille se débat en raison de la douleur et de la peur.

Le traumatisme du méat urétral est à l'origine d'une méatite (inflammation) qui va se manifester par des brûlures mictionnelles vives.

La peur de la jeune fille d'avoir mal au passage de l'urine sur la plaie non cicatrisée du méat urétral peut être à l'origine d'une rétention complète d'urine réflexe. Cette rétention est courante et peut durer de quelques heures à plusieurs jours. Ces complications urinaires précoces sont surtout liées aux types I et II des MGF/E.

Parfois la rétention complète d'urine survient juste après infibulation (type III des MGF/E) du fait de la suture des lèvres devant le méat urétral (obstruction urinaire).

Les palies vaginales, hyméneaules et vulvaires antérieures font l'objet d'hémorragie massive dans l'immédiat mais également d'infection aiguë locale (abcès) mais aussi générale (septicémie) ou septicipoyohémie.

Fracture ou dislocation

Les fractures de la clavicule, du fémur ou de l'humérus, ou encore la dislocation de l'articulation de la hanche peuvent survenir si une forte pression est exercée pour empêcher la jeune fille de se débattre pendant l'incision. Il est courant que plusieurs adultes retiennent une jeune fille pendant la mutilation/incision.

Infection de la plaie

L'infection de la plaie est très courante pour les raisons suivantes :

- Conditions non hygiéniques ;
- Utilisation d'instruments non stérilisés ;
- Application sur la plaie de substances telles que des herbes ou des cendres, qui favorisent la prolifération des bactéries ;
- Le fait d'attacher les jambes suite à la MGF/E de type III (infibulation), qui empêche le drainage de la plaie ;
- Contamination de la plaie par de l'urine et/ou des excréments.

Les infections peuvent empêcher la cicatrisation de la plaie et entraîner un abcès, de la fièvre, une infection pelvienne, le tétanos, la gangrène ou une septicémie. Les infections aiguës peuvent être mortelles. Les mutilations en groupe, où les mêmes instruments sont utilisés sur plusieurs jeunes filles, sans les nettoyer, présentent un risque de transmission de maladies à diffusion hématogène, telles que le VIH et l'hépatite B. Néanmoins, aucun cas de transmission n'a été confirmé à ce jour.

Défaut de cicatrisation

Les plaies peuvent ne pas cicatriser rapidement en raison de l'infection ou de l'irritation provoquée par l'urine, voire du frottement qui se produit en marchant. Cela peut produire une plaie purulente et suintante, ou un ulcère infecté chronique.

6.2. COMPLICATIONS PHYSIQUES À LONG TERME

Parmi les complications physiques à long terme peuvent figurer les suivantes :

Complications urinaires

Elles découlent de l'obstruction urinaire créée par la sténose du méat urétral, l'infibulation, la pseudo-infibulation, les cicatrices chéloïdes ou les kystes dermoïdes.

Le traumatisme du méat urétral va entrainer une méatite qui, en cicatrisant, peut être à l'origine d'une sténose du méat urétral (fibrose cicatricielle rétractile). Cette sténose du méat urétral se manifeste par une dysurie (miction difficile). Elle peut se compliquer d'une rétention vésicale chronique incomplète d'urine (stase urinaire vésicale) qui est un facteur favorisant de la cystite aiguë récidivante (infection urinaire basse) et de la formation de lithiases urinaires vésicales. L'infection urinaire basse peut parfois s'étendre au haut appareil urinaire et entrainer une pyélonéphrite aigue (infection urinaire haute).

Après une MGF/E de type III (infibulation), l'accolement cicatriciel des lèvres devant le méat urétral crée une obstruction urinaire lors de la miction (obstruction urinaire sous vésicale). Il en est de même dans la pseudo-infibulation (accolement cicatriciel des petites lèvres) qui est une complication de la MGF/E de type II. L'obstruction ainsi formée devant le méat urétral peut être à l'origine d'une dysurie et d'une rétention vésicale chronique incomplète d'urine (stase urinaire vésicale).

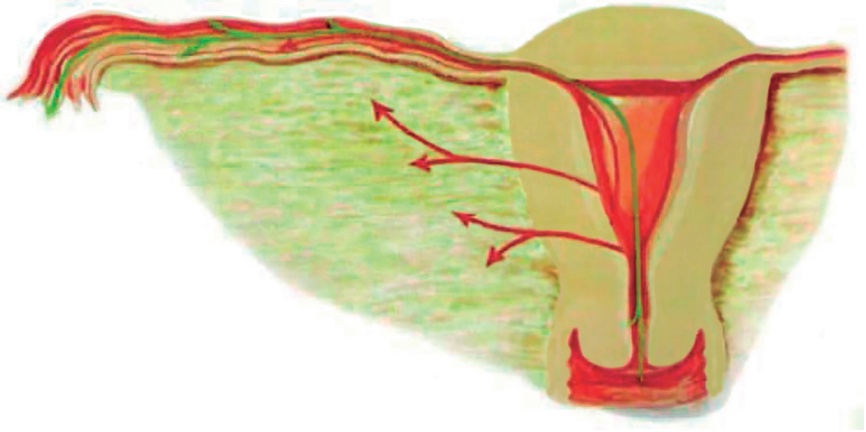
Les cicatrices chéloïdes et les kystes dermoïdes peuvent également créer une obstruction urinaire en comprimant le méat urétral.

La fistule urogénitale est une communication anormale entre l'appareil urinaire et l'appareil génital féminin. Elle est souvent d'origine obstétricale du fait d'un accouchement dystocique. Cette dystocie peut être mécanique et liée aux MGF/E notamment de type III. La fistule urogénitale est le plus souvent vésico-vaginale ou urétro-vaginale. Elle se manifeste dans ces cas par une perte involontaire permanente d'urine par le vagin. Elle peut être associée dans certains cas à une fistule recto-vaginale.

Infections pelviennes

Elles sont douloureuses et peuvent être accompagnées de sécrétions. Les infections peuvent s'étendre à l'utérus, aux trompes de Fallope ainsi qu'aux ovaires et provoquer la stérilité (voir la figure 4).

Figure 4. Propagation de l'infection



Dyspareunies

Elles sont fréquentes pour des raisons mécaniques évidentes qui atténuent la libido et altèrent la qualité des rapports sexuels. Il s'agit d'une conséquence commune à plusieurs formes de MGF/E en raison de la cicatrice liée à cette pratique, de la réduction de l'orifice vaginal et des complications telles qu'une infection. La pénétration vaginale peut être difficile, voire impossible, et il peut s'avérer nécessaire d'inciser à nouveau. Le vaginisme peut survenir suite à la lésion de la zone vulvaire ; l'orifice vaginal subit des contractions, qui causent des douleurs considérables.

Béance ou rétrécissement vuvlaire

Ils surviennent en raison du manque d'élasticité des tissus cicatriciels.

La stérilité

La stérilité peut survenir si une infection pelvienne provoque des dommages irréparables au niveau des organes reproducteurs.

Cicatrice chéloïde

Une guérison lente et incomplète de la plaie ainsi qu'une infection post-opératoire peuvent entraîner la production d'un excès de tissu conjonctif dans la cicatrice (chéloïdes). Cela peut obstruer l'orifice vaginal et mener à une dysménorrhée (menstruations douloureuses). Une chéloïde peut également obstruer le méat urétral puis entrainer une stase urinaire vésicale (rétention chronique incomplète d'urine). Suite à l'infibulation, le tissu cicatriciel peut s'épaissir au point d'empêcher la pénétration pénienne, puis des problèmes sexuels ou psychologiques.

Figure 5. Chéloïde

Abcès

Infection profonde suite à une mauvaise cicatrisation ou à un point de suture incarné, pouvant nécessiter une intervention chirurgicale (voir la figure 6).

Kystes sur la vulve

Les kystes dermoïdes d'implantation représentent la complication la plus courante liée à l'infibulation (voir la figure 7). De taille variable, ils peuvent parfois devenir si gros qu'une balle et s'infecter. Ils peuvent également obstruer le méat urétral et entrainer une stase urinaire vésicale (rétention chronique incomplète d'urine). Ils sont extrêmement douloureux et empêchent les rapports sexuels.

Figure 6. Chéloïde

Figure 7. Kyste

Photographies données: ©Dr Moustapha Touré

Névrome clitoridien

Un névrome douloureux peut se développer en conséquence du coincement du nerf clitoridien dans un point de suture ou dans le tissu cicatriciel de la plaie. Il peut entraîner une hypersensibilité et une dyspareunie.

Hématocolpos

Il est à l'origine de dysménorrhées et d'infections génitales basses dont l'extension au haut appareil génital peut entraîner des salpingites et des endométrites sources de synéchies et de stérilité.

Figure 8. Hématocolpos-hématométrie chez une jeune femme avec infibulation

L'hématocolpos peut se présenter sous forme de membrane bleuâtre gonflée dans l'orifice vaginal et peut empêcher la pénétration lors des rapports sexuels. Il peut également provoquer une distension abdominale qui, en association avec le manque de flux menstruel, peut donner lieu à une impression de grossesse, avec les implications sociales graves que cela peut supposer pour les femmes affectées.

Photographie donnée: ©Dr Moustapha Touré

Difficulté de menstruation

Une menstruation difficile peut survenir suite à une occlusion partielle ou totale de l'orifice vaginal.

Formation de calculs dans le vagin

Cette affection peut apparaître en conséquence de l'accumulation de débris menstruels et de dépôts urinaires dans le vagin ou dans l'espace situé derrière le tissu cicatriciel qui se forme après l'infibulation.

Dysfonction sexuelle

La dysfonction sexuelle peut affecter les deux partenaires en raison de la douleur et de la difficulté à pénétrer le vagin, ainsi que de la réduction de la sensibilité sexuelle à la suite d'une clitoridectomie.

Pendant la grossesse, le risque d'infections locales urinaires et génitales est accru, entraînant un risque aggravé de fausse couche spontanée, de rupture prématurée des membranes et de menace d'accouchement prématuré.

Risques lors de l'accouchement

Une étude de l'OMS menée dans plusieurs pays et à laquelle ont participé plus de vingt-huit mille (28 000) femmes a confirmé que les risques d'effets indésirables lors de l'accouchement étaient considérablement plus élevés chez les femmes ayant subi une MGF/E. Un plus grand nombre de césariennes et d'hémorragies post-partum a été relevé chez les femmes ayant subi une MGF/E des types I, II et III par rapport à celles qui n'y ont pas été soumises. Par ailleurs, le risque augmentait avec la dureté de la procédure.

La même étude a révélé un autre fait frappant : la MGF/E pratiquée sur les mères à un effet négatif sur leurs nouveau-nés. Parmi les cas les plus graves, le taux de mortalité des bébés lors de l'accouchement et immédiatement après est supérieur pour ceux qui naissent de mères ayant subi une excision par rapport aux autres. Le risque de mort parmi les bébés suit les proportions suivantes :

- 15 % plus élevé pour ceux qui naissent de mères ayant subi un type I ;
- 32 % plus élevé pour ceux du type II ;
- 55 % plus élevé pour ceux du type III.

Les conséquences des MGF/E pour la plupart des femmes qui accouchent hors du milieu hospitalier sont potentiellement encore plus graves. Le grand nombre d'hémorragies post-partum (mettant en jeu le pronostic vital) est particulièrement inquiétant aux endroits où les services de santé sont médiocres et où les femmes n'y ont pas facilement accès.

En Gambie, deux études cliniques ont été réalisées par Kaplan et al. sur les conséquences sanitaires des MGF/E (2011, 2013). La première étude a prouvé que deux cent quatre-vingt-dix-neuf (299) patientes sur huit-cent soixante-onze (871) (34,3 %) présentaient des complications après avoir subi une excision, surtout des infections. Même avec le type I, une (1) femme examinée sur cinq (5) présentait des complications. La deuxième étude clinique s'est axée sur les conséquences à long terme ainsi que sur les complications pendant l'accouchement et pour le nouveau-né. Les femmes ayant été soumises aux types I et II étaient considérablement plus enclines aux problèmes de santé à long terme (dysménorrhée, douleur vulvaire ou vaginale), aux problèmes associés à une cicatrisation anormale (fibrose, chéloïde, synéchie) et à la dysfonction sexuelle. Les femmes soumises aux MGF/E étaient également plus susceptibles de souffrir de complications pendant l'accouchement (déchirement du périnée, travail avec obstruction, épisiotomie, césarienne et bébé mort-né) et de complications associées à une cicatrisation anormale après la MGF/E. De même, il a été découvert que les nouveau-nés avaient plus de chances de subir des complications telles que la souffrance fœtale et le *caput succedaneum* de la tête.

Au niveau clinique, il est nécessaire de disposer d'une bonne procédure pour assurer une prise en charge efficace des cas, ainsi que pour dispenser des soins de santé de qualité et réaliser le suivi des femmes ayant subi des MGF/E. Dans certains pays, des protocoles ont été établis pour que les infirmières et les sages-femmes enregistrent de façon routinière les cas de MGF/E, le type correspondant et la complication associée. Certains établissements de santé ont intégré la tenue de registres dans leur règlement intérieur.

