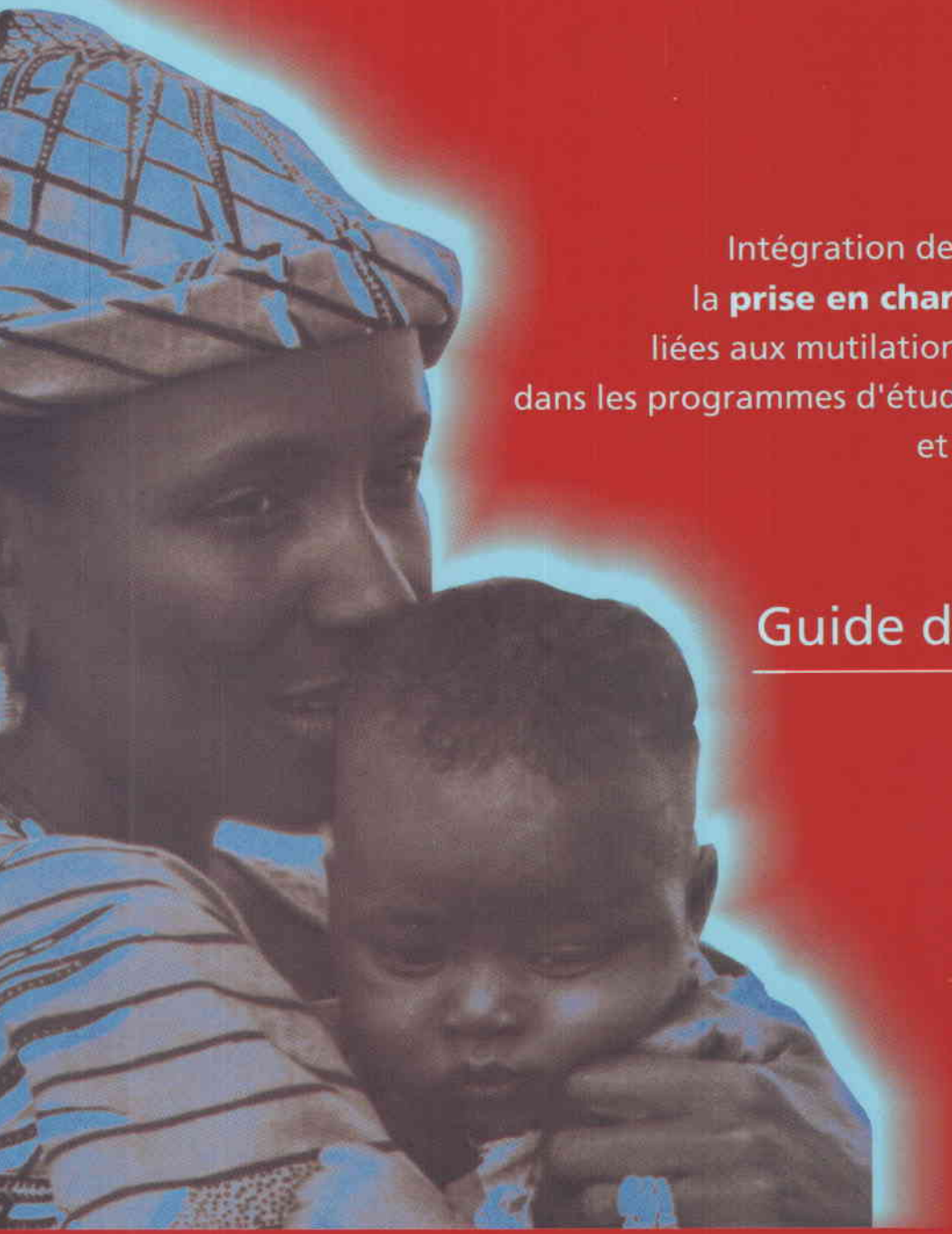
WHO/FCH/GWH/01.3
WHO/RHR/01.16
Distribution : Générale
Original : Anglais

Mutilations sexuelles féminines



Intégration de la **prévention** et de la **prise en charge** des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins obstétricaux

Guide du **formateur**

Département Genre et santé de la femme
Département Santé et recherche génésiques
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé
Genève

WHO/FCH/GWH/01.3
WHO/RHR/01.16
Distribution : Générale
Original : Anglais

Mutilations sexuelles féminines

Intégration de la **prévention** et de la **prise en charge** des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins obstétricaux

Guide du **formateur**

Département Genre et santé de la femme
Département Santé et recherche génésiques
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé
Genève

TABLE DES **MATIÈRES**

REMERCIEMENTS 4
AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 6
À qui s'adresse le guide du formateur ? 6
Comment est organisé le guide du formateur ? 6
Comment utiliser les modules ? 7
Activités pédagogiques/éducatives 7
Évaluation 9

RÉCAPITULATION DES SÉANCES 11

MODULE 1 : INTRODUCTION AUX MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Objectifs généraux 21
Compétences essentielles 21
Séance 1 : Analyse et modification des traditions 23
Séance 2 : Description et contexte de la pratique des mutilations sexuelles féminines 29
Séance 3 : Complications liées aux mutilations sexuelles féminines 43
Séance 4 : Éthique professionnelle et implications juridiques des mutilations sexuelles féminines 46
Séance 5 : Droits humains et mutilations sexuelles féminines 49

MODULE 2 : PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ À LA PRÉVENTION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Objectifs généraux 53
Compétences essentielles 53
Séance 1 : Croyances, valeurs et attitudes 55
Séance 2 : Croyances, valeurs et attitudes traditionnelles au sujet des mutilations sexuelles féminines 62
Séance 3 : Stratégies visant à faire participer les individus, les familles et les communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines 66
Séance 4 : Stratégies visant à faire participer les dirigeants politiques et gouvernementaux à la prévention des mutilations sexuelles féminines 71

MODULE 3 : PRISE EN CHARGE DES FILLETTES ET DES FEMMES PRÉSENTANT DES COMPLICATIONS LIÉES AUX MUTILATIONS SEXUELLES

Objectifs généraux 77
Compétences essentielles 77
Séance 1 : Évaluation de la patiente pour identifier les complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines 79
Séance 2 : Prise en charge des patientes présentant des complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines 83
Séance 3 : Utilisation des compétences en matière de conseil 89
Séance 4 : Identification des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines 93
Séance 5 : Prise en charge des fillettes ou des femmes présentant des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles 96
Séance 6 : Compétences en matière d'orientation 99
Séance 7 : Planification familiale en présence de mutilations sexuelles féminines 101
Séance 8 : Ouverture d'une infibulation (mutilations sexuelles féminines du type III) 104

MODULE 4 : PRISE EN CHARGE, PENDANT LA GROSSESSE, LE TRAVAIL, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM, DES FEMMES PRÉSENTANT DES MUTILATIONS SEXUELLES

Objectifs généraux 109
Compétences essentielles 109
Séance 1 : Évaluation et prise en charge, pendant la grossesse, des femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles 111
Séance 2 : Complications obstétricales liées aux mutilations sexuelles féminines et survenant pendant le travail et l'accouchement 115
Séance 3 : Évaluation et prise en charge, pendant le travail et l'accouchement, des femmes présentant des mutilations sexuelles 117
Séance 4 : Prise en charge, pendant le post-partum, des femmes présentant des mutilations sexuelles 122

APPENDICES :

1 : Études de cas 127
2 : Interrogatoire d'une femme ou d'une fillette présentant des mutilations sexuelles liste de contrôle 131
3 : Examen physique d'une femme ou d'une fillette présentant des mutilations sexuelles liste de contrôle 132
4 : Conseil destiné à une femme ou une fillette présentant des mutilations sexuelles liste de contrôle 133
5 : Ouverture d'une infibulation (mutilations sexuelles féminines du type III) liste de contrôle 134
6 : Ressources pédagogiques et éducatives 136

Note : Pour la commodité de la lecture, « stagiaire » et « formateur » ont été utilisés au masculin, et « infirmière/sage-femme » au féminin, étant bien entendu que le présent guide s'adresse à des personnes de l'un ou l'autre sexe.

REMERCIEMENTS

Le présent document fait partie d'une série de matériels didactiques (guide du formateur, manuel du stagiaire et principes directeurs) préparés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour faciliter la formation du personnel de santé dans le domaine des mutilations sexuelles féminines.

Nos remerciements vont à l'équipe technique – Mme Efua Dorkenoo O.B.E, Mme Stella Mpanda et Mme Feddy Mwanga, qui ont préparé ces documents.

Ce projet n'aurait pu être mené à bien sans la contribution technique des infirmières et sages-femmes dont les noms suivent, et que nous remercions de leur importante contribution : Mme Buthina Abdel Gadir Mohamed, Mme Nikki Denholm, Mme Fadwa Affara, Mme Comfort Momoh, Mme Lisbet Nybro Smith, Mme Kowser Omer-Hashi, Mme Fathia Ibrahim, Dr Christine Adebajo, Mme Yasin S. Ceesay, Dr Omangondo O. Ngenge, Dr Gaynor D. Maclean, Mme Valerie J. Tickner, Mme Emma Banga et Dr Naema Al-Gasseer. Nous souhaitons également remercier les infirmières, sages-femmes et médecins qui ont participé aux essais d'utilisation des documents sur le terrain ainsi qu'au Conseil international des infirmières et à la Confédération internationale des sages-femmes.

Nous remercions le Dr Heli Bathijah et Mme A. Fahmy de leur lecture critique des documents et M. Simeon Obidairo de sa contribution à la section consacrée aux droits humains. Nous remercions également Mmes Sue Armstrong et Jillian Albertolli de leur participation à la mise en forme éditoriale.

Ce projet n'aurait pu aboutir sans le financement de l'UNFIP, du DFID et de l'AUSAID. L'Organisation remercie vivement tous ces organismes pour leur appui.

Photographies médicales : Dr Harry Gordon

« Tradition ! Tradition ! » © Efua Dorkenoo, FORWARD (1992)

Photographie de couverture : Avec l'aimable autorisation de A. I.

Conception graphique : M. Caleb Rutherford – eidetic

© Copyright Organisation mondiale de la Santé, 2001

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés à l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Département Genre et santé de la femme
Département Santé et recherche génésiques
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé
Genève

AVANT-PROPOS

On estime actuellement entre 100 et 140 millions le nombre de fillettes et de femmes qui, dans le monde, ont subi une forme ou une autre de mutilation sexuelle et à 2 millions le nombre de fillettes qui risquent chaque année une telle mutilation. La grande majorité des femmes concernées vivent en Afrique subsaharienne, mais cette pratique est également connue dans certaines parties du Moyen-Orient et d'Asie. Aujourd'hui, on rencontre de plus en plus de femmes ayant subi des mutilations sexuelles en Europe, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux États-Unis d'Amérique, principalement du fait des migrations en provenance de pays où ces pratiques correspondent à une tradition culturelle.

Les mutilations sexuelles recouvrent toute une gamme d'interventions, mais dans la grande majorité des cas, elles comportent l'excision du clitoris et des petites lèvres. Dans leur forme la plus extrême, elles comportent l'excision de presque tous les organes génitaux externes et la suture de la vulve pour ne laisser qu'une très petite ouverture. Quelles qu'elles soient, les mutilations sexuelles constituent une violation des droits humains des fillettes et des femmes et représentent une grave menace pour leur santé.

Les complications des mutilations sexuelles féminines – physiques, psychologiques et sexuelles – exigent une prise en charge réalisée avec tact et compétence par des agents de santé, pourtant ces mutilations sont rarement mentionnées, et encore moins examinées en détail, dans les programmes de formation des infirmières, sages-femmes et autres professionnels de santé. L'OMS s'emploie à combler ces lacunes en produisant une série de matériels didactiques visant à renforcer la capacité des personnels de santé en matière de prévention et de prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines.

Ces matériels sont dédiés à toutes les fillettes, jeunes filles et femmes qui souffrent – très souvent en silence – de la violation de leur intégrité et de la douleur que représentent les mutilations sexuelles, et à tous ceux et celles qui les soignent et qui cherchent à soulager leurs souffrances. Bien que de grands progrès aient été réalisés au cours des vingt dernières années pour lever le secret qui entoure ces pratiques, il reste encore beaucoup à faire pour offrir des services de qualité à celles qui en sont les victimes, et pour empêcher d'autres fillettes et femmes de s'ajouter à leur nombre. Nous espérons que le fait d'intégrer les mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études des professionnels de santé s'ajoutera aux pressions visant à l'élimination de ces pratiques, et offrira un réconfort à toutes elles qui pendant si longtemps se sont senties seules avec leurs problèmes.

Dr Tomris Turmen

Directeur exécutif

Santé familiale et communautaire

Organisation mondiale de la Santé, Genève

INTRODUCTION

Le présent document a été élaboré par l'OMS en tant que guide pédagogique destiné aux personnes chargées de la formation des infirmières et des sages-femmes. Il fait suite à une proposition relative aux mutilations sexuelles féminines, dans laquelle des infirmières et des sages-femmes ont exprimé le besoin d'acquérir des connaissances et des compétences qui puissent les aider à prévenir cette pratique et à prendre en charge les fillettes et les femmes présentant des complications liées à ces mutilations. Le guide du formateur doit être utilisé conjointement avec le manuel du stagiaire et les principes directeurs.

Le guide du formateur et le manuel du stagiaire proposent des stratégies en vue de la prévention des mutilations sexuelles féminines et présentent les connaissances et compétences nécessaires aux infirmières et aux sages-femmes pour pouvoir prendre en charge les patientes qui souffrent de complications liées aux mutilations sexuelles. Outre la théorie et les principes, ces ouvrages décrivent étape par étape les procédures d'évaluation, de conseil et d'orientation des patientes, et la marche à suivre pour réaliser l'ouverture de l'infibulation chez les patientes présentant des mutilations du type III. Les principes directeurs s'adressent principalement aux personnes chargées d'élaborer les politiques et d'orienter les pratiques en matière de soins infirmiers et obstétricaux.

À qui s'adresse le guide du formateur ?