Lors de l'accouchement, on peut voir survenir les complications suivantes :

Travail prolongé

Par obstacle à la progression du mobile fœtal et à l'expulsion de l'enfant, surtout en cas d'infibulation.

Fistules urogenitales d'origine obstétricale

La rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale peut également être responsable d'ischémie et de nécrose des cloisons vésico-vaginale ou recto-vaginale, source de fistules vésico ou recto-vaginales s'exprimant par une incontinence urinaire ou fécale ultérieure, aux conséquences dramatiques sur le plan social.

Déchirure perineales

Par désunion de la cicatrice d'infibulation ou par étroitesse du canal vaginal ; l'expulsion se fait violemment avec délabrement des tissus périnéaux en l'absence d'épisiotomie dont les indications sont ici majorées.

Une hypoxie fœtale

Elle peut survenir avec risque de séquelles neurologiques ou de mort de l'enfant.

Problèmes lors de l'accouchement

Figure 9. Accouchement dystocique après infibulation chez une primigeste de 16 ans

Photographie donnée: ©Dr Moustapha Touré

Ces troubles sont plus courants dans le cas de MGF/E extrêmes, car le tissu cicatriciel épais qui se forme produit une occlusion partielle ou totale de l'orifice vaginal. La difficulté d'exploration lors d'un accouchement peut entraîner un monitoring incorrect de la phase de travail et de la présentation fœtale. Un accouchement prolongé et avec obstruction peut mener à un déchirement du périnée, une hémorragie, la formation de fistules, ainsi que l'inertie, la rupture ou le prolapsus de l'utérus. Ces complications peuvent être nuisibles pour le nouveau-né (y compris l'accouchement d'un enfant mort-né) et entraîner la mort de la mère. En cas de fausse couche, le fœtus peut être retenu dans l'utérus ou la filière pelvienne.

6.3. COMPLICATIONS PSYCHOSOCIALES

Diverses circonstances liées à cette pratique peuvent engendrer des problèmes psychosociaux. Généralement réalisées sur des filles, les MGF/E sont souvent précédées d'actes de tromperie, d'intimidation, de contrainte et de violence de la part de l'entourage de l'enfant. Les filles sont

généralement conscientes lorsque la douloureuse intervention a lieu. Elles sont souvent retenues physiquement, car elles se débattent. Dans certains cas, elles sont forcées à regarder la mutilation d'autres jeunes filles. Pour certaines, la mutilation est un événement marqué par la peur, l'ambivalence et la suppression de sentiments. Cette expérience laisse un souvenir traumatique qui peut affecter leur développement mental. Elles souffrent en silence. Les fillettes peuvent avoir des sentiments de trahison, d'amertume et de colère lorsqu'elles sont soumises à un tel supplice, même si elles reçoivent le soutien de leurs familles immédiatement après l'opération d'excision.

Les souvenirs à long terme de la douleur liée aux MGF/E peuvent affecter le rapport entre la fille et ses parents. Ils peuvent aussi affecter sa capacité à développer des relations de confiance dans le futur.

L'expérience des MGF/E a été associée à un ensemble de troubles mentaux et psychosomatiques. Par exemple, certaines jeunes filles ont signalé des troubles au niveau de leurs schémas alimentaires, leurs habitudes de sommeil et leur humeur. Parmi les symptômes figurent l'insomnie, les cauchemars, la perte d'appétit, la perte de poids ou le gain de poids excessif. Certaines victimes souffrent de crises de panique, de problèmes de concentration et d'apprentissage, ainsi que d'autres symptômes de stress post-traumatique.

En grandissant, les femmes peuvent souffrir de certains des troubles suivants :

- Stress ;
- Sentiment d'être incomplète ;
- Sentiment de peur, d'humiliation et de trahison ;
- Sentiment d'insécurité et manque de confiance en autrui ;
- Perte d'estime de soi ;
- Dépression ;
- Anxiété chronique ;
- Phobies ;
- Crises de panique ;
- Névrose.

Les jeunes filles qui n'ont pas été excisées sont susceptibles d'être stigmatisées et rejetées par leurs communautés. Elles peuvent ne pas être en mesure de se marier avec un membre de leur communauté. Ce qui peut engendrer un traumatisme psychologique.

6.4. COMPLICATIONS SEXUELLES

Les problèmes sexuels faisant suite aux MGF/E peuvent affecter les deux partenaires dans un couple, à commencer par la peur lors du premier rapport sexuel. Comme nous l'avons dit, les femmes excisées peuvent souffrir de rapports sexuels douloureux pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- Cicatrice ;
- Sécheresse vaginale ;
- Vaginal étroit ;
- Obstruction du vagin en raison de l'élongation des petites lèvres ;
- Complications telles qu'une infection.

Figure 10. Déchirure de la vulve d'une jeune femme infibulée lors d'une tentative de pénétration

Pour les femmes dont l'orifice vaginal est étroit, la pénétration peut s'avérer difficile, voire impossible, sans déchirer ou rouvrir la cicatrice. Cela peut entraîner une perte d'estime de soi ainsi qu'un dysfonctionnement sexuel. Le vaginisme peut survenir suite à la lésion de la zone vulvaire. L'inhibition du coït en raison de la crainte d'avoir mal peut nuire aux rapports conjugaux et même mener au divorce.

Photographie donnée: ©Dr Moustapha Touré

Une étude menée par le gouvernorat d'Ismaïlia dans la zone du canal de Suez d'Égypte a révélé que plus de 80 % des femmes excisées se plaignaient d'un poids psychosexuel de la pratique. Parmi leurs affections figuraient les suivantes : dysménorrhée (80,5 %) ; sécheresse vaginale pendant les rapports (48,5 %) ; manque d'appétit sexuel (45 %) ; réduction de la fréquence de l'appétit sexuel par semaine (28 %) ; moins d'initiative pendant les rapports (11 %) ; réduction du plaisir pendant les rapports (49 %) ; réduction des orgasmes (39 %) ; réduction de la fréquence des orgasmes (25 %) ; difficulté à atteindre l'orgasme (60,5 %).

7

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PHYSIQUES LIÉES AUX MGF/E

7.1. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PHYSIQUES IMMÉDIATES

Hémorragie

L'excision du clitoris implique de couper l'artère clitoridienne, où le sang circule à haute pression. L'incision des lèvres endommage dans le même temps les vaisseaux sanguins. L'hémorragie représente la complication la plus courante et la plus dangereuse des MGF/E. Le saignement survient généralement pendant la procédure ou immédiatement après. Un saignement tardif peut avoir lieu au bout d'une semaine en raison du détachement d'un caillot sur l'artère, suite à une infection. Le saignement associé à l'excision doit être géré de la même façon que tout autre type de saignement.

Les professionnels de la santé doivent suivre la procédure suivante :

- Inspecter l'endroit du saignement ;
- Nettoyer la zone ;
- Appuyer à cet endroit pour arrêter l'hémorragie en appliquant une compression locale prolongée par un tampon stérile. Lorsque cette compression prolongée est insuffisante, l'hémostase de l'artère clitoridienne peut être faite par un ou plusieurs points de suture après anesthésie locale à la xylocaïne ;
- Évaluer la gravité du saignement et l'état de la jeune fille ou de la femme ;
- Si la patiente est en état de choc, suivre les consignes données dans la section relative au choc ;
- En cas de besoin, compenser les pertes sanguines par un remplissage vasculaire avec des macromolécules et/ou la transfusion sanguine.

Si l'hémorragie est abondante et que vous preniez en charge la patiente dans une structure sanitaire n'ayant pas les installations nécessaires, placez une voie veineuse et démarrer le remplissage vasculaire

avec les solutés disponibles (cristalloïdes ou macromolécules), contrôlez les signes vitaux et transférez-la immédiatement vers une structure sanitaire appropriée.

- L'établissement de santé peut avoir pour politique de prescrire de la vitamine K, en particulier pour les bébés. Dans ce cas, prenez les mesures imposées par la politique ;
- Une pommade traditionnelle (par ex. à base de cendres, d'herbes, de terre et de bouse de vache) peut avoir été appliquée sur la plaie et contaminer au tétanos ou à une autre infection. Par conséquent, vous devez administrer le vaccin contre le tétanos et des antibiotiques conformément aux consignes nationales. ;
- Si le problème n'est pas grave, nettoyer la zone avec un antiseptique et donnez des conseils à la patiente ou aux personnes qui s'en occupent pour la laisser sécher. Faites le suivi de la patiente pour surveiller l'évolution en lui demandant de revenir afin de pouvoir contrôler sa guérison.

Douleur aiguë et lésions tissulaires

Généralement, la douleur est immédiate et peut atteindre des niveaux provoquant un état de choc. La douleur associée aux MGF/E doit être gérée de la même façon que tout autre type de douleur.

Les professionnels de la santé doivent suivre la procédure suivante :

- Évaluer le niveau de la douleur et de la lésion ;
- Administrer un antalgique efficace et traitez la lésion ;
- Nettoyer la zone avec un antiseptique et donner des conseils à la patiente ou aux personnes qui s'en occupent pour la laisser sécher ;
- Si la patiente est en état de choc, suivre les consignes données dans la section relative au choc ;
- Si la douleur ne diminue pas, faire examiner la patiente par un médecin ;
- Si la lésion est très importante, transférer la patiente pour la soumettre à une intervention chirurgicale.

Choc

Le choc peut survenir suite à un saignement et/ou une douleur sévère. L'état de choc associé aux MGF/E doit être géré de la même façon que tout autre type de choc.

Les professionnels de la santé doivent exécuter la procédure suivante :

- Hospitaliser la patiente ;
- Évaluer la gravité du choc en vérifiant les signes vitaux ;
- Traiter le choc en relevant les extrémités de la patiente au-dessus du niveau de la tête pour permettre au sang d'arriver aux centres vitaux dans le cerveau ;
- Couvrir la patiente pour la tenir chaude ;
- Si elle a du mal à respirer, lui administrer de l'oxygène ;
- Veiller à disposer d'un chariot de réanimation à proximité ;
- Compenser les pertes sanguines par un remplissage vasculaire approprié ;
- Contrôler les signes vitaux et enregistrez-les toutes les 15 minutes (surveillance rapprochée) ;
- Si l'état de la patiente ne s'améliore pas, la faire transférer vers une structure sanitaire de niveau supérieur.

Complications urinaires immédiates

La rétention complète d'urine est reflexe due à la méatite (inflammation du méat urétral) et aux brûlures mictionnelles vives qu'elle entraine.

Son traitement consiste à :

- Administrer un antalgique (paracétamol, tramadol) et un antiinflammatoire non stéroïdien (Kétoprofène, diclofénac) efficaces et ayant un délai d'action court.
- Encourager la patiente à uriner, par exemple en ouvrant un robinet ou en comprimant légèrement son hypogastre ;
- Si la rétention complète d'urine persiste après les mesures ci-dessus, un sondage urétral évacuateur avec une sonde de petit calibre (et dans des conditions d'asepsie rigoureuse) est fait. La sonde est enlevée immédiatement après évacuation vésicale.

Si la rétention complète d'urine (incapacité totale à uriner) est due à une infibulation, ouvrir l'infibulation après avoir informé la patiente ou la personne qui s'en occupe s'il s'agit d'une enfant.

Infection de la plaie

Une infection peut se produire dans des environnements non hygiéniques et en raison de l'utilisation d'instruments qui ne sont pas nettoyés pour réaliser les MGF/E. La patiente aura de la fièvre, et sa plaie sera enflammée et aura un mauvais aspect.

Les professionnels de la santé doivent gérer cet état comme suit :

- Prélever un frottis vaginal et un échantillon d'urine pour tester la présence d'infection et identifier les organismes impliqués ;
- Inspecter soigneusement la vulve pour y détecter des signes de plaie infectée et déterminer tout facteur pouvant contribuer à l'infection, par exemple une obstruction urinaire ;
- Lever toute obstruction détectée, et donner à la patiente un traitement à base d'antibiotiques ;
- Nettoyer et laisser sécher la plaie, si elle est infectée ;
- Faire le suivi de la patiente au bout de sept jours pour évaluer l'évolution. Si l'infection persiste, hospitaliser la patiente.

Anémie

L'anémie peut survenir en raison du saignement ou d'une infection, ou suite à la contraction du paludisme, surtout chez les enfants.

Cet état doit être géré comme suit :

- Évaluer la gravité de l'anémie et demander une numération formule sanguine (pour déterminer le taux d'hémoglobine) et un groupage sanguin ;
- Si l'anémie est modérée, administrer de l'acide folique et du fer, et donner des conseils de régime alimentaire ;
- En cas d'infection ou de paludisme, les traiter de façon adéquate ;
- Si l'anémie est grave, faire une transfusion sanguine.

7.2. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PHYSIQUES À LONG TERME

Complications urinaires

La sténose du méat urétral peut être traitée par un cathétérisme dilatateur (sonde urinaire, bougies). Les récidives sont fréquentes.

La rétention vésicale chronique incomplète d'urine sera traitée comme suit :

- Hospitalisation 24 à 48h.
- Mise en place d'une voie veineuse et remplissage vasculaire par des cristalloïdes .
- Drainage vésical par sondage urétral (asepsie rigoureuse).
- Surveillance de la diurèse à la recherche d'un syndrome de levée d'obstacle (hyperdiurèse).
- Rééquilibration hydro-électrolytique (compenser l'excès de diurèse au-delà de 2,5l/24h).

La **cystite aiguë** sera traitée par une antibiothérapie adaptée. Il peut s'agir de la fosfomycine trométamol en dose unique, du nitrofurantoïne pendant cinq (5) jours, du pivmécillinam pendant cinq (5) jours, ou bien une fluoroquinolone. Si elle est récidivante, une obstruction urinaire sera recherchée notamment par une urétro-cystoscopie. Toute obstruction urinaire détectée doit être levée pour prévenir la récidive.

Les **lithiases urinaires vésicales** sont traitées chirurgicalement (lithotripsie endovésicale ou cystolithotomie). Ici également, toute obstruction urinaire détectée doit être levée pour prévenir la récidive.

L'**obstruction urinaire** créée par l'infibulation sera traitée par une désinfibulation. Lorsque cette obstruction urinaire est causée par des cicatrices chéloïdes ou des kystes dermoïdes, l'exérèse chirurgicale de ces cicatrices chéloïdes et de ces kystes permet de lever cette obstruction et de prévenir les infections urinaires et la formation de lithiases urinaires.

La **fistule urogénitale** est traitée chirurgicalement. La technique chirurgicale dépend du type de fistule.

Cicatrices chéloïdes

- Inspecter les organes génitaux de la patiente pour évaluer la taille de la chéloïde.
- Si la chéloïde est de petite taille, conseiller à la femme de ne pas y toucher et la rassurer en lui indiquant qu'elle ne lui fera pas de mal.
- Si la cicatrice chéloïde est volumineuse et pose problème lors des rapports ou peut entraîner une obstruction pendant l'accouchement, la femme doit être examinée par un spécialiste ayant de l'expérience en matière d'élimination de cicatrices chéloïdes.
- La présence ou l'apparition d'une chéloïde peut entraîner une souffrance excessive chez une femme. Dans ce cas, songer à demander une intervention chirurgicale pour des raisons psychologiques.

Kystes dermoïdes

- Inspecter la zone pour évaluer la taille et le type de kyste.
- Les kystes de petite taille qui ne sont pas infectés peuvent être laissés où ils se trouvent après avoir donné des conseils à la femme à ce sujet. Autrement, envoyer la femme se les faire retirer sous anesthésie locale ou régionale.
- Toutefois, avant d'intervenir sur un kyste de petite taille, il est important de déterminer si la procédure pourrait entraîner davantage de dégâts et marquer une plus grande cicatrice sur les tissus déjà sensibles. S'il existe un danger de ce type, la femme doit en être entièrement informée et pouvoir choisir si elle souhaite procéder au retrait ou non, en pleine connaissance du risque impliqué.
- En cas de kyste de grande taille ou infecté, la patiente doit se le faire extirper ou être soumise à une marsupialisation. Cette procédure est généralement réalisée sous anesthésie générale. L'opération doit être réalisée avec le plus grand soin en vue d'éviter d'endommager davantage les tissus sensibles ou de provoquer une lésion de l'irrigation sanguine ou nerveuse de la zone.

Névrome clitoridien

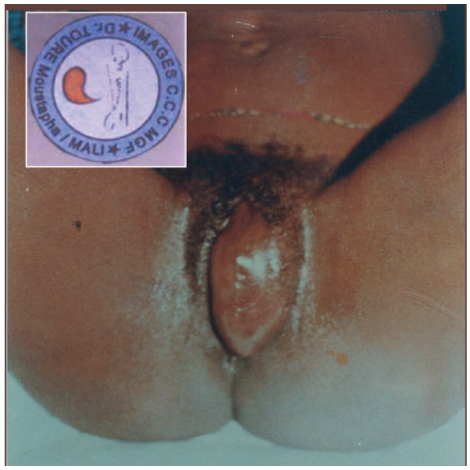
Le nerf clitoridien peut se coincer dans le tissu fibreux de la cicatrice suite à une clitoridectomie. Cela peut entraîner une douleur extrêmement aiguë au niveau du gonflement fibreux. Dans ces conditions, les rapports ou le simple frottement des sous-vêtements peuvent s'avérer douloureux.

En cas de névrome clitoridien :

- Contrôler la présence d'un névrome. Le névrome n'est généralement pas visible, mais il peut parfois être diagnostiqué en palpant en douceur la zone située autour de la cicatrice clitoridienne à l'aide d'un objet délicat et en demandant à la femme si elle ressent une douleur.
- Sous anesthésie générale, le névrome peut donner la sensation de toucher un petit caillou sous la muqueuse.
- Conseiller à la femme de porter des pantalons amples et lui donner une crème anesthésiante locale à appliquer sur la zone, par exemple de la lidocaïne.
- Si les symptômes sont graves, envoyer la femme se faire retirer le névrome par chirurgie. Cela n'est généralement pas nécessaire et la femme doit être soigneusement conseillée avant de prendre cette mesure, car les symptômes peuvent être psychosomatiques, autrement dit, le résultat de l'expérience traumatisante de l'excision ou la peur des rapports sexuels.

Abcès vulvaires

Figure 11. Abcés vulvaire



- Inspecter la zone afin d'évaluer l'étendue du problème.
- Panser l'abcès à l'aide d'une application locale pour soulager la douleur et localiser le gonflement.
- Transférer la patiente pour la soumettre à une intervention chirurgicale, qui peut impliquer l'incision et le drainage de l'abcès sous anesthésie locale.
- Envoyer le pus drainé pour en faire une analyse bactériologique, une culture et une évaluation de la sensibilité des germes isolés.
- Administrer des antibiotiques ou un traitement prophylactique.

Photographie donnée: ©Dr Moustapha Touré

Infection pelvienne chronique

- Examiner la femme. Identifier le type de MGF/E d'après les antécédents et un examen.
- Établir le rapport entre la MGF/E et les infections.
- Si la femme a subi un type III, lui conseillez ou conseillez aux personnes qui s'occupent d'elle sur l'éventuel besoin d'ouvrir l'infibulation et demander leur consentement.
- Prélever un frottis vaginal pour en faire une culture et en évaluer la sensibilité.
- Donner des antibiotiques appropriés et disponibles localement.
- Si la cause de l'infection est une obstruction en raison de calculs ou de lésions, transférer la femme pour la soumettre à une intervention chirurgicale.

Stérilité

La stérilité peut être primaire ou secondaire. Il s'agit généralement d'une complication d'une infection pelvienne. Dans certains cas, elle peut être due à un défaut de pénétration lorsque l'orifice vaginal est très étroit. Les professionnels médicaux doivent gérer la stérilité comme suit :

- Effectuer une bonne évaluation et inspecter les organes génitaux pour identifier le problème.
- Bien évaluer la qualité des rapports sexuels, notamment caractériser le coït pour voir s'il est partiel ou complet avec éjaculation au fond du cul de sac de Douglas.
- Si la stérilité est la conséquence d'un défaut de pénétration, conseiller la femme et son partenaire au sujet d'un éventuel besoin d'ouverture chirurgicale.
- Autrement, faire examiner la femme par un gynécologue pour assurer un suivi plus approfondi.
- Si la cause de l'infertilité ne semble pas en rapport avec aux lésions de la mutilation génitale, adopter la démarche classique de bilan de base suivi d'explorations plus complexes en fonction de l'orientation.

Obstruction vaginale

Figure 12. Bride vaginale empêchant les rapports sexuels

- Examiner la patiente pour identifier le problème et le type de MGF/E.
- Si la patiente a subi une infibulation, la conseillez quant au besoin probable de l'ouvrir. Ce point peut concerner également les membres de la famille ou d'autres personnes proches de la patiente.
- Si la patiente souffre d'hématocolpos, de calculs ou de sténose, la transférez pour la soumettre à une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. .

Photographie donnée: ©Dr Moustapha Touré

Troubles menstruels

De nombreuses femmes excisées font état de dysménorrhée sévère avec ou sans régularité menstruelle. Les causes possibles sont nombreuses. Leur gestion doit être effectuée comme suit :

- Établir la cause de la dysménorrhée en relevant les antécédents et en effectuant un examen clinique des organes génitaux de la patiente.
- Caractériser la dysménorrhée et rechercher d'autres troubles physiques ou fonctionnels pouvant être en rapport avec la mutilation génitale.
- Discuter avec la patiente pour s'enquérir de son état de santé et l'aider à faire face à la situation.
- Administrer des médicaments antispasmodiques pour soulager la douleur.
- Si la dysménorrhée est due à l'accumulation de flux menstruel (hématocolpos) en conséquence d'une infibulation, conseiller la patiente quant à l'éventuel nécessité de la défaire en milieu chirurgical.
- Si l'affection est grave, faire examiner la patiente par un gynécologue pour un suivi plus approfondi.

Ulcères

- Conseiller la patiente quant au besoin de défaire son infibulation et la prévenir que sa vulve doit rester ouverte après cela.
- Réaliser la procédure après obtention de son consentement éclairé.
- Appliquer des antibiotiques localement avec ou sans crème à l'hydrocortisone à 1 %.
- Si l'ulcère est chronique et ne se résorbe pas, transférer la patiente pour la soumettre à une excision chirurgicale des parois fibreuses épaisses.

Lorsqu'ils traitent des femmes ayant subi une MGF/E, les praticiens doivent toujours s'informer sur le type de MGF/E et les complications associées.

7.3. PROCÉDURE DE DÉSINFIBULATION

La procédure chirurgicale requise est généralement simple. La plupart des désinfibulations peuvent être effectuées sous anesthésie locale, mais ce choix peut ne pas convenir lorsque la patiente est appréhensive. La désinfibulation peut faire resurgir des souvenirs de l'infibulation d'origine et s'avérer traumatisante du point de vue psychologique. Pour cette raison, une anesthésie générale courte ou une rachianesthésie peuvent être mieux adaptées. Tout professionnel de la santé qualifiée pouvant réaliser et réparer des épisiotomies dans un contexte de maternité normal peut effectuer l'inversion de l'infibulation.

Équipement clinique minimum

Les équipements suivants sont obligatoires pour la désinfibulation : deux (2) pinces à pansement de 25cm (10"), deux (2) longues pinces hémostatiques courbes, deux (2) petites pinces hémostatiques courbes, (1) porte-aiguille, une (1) paire de ciseaux à suture, une (1) lame chirurgicale et une (1) porte-lame, une (1) paire de ciseaux chirurgicaux courbes à bouts ronds, une (1) pince à dissection dentée et non dentée, un (1) haricot, un (1) galipot et des gants.

PREMIÈRE ÉTAPE :

Adopter une technique aseptique en se lavant minutieusement les mains, en portant des gants, etc. Pour la lithotomie, la vulve est lavée avec une solution antiseptique. Il est souvent impossible de

nettoyer l'intérieur du vagin en raison de l'étroitesse de l'orifice.

DEUXIÈME ÉTAPE :

Infiltrer deux (2) à trois (3) millilitres d'anesthésiant local dans la zone où l'incision va être faite, le long des deux côtés de la cicatrice. Veiller à ne pas provoquer de lésion au niveau des structures situées sous la cicatrice (urètre, petites lèvres et clitoris). Pour les MGF/E de type III, ces structures sont généralement intactes sous la cicatrice. Une fois que l'anesthésie locale a fait effet, localiser l'ouverture restante. Introduire un doigt dans l'ouverture, derrière le tissu cicatriciel fermé, et palper pour détecter toute adhérence dense. En général, le doigt glisse facilement sous un lambeau cutané libre. Si l'orifice est trop étroit pour permettre le passage d'un doigt, insérer l'extrémité d'une pince hémostatique fermée, puis ouvrir cette dernière pour entamer une séparation initiale depuis la partie postérieure du lambeau fermé, sur un centimètre ou de façon à permettre l'introduction d'un doigt. Palper la région clitoridienne pour vérifier si un clitoris est recouvert par la cicatrice.

TROISIÈME ÉTAPE :

Relever le tissu cicatriciel de sous les tissus sous-jacents avec un doigt ou un dilatateur. Effectuer une incision de la ligne médiane antérieure à l'aide de ciseaux chirurgicaux pour exposer l'orifice urétral.

Ne pas inciser au-delà de l'urètre. Le prolongement de l'incision peut provoquer une hémorragie, difficile à contrôler. Veiller à ne pas inciser le clitoris s'il est recouvert par la cicatrice.

QUATRIÈME ÉTAPE :

Après avoir séparé les grandes lèvres, il se peut que le clitoris et les petites lèvres soient intacts sous le tissu cicatriciel. Cette opération est plus complexe et exige une dissection minutieuse dans de bonnes conditions d'éclairage et sous une bonne anesthésie. Elle ne doit donc être réalisée que dans des installations de santé ou en environnement hospitalier. Une ouverture plus importante des grandes lèvres peut ne pas être culturellement acceptable pour toutes les femmes, mais peut être envisagée dans des centres spécialisés. Des conseils adéquats et l'obtention du consentement des femmes sont essentiels avant de réaliser une désinfibulation plus profonde. Il est donc recommandé ici de suturer les bords incisés avec des points résorbables interrompus pour fixer l'hémostase et empêcher la formation d'adhérences. La cicatrisation doit avoir lieu dans un délai d'une semaine.