Le guide du formateur s'adresse principalement aux personnes qui dispensent aux infirmières et aux sages-femmes une formation de base, post-scolaire ou en cours d'emploi. Il sera également utile aux personnes chargées de former les étudiants en médecine, les personnels soignants, les fonctionnaires des services de santé publique, ainsi que d'autres prestataires de soins.

Comment est organisé le guide du formateur ?

Le guide comprend quatre modules sur les mutilations sexuelles féminines que les formateurs pourront intégrer dans leurs différents cours. Ces modules sont les suivants :

Module 1 : Introduction aux mutilations sexuelles féminines

Il s'agit du module de base, qui peut être intégré aux cours sur les soins médicaux/chirurgicaux, ainsi qu'aux cours de gynécologie, de santé communautaire et d'obstétrique dans les pays où sont pratiquées les mutilations sexuelles féminines. Ce module peut également être utilisé à l'occasion d'ateliers ou de stages de formation en cours d'emploi destinés aux personnels de santé et d'autres groupes intéressés, à des fins de sensibilisation aux mutilations sexuelles féminines.

Module 2 : Participation de la communauté à la prévention des mutilations sexuelles féminines

Ce module peut être intégré aux cours sur les soins infirmiers et obstétricaux communautaires dans les pays où sont pratiquées les mutilations sexuelles féminines.

Module 3 : Prise en charge des fillettes et des femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles

Ce module peut être intégré aux cours sur la santé de l'enfant et la croissance et le développement humains, et aux cours de gynécologie destinés aux infirmières et aux sages-femmes. Les compétences pratiques peuvent être acquises dans les services de santé maternelle et infantile ainsi que dans les centres de planification familiale. Les compétences en matière de conseil peuvent également être mises en pratique dans les foyers de jeunes et dans les écoles, lorsque les services de conseil font partie des programmes de santé axés sur les jeunes. Ce module peut également être utilisé dans le cadre des programmes portant sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le VIH/SIDA dans les pays où les mutilations sexuelles féminines ont cours.

Module 4 : Prise en charge, pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, des femmes présentant des mutilations sexuelles

Ce module peut être intégré aux cours sur les soins infirmiers et obstétricaux. Les compétences pratiques peuvent être acquises dans les dispensaires de soins anténatals, les maternités, les salles de travail et les dispensaires de soins postnatals.

Chaque module est organisé comme suit :

- brève introduction aux questions examinées
- description de la manière dont le module peut être utilisé
- objectifs généraux
- prérequis c'est-à-dire les connaissances et les compétences que devront déjà posséder les stagiaires pour comprendre le module
- compétences essentielles c'est-à-dire les connaissances et les compétences que les stagiaires devraient acquérir grâce au module
- méthodes pédagogiques suggérées, aides pédagogiques et documents de référence.

Chaque module se divise en plusieurs séances ou leçons distinctes qui sont énumérées dans l'introduction du module. En outre, des tableaux récapitulatifs des séances de chaque module se trouvent au début du guide. Ces tableaux comportent les informations suivantes :

- durée suggérée pour chaque séance
- liste des thèmes abordés
- activités pédagogiques/éducatives
- ressources pédagogiques/éducatives
- méthodes d'évaluation.

Comment utiliser les modules ?

Le contenu des quatre modules peut être intégré aux cours de formation qui existent déjà pour les infirmières et sages-femmes, ainsi qu'aux cursus médicaux. Ils peuvent également être utilisés comme cours à part entière dans le cadre de la formation en cours d'emploi et être adaptés au personnel de santé et à d'autres groupes intéressés à l'occasion d'ateliers ou de stages de formation en cours d'emploi, afin de sensibiliser ces groupes aux mutilations sexuelles féminines.

Le contenu de la synthèse de chaque module peut être intégré aux programmes de formation destinés aux infirmières et aux sages-femmes et le contenu de chaque séance peut être utilisé pendant les séances pédagogiques et éducatives.

Conseils aux formateurs :

- utiliser le présent guide conjointement avec le manuel du stagiaire et les principes directeurs
- utiliser les suggestions faites quant à la durée et au contenu des séances, aux activités pédagogiques et éducatives et aux ressources comme fil conducteur et procéder aux ajustements nécessaires en fonction de la situation
- utiliser lorsque cela est possible des études de cas tirées de la vie réelle au niveau local, ou sinon celles qui figurent dans le guide
- utiliser les documents de référence appropriés et les ressources pédagogiques disponibles au niveau local.

Activités pédagogiques/éducatives

Les mutilations sexuelles féminines sont une question extrêmement sensible et c'est pourquoi il est important que les stagiaires aient la possibilité de faire part, autant que possible, de leurs propres expériences, idées, croyances et valeurs culturelles. Cette méthode éducative est efficace et permet en outre de réduire l'anxiété. Les méthodes pédagogiques proposées dans le présent guide sont donc de nature participative. Les activités pédagogiques/éducatives suggérées sont les suivantes :

Cours

Il s'agit d'un bref exposé servant à présenter une séance ou un thème, ou à fournir de nouvelles informations. Le cours peut également servir à faire la synthèse des idées énoncées par les stagiaires après une discussion ou un exercice de groupe. Toutefois, la durée des exposés présentés par les formateurs doit être réduite au minimum afin de laisser aux stagiaires le plus de temps possible pour participer et faire part de leurs idées personnelles.

Discussions en petits groupes

Pendant ces exercices, les stagiaires sont répartis en

groupes de six à huit pour débattre d'une question et aboutir à un point de vue commun. Il convient de leur donner un sujet de travail assorti d'un délai ainsi que des instructions quant à la présentation des résultats. Une fois que les groupes auront présenté leurs résultats, le formateur/modérateur fera une synthèse. Les discussions en petits groupes sont particulièrement bien adaptées aux cours portant sur des questions sensibles.

Discussions à voix basse

Il s'agit de brèves discussions entre deux ou trois stagiaires, qui visent principalement à encourager la participation. Les stagiaires débattent d'une question donnée avec leurs voisins pendant un court laps de temps, avant d'exposer leurs idées à la classe entière. Cet exercice peut avoir lieu à n'importe quel point de la séance, en fonction des besoins, et s'avère particulièrement utile pour éviter que les stagiaires s'ennuient pendant les longues séances.

Discussions collectives ou en grand groupe

Pendant ces discussions, le formateur invite la classe entière à lancer des idées sur une question (brainstorming) ou à discuter sur les résultats des travaux effectués en petits groupes. Les discussions en grand groupe peuvent servir à évaluer ce que les stagiaires ont compris pendant la séance. Elles peuvent aussi servir de cadre pour débattre de questions prêtant à controverse.

Synthèse

Il s'agit d'une activité très importante. À la fin de chaque séance, le formateur doit faire la synthèse de ce qui a été enseigné et établir un lien avec les objectifs de la séance. Il peut demander à la classe de faire elle-même la synthèse ou de répondre à des questions sur la séance qui vient de s'achever afin de vérifier si les stagiaires ont tout compris.

Études de cas

Pour cet exercice, les stagiaires sont invités à présenter à la classe des études de cas tirés de la vie réelle au niveau de la communauté ou du dispensaire. Lorsque cela est impossible, des cas fictifs peuvent être utilisés pour les discussions en classe.

Analyses de scénarios et de situations

Pour cette activité, les stagiaires doivent analyser des cas, des scénarios ou des situations puis il leur est demandé de décider de quelle manière il conviendrait de gérer ces cas ou situations, et de justifier leurs décisions. Les travaux peuvent être réalisés individuellement ou en groupes, mais l'un des aspects fondamentaux de l'exercice est que les stagiaires doivent présenter leurs analyses devant toute la classe.

Jeux de rôle et pièces de théâtre

Pour ces activités, les stagiaires se voient attribuer divers rôles dans des mini-pièces de théâtre afin d'avoir un aperçu de différentes situations et points de vue en ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines. Par exemple, on peut leur demander de jouer le rôle d'une infirmière en train de conseiller des patientes dans un dispensaire ou d'examiner avec une femme excisée les options de planification familiale. Les jeux de rôle doivent être bien préparés : les stagiaires doivent comprendre quel en est l'objectif et quel rôle ils sont censés jouer. Après la pièce, on leur donnera le temps de faire part de leurs impressions avant que les autres stagiaires ne formulent leurs observations.
Indépendamment de l'attribution directe des rôles, les formateurs peuvent souhaiter travailler avec les stagiaires à l'adaptation d'histoires ou d'études de cas réels qui pourraient être jouées.

Histoires

Les histoires servent à explorer les attitudes et les valeurs. Les modules comportent des histoires illustrant divers aspects des mutilations sexuelles féminines, qui peuvent être racontées à la classe par le formateur ou un des stagiaires.

Jeux et exercices de simulation

Cette activité consiste à mettre en scène des situations fictives dans lesquelles le formateur demande à un des stagiaires de pratiquer une intervention. Ces exercices sont particulièrement utiles pour enseigner des compétences. Il importe que le formateur indique clairement quelle compétence est enseignée. Chaque module contient des indications concernant les situations où des jeux et des exercices de simulation peuvent être utilisés.

Démonstrations

C'est une étape très importante du processus pédagogique/éducatif. Le formateur fait une démonstration des compétences essentielles devant les stagiaires, en leur demandant d'observer attentivement ce qu'il fait, puis en désigne quelques-uns pour qu'ils montrent à leur tour ce qu'ils ont observé. Cela permet de lever certaines incertitudes et les stagiaires doivent être encouragés à poser des questions. En outre, il convient de leur donner la possibilité de mettre en pratique leurs compétences en contexte clinique.

Visites sur le terrain

Il s'agit de visites organisées par le formateur dans des communautés, des foyers de jeunes ou des écoles, dans le cadre desquelles les stagiaires peuvent observer diverses situations qui présentent un intérêt pour leur formation. Le formateur doit donner des indications aux stagiaires sur ce qu'ils doivent rechercher pendant la visite et leur assigner des projets spécifiques qu'ils devront rédiger et présenter à la classe. Ces projets peuvent être réalisés individuellement ou en groupes.

Pratique clinique

Afin que les stagiaires acquièrent des compétences cliniques, il convient de les affecter à un dispensaire où des compétences utiles sont mises en pratique. Les formateurs doivent organiser des stages de pratique clinique appropriés, fixer les objectifs, préparer les stagiaires et aider le personnel des dispensaires à les encadrer.

Travaux

Les travaux donnent aux stagiaires l'occasion de mettre en pratique leurs connaissances et leurs compétences. Ils permettent également de vérifier si les stagiaires ont compris ce qui leur a été enseigné, et peuvent être réalisés individuellement ou en groupe. Chaque module donne des indications aux formateurs sur les travaux les plus appropriés. Le retour d'information est une composante essentielle de l'exercice.

Évaluation

Afin d'évaluer ce que les stagiaires ont appris, un test a lieu au début et à la fin de chaque module. Néanmoins, le processus d'évaluation doit être continu et le formateur doit ménager à intervalles réguliers des plages de temps pour des séances de questions-réponses, des questionnaires et des évaluations mutuelles par les stagiaires, l'objectif étant de vérifier ce qui a été compris.

RÉCAPITULATION DES SÉANCES

Module 1 : Introduction aux mutilations sexuelles féminines

Séance 1 – Analyse et modification des traditions – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Définition des traditions 2. Examen des traditions 3. Réflexion sur les traditions néfastes	– Cours – Discussions en petits groupes – Discussions à voix basse – Séance de brainstorming – Jeux de simulation – Travaux individuels et de groupes	Dorkenoo, E. (1992) *Tradition! Tradition! A Story of Mother Earth. FORWARD,* Londres. *Les mutilations sexuelles féminines :Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP. OMS, Genève (1997)* *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers. WHO/FCH/GWH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000)*	Test en début de séance

Séance 2 – Description et contexte de la pratique des mutilations sexuelles féminines – 3 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Anatomie des organes génitaux externes de la femme 2. Définition des mutilations sexuelles féminines 3. Interventions constituant des mutilations sexuelles féminines 4. Âge auquel les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées 5. Qui pratique les mutilations sexuelles féminines ? 6. « Médicalisation » des mutilations sexuelles féminines 7. Origines des mutilations sexuelles féminines 8. Raisons avancées pour expliquer la pratique des mutilations sexuelles féminines 9. Prévalence estimée des mutilations sexuelles parmi la population féminine et distribution mondiale des mutilations sexuelles féminines 10. Classification des mutilations sexuelles féminines établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) 11. Prévalence des mutilations sexuelles féminines	– Séances de questions-réponses – Cours – Discussions à voix basse – Séance de brainstorming – Exercice avec une affiche – Discussions en petits groupes – Projection de films – Discussions collectives – Discussions en grand groupe – Présentation de graphiques indiquant la prévalence des mutilations sexuelles féminines – Carte indiquant la distribution mondiale des mutilations sexuelles féminines	*Les mutilations sexuelles : Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP. OMS, Genève (1997)* *Les mutilations sexuelles féminines : Aperçu du problème.* OMS, Genève (1998) *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/GWH/00.5 Rev.1 OMS, Genève (2000) *The right path to health: Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision.* OMS, Bureau régional pour la Méditerranée orientale (1996) Film : *Scared for Life.* Par ABC Special Program. (Dans une compilation de vidéos sur les mutilations sexuelles féminines). UNHCR Programme for Technical Support Section, case postale 2500, CH-1211 Genève Film de l'OMS sur les mutilations sexuelles féminines : « *La voie du changement* ». OMS, Genève (2000) E-mail : bookorders@who.int	Séances de questions-réponses Questionnaire

Séance 3 – Complications liées aux mutilations sexuelles féminines – 1 heure

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Complications physiques immédiates. Complications physiques à long terme 2. Complications psychosociales 3. Complications sexuelles	– Séances de questions-réponses – Discussions en petits groupes – Cours (illustré lorsque cela est possible)	Références : *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2 OMS, Genève (2000) *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/GWH/00.5 Rev. 1. OMS, Genève (2000)	Séances de questions-réponses Questionnaire

Séance 4 – Éthique professionnelle et implications juridiques des mutilations sexuelles féminines – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Implications éthiques des mutilations sexuelles féminines 2. Implications juridiques des mutilations sexuelles féminines 3. Lois et décrets contre les mutilations sexuelles féminines	– Discussions à voix basse – Discussions en petits groupes – Études de cas – Discussions collectives	Codes de conduites locaux et internationaux pour les infirmières et sages-femmes professionnelles, par exemple celui du Conseil international des Infirmières (ICM) et celui de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM)	Séances de questions-réponses

Séance 5 – Droits humains et mutilations sexuelles féminines – 3 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. En quoi les mutilations sexuelles féminines portent atteinte aux droits humains 2. Déclarations internationales pertinentes aux fins de l'élimination des mutilations sexuelles féminines 3. Droits des femmes et des fillettes et mutilations sexuelles féminines 4. Organismes chargés de la réglementation applicable aux infirmières et aux sages-femmes et mutilations sexuelles féminines	– Discussions en petits groupes – Discussions collectives – Discussions à voix basse – Travaux pratiques	R. J. Cook (1994). *La santé des femmes et les droits de l'individu.* OMS, Genève *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.*WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001) Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: The practice and its prevention,* Minority Rights Publications, Londres *Women's Rights in The UN: A Manual on how the UN human rights mechanism can protect women's rights.* Service International pour les Droits de l'Homme (1995). Case postale 16. CH-1211 Genève Film: *A Dangerous Practice.* (Dans une compilation de vidéos sur les mutilations sexuelles féminines). UNHCR Programme for Technical Support Section. Case postale 2500. CH-1211 Genève	Séances de questions-réponses

Module 2 :
Participation de la communauté à la prévention des mutilations sexuelles féminines

Séance 1 – Croyances, valeurs et attitudes – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Définition des croyances, des valeurs et des attitudes 2. Origines des croyances, des valeurs et des attitudes 3. Formation de systèmes de valeurs 4. Examen des croyances, valeurs et attitudes personnelles 5. Processus d'adoption de valeurs	– Discussions en petits groupes – Retour d'information et discussion – Jeux de simulation – Travaux pratiques – Discussions collectives	Exercices d'identification des valeurs Références disponibles localement sur l'identification des valeurs *The right path to health: Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision.* OMS, Bureau régional pour la Méditerranée orientale (1996) Dorkenoo, E. (1992). *Tradition! Tradition! The Story of Mother Earth.* FORWARD, Londres. Film: *From Awareness to Action, Eradication of Female Genital Mutilation in Somalia.* UNHCR Regional Liaison Office, P.O. Box 1076, Addis Abeba, Éthiopie	Séances de questions-réponses Questionnaire Évaluation par les autres stagiaires

Séance 2 – Croyances, valeurs et attitudes traditionnelles au sujet des mutilations sexuelles féminines – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Rôle des croyances, valeurs et attitudes dans la pratique des mutilations sexuelles féminines 2. Aider les communautés à identifier leurs croyances, valeurs et attitudes au sujet des mutilations sexuelles féminines 3. Étapes de l'adoption d'un comportement	– Discussions en grand groupe – Cours – Visite d'étude dans la communauté – Discussions en petits groupes	Notes du formateur Manuel du stagiaire *Female Genital Mutilation. Programmes To date: What Works and What Doesn't. A Review.* WHO/CHS/WHD/99.5. OMS, Genève (1999) *The right path to health: Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision.* OMS, Bureau régional pour la Méditerranée orientale (1996) Dorkenoo, E. (1992) *Tradition! Tradition! A Story of Mother Earth.* FORWARD, Londres Film: *Welcome to Womanhood.* Charlotte Metcalf. TVE, Prince Albert Road, London NM1 4 RZ, Royaume-Uni	Séances de questions-réponses

Séance 3 – Stratégies visant à faire participer les individus, les familles et les communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Définition de la communauté et de la participation communautaire 2. Stratégie visant à faire participer les individus, les familles et les communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines 3. Stratégies visant à faire participer les hommes à la prévention des mutilations sexuelles féminines 4. Stratégies visant à faire participer les femmes à la prévention des mutilations sexuelles féminines 5. Stratégies visant à faire participer les jeunes à la prévention des mutilations sexuelles féminines 6. Communication avec les groupes cibles	– Discussions à voix basse – Histoires courtes – Discussions en petits groupes – Discussions en grand groupe – Discussions collectives	Notes du formateur et manuel du stagiaire Références *Female genital mutilation : A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMN/00.5 Rev.1. OMS, Genève *Towards the healthy women counselling guide : Ideas form the gender and health research group.* TDR, OMS, Genève Film de l'OMS sur les mutilations sexuelles féminines : « *La voie du changement* ». OMS, Genève (2000) E-mail : Bookoreders@who.int	Tests au début et à la fin de la séance

Séance 4 – Stratégies visant à faire participer les dirigeants politiques et gouvernementaux à la prévention des mutilations sexuelles féminines 4 heures. Visite d'étude – 8 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Rôle des dirigeants politiques et gouvernementaux dans la prévention des mutilations sexuelles féminines 2. Conseils pour une communication efficace avec les dirigeants politiques et gouvernementaux 3. Actions de sensibilisation 4. Mobilisation des pouvoirs publics	– Séance de brainstorming – Discussions à voix basse – Discussions en petits groupes – Discussions collectives – Visite d'étude dans la communauté	Toute documentation appropriée sur les actions de sensibilisation et la mobilisation des pouvoirs publics	Séances de questions-réponses

Module 3 :
Prise en charge des fillettes et des femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles :

Séance 1 – Évaluation de la patiente pour identifier les complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Interrogatoire de la patiente 2. Examen physique en présence de mutilations sexuelles féminines	– Cours – Jeux de rôles – Démonstrations – Pratique clinique – Discussions collectives – Discussions en grand groupe	Notes du formateur et manuel du stagiaire Pratique dans des dispensaires : interrogatoire et examen physique	Liste de contrôle pour vérifier pour chaque stagiaire l'acquisition des compétences requises

Séance 2 – Prise en charge des patientes présentant des complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines – 4 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Prise en charge des complications physiques immédiates et à court terme des mutilations sexuelles féminines 2. Prise en charge des complications physiques à long terme des mutilations sexuelles féminines	– Discussions en grand groupe – Cours – Séances de questions-réponses	Références *Female Genital Mutilation : A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2 OMS, Genève (2000) *Female genital mutilation : A Handbook for frontline workers* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000) *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001)	Séances de questions-réponses Questionnaire

Séance 3 – Utilisation des compétences en matière de conseil – 4 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Les qualités d'un bon conseiller 2. Construction d'une relation capable d'aider la patiente 3. La séance de conseil	– Séances de questions-réponses – Cours – Jeux de rôle	Références *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health : A facilitator's guide.* WHO/ADH/93.3. OMS, Genève (1993) Les formateurs peuvent utiliser d'autres documents de référence appropriés sur le conseil	

Séance 4 – Identification des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines 2. Identification des problèmes psychosociaux et sexuels	– Cours – Discussions en petits groupes – Discussions collectives – Exercices de simulation – Études de cas	*A systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth.* WHO/FCH/WHD/00.2. OMS, Genève (2000) *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001) *Female genital mutilation : A Handbook for frontline workers* WHO/FCH/WMH/00.5. Rev.1. OMS, Genève (2000) Toubia. N. *A practical manual of health workers caring for women circumcision,* A RAINBO Publication, New York (1999)	Questionnaire Évaluation par les autres stagiaires

Séance 5 – Prise en charge des fillettes ou des femmes présentant des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles – 3 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Éléments clés de la prise en charge des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines 2. Prise en charge des problèmes psychosociaux liés aux mutilations sexuelles féminines 3. Prise en charge des problèmes sexuels	– Cours – Histoires – Discussions en groupes	*A systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth.* WHO/FCH/WHD/00.2. OMS, Genève (2000) *Female genital mutilation :A Handkbook for frontline workers* WHO/FCH/WMH/00.5. Rev.1. OMS, Genève (2000) *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001)	Séances de questions-réponses Évaluation individuelle

Séance 6 – Compétences en matière d'orientation – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Complications pour lesquelles une infirmière/sage-femme peut devoir orienter la patiente en vue d'une prise en charge plus poussée 2. Marche à suivre pour l'orientation des patientes	– Cours – Démonstrations – Pratique clinique	Les formateurs devront utiliser les directives locales en matière d'orientation	Liste de contrôle pour l'orientation Évaluation par les autres stagiaires

Séance 7 – Planification familiale en présence de mutilations sexuelles féminines – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Revue des différents types de mutilations sexuelles féminines 2. Problèmes que peuvent rencontrer les femmes présentant des mutilations sexuelles du type III si elles désirent utiliser des méthodes vaginales de planification familiale 3. Méthodes de planification familiale et types de mutilations sexuelles féminines	– Séances de questions-réponses – Cours – Discussions en petits groupes – Discussions en grand groupe	*A systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth.* WHO/FCH/WHD/00.2 Genève (2000) Robert A. et. al (1997). *The essentials of contraceptive technology : A Handbook for clinic staff.* Johns Hopkins Population Information Programme, Centre for Communication Programmes. The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Baltimore MD 21202, États-Unis d'Amérique	Séances de questions-réponses

Séance 8 – Ouverture d'une infibulation (mutilations sexuelles féminines du type III) – 3 heures. Pratique clinique 40 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Indications de l'ouverture d'une mutilation sexuelle féminine du type III 2. Préparation de la patiente et du matériel 3. L'intervention 4. Soins post-opératoires	– Séances de questions-réponses – Simulation – Observation clinique – Pratique clinique	*A systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth.* WHO/FCH/WHD/00.2. OMS, Genève (2000) *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001) *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001) Les stagiaires pratiqueront l'intervention sur un modèle anatomique, puis observeront l'intervention réalisée dans un contexte clinique. Ils peuvent alors être envoyés dans un dispensaire approprié pour pratiquer l'intervention sous supervision	Utilisation d'une liste de contrôle pour l'évaluation des compétences Évaluation par les autres stagiaires

Module 4 :
Prise en charge, pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, des femmes présentant des mutilations sexuelles

Séance 1 – Évaluation et prise en charge, pendant la grossesse, des femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles – 3 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Évaluation des problèmes liés aux mutilations sexuelles féminines et survenant pendant la grossesse 2. Prise en charge, pendant la grossesse, des femmes présentant des mutilations sexuelles des types I, II et IV 3. Prise en charge, pendant la grossesse des femmes présentant des mutilations sexuelles du type III	– Séances de questions-réponses – Discussions en petits groupes – Discussions collectives – Cours	Note du formateur et manuel du stagiaire Références : *A systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth.* WHO/FCH/WHD/00.2. OMS, Genève (2000) *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001) Toubia, N. (1999). *A Practical Manual for Health Care providers : Caring for Women with Circumcision.* A RAINBO Publication. 915 Broadway, Suite 1109, New York, États-Unis d'Amérique	Test en début de séance Évaluation par les autres stagiaires

Séance 2 – Complications obstétricales liées aux mutilations sexuelles féminines et survenant pendant le travail et l'accouchement – 2 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Complications des mutilations sexuelles féminines survenant pendant le travail et l'accouchement	– Séances de questions-réponses – Discussions en petits groupes – Discussions en grand groupe – Études de cas	Références : *A systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth.* WHO/FCH/WHD/00.2. OMS, Genève (2000) *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001)	Questionnaire Séances de questions-réponses

Séance 3 – Évaluation et prise en charge, pendant le travail et l'accouchement, des femmes présentant des mutilations sexuelles – 4 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Examen physique 2. Contrôle de la progression du travail 3. Évaluation de l'orifice vaginal pendant le travail 4. Prise en charge, pendant le travail et l'accouchement, des femmes présentant des mutilations sexuelles des types I, II et IV 5. Prise en charge, pendant le travail et l'accouchement, des femmes présentant des mutilations sexuelles du type III	– Démonstration de l'évaluation d'une femme en travail présentant des mutilations sexuelles – Observation et pratique cliniques	Références : *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997*. WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001) *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes*. WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001) *Toubia, N. (19999. A practical Manual for Health Care providers : Caring for Women with Circumcision.* A RAINBO Publication. 915 Broadway, Suite 1109, New York, Etats-Unis d'Amérique	Évaluation des compétences cliniques

Séance 4 – Prise en charge, pendant le post-partum, des femmes présentant des mutilations sexuelles – 3 heures

Thèmes	Activités pédagogiques et éducatives	Ressources pédagogiques et éducatives	Évaluation
1. Évaluation des complications chez la mère après l'accouchement 2. Complications après l'accouchement 3. Prise en charge, après l'accouchement, d'une femme présentant des mutilations sexuelles	– Observation et pratique cliniques	Références : *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001) *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001)	Évaluation des compétences cliniques

MODULE 1 : INTRODUCTION AUX MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Le module 1 est le module de base. Il vise à donner aux infirmières et aux sages-femmes des informations de base sur les mutilations sexuelles féminines, leurs conséquences sur la santé, ainsi que sur les traditions culturelles sous-jacentes. Il examine par ailleurs les implications des mutilations sexuelles féminines du point de vue éthique, juridique et des droits humains.

Application du module

Ce module peut être utilisé comme introduction aux trois autres modules du guide. Il peut également être utilisé indépendamment pour sensibiliser les infirmières, les sages-femmes et d'autres personnels de santé à la question des mutilations sexuelles féminines.

Objectifs généraux

À la fin du présent module, les stagiaires devraient être en mesure de :

- Donner une définition descriptive des mutilations sexuelles féminines.
- Donner la classification des mutilations sexuelles féminines établie par l'OMS.
- Connaître les théories à l'origine des mutilations sexuelles féminines.
- Identifier les raisons avancées par les communautés pour justifier leur pratique des mutilations sexuelles féminines.
- Décrire les diverses interventions réalisées dans le pays en question.
- Indiquer les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé des fillettes et des femmes de la communauté.