Ouverture au-delà de l'urètre

- L'utilisation d'un dilatateur pour soulever le tissu cicatriciel entraîne souvent la perforation de la cicatrice en raison d'une mauvaise cicatrisation ;
- Une dissection soigneuse antérieure à l'urètre permettra de dévoiler un clitoris normal intact ;
- Suturer les bords incisés avec du catgut fin continu de 3/0 pour empêcher la formation d'adhérences. Le catgut continu se dissout rapidement et toute la zone cicatrise en une semaine.

Soins postopératoires

L'inversion de l'infibulation peut se réaliser en hôpital de jour. Le choix de l'anesthésiant est important. Pour les femmes qui ne sont pas enceintes, il est conseillé d'opter pour l'anesthésie générale en raison de la peur d'avoir mal et des souvenirs de la procédure de MGF/E.

L'analgésie postopératoire est également importante. Elle peut être administrée à travers une infiltration sous la plaie de lidocaïne 1%, complétée par une analgésie pendant les premières 48 heures. Il est important de faire le suivi des patientes après une procédure de désinfibulation.

Plusieurs femmes affirment ressentir une plus grande sensibilité dans la zone vulvaire qui, auparavant, était recouverte par le tissu cicatriciel, pendant deux (2) à quatre (4) semaines après la procédure. Elles peuvent aussi ressentir un inconfort provoqué par l'humidité des organes génitaux et une impression que de l'air entre dans la vulve. Il est donc judicieux de préparer la femme à ces sensations, en lui expliquant qu'elle observera des changements dans l'apparence et une augmentation de la sensibilité. Il convient aussi de la rassurer en lui indiquant que la sensibilité disparaîtra au bout d'un certain temps et qu'elle s'habituera à la sensation des organes génitaux humides.

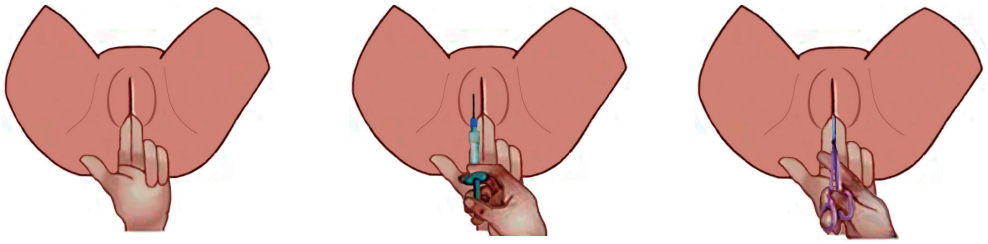
Il faut aussi suggérer à la femme de prendre des bains de siège (de l'eau tiède contenant su sel) trois (3) à quatre (4) fois par jour, puis de sécher soigneusement la zone. Comme de nombreuses femmes n'ayant pas accès à l'eau ou aux bains ne pourront pas le faire, discuter des alternatives qui peuvent favoriser le processus de cicatrisation et de récupération. L'application d'une crème apaisante peut être prescrite pendant une (1) à deux (2) semaines. On peut encore conseiller à la femme et à son époux sur le moment de reprendre les rapports sexuels. Généralement, au bout de quatre (4) à six (6) semaines pour laisser à la plaie le temps de cicatriser. Les conseils ayant trait aux questions sexuelles relèvent souvent des sujets tabous. Pour être efficaces et moins gênants, ils doivent alors être soigneusement abordés, être adaptés aux besoins de la patiente et de sa famille, ainsi qu'à la culture. Plusieurs séances peuvent aussi s'avérer nécessaires.

La patiente peut aussi être conseillée sur l'importance de l'hygiène personnelle. Pour ce faire, il sera judicieux de fixer un rendez-vous de suivi afin de surveiller le processus de cicatrisation et de traiter d'autres problèmes pouvant survenir concernant les organes génitaux ou les relations sexuelles. Au cours des mois suivant l'opération, une hypertrophie vulvaire survient souvent, probablement en raison de restes de tissu érectile situés à la base de la vulve résiduelle. Dans les cas favorables, au bout de six mois, il n'est plus possible de différencier la vulve d'une vulve normale.

Il est important de connaître les attentes des femmes concernant la sexualité après l'opération et de leur donner les conseils adéquats. Certaines femmes ont de très grands espoirs mais finissent par être déçues. Traditionnellement, dans certaines communautés, les rapports ont lieu immédiatement après la désinfibulation de la femme pour éviter l'adhérence des bords de la plaie. Il est donc important de conseiller au couple d'attendre au moins dix (10) à quatorze (14) jours pour que la plaie cicatrise, ainsi que pour générer du lubrifiant qui permet de faciliter les rapports. On doit également conseiller aux femmes de prendre un bain ou de se laver tous les jours et fixer un rendez-vous de suivi.

Les images suivantes montrent la procédure d'ouverture du type III (voir les figures 13 et 14) :

Figure 13. Procédure d'ouverture du type III



Doigt(s) sous la cicatrice

Infiltration d'anesthésiant local dans la zone de la cicatrice

Incision de la cicatrice pour l'ouvrir

Figure 14. Intervention chirurgicale d'ouverture du type III

Introduction d'un dilatateur

Infibulation ouverte sous la cicatrice

Bords suturés d'une cicatrice ouverte

8

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PSYCHOSOCIALES ET SEXUELLES DES MGF/E

Tous les professionnels de la santé doivent garder à l'esprit que le conseil est un outil essentiel pour la gestion des problèmes psychosociaux et sexuels. Les conseils donnés à une fille ou à une femme doivent rester strictement confidentiels. Si la patiente a un partenaire, des conseils doivent lui être donnés séparément, jusqu'au moment où il convient de les conseiller en tant que couple.

Les femmes ayant subi une MGF/E présentent fréquemment des complications psychosociales et sexuelles qui évoluent facilement en complications biologiques ayant des conséquences négatives sur leur santé sexuelle.

8.1. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PSYCHOSOCIALES

Les troubles psychosociaux liés aux MGF/E comprennent :

- Anxiété chronique ;
- Sentiment de peur, d'humiliation et de trahison ;
- Stress ;
- Perte d'estime de soi ;
- Dépression et phobies ;
- Crises de panique.

Ces troubles peuvent se manifester sous forme de symptômes psychosomatiques tels que des cauchemars, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des troubles de l'humeur et des capacités cognitives, la perte d'appétit ainsi qu'une perte ou un gain de poids excessifs.

Pour gérer les problèmes psychologiques :

- Examiner la femme pour identifier le problème exact (relevez les antécédents en détail) ;
- Conseiller la femme, et son partenaire, le cas échéant ;

- Si elle a subi une MGF/E de type III, la conseiller sur le besoin d'ouverture ;
- Pour les autres types de MGF/E, la conseiller jusqu'à soulagement des symptômes ;
- Si les symptômes sont graves, faire examiner la patiente par un spécialiste pour un suivi plus approfondi.

8.2. PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES SEXUELS

La manifestation de ces complications est influencée par plusieurs facteurs allant du type de MGF/E pratiqué sur la femme à sa nouvelle préparation à la vie sexuelle (ainsi que son partenaire sexuel). Chaque jeune fille ou femme doit être traitée individuellement suivant ses besoins particuliers. Il est très important de tenir compte du fait que les complications sexuelles sont un sujet délicat à traiter avec beaucoup de précautions (voir également le chapitre 9 - Conseils). En guise d'illustration, le paragraphe suivant décrit un cas traité par un gynécologue-obstétricien doté d'un master en sexologie :

« M. MJ, 27 ans, est un homme d'affaires marié à deux femmes. Il est marié avec sa deuxième femme depuis deux mois, mais n'a pas encore pu réaliser de pénétration sexuelle avec elle. Pour cette raison, il se rend chez le médecin pour lui demander d'examiner sa femme et de l'opérer, car « elle a été fermée quand elle était petite ». En examinant Mme MJ, le médecin détecte une MGF/E de type I. Le pénis devrait donc pouvoir passer sans problème, mais l'hymen est intact.

On décide d'appeler M. MJ pour l'examiner, mais la possibilité de difficulté de pénétration d'une femme vierge due à un pénis de très grande taille est éliminée. Après avoir posé des questions plus approfondies, on découvre que les tentatives de pénétration avaient échoué en raison de la douleur provoquée chez la femme, même si M. MJ affirmait qu'ils se livraient à des préliminaires. Le médecin suggère de se concentrer sur les préliminaires du couple et d'utiliser un gel lubrifiant pour la pénétration. Il demande également à M. MJ d'être patient et doux lors de la pénétration. Une semaine plus tard, M. MJ appelait pour le remercier, car le problème était résolu. Dans ce cas, l'influence de la MGF/E pratiquée est claire et a généré des peurs ainsi que des problèmes psychologiques chez la femme. De plus, le manque de préparation du couple quant aux démarches sexuelles constituait également un facteur supplémentaire. »

Gestion des rapports douloureux (dyspareunie)

La dyspareunie, ou douleur lors du contact sexuel, constitue un autre problème fréquent généré par des conditions biologiques plutôt que physiologiques. Autrement dit, il s'agit de changements anatomiques secondaires par rapport aux MGF/E, en plus des traumatismes psychologiques engendrés par la pratique.

La dyspareunie peut entraîner la perte d'appétit sexuel, voire l'anorgasmie, mais on ne peut pas affirmer que toutes les femmes soumises aux MGF/E en souffrent, en raison de l'existence d'autres zones érogènes. Il est nécessaire de mener une recherche qualitative d'un point de vue scientifique pour en savoir plus au sujet de la sexualité de ces femmes et déterminer comment gérer celle-ci.

Les professionnels de la santé doivent gérer les problèmes sexuels comme suit :

- Interroger la femme pour identifier le problème réel ;
- L'examiner pour identifier le type de MGF/E ;
- Si une ouverture de l'orifice vaginal s'avère nécessaire, la conseiller et conseiller son époux/partenaire quant à ce besoin, afin d'obtenir leur consentement éclairé. Suivre la procédure d'ouverture et de réparation en donnant des antibiotiques et des antalgiques, ou transférer la femme dans des installations adéquates pour la procédure ;
- Lorsque l'ouverture n'est pas nécessaire, encourager les préliminaires pour stimuler l'excitation au maximum, ainsi que l'utilisation d'un gel lubrifiant adéquat ;
- Faire le suivi de la patiente pour surveiller son évolution ;
- Conseiller la patiente et son époux/partenaire au sujet de l'importance du dialogue sur les questions sexuelles ;
- Les inviter à revenir s'ils ont encore des difficultés ;
- Prévenir le couple quant aux changements susceptibles d'apparaître avec l'opération d'ouverture, par exemple les changements d'écoulement de l'urine et pendant les rapports sexuels. Si le problème sexuel est grave et récurrent, faire examiner la patiente par un gynécologue ;
- Proposer une aide psychologique et des conseils en continu.

Autres problèmes sexuels

L'échec ou la difficulté de pénétration par l'époux/le partenaire est une forme courante de problème sexuel, qui doit être géré comme suit :

- Évaluer le type de MGF/E ;
- Interroger la patiente pour déterminer le problème dont il s'agit ;

- Conseiller la femme et son époux/partenaire ensemble ;
- Obtenir le consentement éclairé pour l'ouverture de l'orifice vaginal ;
- Suivre la procédure d'ouverture comme indiqué ailleurs dans cette documentation.

8.3. PROCÉDURES DE RÉFÉRENCES

- Réaliser un examen consciencieux de la femme ;
- Lui donner les informations nécessaires et des conseils quant à l'importance de consulter un spécialiste ;
- Relever soigneusement les résultats de l'examen, des analyses cliniques ainsi que les mesures prises avant d'adresser la femme au spécialiste ;
- S'assurer qu'elle a bien compris ce qu'on lui avait dit ;
- Impliquer d'autres personnes, par exemple son époux/partenaire, qui l'accompagneront dans les installations spécialisées ;
- Leur donner des informations détaillées au sujet de ce à quoi on doit s'attendre ainsi que des ecommandations sur ce qu'il faudra faire une fois chez le spécialiste ;
- Rédiger une lettre de transfert vers un spécialiste, la donner à la patiente, ou à la personne qui l'accompagne le cas échéant, puis donner des instructions détaillées pour savoir à qui remettre la lettre une fois chez le spécialiste ;
- Demander à la femme de revenir pour faire le suivi et suivre l'évolution après avoir reçu le traitement du spécialiste ;
- Évaluer les conseils et la compréhension de la patiente.

Une note d'orientation vers un spécialiste doit comprendre les informations suivantes :

- Les données démographiques de la femme, y compris l'âge, l'état civil et toute autre information utile ;
- Résumé des antécédents médicaux ;
- Résultats cliniques ;
- Gestion, y compris les soins médicaux et chirurgicaux donnés à la patiente avant de l'envoyer à un spécialiste ;
- Raison de l'envoi à un spécialiste ;
- Coordonnées pour tout commentaire.

La chirurgie pratiquée pour corriger les complications doit être réalisée dans un hôpital doté des conditions adéquates et de personnel médical qualifié. Cette procédure est utilisée essentiellement pour le processus d'ouverture des femmes ayant subi un type III, qui ont parfois des difficultés ou des douleurs lors de la pénétration.

9

PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE DES FEMMES AYANT SUBI UNE MGF/E

Les femmes ayant subi une MGF/E ont besoin de soins prénataux. Les types I, II et III peuvent produire des cicatrices vulvaires et vaginales très importantes. Ces dernières peuvent engendrer une obstruction pendant la phase de travail et l'accouchement. Pour leur part, l'infection et l'inflammation survenant au moment de la MGF/E peuvent entraîner des adhérences vulvaires qui rétrécissent ou obstruent complètement l'orifice vaginal. L'insertion d'herbes ou d'autres substances peut également provoquer la formation de cicatrices très épaisses et de sténose.

Lorsque la MGF/E n'a pas entraîné de complications particulières (ou n'a pas limité l'espace ou provoqué de turgescence cutanée au niveau de l'orifice vaginal et n'a pas entraîné de complications chroniques), la femme n'a pas besoin de gestion ou de traitement spécifique pendant la grossesse. Durant cet état, certaines femmes ont juste besoin de soutien émotionnel/social et de conseils d'ordre préventif pour l'accouchement. Il est utile donc de les rassurer, en leur faisant comprendre qu'on n'attend pas à des complications liées à la MGF/E. Il sera utile aussi de les encourager à poser toutes les questions qu'elles souhaitent concernant la MGF/E ou d'autres sujets. Il ne faut pas perdre de vue que beaucoup de femmes appréhendent la grossesse et l'accouchement avec la crainte de la mort. Par conséquent, elles devront recevoir un soutien et des conseils spécifiques pendant cette période.

9.1. PRISE EN CHARGE PENDANT LA GROSSESSE

Pendant cette période, il existe un risque de complications pour la femme ayant été soumise à une MGF/E. Les conséquences des MGF/E sur l'appareil génital féminin gênent la réalisation des examens précis nécessaires pour assurer des soins prénataux adéquats. Parfois, l'insertion du spéculum vaginal et l'examen vaginal bimanuel s'avèrent difficiles en raison de la sténose ou du rétrécissement de l'orifice vaginal. La sténose devra être évaluée par un toucher uni ou bidigital, l'orifice vulvaire devant admettre au moins trois doigts. Cela complique la réalisation d'examens et de prélèvements adéquats pour le diagnostic de maladies telles que les infections vaginales, les infections de l'appareil urinaire et les infections sexuellement transmissibles. De plus, le manque de diagnostic adéquat se traduit par un traitement inapproprié des infections susmentionnées et augmente le risque de rupture prématurée des membranes, de chorioamniotite, d'accouchement avant terme et de

dystocie (césarienne).

L'indication d'une césarienne prophylactique chez les patientes excisées ou infibulées ne peut être posée de manière systématique sauf en cas de déchirure pelvi-périnéale compliquée lors d'un précédent accouchement par les voies naturelles.

Dans le cas du type III, une désinfibulation devra être effectuée avant l'accouchement. Il est recommandé d'effectuer la désinfibulation au deuxième trimestre de la grossesse, mais elle peut aussi être réalisée juste avant l'accouchement (voir le Module 6 du présent Manuel et/ou la référence 5 de la bibliographie).

9.2. PRISE EN CHARGE PENDANT LE TRAVAIL

Quel que soit le type de MGF/E, la surveillance du travail peut s'effectuer de façon habituelle et s'effectuer par l'observation minutieuse du partogramme. On peut proposer une anesthésie péridurale à ces patientes.

Dans les cas d'une infibulation, les conséquences obstétricales sont plus importantes : L'étroitesse vestibulaire séquellaire peut rendre quasi impossible la réalisation d'un toucher vaginal. Dans ces cas, une désinfibulation associée à une épisiotomie est parfois nécessaire en début de travail. Le sondage vésical peut, dans d'autres cas, poser des problèmes. Malgré tous ces gestes préventifs, une déchirure périnéale peut subvenir et nécessiter une expertise des lésions ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire.

La mise en place d'une sonde urinaire à demeure avant le début de la césarienne peut également être difficile au point d'imposer une désinfibulation au bloc opératoire avant le début de la césarienne.

Procédure

En plus de la gestion standard de toutes les femmes en phase de travail, les points suivants doivent être pris particulièrement en compte chez les femmes ayant été soumises à une MGF/E :

- En cas de problème d'évaluation, par exemple d'orifice vaginal étroit rendant l'exploration impossible, la cicatrice peut être ouverte le long de la ligne médiane. L'incision doit être faite au point le plus élevé d'une contraction et généralement après l'administration d'un anesthésiant local. Il peut être préférable d'avoir recours à l'épisiotomie. Un léger saignement peut avoir tendance à se produire au niveau du tissu cicatriciel relativement avasculaire et la suture de l'incision peut être reportée à après l'accouchement. Si la situation le permet, la phase de travail peut être évaluée à l'aide d'autres paramètres tels que les contractions, la descente de la présentation et la fréquence cardiaque fœtale ;

- Observer la femme de près et contrôler les signes vitaux, selon les conditions ;
- Donner des informations claires et simples à la patiente au sujet de ce à quoi elle doit s'attendre pendant l'accouchement et dissiper, ou tout moins apaiser toute anxiété ou crainte ;
- Enregistrer toutes les observations dans le partogramme.

Évaluation de l'orifice vaginal pendant la phase de travail

Il est important d'inspecter soigneusement l'orifice vaginal pendant la deuxième phase de travail pour déterminer s'il pourra s'étirer suffisamment pendant l'accouchement. La procédure est la suivante :

- Préparer la femme psychologiquement à cette procédure en lui expliquant ce qui va être fait et pourquoi cette exploration est nécessaire ;
- Lui demander son autorisation pour examiner ses organes génitaux ;
- Préparer l'équipement : un plateau comportant un antiseptique, des tampons stériles et des gants ;
- préparer la femme en la plaçant en position de lithotomie ; exposer uniquement les parties nécessaires du corps ;
- Se laver les mains à l'eau et au savon, puis mettre les gants ;
- Nettoyer les organes génitaux externes à l'aide d'un tampon antiseptique ;
- Demander délicatement à la patiente de se détendre en inspirant profondément pendant qu'on introduit un doigt dans l'orifice vaginal ;
- Essayer d'abord d'introduire lentement et délicatement un doigt dans le vagin, pour mesurer l'étroitesse de l'orifice. Si on peut introduire un doigt, essayer de le déplacer vers le haut et le bas, puis à gauche et à droite. S'il y a de la place pour un deuxième doigt, essayer d'écarter les deux doigts et vérifiez la résistance ;
- S'il est impossible d'introduire un doigt ou même le bout d'un doigt, l'orifice vaginal est extrêmement étroit, équivalent au type III ;
- S'il est possible d'introduire un doigt, mais totalement impossible d'étirer l'ouverture en raison de la résistance exercée par le tissu cicatriciel, il sera nécessaire d'ouvrir l'orifice vaginal en pratiquant

une épisiotomie ;

- En cas de besoin d'une épisiotomie, informer la patiente et accomplir la procédure en suivant les consignes décrites dans cette documentation.

Il est important que les praticiens sachent que quand le travail est lent, ils doivent anticiper un accouchement difficile et prendre les dispositions nécessaires en temps voulu :

- S'il est clair qu'une épisiotomie puisse faciliter l'accouchement, elle doit être effectuée adroitement ;
- S'il faut ouvrir l'infibulation, la femme doit être préparée et la procédure doit être accomplie ;
- En cas de besoin de césarienne, la femme doit être transférée en temps voulu vers un centre de santé dûment équipé.

Souvent, le médecin décide de réaliser une césarienne sur les patientes en cours de travail et d'accouchement pour différentes raisons. Lorsque le problème est dû à une sténose provoquée par la MGF/E, il peut être difficile d'introduire la sonde de Foley. Dans ce cas, une césarienne est pratiquée sur la patiente sans sonde urinaire, ce qui présente un défi pour le chirurgien et un grand risque pour la vessie pendant l'intervention.

Évaluation et prise en charge des femmes ayant subi une MGF/E des types I, II et III pendant la phase de travail

Pendant la phase de travail, la gestion des femmes ayant subi une MGF/E est la même que pour plusieurs autres, sauf lorsque la MGF/E a engendré une sténose vaginale et une inélasticité du muscle périnéal. Dans ce cas, il peut être nécessaire de pratiquer une épisiotomie (chez les femmes ayant subi un type III, l'infibulation doit être ouverte pendant la deuxième phase de travail).

Les femmes ayant subi un type I ont tendance à pouvoir accoucher par voie vaginale sans épisiotomie, sauf en cas de cicatrice importante provoquant l'inélasticité du périnée.

- Si la MGF/E a donné lieu à un orifice vaginal étroit, ce dernier doit être élargi à l'aide d'une épisiotomie. Cette opération est généralement réalisée pendant la deuxième phase de travail, quand la présentation appuie sur la vulve.
- Généralement, un orifice vaginal étroit aura été identifié lors de la première phase de travail et la femme aura été préparée pour la réalisation de l'épisiotomie à ce moment-là.

- Si la femme est déjà en deuxième phase de travail à son arrivée en salle, il convient de lui expliquer le besoin d'augmenter l'ouverture en pratiquant une épisiotomie, puis quand et comment celle-ci aura lieu.

Si une femme se présente avec un type III, et qu'une césarienne est préférable à la désinfibulation et l'accouchement vaginal, il faut lui expliquer le besoin de réaliser l'opération puis lui demander son autorisation pour le faire, à défaut de la transférer vers un centre de santé plus important.

9.3. PRISE EN CHARGE PENDANT L'EXPULSION

Au moment de l'expulsion du mobile fœtal et du dégagement de la tête, des déchirures cutanéo-muqueuses peuvent se produire. La pratique d'une épisiotomie, associée à une section médiane contrôlée du pont cutanéomuqueux permet le plus souvent de prévenir ces déchirures dont la suture par des points séparés permet de réduire les saignements et d'accélérer la cicatrisation.

L'épisiotomie doit être réalisée comme suit :

- Préparer la patiente.
- Disposer sur un plateau des tampons antiseptiques, des ciseaux à épisiotomie, des gants stériles, une seringue de 5 ml et un anesthésiant local.
- Informer la patiente que vous allez ouvrir la zone périnéale pour augmenter l'espace afin de faciliter le passage du bébé.
- Se laver les mains, mettre les gants, nettoyer la zone périnéale.
- Introduire un ou deux doigts (ils doivent entrer facilement), en les plaçant à l'endroit où on va administrer l'anesthésiant. Cela protège la tête du bébé.
- Infiltrer 2 à 3 ml d'anesthésiant local le long des doigts pour éviter de blesser le bébé et dans la zone où on va réaliser l'incision.
- Une fois le doigt ou les doigts dans le vagin (ils doivent se trouver entre les ciseaux et la tête du bébé), introduire les ciseaux et couper le long des doigts pour éviter de blesser le bébé. Commencer au centre du périnée et incliner (pencher) les ciseaux vers l'extérieur à un angle de 60 degrés. Si vous êtes droitier, incisez vers la fesse droite de la mère. Si vous êtes gaucher, incisez vers la fesse gauche de la mère. En général, le bébé sort lentement après l'incision.

- Presser fermement une gaze contre la zone incisée alors que la femme continue à pousser.
- Immédiatement après l'accouchement, l'incision et les éventuelles déchirures doivent être suturées.
- Prendre soin de la mère et du bébé.
- Éduquer le patient sur l'hygiène vulvaire et le nettoyage du périnée.
- Lavez-vous les mains et nettoyez le matériel.

9.4. PRISE EN CHARGE PENDANT LA DÉLIVRANCE

Comme après toute expulsion, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) doit être mise en route immédiatement devant ce contexte à haut risque d'hémorragie du post partum.

Procédures d'évaluation

Immédiatement après l'accouchement, une évaluation de la mère doit être effectuée comme suit :

- Contrôler l'absence de produits de conception en rétention et vérifier que l'utérus est bien contracté. Contrôler la vessie et la vider en cas de besoin, ou administrer des médicaments ocytociques.
- Contrôler l'éventuelle présence de déchirures sur la vulve et à l'intérieur de la filière pelvienne.
- Nettoyer la zone vulvaire pour examiner les organes génitaux externes.
- À l'aide d'un bon éclairage, évaluer les déchirures sur la paroi vaginale et le col de l'utérus. Si vous ne voyez pas, aidez-vous d'un spéculum.
- En cas de besoin, introduire le spéculum très lentement pour ne pas faire mal à la patiente.
- Observer l'intérieur de la paroi vaginale et au niveau du col de l'utérus.
- Si vous détectez des saignements ou des déchirures, prenez immédiatement les mesures adéquates.