Prérequis

Les stagiaires qui travaillent sur ce module doivent déjà posséder des connaissances élémentaires sur l'anatomie et la physiologie du corps humain.

Compétences essentielles

Ce module devrait permettre aux stagiaires d'acquérir les compétences suivantes :

- Connaissance et compréhension de la classification des mutilations sexuelles féminines établie par l'OMS
- Connaissance de la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde et au niveau national
- Connaissance des circonstances qui entourent les mutilations sexuelles féminines – comment l'intervention est réalisée, par qui, sur qui, à quel âge, dans quelles conditions et pour quelles raisons
- Connaissance de l'éventail des complications liées aux mutilations sexuelles féminines parmi des patientes d'âges divers :
  - complications physiques
  - complications psychosociales
  - complications sexuelles
  - complications obstétricales.

Activités pédagogiques/éducatives suggérées

- Cours.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions collectives.
- Discussions à voix basse.
- Séances de brainstorming.
- Travaux individuels et en groupes.

Aides pédagogiques

Les aides pédagogiques peuvent comprendre :

- Films.
- Graphiques, affiches, brochures, écritoires, rétroprojecteur et transparents, projecteur de diapositives et diapositives.
- Modèles anatomiques.

Documents de référence

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Les mutilations sexuelles féminines : Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP.* OMS, Genève (1997)
- *Mutilations sexuelles féminines. Rapport d'un Groupe de travail technique de l'OMS. Genève, 17-19 juillet 1995.* WHO/FRH/WHD/96.10. OMS, Genève (1996).
- *Les mutilations sexuelles féminines. Aperçu du problème.* OMS, Genève (1998).
- *Summary of international and regional human rights texts relevant to the prevention of violence against women.* WHO/GCWH/WMH/99.3. OMS, Genève (1999).
- *Plan d'Action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique.* OMS, Bureau régional de l'Afrique, 1997. AFR/WAH/97.1.
- *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).
- *The right path to health : Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision.* OMS, Bureau régional pour la Méditerranée orientale (1996).
- *Visions and discussions on genital mutilation of girls : An international survey,* par Jacqueline Smith. Publié par Defense for Children International, Pays-Bas, 1995.

Références régionales et nationales, par exemple :

- Stratégie régionale de l'OMS en matière de santé génésique.
- Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique.
- Plans d'action nationaux pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines.
- Tout autre matériel de référence approprié disponible au niveau local.

Les séances

Durée en heures

Séance 1 :
Analyse et modification des traditions 2

Séance 2 :
Description et contexte de la pratique des mutilations sexuelles féminines 3

Séance 3 :
Complications liées aux mutilations sexuelles féminines 1

Séance 4 :
Éthique professionnelle et implications juridiques des mutilations sexuelles féminines.....2

Séance 5 :
Droits humains et mutilations sexuelles féminines.....3

Séance 1 : Analyse et modification des traditions

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient :

1. **Connaître dans les grandes lignes le sens de la notion de « tradition ».**
2. **Être capables d'identifier les traditions en usage dans la communauté.**
3. **Être en mesure de distinguer les bonnes traditions des mauvaises.**
4. **Proposer des idées constructives sur la manière de changer les choses.**

Références

- *Tradition ! Tradition ! A story of Mother Earth.* Par Dorkenoo, E., publié par FORWARD Ltd., Londres, 1992.
- *Les mutilations sexuelles féminines. Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP.* OMS, Genève (1997).
- *Female genital mutilation : A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève, 2000.
- *The right path to health : Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision.* OMS, Bureau régional pour la Méditerranée orientale (1996).

Méthodes pédagogiques suggérées

- Cours.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions collectives.
- Discussions à voix basse.

Aides pédagogiques

Les aides pédagogiques peuvent comprendre :

- Films.
- Graphiques, affiches, images, brochures, écritoires, rétroprojecteur et transparents, projecteur de diapositives et diapositives.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires de nommer quelques traditions qu'ils connaissent.
- Demander aux stagiaires d'indiquer les raisons de l'existence de ces traditions.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Définition de la tradition

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires ce qu'ils entendent par « tradition ».
- Laisser les stagiaires réfléchir par groupes de deux ou trois.
- Noter par écrit leur réponses.

Obtention d'un consensus sur une définition, par exemple :

Les traditions sont les coutumes, croyances et valeurs d'une communauté qui régissent et influencent le comportement de ses membres. Les traditions sont des habitudes acquises, transmises de génération en génération et qui participent de l'identité d'une communauté particulière. Les individus adoptent ces modes de comportement en pensant que ce sont les bons. Les traditions sont souvent protégées par des tabous et ne sont pas faciles à modifier.

Examen des traditions

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes et leur donner les exercices suivants :
  - Énumérer les traditions que vous connaissez et décidez si elles sont bénéfiques, néfastes ou neutres (ni bénéfiques ni néfastes).

Notes du formateur

TRADITIONS BÉNÉFIQUES	TRADITIONS NÉFASTES	TRADITIONS NEUTRES
– Allaitement – Femmes dispensées de travailler après un accouchement – Soins spéciaux et régime alimentaire nutritif pour les accouchées – Affirmation des rites pubertaires (sans mutilations sexuelles féminines) qui préparent les adolescentes à devenir femmes	– Manque d'autonomie pour les femmes lorsqu'il s'agit d'accéder à des soins médicaux (décision prise uniquement par les hommes) – Tabous alimentaires pour les femmes enceintes et les enfants – Mariages et grossesses précoces pour les filles – Alimentation forcée des nourrissons – Préférence pour les fils – Priorité accordée aux hommes et aux garçons de la famille en ce qui concerne l'accès aux aliments nutritifs (les mères et les filles mangent en dernier) – Scarifications tribales – Mutilations sexuelles féminines	– Porter des talismans – Poser un morceau de ficelle sur la fontanelle des nourrissons pour stopper le hoquet – Porter des amulettes pour tenir éloignés les mauvais esprits

N.B. : Le tableau ci-dessus n'est qu'un exemple. Certaines des traditions mentionnées ne concernent pas toutes les communautés. En tant que professionnels de santé, nous devons encourager les traditions bénéfiques et décourager celles qui sont néfastes.

Réflexion sur les traditions néfastes

Histoire :

Tradition ! Tradition ! A story of Mother Earth, par Efua Dorkenoo, FORWARD Ltd., Londres, 1992.

Il était une fois, dans un pays lointain, un royaume appelé le Royaume de la Myrrhe. Là vivait un peuple fier qui possédait un vaste héritage culturel, riche de traditions profondément enracinées et hautement vénérées. Ainsi, l'une de ces traditions voulait que les femmes du royaume n'aient qu'une seule jambe. Pourtant, tout unijambistes qu'elles soient, on pouvait difficilement imaginer des femmes plus élégantes et plus sûres d'elles.

Elles possédaient des manières amoureuses charmantes et avaient un don extraordinaire pour la poésie. Au reste, elles n'étaient pas dénuées d'ambition et étaient assez astucieuses pour parvenir à leurs fins. Et lorsque l'occasion l'exigeait, elles savaient être très agressives.

Un jour, le Grand Créateur envoya la Terre Mère au Royaume de la Myrrhe pour voir comment cela se passait. C'est qu'il y avait eu une très grave sécheresse, les gens avaient faim et, naturellement, le Grand Créateur était inquiet.

C'est ainsi que la Terre Mère, déguisée en vieille femme, se rendit dans le Royaume de la Myrrhe. Quelle ne fut pas sa surprise, à son arrivée, de voir que les femmes trouvaient non seulement normal, mais aussi très élégant, de marcher sur une seule jambe.

Le Terre Mère entreprit alors de découvrir les raisons de cet étrange phénomène qu'étaient les femmes à une seule jambe. Toutefois, ce ne fut pas chose facile. Les gens à qui elle s'adressa lui donnèrent des réponses quelque peu déroutantes lorsqu'elle posa la question de savoir pourquoi les femmes étaient incapables de conserver leurs deux jambes.

D'aucuns lui dirent que si on ne coupait pas l'une des jambes d'une petite fille, elle pousserait indéfiniment et deviendrait en un rien de temps aussi grande qu'un arbre !

D'autres personnes lui dirent qu'une femme avec deux jambes ne pouvait pas avoir d'enfant.

Par contre, d'autres lui expliquèrent qu'une femme devait être protégée contre elle-même et que, d'une certaine façon, ce serait plus facile en se faisant couper une jambe. La Terre Mère demanda : « Comment cela ? », mais elle n'obtint pas de réponse satisfaisante.

Elle continua toutefois de poser la question et on lui répondit qu'avec deux jambes une femme s'enfuirait et deviendrait une prostituée, alors qu'avec une seule jambe cela lui serait difficile !

Certaines personnes interrogèrent les textes religieux pour trouver une réponse à la question de la Terre Mère et se persuadèrent que c'était le Grand Créateur qui avait décrété que les femmes se conduiraient mieux en n'ayant qu'une seule jambe.

Or il y avait une très vieille femme dans le royaume qui se souvenait d'où venait cette habitude de couper une jambe à toutes les petites filles. Et elle raconta à la Terre Mère l'histoire suivante :

« Il y a bien longtemps », dit la vieille femme, « trois mille ans en vérité, sous le règne de Moussa, le Royaume de la Myrrhe connut une période d'abondance qui donna lieu à de grandes festivités.

« Chaque année, des concours de danses exotiques et hauts en couleurs avaient lieu pour désigner le souverain du royaume. En ces temps, les hommes et les femmes pouvaient concourir sur un pied d'égalité et le meilleur danseur ou la meilleure danseuse obtenait la couronne du Royaume de la Myrrhe.

« Pendant cinq années de suite, Moussa gagna toutes les compétitions haut la main, mais la sixième année, le trône faillit lui échapper. Une très belle femme était apparue sur la scène qui, de toute évidence, dansait bien mieux que lui.

« Moussa devint très inquiet », poursuivit la vieille femme. « Il décida qu'il fallait faire quelque chose. Au désespoir, il décréta que toutes les femmes devraient se faire couper une jambe. Cela sembla régler son problème car, ne pouvant danser sur une seule jambe, les femmes ne pouvaient prendre part à la compétition. Et Moussa put donc continuer de régner pendant encore vingt ans. »

Ainsi se souvenait la vieille femme de la manière dont était apparu le phénomène des femmes à une seule jambe. Mais, pour des générations d'habitants du Royaume de la Myrrhe, c'était simplement une tradition transmise par les ancêtres. Pire encore, c'était désormais les femmes elles-mêmes qui devaient veiller à ce que toutes les petites filles suivent cette tradition !

La Terre Mère était fascinée par cette histoire, mais elle voulut savoir si la vieille femme pensait qu'il s'agissait d'une bonne pratique.

La vieille femme réfléchit un moment puis répondit : « J'ai entendu parler de nombreuses traditions, des bonnes et des mauvaises – pour ce qui est de celle-ci, je ne suis pas sûre ».

Le Terre Mère fit alors observer : « Pourtant, à vous voir, j'avais l'impression que vous vous sentiez à l'aise ».

« Oh non ! », répliqua la vieille femme. « Nous avons tellement de mal à accomplir nos tâches quotidiennes avec

une seule jambe !

Mais lorsque Moussa prit son décret, tout le monde eut peur et personne n'osa discuter . Tous firent bonne contenance et déclarèrent que c'était là une excellente tradition !

« Certains dirent que les femmes ne pouvaient être jolies qu'avec une seule jambe ! D'autres avancèrent que les femmes ne pouvaient être propres qu'avec une seule jambe! Nombreux furent ceux qui affirmèrent qu'une femme ne pouvait être pure qu'avec une seule jambe ! ! !

« Et après quelque temps, certaines femmes dirent : et pourquoi pas aussi les jeunes filles ? Nous avons souffert trop longtemps de n'avoir qu'une seule jambe. Il est temps qu'à leur tour elles participent au maintien de la tradition. »

À ce moment-là, la Terre Mère fut curieuse de savoir ce que les hommes en pensaient. Était-il possible que des pères puissent suivre aveuglement une telle tradition ? Certainement pas !

Elle découvrit qu'en vérité les hommes ne pouvaient pas se permettre de désapprouver une tradition, même mauvaise. Ils pensaient que cela ruinerait l'honneur et la dignité de leur famille et nuirait à leur statut dans la communauté. « Et, après tout », avancèrent-ils, « qui paierait une bonne dot pour une fille avec deux jambes ? »

La Terre Mère demanda alors : « Mais, et les petites filles ? » Elle se les imaginait hurlant de peur et de douleur. Elle s'entendit répondre que oui, les enfants seraient toujours des enfants. Il y avait celles qui pleuraient et hurlaient et que l'on devait amputer de force pour leur propre bien. Toutefois, la plupart d'entre elles voulaient être comme leurs amies et faire partie du groupe.

La Terre Mère pensa alors que les souverains du royaume pourraient peut-être prendre l'initiative de mettre un terme à cette mauvaise tradition. Mais, hélas, même eux n'étaient pas disposés à le faire ! Ils avaient peur de remettre en cause une tradition aussi profondément ancrée.

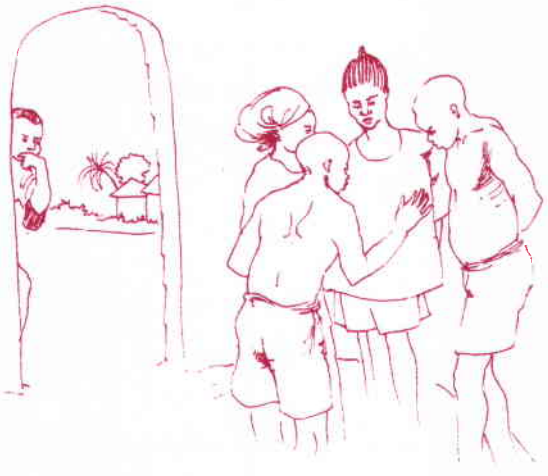
Pendant ce temps, la situation dans ce pays frappé par la sécheresse se dégradait de plus en plus et la famine menaçait. Avec leurs béquilles, les femmes avaient du mal à travailler la terre et à aller loin pour trouver des pâturages plus riches et du feuillage pour les animaux.