Complications après l'accouchement

Pour une femme ayant subi une MGF/E, les complications après l'accouchement peuvent comprendre les suivantes :

- Saignement primaire excessif en raison d'une lésion des artères et des veines, suite à des déchirures.
- Saignement secondaire en conséquence de produits de conception en rétention.
- Infection pouvant mener à une septicémie.
- Rétention d'urine.
- Lésion des tissus adjacents en raison de déchirures, si l'accouchement n'est pas géré correctement. Cela peut entraîner une incontinence urinaire et/ou fécale, des fistules vésico-vaginales et des problèmes sexuels si la réparation n'est pas effectuée correctement.
- Asphyxie néonatale due à un travail avec obstruction ; cela peut entraîner des dommages cérébraux sur le bébé.

Soins immédiats en cas d'hémorragie :

Le professionnel médical doit procéder comme suit :

- Suturer toute déchirure et épisiotomie immédiatement. Suturer également toute lacération sur une infibulation ouverte. Ne jamais rétablir l'infibulation!
- Si l'utérus ne se contracte pas, retirer tout éventuel caillot, masser l'utérus pour aider la contraction et administrer des médicaments ocytociques, en cas de besoin.
- Maintenir la patiente au chaud.
- Faire des prises de sang pour obtenir un hémogramme, le groupe sanguin et une épreuve croisée.
- En cas d'hémorragie post-partum sévère, appeler un médecin ou transférer la patiente pour la soumettre à une intervention adéquate.

10

PRISE EN CHARGE PENDANT LE POST PARTUM

Le traitement en période post-partum pour des femmes ayant subi une MGF/E reste identique à celle des autres. Toutefois, ces femmes auront besoin de plus de soutien psychologique dans les cas où la vulve a été ouverte, sans la refermer, pour redonner aux organes génitaux leur état initial d'avant la grossesse et l'accouchement.

10.1. PRISE EN CHARGE MATERNELLE

La période d'hospitalisation en suites de couches est un moment propice pour que s'installe un dialogue confiant entre le personnel soignant et l'accouchée. Plusieurs points sont importants à signaler :

Le rôle du père

Le père peut être présent aux entretiens si la femme le souhaite. Beaucoup d'hommes méconnaissent la réalité du vécu traumatique des MGF/E de leur femme. Le père peut devenir acteur de la protection de ses filles avec une information renforcée sur les conséquences médicales désastreuses sur la santé des nourrissons et des enfants et la sexualité de la femme.

La visite du pédiatre

Le médecin expliquera en examinant l'anatomie de la petite fille : grandes lèvres, vestibule, clitoris, hymen. Cet examen et l'information préventive délivrée doivent être impérativement notifiés dans le dossier et le carnet de santé de l'enfant.

A la sortie des suites de couches, le courrier à l'attention du médecin généraliste explicitera le diagnostic de MGF/E chez la patiente, les éventuelles complications rencontrées et les risques éventuels encourus par le nouveau-né.

Cette visite systématique permettra d'évaluer :

- La prise de conscience de la femme à l'égard de la violence que représentent de telles pratiques ;
- Ses ressources pour protéger ses enfants ;
- Le climat familial dans lequel elle évolue (ambiance familiale délétère, violences domestiques, etc.) ;
- La volonté d'une réparation chirurgicale.

10.2. PRISE EN CHARGE NÉONATALE

Les praticiens doivent s'assurer qu'une évaluation du bébé soit faite immédiatement après l'accouchement. Cette évaluation se fait à la première minute et à la cinquième minute selon le score d'Apgar.

En cas d'asphyxie néonatale, réanimez le nouveau-né selon le programme Help Baby Breath (HBB) et faites-le examiner par un médecin spécialisé.

.

11

SERVICE DE CONSEIL

Le conseil implique aider une personne à faire face efficacement à une difficulté, l'amener à prendre la décision la meilleure devant une situation complexe, à faire le meilleur choix en connaissance de cause. C'est un élément important dans la prévention des MGF/E et dans la prise en charge des complications. Les conseils donnés à une fille comme à une femme présentant des complications des MGF/E doivent être strictement confidentiels. Si la patiente a un partenaire, des conseils doivent lui être donnés séparément, jusqu'au moment où il convient de les conseiller en tant que couple.

Au cours d'une séance de conseil, il est important d'établir une relation de confiance avec le patient afin qu'il se sente en sécurité pour discuter de ses préoccupations avec vous en tant que conseiller. La stratégie consiste à fournir un soutien psychologique dans le but de prévenir les conséquences fâcheuses. Il s'agit de créer les conditions de changements positifs concernant les MGF/E chez les jeunes filles et les femmes.

Le conseil en tant qu'outil de communication a lieu dans l'environnement où vivent les personnes qui en ont besoin. Il établit un dialogue qui permet aux participants de s'engager, à partir de leurs propres besoins et émotions. Le service d'aide fournit une orientation, des informations, un soutien émotionnel et une aide à la prise de décision.

Les conseils devraient s'adresser aux femmes et aux jeunes filles qui ont subi une MGF/E, ainsi qu'aux couples, aux familles et à l'ensemble de la communauté. C'est une façon d'offrir des connaissances sur la question, expliquées par une personne de la communauté elle-même correctement formée.

Il existe différents types de service de conseil. Il s'agira de choisir ceux qui sont les plus réalisables compte tenu de la situation dans laquelle ils se déroulent. Le conseil en face à face, qui établit un dialogue direct entre le conseiller et la personne conseillée, est le plus largement utilisé et le plus efficace.

C'est généralement le plus approprié, du fait des aspects éthiques et humains de la question des MGF/E. Il existe des alternatives, comme l'utilisation du courriel ou du téléphone pour donner des informations, mais le choix final dépend, entre autres facteurs, des conditions réelles et du sujet traité.

Qui fournit le service de conseil ?

Parmi les personnes les mieux habilitées à prodiguer des conseils en matière de MGF/E, on compte celles qui ont reçu une formation sur le sujet et qui ont de l'expérience dans ce type d'aide professionnelle. Ces personnes doivent être sensibles, tolérantes, impartiales, sincères, dignes de confiance, discrètes, compréhensives et disposées à se former elles-mêmes.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour rendre le service de conseil plus efficace : l'endroit où il est donné, l'attitude du conseiller, sa relation avec l'autre partie, ainsi qu'un climat de confidentialité, de respect, de confiance et de sécurité pour le patient.

Les éléments importants à considérer sont :

- *Réception* - Accueillir la patiente chaleureusement et la saluer.
- *Privacité et confidentialité* - S'assurer que le conseil est dispensé dans une pièce où personne ne peut entrer sans permission et où la discussion ne peut être entendue par d'autres personnes.
- *Patience* - Être détendu et non pressé par le temps.
- *Une position soigneusement étudiée* - Le conseiller et le patient doivent être au même niveau et assis l'un en face de l'autre, sans barrières entre eux, afin que le conseiller puisse se pencher vers le patient pour lui démontrer son attention et son soutien pendant la discussion.
- *Contact visuel* - Il est important de regarder la patiente directement et de l'observer attentivement afin de prendre conscience de ses expressions faciales (indices corporels), car elles peuvent raconter une histoire différente à celle de ses paroles.
- *Écoute attentive* - Observer le ton de la voix de la patiente ainsi que ce qu'elle dit, car cela pourrait en dire plus que ses paroles. Permettre aussi à la patiente d'avoir la grande partie du temps de parole, mais essayer aussi de résumer ce qui a été dit de temps en temps pour confirmer que les informations partagées sont bien comprises par les deux.
- *Empathie* - Essayer de se mettre à la place de la patiente et montrer qu'on se fait des soucis pour elle.
- *Expressions faciales appropriées* - Contrôler l'expression de son visage et s'assurer qu'elle est appropriée à ce qui est dit. Sourire quand on salue la patiente, mais si elle pleure pendant la séance, l'expression faciale devra montrer de la sympathie et de l'intérêt.

- *Respect* - Toujours faire preuve de respect envers les patientes en tant qu'êtres humains dignes, ayant leurs propres valeurs et croyances religieuses et culturelles.
- *Une attitude sans jugement* - Ne pas porter de jugement. En tant que conseiller, on doit éviter que ses préjugés interfèrent avec le processus de conseil (counselling).

Certaines règles facilitent la communication et peuvent servir de guide pour établir un dialogue :

- Accueillir la patiente (et son partenaire/mari si nécessaire) et l'inviter à s'asseoir.
- L'accueillir et se présenter soi-même d'une manière culturellement appropriée.
- Demander à la patiente son nom et si on peut l'aider en quoi que ce soit.
- Laisser la patiente parler et l'encourager en hochant la tête ou en disant « oui » de temps à autre.
- Donner à la patiente des informations sur les services disponibles (par exemple la prise en charge des complications des MGF/E) dans la clinique ou au centre et sur le personnel qui s'occupera d'elle.
- Laisser la patiente expliquer ses préoccupations.
- Être patient, car la patiente pourrait avoir de la difficulté à exprimer ses expériences et ses sentiments.
- Écouter attentivement et observer les indices non verbaux (p. ex. langage corporel, ton de la voix) pour mieux comprendre la situation de la patiente.
- Résumer de temps en temps les informations que la patiente donne pour vérifier qu'on l'a bien entendu et éviter tout malentendu.
- Montrer de l'intérêt tout au long de la séance en étant attentif et en établissant de temps à autre un contact visuel.
- Faire preuve d'empathie à l'égard de la patiente lorsqu'elle décrit une expérience troublante, qui peut la faire pleurer.
- Expliquer à la patiente comment on peut l'aider si le but du conseil est de discuter de la nécessité de gérer une complication liée aux MGF/E.

- Donner à la patiente des informations détaillées sur le problème et la procédure qu'on utilisera pour y remédier.
- Lui donner des informations sur les opérations qui peuvent être nécessaires et les soins postopératoires.
- Si le conseil porte sur des problèmes psychosociaux ou sexuels, poser les questions qui s'imposent afin d'obtenir le plus d'informations possible de la patiente concernant ses problèmes.
- Aider la patiente et son partenaire, le cas échéant, à prendre une décision éclairée sur les mesures à prendre pour résoudre le problème.
- Les aider à donner suite à leur décision en leur donnant des conseils sur la façon de procéder.
- Donner à la patiente un rendez-vous pour une autre séance de counselling ou de suivi afin de préparer la prochaine étape, si nécessaire.
- Si le problème persiste, diriger la patiente vers un spécialiste.

Il faut tenir compte du fait que le problème de la patiente peut ne pas être résolu en une seule séance de conseil. Plusieurs séances peuvent être nécessaires pour résoudre un problème relationnel et atteindre un bien-être psychologique optimal. Le conseiller doit alors être prêt à consacrer autant de temps que nécessaire à ce processus.

12

MGF/E ET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

La prévention des MGF/E et la capacité des populations à faire face à ses conséquences nécessitent une action concertée et collective. Les agents de santé ont un rôle important à jouer dans la perception, l'attitude et le comportement des personnes sur les MGF/E. Les communautés doivent être impliquées elles aussi dans l'évaluation et le traitement des questions liées aux MGF/E par le biais d'une éducation sanitaire organisée.

Membres influents de la société, les professionnels de la santé ont un rôle capital à jouer dans l'éducation de la communauté contre les MGF/E. Il est important qu'ils comprennent l'art de provoquer un changement de comportement positif en ce qui concerne les MGF/E. Ils doivent impliquer les communautés dans ce processus.

Dans le contexte des MGF/E, cet engagement communautaire signifie travailler en étroite collaboration avec plusieurs groupes d'acteurs afin de trouver des solutions pratiques aux différents problèmes de société. C'est un processus de prise d'initiative collective.

12.1. ÉDUCATION EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

L'éducation en matière de santé est une stratégie essentielle pour parvenir à de bons indicateurs de santé, s'attaquer aux conséquences de la maladie et prolonger une vie active et autonome. Elle comprend les processus qui permettent aux individus de comprendre et d'accepter la responsabilité de leur propre santé, ainsi que de développer les compétences nécessaires à son maintien. L'éducation favorise des habitudes utiles au bien-être individuel et collectif. C'est le processus de changement positif des attitudes et des comportements des individus, des groupes et de la communauté. Elle permet aux individus comme aux groupes de prendre des décisions éclairées.

L'objectif de l'éducation sanitaire communautaire dans le contexte des MGF/E est d'encourager et de promouvoir un changement positif des attitudes et des comportements vis-à-vis de la pratique. Il est important que les membres des communautés assument le plein contrôle et la pleine responsabilité de toute décision prise par eux en tant qu'individus, familles et groupes. Comme les professionnels de la santé sont respectés par les individus, les familles et les communautés, ils jouent un rôle majeur dans

l'obtention de réponses positives vis-à-vis des MGF/E. Certains sont déjà membres d'organisations de la société civile (OSC) qui s'efforcent d'apporter des changements dans leurs communautés concernant cette pratique.

Le médecin ou l'agent de santé n'est plus considéré comme la seule source d'information spécialisée ou le moteur du changement au sein de la société. On parle aujourd'hui d'une éducation participative et libératrice dans un environnement propice à la créativité, qui aide à former les individus à l'estime de soi, à la motivation, à la conscience sociale et à l'engagement. L'un des objectifs de l'éducation sanitaire en matière de MGF/E est donc d'encourager les filles et les femmes à prendre en main leur propre santé, à prendre la décision personnelle de protéger leur propre santé. Ce processus est très complexe. Pour réaliser le changement, il ne suffit pas de fournir des informations. Il est nécessaire de changer aussi le comportement avec la participation active de la communauté.

Il est également important de promouvoir la participation des leaders communautaires à l'éducation sanitaire en ce qui concerne les MGF/E. Il s'agit notamment des leaders religieux, des politiciens, des sages-femmes, etc. Reconnaître le niveau élevé d'influence que ces personnes exercent au sein de la communauté est l'un des éléments pour modifier les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de MGF/E.

Un autre élément à prendre en considération est la formation des femmes promotrices de la santé. On sait que l'inégalité et la discrimination entre les sexes nuisent directement et indirectement à la santé des filles et des femmes tout au long de leur vie. Il est donc important qu'elles adoptent une attitude active face aux MGF/E. L'une des stratégies qui facilitent les activités éducatives sur les MGF/E dans la communauté consiste à former les filles et les femmes. Ce qui peut être réalisé lorsque les conditions spécifiques de chaque lieu permettent aux professionnels de santé formés de développer le processus, qui consiste à sélectionner les filles et les femmes qui recevront volontairement une préparation leur permettant d'informer, conseiller et soutenir les femmes dans leur propre communauté sur les MGF/E.

Stratégies et moyens

L'un des aspects de l'impact de l'éducation sanitaire des communautés contre les MGF/E est qu'elle doit être organisée et systématique.

La première exigence est d'apprendre à connaître la pratique et d'être clair sur les raisons avancées par les populations qui s'adonnent à l'excision. Les professionnels de la santé doivent savoir que les MGF/E ne sont pas seulement une question de santé. Elles sont aussi une question de genre, de droits humains et d'éthique. La solution au problème ne consiste pas seulement à donner des informations sur les conséquences sanitaires des MGF/E, mais aussi à donner des conseils sur les différentes dimensions du

problème. Le rôle des agents de santé est de contribuer au processus de changement. Les professionnels de la santé peuvent aider les personnes, les familles et les communautés dans ce processus en utilisant les stratégies suivantes :

- Construire une bonne et forte relation avec la communauté par le biais de personnes influentes.
- Démontrer une attitude bienveillante dans la communauté et participer à la vie communautaire.
- Intégrer l'éducation et le conseil contre les MGF/E dans la pratique quotidienne en tant que médecins, infirmières, sages-femmes et agents de santé publique.
- Identifier et collaborer avec les dirigeants influents et d'autres personnes et groupes clés au sein de la communauté.
- Interagir avec des personnes ou des groupes de la communauté.
- Forger des partenariats avec les OSC et les groupes communautaires organisés pouvant être concernés par les MGF/E ou par d'autres pratiques traditionnelles néfastes.
- Animer de petits groupes de discussion.
- Inscrire, former et utiliser des bénévoles et des pairs éducateurs en matière de santé au sein de la communauté.
- Aider les gens à réfléchir à la pratique des MGF/E et à ses effets sur la santé et les droits humains.
- Identifier les ressources au sein de la communauté qui pourraient être utilisées dans les programmes/activités de prévention des MGF/E.
- Suggérer des stratégies pour changer la pratique, par exemple une cérémonie alternative, culturellement acceptable pour marquer le rite de passage ; et former les femmes, les hommes et les jeunes à la résolution de problèmes.
- Aider les individus et les familles à faire face aux problèmes des MGF/E et à s'adapter au changement.
- Utiliser d'autres bonnes pratiques de communication dont l'efficacité a été prouvée dans le pays/la communauté.
- Travailler avec des agents et des intermédiaires crédibles au sein de la communauté.

Lorsque l'on discute de questions sensibles telles que les MGF/E dans un contexte traditionnel, il est conseillé de toujours préparer le terrain avec une histoire courte ou un partage d'expériences personnelles.

En raison de la délicatesse du sujet, il est important que les discussions soient soigneusement planifiées et menées de façon appropriée. En règle générale, les discussions devraient avoir lieu avec les individus, les familles et les groupes seuls, jusqu'à ce que le maximum de gens soit prêt à discuter plus ouvertement de la question dans la communauté.

Préparer le terrain pour l'éducation en santé communautaire

Il est important que les professionnels de la santé ou autres agents de changement impliqués dans la prévention des MGF/E aient une connaissance pratique adéquate de l'environnement social local. Ils ne doivent pas non plus oublier de toujours s'asseoir à l'arrière-plan et de laisser les agents/animateurs locaux diriger le processus. Il sera question encore de :

- Évaluer et décider des moyens appropriés de communiquer sur les MGF/E. Par exemple :
  - Discussions en tête-à-tête ;
  - Discussions de groupe, par exemple avec une famille, un groupe organisé ou des groupes de discussion ;
  - Discussions sur la santé dans les cliniques ;
  - Utilisation du théâtre ;
  - Chansons de communicateurs traditionnels ;
  - Raconter des histoires ;
  - Recours à des pairs éducateurs ;
  - Séances de travail ;
  - Activités scolaires, y compris les écoles coraniques.
- Connaître le public cible :
  - Identifier le groupe de participants (individus, familles ou groupes) ;
  - Décider à qui s'adresser (femmes, jeunes, hommes ou mixtes) ;
  - Connaître les antécédents du groupe de participants visé (niveau de scolarité, langue, âge, statut socioéconomique, niveau d'exposition).
- Se renseigner sur la pratique de MGF/E au niveau local, en explorant ce qui suit :

- Quel type de MGF/E est pratiqué localement ?
- Quelles sont les raisons de la perpétuation des MGF/E ?
- Quelles problèmes ou complications perçus les personnes rencontrent-elles pendant ou après l'intervention et comment sont-elles traitées ?
- Qui pratique les MGF/E ?
- Perceptions des filles qui ne sont pas excisées.

- Identifier qui sont les principaux décideurs dans la communauté en ce qui concerne les MGF/E.
- Veiller à ce que les personnes qui participeront à la mise en œuvre du programme d'éducation communautaire soient bien formées.

- Se préparer :
  - Avoir tous les renseignements et le matériel dont on peut avoir besoin ;
  - Organiser son matériel et ses équipements ;
  - S'assurer que les participants prévus au programme sont bien informés et préparés avant chaque session ;
  - S'assurer que tout le matériel de communication et les messages utilisés sont basés sur des recherches
- Créer et maintenir des relations de confiance :
  - Établir un rapport avec le public cible ;
  - Respecter les croyances et les valeurs des interlocuteurs concernant les MGF/E ;
  - Accueillir les gens d'une manière respectueuse sur le plan culturel ;
  - Se présenter toujours, soi-même et le reste de l'équipe ;
  - S'assurer que les gens sont à l'aise avec soi et avec le décor avant d'entamer un dialogue ;
  - Respecter les valeurs et les normes de la communauté ;
  - Anticiper les questions possibles et rassembler les faits.

Stratégies pour impliquer des groupes communautaires spécifiques

Afin d'impliquer un groupe ou une partie de la communauté dans la prévention des MGF/E, l'agent de changement doit faire ce qui suit :

- Identifier tous les forums et opportunités appropriés pour impliquer le groupe cible.
- Établir de bonnes relations avec les leaders communautaires et les autres personnes influentes et les utiliser comme point d'entrée.
- Partager des informations claires sur les effets sur la santé, les implications sur les droits de l'homme et les autres effets indésirables des MGF/E pour les enfants et les femmes.
- Partager des informations claires sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux féminins.
- Cerner les idées fausses et en discuter.
- Travailler à recruter des défenseurs locaux avec lesquels collaborer contre les MGF/E.
- Utiliser des projections de films, des affiches ou d'autres types d'outils de communication, selon le cas, et encourager tout le monde à participer aux discussions.
- Aider les groupes de participants à élaborer leurs propres stratégies de prévention.
- Dans la mesure du possible, faire appel à des groupes de théâtre.
- Explorer les croyances, perceptions et attitudes actuelles des membres de la communauté et utiliser l'information pour planifier la stratégie de communication/éducation sur les MGF/E.
- Cerner les idées fausses et en discuter.
- Utiliser des approches de communication participative dans les discussions.
- Emprunter toute bonne pratique de communication/éducation.
- Impliquer les hommes et les jeunes dès le début pour éviter que les MGF/E ne soient perçues comme une affaire de femmes.
- S'attaquer au manque de pouvoir et d'estime de soi des femmes en favorisant la prise de conscience de soi, l'affirmation de soi et l'aptitude à résoudre les problèmes.
- Veiller à ce que les attitudes et les valeurs positives de la communauté soient identifiées et renforcées dans le programme/les activités d'éducation sanitaire communautaire.

Stratégies pour impliquer des groupes communautaires spécifiques

Afin d'impliquer un groupe ou une partie de la communauté dans la prévention des MGF/E, l'agent de changement doit faire ce qui suit :

- Identifier tous les forums et opportunités appropriés pour impliquer le groupe cible.
- Établir de bonnes relations avec les leaders communautaires et les autres personnes influentes et les utiliser comme point d'entrée.
- Partager des informations claires sur les effets sur la santé, les implications sur les droits de l'homme et les autres effets indésirables des MGF/E pour les enfants et les femmes.
- Partager des informations claires sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux féminins.
- Cerner les idées fausses et en discuter.
- Travailler dur pour recruter des défenseurs locaux et travailler avec eux.
- Utiliser des projections de films, des affiches ou d'autres types d'outils de communication, selon le cas, et encourager tout le monde à participer aux discussions.
- Aider les groupes de participants à élaborer leurs propres stratégies de prévention.
- Dans la mesure du possible, faire appel à des groupes de théâtre.
- Explorer les croyances, perceptions et attitudes actuelles des membres de la communauté et utiliser l'information pour planifier la stratégie de communication/éducation sur les MGF/E.
- Cerner les idées fausses et en discuter.
- Utiliser des approches de communication participative dans les discussions.
- Emprunter toute bonne pratique de communication/éducation.
- Impliquer les hommes et les jeunes dès le début pour éviter que les MGF/E ne soient perçue comme une affaire de femmes.
- S'attaquer au manque de pouvoir et d'estime de soi des femmes en favorisant la prise de conscience de soi, l'affirmation de soi et l'aptitude à résoudre les problèmes.

- Veiller à ce que les attitudes et les valeurs positives de la communauté soient identifiées et renforcées dans le programme/les activités d'éducation sanitaire communautaire.
- Justification et raisons données pour la pratique.
- Âge auquel l'excision est pratiquée ;
  - Facteurs qui motivent la communauté et les individus à maintenir la pratique.
  - Ceux qui prennent les décisions.
  - Perceptions des filles qui ne sont pas excisées.
  - Connaissance actuelle des conséquences sanitaires et sociales de la pratique.
  - Réponses de la communauté aux efforts passés visant à empêcher cette pratique.

Des informations de base détaillées sont essentielles pour planifier des stratégies de plaidoyer et formuler des messages/arguments appropriés.

Identification des publics cibles et des personnes clés en matière de plaidoyer

Les politiciens, les responsables gouvernementaux, les dirigeants du secteur privé et la fraternité de la société civile jouent un rôle essentiel dans la prévention des MGF/E et dans la résolution des problèmes qui y sont liés. Les professionnels des médias, les chefs communautaires/religieux, les organisations de femmes et les organisations de jeunesse sont également des acteurs clés. Toutes ces catégories devraient être ciblées pour le plaidoyer.

La fixation d'objectifs de plaidoyer

Le changement recherché de la part de chaque public cible pour le plaidoyer devrait être clairement énoncé. Par exemple, le plaidoyer pourrait viser à légiférer contre la pratique des MGF/E ou à imposer des sanctions aux professionnels de la santé qui se livrent à cette pratique. Les dirigeants politiques, les législateurs et les principaux décideurs et responsables politiques des secteurs public et privé, doivent apporter diverses réponses positives.

Suivi et évaluation

Le programme de plaidoyer doit être suivi au moyen d'indicateurs et d'objectifs clairement définis. Grâce à une surveillance régulière, les responsables d'un programme de plaidoyer seront en mesure de suivre les succès, les changements et les problèmes.

Sensibilisation aux MGF/E

Le plaidoyer doit viser à atteindre les objectifs suivants :

- Élaboration de réglementations et de programmes professionnels.
- Engagement politique visible en faveur de l'éradication de cette pratique.
- Signature de déclarations internationales condamnant cette pratique.
- Application des conventions internationales (domestication des conventions et protocoles).
- Élaboration des politiques et des plans d'action pour éliminer cette pratique, y compris définition des objectifs d'élimination ainsi que des indicateurs nationaux et de district pour le suivi et l'évaluation des programmes.
- Intégration des efforts visant à inclure les MGF/E dans les programmes généraux de santé et d'éducation.
- Législation contre cette pratique.
- Établissement de partenariats avec les ONG, les OSC et les communautés afin d'apporter des changements.