Or, tandis que la situation devenait de plus en plus désespérée, la Terre Mère remarqua que les gens du Royaume de la Myrrhe commençaient à se poser des questions. Des hommes et des femmes se réunissaient pour discuter de ce qu'ils pourraient faire pour mettre un terme à cette mauvaise tradition. Ils s'étaient rendu compte que l'heure était venue de la contester si des génération futures devaient survivre à ces temps difficiles.

Pendant leurs discussions, ils découvrirent qu'une multitude de mythes entourait la tradition et, avec le temps, ils réunirent assez de forces pour combattre ces mythes et commencèrent à échafauder des plans.

Mais hélas, pendant tout ce temps, une espionne était parmi eux. À leur insu, elle les avait trahis en révélant leurs plans aux dirigeants. En échange, ceux-ci lui avaient promis que sa famille ne connaîtrait jamais la faim.

Les gardes vinrent et emmenèrent les meneurs. Et c'est ainsi que furent anéantis les efforts du peuple du Royaume



de la Myrrhe pour s'unir et en finir avec cette mauvaise tradition.

C'est pourquoi, aujourd'hui, les petites filles continuent d'être mutilées. En fait, cette pratique a cours depuis si longtemps que les gens la considèrent comme quelque chose qui va de soi. Ils ont arrêté de remettre en question leurs traditions !

Mais venez, les enfants. Nous allons faire un jeu de survie, et pour cela nous avons besoin de nos deux jambes. Allez, venez !

Après la lecture de l'histoire :

Examiner les questions suivantes avec les stagiaires :

- Qui a incité la communauté à réfléchir sur le phénomène des femmes unijambistes ?
  - *Réponse : la Terre Mère.*
- Qui la Terre Mère représente-t-elle ?
  - *Réponse : nous tous.*
- Énumérer les raisons données pour expliquer le phénomène des femmes unijambistes
  - *Réponse : c'était la tradition de couper une jambe aux femmes du Royaume de la Myrrhe parce que les gens pensaient que :*
  - *sinon, la jambe deviendrait aussi grande qu'un arbre.*
  - *cette pratique empêchait la promiscuité, parce qu'une fille n'ayant qu'une seule jambe aurait du mal à s'enfuir pour aller se prostituer.*
  - *cela rendait les filles plus jolies.*
  - *c'était une obligation religieuse (le Grand Créateur avait décrété que les femmes se conduiraient mieux en n'ayant qu'une seule jambe).*
  - *c'était une obligation pour le mariage : aucun homme ne voudrait épouser une femme qui aurait deux jambes.*
  - *seules les femmes ayant une seule jambe pouvaient avoir des enfants.*
  - *cela rendait les femmes propres et pures.*

Toutefois, aux dires de la vieille femme, la vérité était que le fait de n'avoir qu'une seule jambe empêchait les femmes de participer et de gagner aux concours de danse pendant les festivités annuelles. Cela signifiait qu'elles ne pouvaient pas devenir des dirigeantes.

- Quelle a été l'approche de la Terre Mère pour examiner la tradition ?
  - *Réponse :*
  - *elle a posé des questions*
  - *elle n'a pas porté de jugement*
  - *elle a écouté avec empathie*
  - *elle a réfléchi soigneusement.*
- Sur quoi ont débouché ses questions ?
  - *Réponse :*
  - *elle a commencé à réfléchir sur la pratique avec des membres de la communauté*
  - *elle a encouragé certains membres de la communauté à agir.*
- Que s'est-il passé lorsque le groupe d'activistes a été trahi ?
  - *Réponse : toutes les mesures prises contre la pratique ont été stoppées et les meneurs ont été punis pour avoir remis en cause la tradition.*
- Quelle autre tradition est comparable à l'amputation d'une jambe ?
  - *Réponse : les mutilations sexuelles féminines*
- Quel est le message transmis à la fin de l'histoire ?
  - *Réponse : certaines traditions sont néfastes ; il faut éduquer les jeunes générations et les encourager à modifier ces traditions.*

Interprétation récapitulative de l'histoire

- L'amputation d'une jambe est comparable aux mutilations sexuelles féminines.
- La Terre Mère représente chacun de nous et notre responsabilité individuelle et collective face aux actes de la société.
- L'examen, par la Terre Mère, de la tradition reposait sur sa capacité à établir efficacement des liens avec la communauté :
  - elle a posé des questions
  - elle n'a pas porté de jugement
  - elle a écouté avec empathie
  - elle a réfléchi soigneusement
  - elle a utilisé une approche positive.

- La Terre Mère a encouragé les membres de la communauté à réexaminer la tradition.
- La fin de l'histoire, au moment où la Terre Mère invite les enfants qui écoutent l'histoire à faire un jeu de survie, indique qu'il faut éduquer les jeunes générations et les encourager à modifier les traditions néfastes.

Discussion en petits groupes :

Demander à chaque groupe :

- d'inventer et de raconter ou d'écrire la suite de l'histoire sur le thème : « Que peuvent faire les jeunes générations pour modifier cette tradition néfaste ? »

Liste récapitulative pour les formateurs

Les approches constructives visant à modifier une tradition néfaste consistent à :

- Sensibiliser les communautés aux problèmes liés à la tradition.
- Œuvrer avec les communautés en vue d'éliminer la pratique.
- Former les agents de santé afin qu'ils connaissent et comprennent les conséquences de la pratique.
- Mobiliser les jeunes, les femmes, les personnes âgées et les dirigeants en vue d'éliminer la pratique.
- Adopter des règlements contre la pratique au niveau de la communauté.

Toutes ces questions, qui se rapportent aux mutilations sexuelles féminines en tant que tradition néfaste, doivent être examinées avec les stagiaires.

À la fin de la séance :

- Poser des questions aux stagiaires pour vérifier qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Leur donner des informations sur la séance suivante.

Séance 2 : Description et contexte de la pratique des mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Décrire les organes génitaux féminins normaux et leur fonction.**
2. **Reconnaître des mutilations sexuelles sur une fillette ou une femme.**
3. **Donner une définition descriptive des mutilations sexuelles féminines.**
4. **Décrire les diverses interventions qui constituent des mutilations sexuelles féminines et les conditions dans lesquelles elles sont pratiquées dans leur communauté.**
5. **Donner la classification des mutilations sexuelles féminines établie par l'OMS.**
6. **Exposer les théories à l'origine des mutilations sexuelles féminines.**
7. **Identifier les raisons avancées par les communautés pour justifier la pratique des mutilations sexuelles féminines.**
8. **Donner des estimations de la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans les pays où elles sont pratiquées.**

Références

Voir à la page 16 une liste des ressources pédagogiques et éducatives

Méthodes pédagogiques suggérées

- Cours.
- Séances de questions-réponses.
- Discussions à voix basse.
- Séance de brainstorming.
- Exercice avec une affiche.
- Discussions en petits groupes.
- Projection de films.
- Discussions collectives.
- Discussions en grand groupe.

Aides pédagogiques

Affiches, modèles anatomiques, rétroprojecteur et transparents, projecteur de diapositives et diapositives, coupures de presse, écritoires, téléviseur, magnétoscope et vidéos.

Préliminaires

Demander aux stagiaires s'ils ont entendu parler des mutilations sexuelles féminines. Dans l'affirmative, leur demander pourquoi les communautés pratiquent ces mutilations.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Anatomie des organes génitaux externes de la femme

- Demander aux stagiaires quels sont les organes génitaux externes de la femme.

Exercice avec une affiche

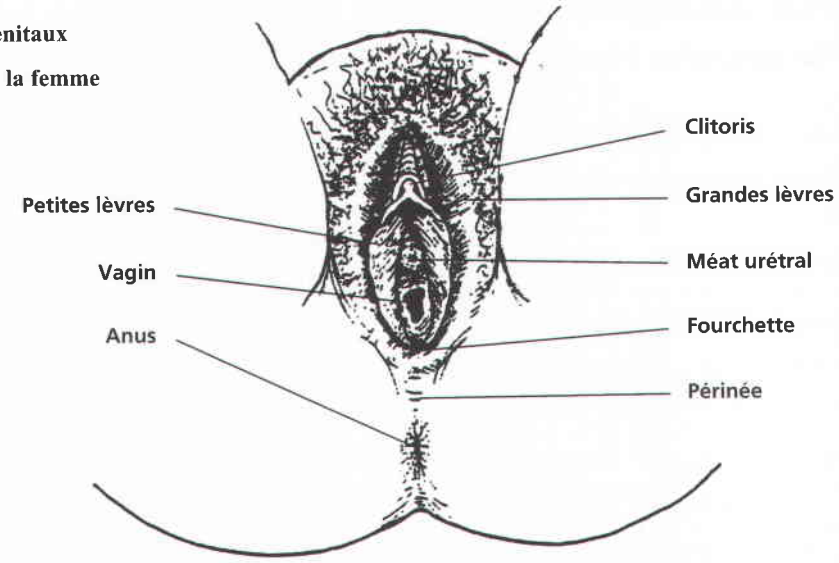
- Prévoir une grande affiche présentant un dessin non légendé des organes génitaux externes de la femme.
- Donner aux stagiaires des morceaux de papier sur lesquels figurent les noms des différentes organes et leur fonction.
- Demander aux stagiaires de coller les morceaux de papier sur les organes correspondants représentés sur l'affiche.

Synthèse :

Faire la synthèse en utilisant le schéma ci-après pour expliquer quels sont les organes génitaux féminins et leur fonction.

Voir Figure 1.1 : page suivante.

Figure 1.1 : Organes génitaux externes normaux chez la femme



Organes génitaux externes de la femme et leur fonction

ORGANE	FONCTION
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 la femme à parvenir à la satisfaction sexuelle
Périnée	Soutient les organes pelviens et sépare le vagin de l'anus
Petites lèvres	Protègent les organes et les orifices
Grandes lèvres	Protègent les organes et les orifices

Définition des mutilations sexuelles féminines

- Demander aux stagiaires ce que sont les mutilations sexuelles féminines.

Discussion à voix basse :

- Laisser les stagiaires discuter à voix basse pendant cinq minutes.
- Leur demander de donner quelques réponses.

Synthèse :

Faire la synthèse en donnant la définition suivante :

Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques (OMS, 1995). Avant l'adoption de l'expression « mutilations sexuelles féminines », ces pratiques étaient désignées sous l'appellation « circoncision féminine ».

Interventions constituant des mutilations sexuelles féminines

(voir Figures 1.2 à 1.6)

Demander aux stagiaires s'ils savent quelles interventions constituent des mutilations sexuelles féminines.

Discussion à voix basse :

- Donner aux stagiaires 5 minutes pour discuter à voix basse.
- Leur demander de donner quelques réponses.

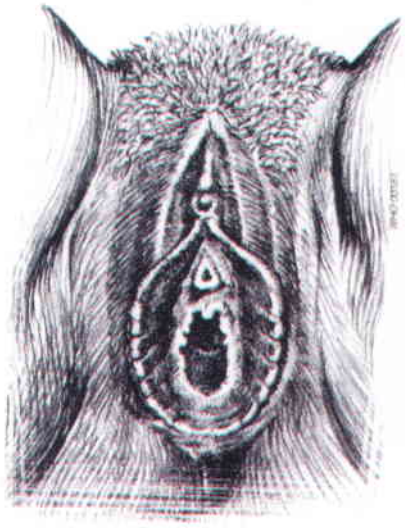
Synthèse :

- Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées au moyen de couteaux spéciaux, de ciseaux, de rasoirs ou de morceaux de verre. Dans quelques rares occasions, l'utilisation de pierres tranchantes a été signalée (par exemple, dans l'est du Soudan) et la cautérisation (brûlure) est pratiquée dans certaines parties de l'Éthiopie. On se sert parfois des ongles pour enlever le clitoris des nourrissons de sexe féminin dans certaines régions de Gambie. Les instruments sont quelquefois réutilisés sans avoir été nettoyés.
- L'opération est généralement exécutée par une femme âgée du village spécialement désignée pour cette tâche, et qui peut également être une accoucheuse traditionnelle. L'utilisation d'un anesthésique est rare et la fillette est maintenue par plusieurs femmes, souvent des membres de sa propre famille. L'intervention peut durer entre 15 et 20 minutes, en fonction de la compétence de l'opératrice, de l'étendue de l'excision et de la résistance opposée par la fillette. Diverses substances peuvent ensuite être utilisées pour tamponner la blessure alcool, jus de citron, cendres, mélanges d'herbes, bouillie, huile de noix de coco ou bouse de vache - et les jambes de la fillette peuvent être liées ensemble jusqu'à la cicatrisation. Des épines peuvent être utilisées pour piquer le prépuce et maintenir les lèvres attachées.
- Dans certaines régions (par exemple, certaines parties du Congo et de la Tanzanie continentale), les mutilations sexuelles féminines consistent à étirer les petites lèvres et/ou le clitoris pendant une période de 2 à 3 semaines. Le début de l'intervention est exécuté par une femme âgée désignée pour cette tâche, qui met en place des bâtonnets d'un type particulier pour maintenir les parties génitales étirées afin qu'elles ne reprennent pas leur taille initiale. On demande à la fillette de tirer sur ses organes génitaux tous les jours afin de les allonger davantage et d'insérer d'autres bâtons de temps en temps pour maintenir en place les parties étirées. Cette opération d'étirement est répétée quotidiennement pendant environ 2 semaines et, généralement, pas plus de 4 bâtonnets sont utilisés pour maintenir les parties étirées, car si on les étirait davantage, les organes génitaux seraient jugés trop longs.

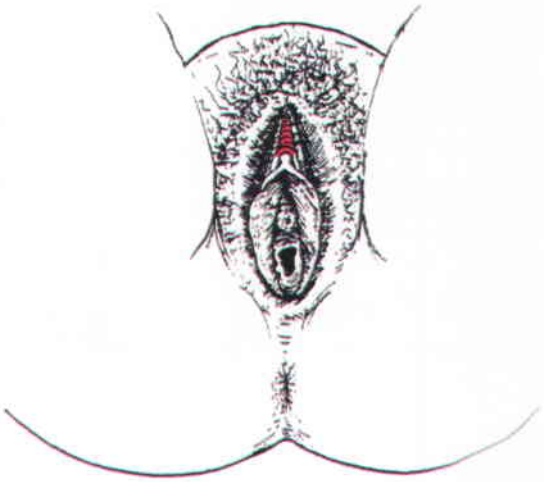
Les mutilations sexuelles féminines comprennent les opérations suivantes :

Figure 1.2 : Organes génitaux externes normaux et après excision du gland du clitoris (type I)

Organes génitaux normaux



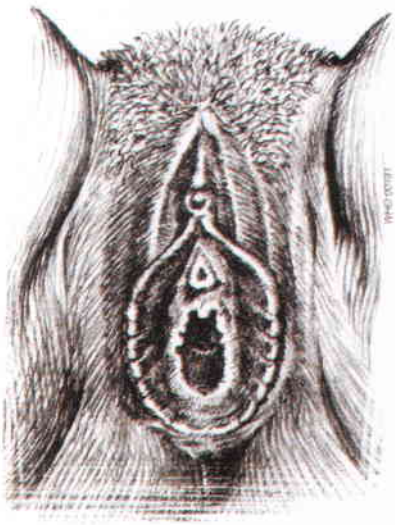
Après excision du prépuce (ou capuchon clitoridien) et du gland du clitoris (type I*)



* Les mutilations du type I peuvent consister à enlever le prépuce sans endommager le clitoris

Figure 1.3 : Organes génitaux externes normaux et après excision du prépuce et du clitoris (type I)

Organes génitaux normaux



Après excision du prépuce et du clitoris

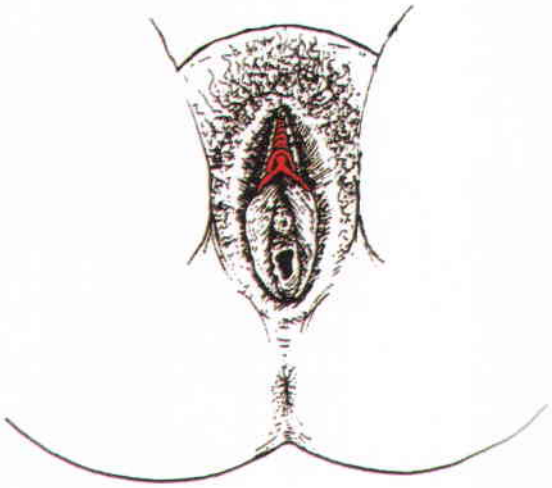
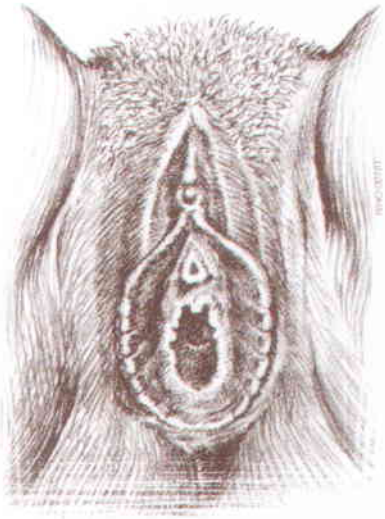


Figure 1.4 : Organes génitaux externes normaux et après excision du prépuce, du clitoris et des petites lèvres (type II)

Organes génitaux normaux



Après excision du prépuce, du clitoris et des petites lèvres

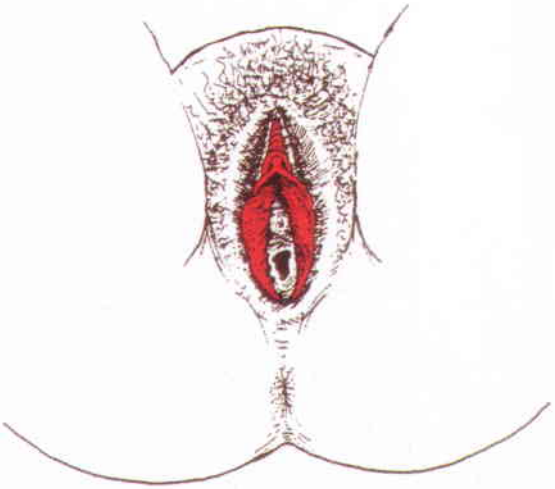
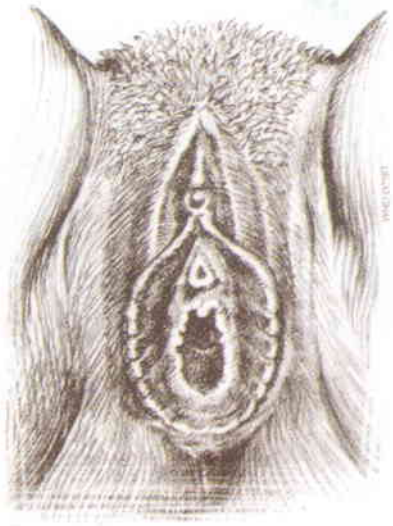


Figure 1.5 : Organes génitaux externes normaux et après infibulation (type III)

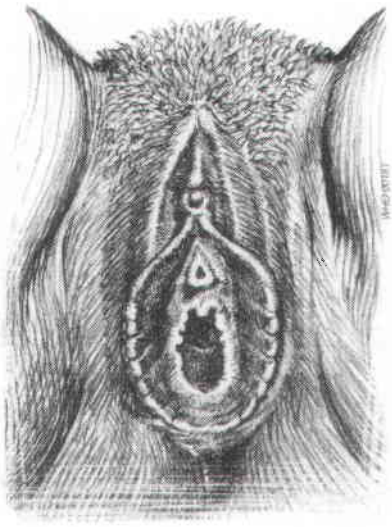
Organes génitaux normaux



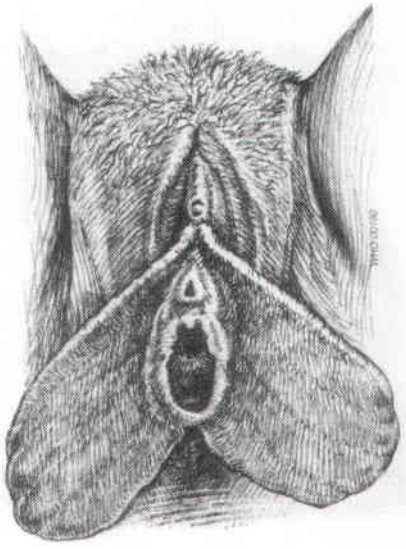
Après infibulation

Figure 1.6 : Organes génitaux externes normaux et après étirement des petites lèvres (type IV)

Organes génitaux normaux



Après étirement des petites lèvres



Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 à 8.
- Écrire les questions suivantes sur un tableau noir, des transparents ou une affiche, et demander à chaque groupe d'y répondre :
  - qui est victime de mutilations sexuelles féminines, ou sur qui sont-elles pratiquées ?
  - quelles sont les raisons avancées pour expliquer la pratique des mutilations sexuelles féminines ?
  - qui pratique les mutilations sexuelles féminines ?
  - comment les mutilations sexuelles féminines sont-elles exécutées ?

- Laisser 20 à 30 minutes aux groupes pour discuter.
- Demander à chaque groupe de choisir un président, un secrétaire et un membre qui en présentera les travaux.
- Prévoir 30 minutes supplémentaires pour la présentation des travaux et la discussion générale.

Synthèse :

Faire la synthèse lors d'une séance collective

- Qui est victime de mutilations sexuelles féminines ?
  - Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sur des fillettes et des femmes, de la naissance à l'âge adulte.

Âge auquel les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées

(voir Figures 1.7 à 1.12)

L'âge auquel les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées est extrêmement variable. Il dépend du groupe ethnique ou de la situation géographique. Dans certains groupes, ces mutilations sont pratiquées sur des nourrissons. En Érythrée, par exemple, les fillettes sont excisées vers le septième jour après la naissance. Il est toutefois plus courant que l'excision soit pratiquée lorsque l'enfant a entre 4 et 10 ans. En outre, les mutilations sexuelles féminines peuvent avoir lieu pendant l'adolescence, au moment du premier mariage (ou de mariages ultérieurs), pendant la première grossesse, voire au moment de l'accouchement si aucune intervention n'a été pratiquée auparavant.

Figure 1.7 : Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sur des nourrissons

Figure 1.8 : Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sur des fillettes

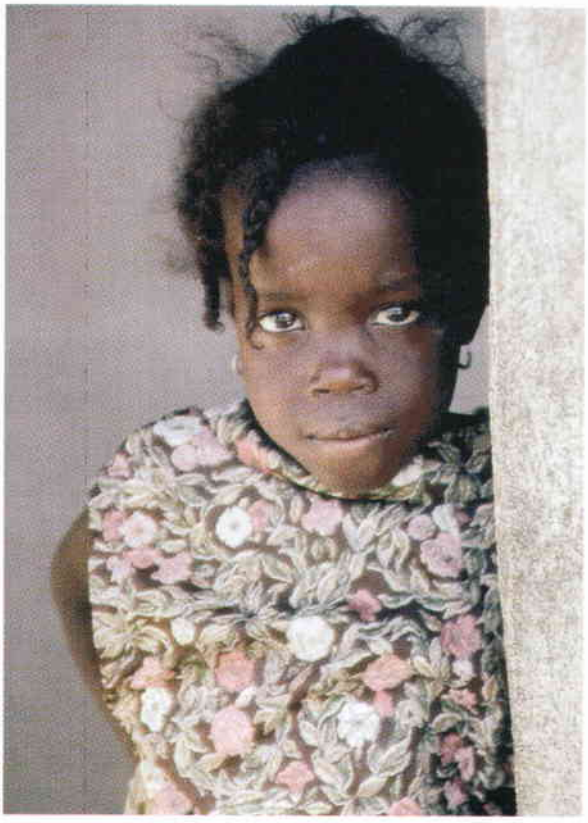
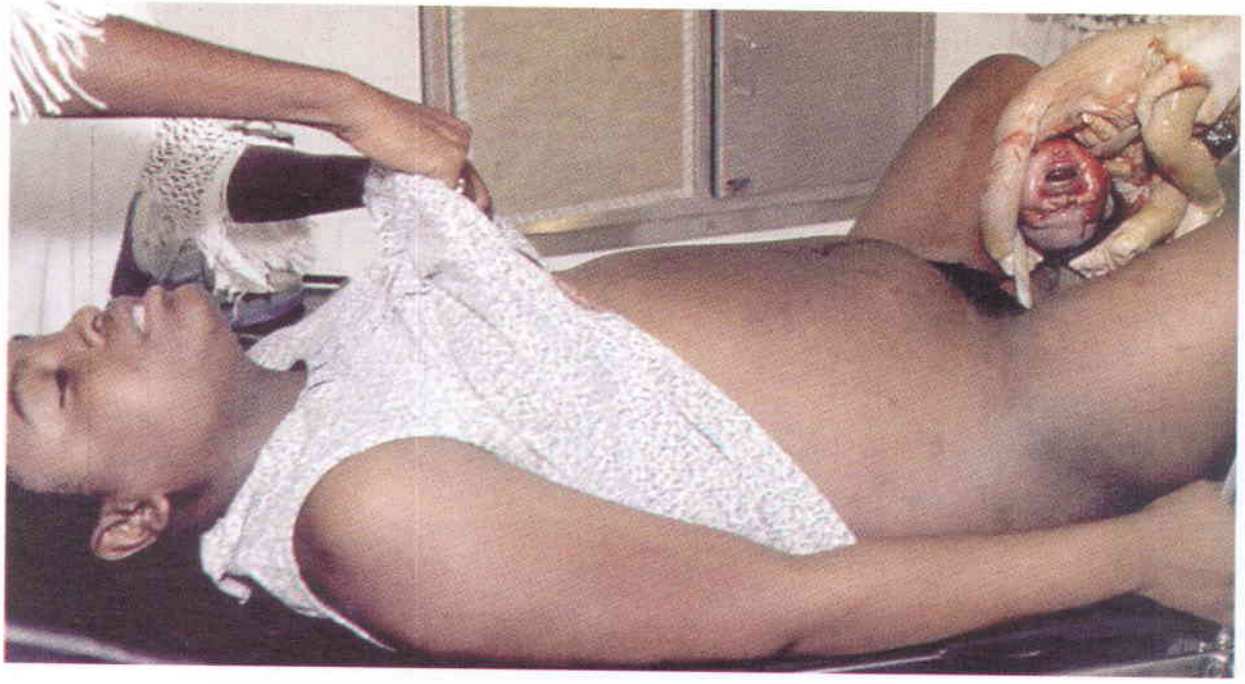


Figure 1.9 : Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sur des adolescentes

Figure 1.10 : Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sur des femmes adultes au moment du mariage

Figure 1.11 : Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées sur des femmes enceintes

Figure 1.12 : Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées pendant le travail et l'accouchement



Qui pratique les mutilations sexuelles féminines ?

Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par les adeptes de différentes religions – notamment des musulmans, des chrétiens (catholiques, protestants et coptes), et des animistes – ainsi que par des non-croyants des pays concernés.

Qui sont les exciseuses ?

Dans les cultures où les mutilations sexuelles féminines sont une tradition, l'opération est pratiquée par des exciseuses traditionnelles, souvent des femmes âgées de la communauté spécialement désignées pour cette tâche. Parfois, il s'agit d'accoucheuses traditionnelles ou de coiffeuses de village.

« Médicalisation » des mutilations sexuelles féminines

De plus en plus, les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées dans des hôpitaux et des dispensaires par des professionnels de santé qui utilisent des anesthésiques et des antiseptiques. Il est souvent avancé, pour justifier l'exécution des mutilations sexuelles féminines par des professionnels de santé, que cela permet d'atténuer la douleur et de réduire les risques pour la santé de la victime, parce que l'intervention est pratiquée dans le respect des règles d'hygiène. Les professionnels de santé qui pratiquent des mutilations sexuelles féminines affirment que la médicalisation de cette pratique est le premier pas vers sa prévention, et que s'ils refusent de pratiquer l'acte, la patiente s'adressera simplement à une exciseuse traditionnelle, qui l'opérera sans précautions d'hygiène et sans traiter la douleur.