Stratégies de plaidoyer

La communication organisée est l'épine dorsale du plaidoyer. Le choix d'une stratégie de plaidoyer parmi les nombreuses possibilités envisageables est influencé par les objectifs, la problématique et le public cible visé. Les stratégies les plus importantes en matière de plaidoyer sont les suivantes :

- Mise sur pieds de coalitions avec, par exemple, des ONG, des OSC ou des institutions ayant des intérêts similaires.

- Utilisation efficace des médias.
- Travail avec les communautés.
- Conférences et séminaires.
- Lobbying par contact personnel direct.

Former des coalitions

L'établissement de partenariats avec d'autres organisations ou personnes actives dans le même domaine présente plusieurs avantages. Il permet le partage d'expériences et d'expertises, ainsi que la mise en commun des ressources. Des groupes de pression bien informés peuvent être un allié clé dans une coalition qui a pour but de faire pression en faveur des changements dans les politiques, les lois et les programmes ou services et pour influer sur les décisions importantes. Les syndicats, les associations d'étudiants, les communautés, les groupes de consommateurs et les organismes professionnels sont des exemples de ces groupes de pression.

Travailler avec les médias

Les médias électroniques et imprimés peuvent tous deux être utilisés pour renforcer les activités de plaidoyer. Ils peuvent avoir un impact significatif s'ils sont utilisés correctement pour exprimer le point de vue des défenseurs et des personnes touchées par un problème. Les articles publiés dans les journaux ou les reportages diffusés à la radio et à la télévision diffusent le message à grande échelle. L'établissement de partenariats avec les organisations médiatiques est donc un exercice précieux et la première tâche dans l'établissement d'une telle relation consiste à éduquer les personnes concernées dans les médias sur les MGF/E.

Travailler avec les communautés

Le changement ne se produira que lorsque les personnes qui pratiquent les MGF/E seront convaincues de leurs effets désastreux. C'est pourquoi le travail de sensibilisation, d'éducation et d'information par l'intermédiaire des responsables communautaires est un élément essentiel de tout programme de lutte contre l'excision.

Lobbying

Il s'agit de solliciter un soutien à huis clos et d'exercer des pressions pour essayer d'influencer les opinions et les actions des gens. Ce processus est généralement lent. Il exige beaucoup de patience et de persévérance de la part du lobbyiste. Celui-ci peut être un contact personnel direct et individuel.

Conférences

Les conférences sont le type de stratégie le plus approprié pour certaines catégories de publics cibles. Elles requièrent généralement beaucoup de planification.

Kits de plaidoyer

Un kit de plaidoyer est une collection de faits soigneusement emballés et diffusés à un auditoire. Il contient des arguments forts et convaincants pour soutenir une cause.

Événements publics

Les événements publics peuvent également servir de tribune pour faire prendre conscience que les MGF/E sont une pratique traditionnelle préjudiciable, qu'il s'agisse de rassemblements, d'expositions, de célébrations, de défilés ou de séminaires.

R

REFERENCES

Abdulcadir, J. ; Catania, L. ; Hindin, M.J. ; Say, L. ; Petignat, P. ; Abdulcadir, O. (2016). "Reference and Learning Tool for Female Genital Mutilation", in *Obstet Gynecol, 128* : 958-963. DOI : 10.1097/AOG.0000000000001686

Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie. (2018). *Enquête Démographique et de la Santé Continue (EDS-Continue) 2017*. Dakar : Agence Nationale.

Almroth, L. ; Almroth-Berggren, V. ; Hassanein, O.M. ; Al-Said, S.S. et al. (2001). "Male complications of female genital mutilation", in *Social Science and Medicine 53* (11): 1455-60.

Baum, R. (2015). *West Africa's Women of God*. Bloomington : Indiana University Press.

Bourdin, M-J. (2006). *L'Exicison, une coutume à l'épreuve de la loi.* Paris : Editions A-3.

Camara, C.M. (2017). *Excision, mariages d'enfants, droits sexuels et reprodutifs : socioanalyse d'une dialectique des norms*. Dakar : L'Harmattan.

Castañeda Reyes, J.C. (2003). *Fronteras del placer; fronteras de la culpa. A propósito de la mutilación femenina en Egipto.* México : El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África.

Cook, R.J. ; Dickens, B.M. ; Fathalla, M.F. (2002). "Female genital cutting (mutilation / circumcision): ethical and legal dimensions", in *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 79*(3): 281-287.

De Jong, F. (2001). *Modern secrets: the power of locality in Casamance, Senegal* (tesis doctoral). University of Amsterdam : Amsterdam.

Dellenborg, L. (1996). *Female circumcision, the practice and its prevention: a minor field study on the organised campaign against excision in Senegal*. Stockholm : SIDA.

— (2004). "A reflection on the cultural implications of female circumcision: experiences from fieldwork in Casamance, southern Senegal." In: Signe Anfred (ed.), *Rethinking sexualities*, Uppsala : NAI.

— (2009). "From pain to virtue: clitoridectomy and other ordeals in the creation of a female person." In: Ann Schlither (ed.), "Body politics and women citizens", *Sida Studies 24* : 93-101.

Diedhiou, P. (2004). *Riz, symboles et développement en Basse-Casamance*. Quebec : Presses de l'Université de Laval.

Diop, N. ; Askew, I. (2009). "The effectiveness of a community-based education program on abandoning female genital mutilation/cutting in Senegal", in *Studies in Family Planning 40* (4): 307-318.

Gomis, D. ; Moustapha Wone, M. (2008). *L'excision au Sénégal : sens, porté et enseignements tirés de la réponse nationale*. Dakar : UNICEF.

Kandala, N. ; Komba, P. (2015). "Geographic variation of female genital mutilation and legal enforcement in Sub-Saharan Africa: a case study of Senegal", in *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene 92* (4): 838–847. DOI : https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0074

Kaplan, A. ; Risler, S. (2004). *Iniciación sin mutilación* [film]. Barcelona : Ovideo Producciones, 26'.

Kaplan, A. ; Cano, F. ; Moreno, J. ; Pérez Jarauta, M.J. (2008). "From local to global: Female Genital Mutilation in Diaspora", in *Journal of FGM/C and other harmful traditional practices* n° 1, IAC, Geneva/ Addis Abeba.

Kaplan, A. ; Hechavarria, S. ; Martin, M. ; Bonhoure, I. et al. (2011). "Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action", in *Reproductive Health Journal, 8.*

Kaplan, A. ; Cham, B. ; Njie, L. ; Seixas, A. ; Blanco, S. ; Utzet, M. (2013). *"Female Genital Mutilation/ Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men"*, in *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2013, Article ID 643780.

Kaplan, A. ; Forbes, M. ; Bonhoure, I. ; Utzet, M. ; Martín, M. ; Manneh, M. ; Ceesay, H. (2013a). "Female Genital Mutilation/Cutting (FGM) in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn", in *International Journal of Women's Health, 5* : 323-331.

Kaplan, A. ; Hechavarría, S. ; Bernal, M. ; Bonhoure, I. (2013b) "Knowledge, attitudes and practices regarding FGM among rural Gambian health care professionals: a multyethnic study", in *BMC Public Health, 13* : BioMed Central pp. 851.

Kaplan, A. ; Riba, L. ; Laye, M. ; Secka, D. ; Utzet, M. ; Le Charles, M. (2016). "Female Genital Mutilation/ Cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia", in *International Journal of Women's Health, 8* : 103-111. Article ID : 10.2147/IJWH.S102201.

Meguelle, P. (2013). *Chefferie coloniale et égalitarisme diola : les difficultés de la politique indigène de la France en Basse-Casamance (Sénégal)*. París : Harmattan.

Ministere Charge de la Famille/Unfpa-Senegal. (2010). *L'état d'application de la loi sur l'excision au Sénégal.* Dakar : Gouvernement du Sénégal.

Morrison, L. et al. (2001). "The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey" in *Tropical Medicine and International Health, 6* (8): 643-653.

Mottin, M.H. (1990). *Excision au Sénégal.* Dakar : Enda Tiers Monde.

O'Neill, S. (2018). *Purity, cleanliness, and smell: female circumcision, embodiment, and discourses among midwives and excisers in Fouta Toro, Senegal*. Oxford : Royal Anthropological Institute.

Reveyrand-Coulon, O. (1982). *Tradition, modernité et tendance culturelle des femmes de Casamance : étude effectuée en milieu peul, manding et diola* (tesis doctoral). Université de Lyon II : Lyon.

Shell Duncan, B. ; Herniund, Y. (2006). "Are there 'Stages of Change' in the Practice of FGM/C? – Qualitative Research Findings from Senegal and The Gambia", in *African Journal of Reproductive Health, 10* (2) August 2006.

Shell Duncan, B., Hernlund, Y., Wander, K. ; Moreau, A. (2010). "Contingency and Change in the Practice of Female Genital Cutting: Dynamics of decision making in Senegambia: testing predictions of social convention theory", in *Social Science and Medicine, 73* (8): 1275-1283.

— (2013). "Legislating change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal", in *Law & Society Review 47* (4): 803-35.

Symposium for Religious Leaders and Medical Personnel on Female Genital Mutilation. (1998). "Banjul declaration on violence against women", in *Women's International Network News 24* (4): 27.

Thiam, A. (2015). *La sexualité feminine africaine en mutation*. Paris : L'Harmattan.

Thomas, L.V. (1959). *Les diola : essai d'analyse fonctionelle sur une population de Basse-Casamance*. Dakar : IFAN.

Tomàs, J. (2005a). *La identitat ètnica entre els Joola d'Oussouye (Húluf, Bubajum áai),* (tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona : Bellaterra.

— J. (2005b). "La tradition et la longue marche de la paix dans le royaume d'Oussouye (Casamance, Sénégal)", in *Canadian Journal of African Studies*, pp. 414-41.

Tomàs, J. ; Kaplan, A. ; Le Charles, M. (2018)."Female Genital Mutilation/Cutting in Basse-Casamance (Senegal): Multiple voices from a plural south", in *Journal of the Anthropological Society of Oxford* - online, New Series, Vol. X, nº 2, pp. 157- 179. ISSN :2040 - 1876.

Toubia, N. (1999) "Evolutionary cultural ethics and the circumcision of children." In: Denniston, G. C. et al. (Eds), *Male and female circumcision: Medical, legal, and ethical considerations in pediatric practice*. New York : Plenum. Pp. 1-7.

TOUNKARA, K. (1996). "Civilisation mandingue : société et culture." In : *Peuples du Sénégal.* Saint Maur : Sépia.

TRINCAZ, J. (1981). *Colonisations et religions en Afrique Noire : l'exemple de Ziguinchor.* Paris : L'Harmattan.

UNFPA (2008). *Global Consultation on FGM/C. Technical Report.* New York : UNFPA.

UNFPA-UNICEF (2013). *Evaluation conjointe UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/ excision : accélérer le changement, 2008-2012. Étude de cas de pays, Sénégal.* New York : UNICEF.

UNICEF (2005). *Changing a harmful social convention: Female Genital Mutilation/Cutting.* Geneva : Innocenti Digest.

— (2009). *Global and regional perspectives on Female Genital Mutilation/Cutting.* New York : UNICEF.

— Innocenti Research Centre (2010). *The dynamics of social change: towards the abandonment of female genital mutilation/cutting in five African countries.* Florence : UNICEF.

— (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.* New York : UNICEF.

— (2016a). *Senegal: statistical profile on female genitale mutilation/cutting*, New York : UNICEF.

— (2016b). *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern.* New York : UNICEF.

WHO (1998). *Female Genital Mutilation. An overview.* Geneva : WHO.

— (1999). *Female Genital Mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't. A review.* Geneva : WHO/CHS/WMH/99.5.

— (2000a). *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of Female Genital Mutilation. Report of a WHO Technical Consultation. Geneva 15-17 october 1997.* Geneva : WHO/FCH/WMH/00.7.

— (2000b). *Female Genital Mutilation. A manual for frontline workers.* Geneva : WHO/FCH/ WMH/00.5 Rev.1.

— (2000c). *A systematic review of the complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth.* Geneva : WHO/FCH/WMH.

— (2001a). *Female Genital Mutilation. Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. A students' manual.* Geneva : WHO/FCH/ GWH/01.4.

— (2001b). *Female Genital Mutilation. The prevention and management of the health complications: policy guidelines for nurses and midwives.* Geneva : WHO/FCH/GWH/01.5.

— (2001c). F*emale Genital Mutilation. Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. A teacher's guide*. Geneva : WHO/FCH/GWH/01.3.

— (2006). "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries." *The Lancet 367* : 1835-1841.

— (2008a). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Geneva : WHO.

— (2008b). *Effects of female genital mutilation on childbirth in Africa.* Geneva : WHO.

— (2011). *Female Genital Mutilattion programmes to date: whaht works and what doesn't.* Geneva, WHO/RHR/11.36.

— (2014). *Female Genital Mutilation.* Newsroom - Fact Sheets in : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/ [Dernière requête : 25/10/2019].

— (2016). *Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.* Geneva, WHO.

Zaborowski, S. (1894). "De la circoncision des garçons et de l'excision des filles comme pratiques d'initiation", in *Bulletins de la Société d'Anthropologie de Paris*, IV série, tome 5, 81–104.