Il est important de noter que les mutilations sexuelles féminines, qu'elles soient exécutées en milieu hospitalier ou dans tout autre établissement moderne, constituent une atteinte délibérée à des organes sains à des fins non thérapeutiques. Cette pratique est contraire à l'obligation de « ne pas faire de mal », et est contraire à l'éthique à tous points de vue.

Les origines des mutilations sexuelles féminines

- On ne sait pas à quand remonte la tradition des mutilations sexuelles féminines ni où elle est apparue.
- Certaines personnes pensent que cette pratique remonte à l'Égypte ancienne.
- Certaines personnes pensent qu'elle remonte à l'époque de la traite des esclaves, lorsque des esclaves noires ont été introduites dans les sociétés arabes anciennes.
- Certaines personnes pensent qu'elle coïncide avec l'avènement de l'Islam dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne.
- D'autres personnes pensent qu'elle a débuté indépendamment en Afrique subsaharienne, avant l'avènement de l'Islam, notamment parmi les peuples assimilés à des guerriers.
- Certaines personnes estiment qu'elle s'est développée de façon indépendante parmi certains groupes ethniques de l'Afrique subsaharienne en tant que rite pubertaire.

Raisons avancées pour expliquer la pratique des mutilations sexuelles féminines

Il existe diverses raisons pour lesquelles les mutilations sexuelles féminines continuent d'être pratiquées. Les raisons avancées par les communautés qui les pratiquent se regroupent comme suit :

- Raisons socioculturelles
- Raisons hygiéniques et esthétiques
- Raisons spirituelles et religieuses
- Raisons psychosexuelles

Raisons socioculturelles :

- Certaines communautés pensent qu'en l'absence de l'ablation du clitoris, une fillette ne deviendra pas une femme adulte, 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 ni avec ses ancêtres.
- Certaines communautés croient que les organes génitaux externes de la femme ont le pouvoir d'aveugler quiconque l'assistera pendant un accouchement ; de provoquer la mort de son enfant ou d'être à l'origine de malformations ou de la folie de celui-ci ; et de provoquer la mort de son mari.

- Il est estimé que les mutilations sexuelles féminines garantissent la virginité d'une fille. La virginité est une condition du mariage, et elle est nécessaire pour préserver l'honneur de la famille et assurer la descendance.
- Les sociétés qui pratiquent des mutilations sexuelles féminines sont patriarcales et en majorité patrilinéaires. Le mariage permet souvent aux femmes d'accéder aux terres et à la sécurité, et seules les femmes excisées sont considérées aptes au mariage.
- Dans certaines communautés, les mutilations sexuelles féminines constituent le rite de passage à l'âge adulte et s'accompagnent de cérémonies pour marquer l'occasion où la fillette devient femme.
- Dans les communautés qui pratiquent des mutilations sexuelles féminines, les filles subissent généralement une pression sociale de la part de leurs pairs et des membres de leur famille pour se soumettre à l'intervention. Elles sont menacées d'être rejetées par le groupe ou par la famille si elles ne se conforment pas à la tradition.
- En règle générale, l'exciseuse traditionnelle est un membre puissant et respecté de la communauté, et les mutilations sexuelles féminines constituent sa source de revenus. Elle a donc un intérêt personnel à maintenir la tradition.

Raisons hygiéniques et esthétiques

- Dans les communautés où les mutilations sexuelles féminines constituent une pratique traditionnelle, les organes génitaux externes d'une femme sont réputés laids et sales, et les gens pensent qu'ils continueront de grandir s'ils ne sont pas amputés. Selon la croyance, le fait de retirer ces parties rendra les filles propres.
- Les mutilations sexuelles féminines sont également associées à la pureté spirituelle.
- Selon la croyance, les mutilations sexuelles rendent les filles jolies.

Raisons spirituelles et religieuses

- Certaines communautés estiment nécessaire de retirer les organes génitaux extérieurs pour rendre une fille pure spirituellement et qu'il s'agit donc d'une obligation religieuse.
- Dans les sociétés musulmanes qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines, les gens ont tendance à penser qu'il s'agit d'une obligation prescrite par le Coran. Toutefois, celui-ci ne fait aucune mention des mutilations sexuelles féminines.

Il est important de noter que ni la Bible ni le Coran ne souscrivent à la pratique des mutilations sexuelles féminines, bien que celles-ci soient fréquemment exécutées par certaines communautés – en particulier musulmanes – qui croient sincèrement qu'elles font partie de leur religion.

Raisons psychosexuelles

- Il est présumé qu'une fillette non excisée aura une libido excessive et incontrôlable, de sorte qu'elle risquera de perdre sa virginité prématurément, de déshonorer sa famille et de compromettre ses chances de se marier, ainsi que de devenir une menace pour tous les hommes et pour l'ensemble de sa communauté. Selon la croyance, un clitoris non excisé grandira et la pression sur cet organe provoquera un désir sexuel intense.
- Il existe également une croyance selon laquelle l'ouverture étroite résultant de l'infibulation ou du rétrécissement de l'orifice vaginal accroîtra le plaisir sexuel de l'homme, ce qui permettra de prévenir le divorce ou l'infidélité.
- Certaines communautés croient que la mutilation des organes génitaux d'une femme qui ne parvient pas à concevoir résoudra son problème de stérilité.

Classification des mutilations sexuelles féminines établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires quels types de mutilations sexuelles féminines sont pratiqués dans leur région.
- Prévoir du temps pour les réponses.

Cours/discussion :

- Commencer par demander aux stagiaires s'ils connaissent la classification des mutilations sexuelles féminines établie par l'OMS.
- Leur accorder quelques minutes pour mettre en commun leurs connaissances.
- Fournir des éclaircissements, corriger les erreurs et donner des informations en utilisant les notes ci-dessous.

Notes du formateur :

L'OMS classe les mutilations sexuelles féminines comme suit :

Type I : Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.

Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.

Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).

Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal (angurya) ou l'incision du vagin (gishiri), l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer, et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations sexuelles féminines citée plus haut.

Aides visuelles :

- Présenter des diapositives, des schémas, des modèles anatomiques ou des transparents montrant les divers types de mutilations sexuelles féminines.
- Discuter avec les stagiaires de leurs impressions concernant les aides visuelles.
- Laisser les stagiaires faire part de leurs impressions.

Prévalence des mutilations sexuelles féminines

Séance de brainstorming :

- Poser aux stagiaires la question suivante : les mutilations sexuelles féminines constituent-elles un problème dans notre pays?
- Quelle est l'ampleur de ce problème dans notre pays ? Et au niveau mondial ?
- Inviter les stagiaires à lancer des idées et noter leurs réponses par écrit.

Synthèse :

- Mettre l'accent sur le fait que les mutilations sexuelles féminines constituent un problème du point de vue de la santé et des droits humains, et que ce problème est très répandu.
- Présenter une carte du monde et donner aux stagiaires des petits drapeaux ou des cartons pour qu'ils indiquent les pays où ils pensent que les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées.
- Projeter des diapositives accompagnées de chiffres indiquant la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans les divers pays du monde ; ou présenter une carte du monde sur laquelle sont indiqués les pays qui pratiquent des mutilations sexuelles féminines, avec les chiffres relatifs à la prévalence de ces mutilations.
- Expliquer les chiffres aux stagiaires.
- Informer les stagiaires d'éventuels résultats d'enquêtes ou d'études nationales qui indiquent la prévalence des mutilations sexuelles féminines, par exemple le programme national d'enquête démographiques et sanitaires.

Notes du formateur :

- Selon les estimations, entre 100 et 140 millions de fillettes et de femmes ont subi une forme ou une autre de mutilation sexuelle féminine et, chaque année, au moins 2 millions de fillettes courent le risque d'une telle mutilation. La plupart des fillettes et des femmes qui ont subi des mutilations sexuelles vivent dans 28 pays d'Afrique, mais certaines vivent au Moyen-Orient et en Asie (voir Tableau 1). Il a par ailleurs été signalé que les mutilations sexuelles féminines étaient pratiquées en Inde au sein de la communauté musulmane des Daudi Bohra. En raison de la migration de personnes qui suivent cette tradition, des cas de mutilations sexuelles féminines sont aujourd'hui constatés en Europe, en Australie, au Canada et aux États-Unis d'Amérique.

Tableau 1. Prévalence estimée des mutilations sexuelles féminines

Note : Les informations concernant la prévalence des mutilations sexuelles féminines émanent de sources de qualité variable. Dans la présente synthèse, les données sont présentées en fonction de la fiabilité des estimations.

Estimations les plus fiables : enquêtes nationales*

Pays	Prévalence (en %)	Année
Burkina Faso	72	1998/99
Côte d'Ivoire	43	1994
Égypte	97	1995
Érythrée	95	1995
Guinée	99	1999
Kenya	38	1998
Mali	94	1995/96
Niger	5	1998
Nigéria	25	1999
République centrafricaine	43	1994/95
Somalie	98-100	1982-93
Soudan	89	1989/90
Tanzanie	18	1996
Togo	12	1996
Yémen	23	1997

* Source de toutes les estimations susmentionnées, à l'exception de la Somalie et du Togo : Enquêtes démographiques et sanitaires nationales ; disponibles auprès de Macro International Inc. (http://www.measuredhs.int), Calverton, Maryland, États-Unis d'Amérique.

En ce qui concerne la Somalie, les estimations sont extraites d'une enquête nationale réalisée par le Ministère de la Santé en 1983 et intitulée *Fertility and Family Planning in Urban Somalia*, Ministère de la Santé, Mogadiscio et Westinghouse. L'enquête a fait état d'une prévalence de 96 %. Cinq autres enquêtes, menées entre 1982 et 1993 sur diverses populations, ont montré une prévalence de 99-100 %. On trouvera des précisions sur ces sources dans la référence N° 3 ci-dessous.

En ce qui concerne le Togo, la source utilisée est une enquête nationale menée en 1996 par l'Unité de recherche démographique (URD) (référence du rapport (non publié) : Agounke, E., Janssens, M., Vignikin, K. *Prévalence et facteurs socio-économiques de l'excision au Togo, rapport provisoire, Lomé*, juin 1996). Les résultats figurent dans : Locoh, T., 1998. « Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique ». Population, 6 : 1227-1240.

L'année renvoie à l'année de l'enquête, sauf dans le cas de la Somalie, où elle renvoie à la date de publication du rapport du Ministère de la Santé. On notera que certains rapports concernant les enquêtes démographiques et sanitaires datent de l'année suivant l'enquête.

Autres estimations

Pays	Prévalence (en %)	Année	Source
Bénin	50	1993	Étude du Comité national, non publiée, citée dans [1,2]
Éthiopie	85	1985 ; 1990	Étude du Ministère de la Santé parrainée par l'UNICEF ; étude du Comité interafricain ; citées dans [2]
Gambie	80	1985	Étude, citée dans [1,2]
Ghana	30*	1986 ;1987	Deux études concernant diverses régions et ayant abouti à des conclusions différentes, citées dans [1,2]
Libéria	60**	1984	Étude non publiée, citée dans [1,2]
Sénégal	20	1990	Étude nationale, citée dans [1,2]
Sierra Leone	90	1987	Koso-Thomas O. The circumcision of women : a strategy for eradication. London, Zed Press, 1987.
Tchad	60	1991	Étude parrainée par l'UNICEF, non publiée, citée dans [1,2]

En ce qui concerne les études publiées, l'année renvoie à l'année de publication. S'agissant des études non publiées, il n'est pas toujours facile de savoir si l'année renvoie à l'année du rapport ou à l'année pendant laquelle l'étude a été réalisée. L'absence d'indication concernant l'année signifie que l'information n'est pas disponible.

[1] Toubia N. 1993. *« Female Genital Mutilation. A call for Global Action »* (http://www.rainbo.org). (Certains chiffres ont été mis à jour dans la version arabe du document datant de 1996.)

[2] Organisation mondiale de la Santé. 1998. *« Les mutilations sexuelles féminines. Aperçu du problème »*.

[3] Makhlouf Obermeyer. 1999. *« Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown and the Unknowable »* Anthropology Quarterly ; 13 (1): 79-106.

* Une étude a montré une prévalence allant de 75 à 100 % parmi certains groupes ethniques du nord ; une autre étude réalisée dans le sud a fait état de mutilations sexuelles féminines uniquement parmi les migrants ; la prévalence de 30 % est extraite de la référence 1.

** Une étude limitée a permis de constater que tous les groupes sauf trois pratiquent les mutilations sexuelles féminines et d'établir une prévalence estimée allant de 50 à 70 % ; la prévalence de 60 % est extraite de la référence 1.

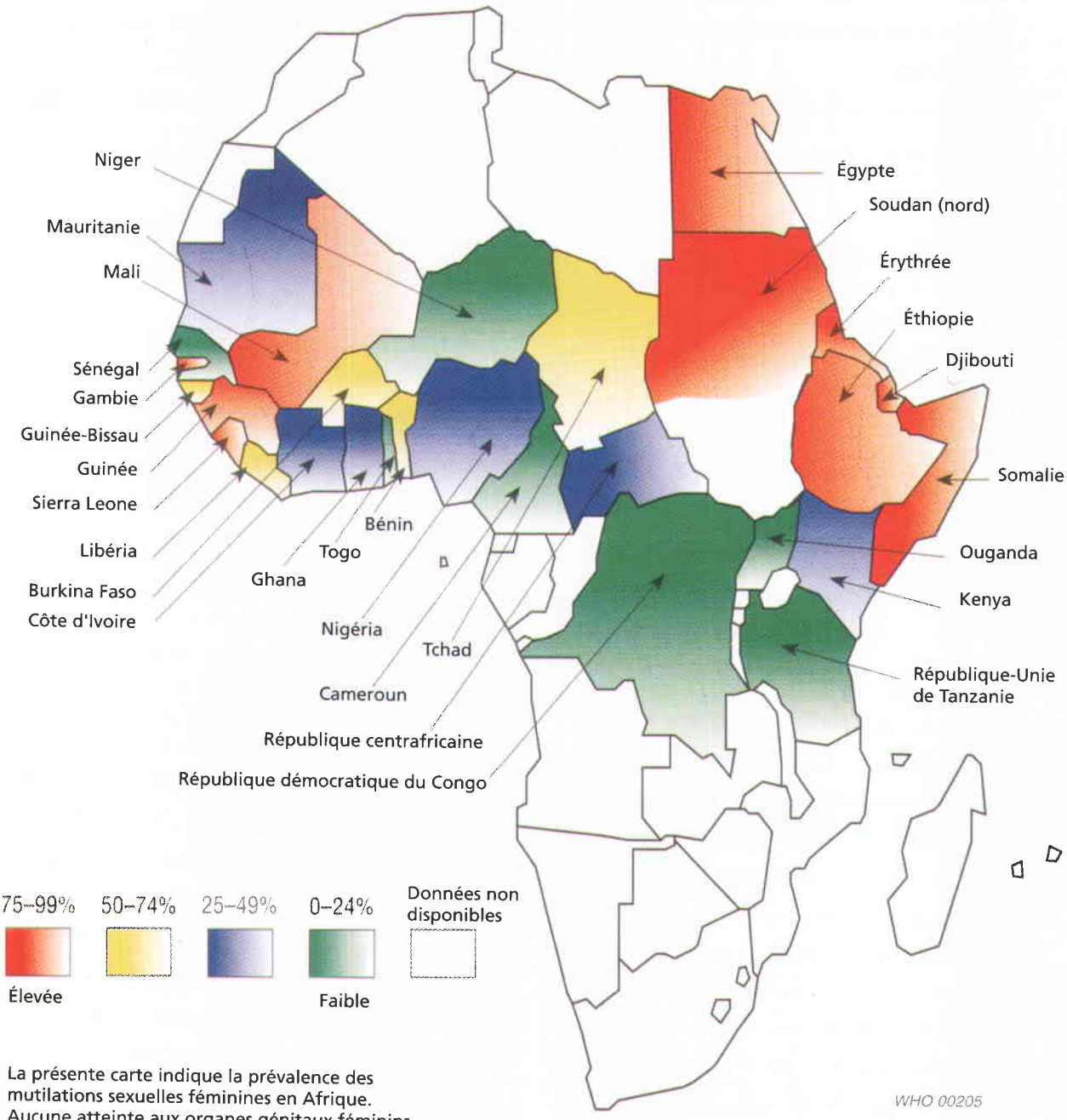
Estimations sujettes à caution***

Pays	Prévalence (%)
Cameroun	20
Djibouti	98
Guinée-Bissau	50
Mauritanie***	25
Ouganda	5
République démocratique du Congo	5

*** Ces estimations reposent sur des données ponctuelles. Elles sont citées dans les références 1 et 2 ci-dessus.

**** Une étude nationale a été réalisée par le Département des enquêtes sanitaires et démographiques ; le rapport en sera publié prochainement.

Figure 2 : Prévalence estimée des mutilations sexuelles dans la population féminine des pays africains



La présente carte indique la prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique. Aucune atteinte aux organes génitaux féminins n'est toutefois acceptable.

Séance 3 : Complications liées aux mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Décrire les complications physiques, immédiates et à long terme, liées aux mutilations sexuelles féminines**
2. **Reconnaître les complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines.**
3. **Documenter les complications liées aux mutilations sexuelles féminines.**

Références

- *A systematic review of the complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. Genève (2000)
- *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1.
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).

Introduction

L'éventail des complications médicales liées aux mutilations sexuelles féminines est vaste et certaines d'entre elles sont gravement invalidantes (voir *A Systematic Review of the Health Complications of FGM* sous Références). Il importe toutefois de noter que les informations disponibles sur la fréquence de ces complications sont rares. Ce manque d'informations dissimule l'étendue des mutilations sexuelles féminines et compromet les efforts déployés pour prévoir les besoins sanitaires des communautés touchées et éliminer cette pratique. Au niveau des soins, une bonne documentation des cas est nécessaire pour gérer ceux-ci de manière efficace, ainsi que pour dispenser des soins de santé de qualité aux patientes qui ont subi des mutilations sexuelles et assurer leur suivi. Il faut noter que les infirmières et les sages-femmes devraient consigner systématiquement la présence de mutilations sexuelles féminines ainsi que le type de complications dans les dossiers médicaux des patientes des services de santé, selon la politique adoptée par l'établissement de santé.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Séances de questions-réponses.
- Discussions en petits groupes
- Cours (illustrés si possible)

Aides pédagogiques

Notes du formateur et manuel du stagiaire.

Préliminaires

Inviter les stagiaires à faire part de leurs impressions concernant une pratique porteuse de bonnes intentions à l'origine mais qui a mal tourné.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Passer en revue les connaissances acquises pendant la séance 2 sur les organes génitaux externes de la femme et leur fonction.
- En se référant au tableau utilisé pendant la séance 2 (organes génitaux externes et leur fonction), demander aux stagiaires quelles seraient, à leur avis, les conséquences de l'ablation de chaque organe.

Discussion en petits groupes

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 à 8.
- Laisser chaque groupe discuter et trouver des réponses aux questions suivantes :
  - Quelles sont les complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines ?
  - Quels sont les problèmes psychosociaux liés aux mutilations sexuelles féminines ?

- Quelles sont les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la sexualité ?
- Comment est-il possible d'améliorer les connaissances sur les complications médicales liées aux mutilations sexuelles féminines ?
- Dans quels autres secteurs du système de santé les données concernant les mutilations sexuelles féminines peuvent-elles être intégrées ?

- Prévoir une heure pour la discussion.

Discussion collective ou en grand groupe :

- Inviter les stagiaires à mettre en commun leurs connaissances et leurs idées sur les questions ci-dessus lors d'une discussion en grand groupe.
- Fournir, si nécessaire, des informations complémentaires.

Synthèse :

Faire la synthèse de la séance en utilisant la liste suivante :

- Complications physiques immédiates :
  - Douleur sévère.
  - Lésions des tissus adjacents de l'urètre, du vagin, du périnée et du rectum.
  - Hémorragie
  - Choc.
  - Rétention urinaire aiguë.
  - Fractures ou luxations.
  - Infections.
  - Retard de cicatrisation.
- Complications physiques à long terme :
  - Miction difficile.
  - Infections urinaires récidivantes.
  - Infections pelviennes.
  - Stérilité.
  - Chéloïdes.
  - Abcès.
  - Kystes et abcès de la vulve.
  - Neurome clitoridien.
  - Dysménorrhée.
  - Formation de calculs dans le vagin
  - Fistules vésico-vaginales, fistules recto-vaginales.
  - Problèmes pendant l'accouchement.
  - Retard de cicatrisation.
- Conséquences psychosociales
  - Pour certaines fillettes, la mutilation sexuelle est un événement marqué par la peur, la sujétion, l'inhibition et la répression des sentiments. Cette expérience les marque profondément dans leur développement mental et elles en garderont le souvenir toute leur vie.
  - Certaines femmes ont parfois signalé qu'elles ressentaient des douleurs pendant les rapports sexuels et lors des règles, presque aussi difficiles à supporter que la mutilation sexuelle elle-même, mais elles souffrent en silence. Au Soudan, un jour de congé par mois est officiellement accordé aux femmes pour leurs problèmes menstruels.
  - Un certain nombre de fillettes et de femmes sont prêtes à exprimer l'humiliation, l'inhibition et la peur qui sont devenues partie intégrante de leur vie à cause des mutilations sexuelles qu'elles ont subies. Pour d'autres, il est difficile, voire impossible de parler de leur expérience personnelle mais leur anxiété manifeste et parfois leurs larmes traduisent l'ampleur de leur détresse.
  - La soumission à une telle épreuve peut faire naître chez les fillettes un sentiment de trahison, d'amertume et de colère, même si elles reçoivent le soutien de leur famille immédiatement après l'intervention. La perte de confiance qui peut s'ensuivre vis-à-vis de leur famille et leurs amis peut avoir des répercussions durables. Elle peut avoir une incidence sur la relation parents-enfants et sur leur capacité à établir dans le futur des relations intimes, voire même avec leurs propres enfants.
  - Pour certaines fillettes et femmes, l'expérience de la mutilation sexuelle et ses conséquences psychologiques sont comparables à celles d'un viol.
  - L'expérience de la mutilation sexuelle s'accompagne de toute une gamme de troubles mentaux et psychosomatiques. Par exemple, certaines fillettes ont signalé des perturbations de leurs habitudes alimentaires, des troubles du sommeil et de l'humeur, ainsi que des difficultés cognitives. Ces troubles se

traduisent notamment par des insomnies, des cauchemars, une perte d'appétit, une perte de poids ou une prise de poids excessive, des crises de panique, des difficultés de concentration et d'apprentissage ainsi que d'autres symptômes de stress post-traumatique. Avec l'âge, les femmes peuvent développer d'autres symptômes : sentiment d'inachèvement, perte de l'estime de soi, dépression, anxiété chronique, phobies, panique ou même troubles psychotiques. Nombre de femmes souffrent en silence, incapables d'exprimer leur douleur et leur peur.

- Les fillettes qui n'ont pas été excisées peuvent être stigmatisées par la société, rejetées par leur communauté et se retrouver dans l'incapacité de se marier sur place. Cette situation peut également entraîner un traumatisme psychologique.

- Complications sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines
  - Les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles connaissent diverses formes et divers degrés de dysfonctionnement sexuel.
  - Les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles peuvent ressentir des douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunie) en raison des cicatrices, du rétrécissement de l'orifice vaginal, de l'obstruction du vagin dû à l'étirement des petites lèvres et de complications telles que des infections. Dans les formes sévères, la pénétration vaginale peut être difficile, voire impossible sans déchirement ou incision de la cicatrice.
  - Un vaginisme peut résulter de lésions de la région vulvaire et de la répétition d'actes sexuels vigoureux.

À la fin du cours :

- Poser aux stagiaires des questions sur la séance pour voir s'ils en ont bien compris le contenu.
- Les inviter à poser des questions pour que tout soit bien clair.
- Les inviter à mettre en commun ce qu'ils ont appris pendant le cours et noter par écrit leurs réponses, par exemple sur un tableau noir ou une affiche.
- Clore la séance.

Séance 4 : Éthique professionnelle et implications juridiques des mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. Débattre de l'éthique professionnelle concernant les mutilations sexuelles féminines.

2. Débattre des implications juridiques des mutilations sexuelles féminines.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions à voix basse.
- Discussions en petits groupes.
- Analyses d'études de cas.

Références

- *Les mutilations sexuelles féminines. Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP.* OMS. Genève (1997).
- Documents concernant l'éthique professionnelle et code de conduite du Conseil international des Infirmières (CII) et de la Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM), ainsi que les ressources locales (voir l'annexe de *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. Genève).
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).
- Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation : The practice and its prevention.* Minority Rights Publications, Londres.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires de discuter à voix basse par groupes de deux ou trois pendant cinq minutes sur la question suivante : qu'est-ce que l'éthique professionnelle ?
- Noter leurs réponses par écrit.

L'éthique professionnelle est constituée de déclarations ou de principes moraux qui guident le comportement professionnel. L'éthique n'est pas assujettie au droit. Par exemple, l'éthique des soins infirmiers consiste notamment à préserver la confidentialité et à respecter les patients en tant que personnes, indépendamment de leur origine culturelle, de leur statut socio-économique ou de leur religion.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Informer les stagiaires que chaque pays est doté d'un organisme chargé de réglementer la pratique des soins infirmiers et obstétricaux. Au niveau international, il s'agit du Conseil international des Infirmières (CII), et de la Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM).
- Examiner l'éthique des soins infirmiers et des soins obstétricaux aux niveaux international et local.

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 ou 8.
- Demander aux groupes de nommer un président, un secrétaire et un représentant.
- Demander aux groupes de lire et d'analyser les études de cas figurant dans l'appendice 1 aux pages 271 à 274 (vous pouvez imaginer vos propres études de cas ou utiliser celles qui sont fournies).
- Laisser aux groupes une heure au maximum pour discuter.
- Les questions qu'ils devraient examiner sont les suivantes :
  - quels principes et dilemmes éthiques apparaissent dans les études de cas ?
  - quelles mesures aurions-nous prises et pourquoi ?

Discussion collective :

- Inviter les représentants des groupes à présenter leurs travaux.
- Laisser les stagiaires discuter entre eux.

Synthèse :

Faire la synthèse du cours en utilisant les points importants qui figurent dans les notes ci-dessous.

Notes du formateur :

Implications des mutilations sexuelles féminines du point de vue de l'éthique – il a été signalé que certaines infirmières et sages-femmes, ainsi que d'autres agents de santé, pratiquent des mutilations sexuelles féminines, au sein d'établissements de santé publics ou privés. Outre l'aspect économique, la justification avancée pour la « médicalisation » de la pratique est que les risques pour la santé sont moindres si l'intervention est réalisée sous anesthésie, dans un cadre où sont respectées les règles d'hygiène et où la douleur et l'infection peuvent être contrôlées. La « médicalisation » des mutilations sexuelles féminines donne l'occasion d'encourager à pratiquer les formes de mutilations les moins radicales comme premier pas vers l'élimination de cette pratique. Toutefois, quel que soit l'endroit où l'intervention a lieu, en milieu hospitalier ou dans la brousse, il n'en reste pas moins que les mutilations sexuelles féminines constituent une atteinte délibérée à des organes sains, sans aucune justification médicale ou scientifique.

La pratique des mutilations sexuelles féminines constitue une violation des principes éthiques selon lesquels il est interdit de « faire du mal » et de « tuer ».

L'OMS a indiqué qu'elle s'opposait catégoriquement à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines, en recommandant qu'elles ne soient pratiquées en aucune circonstance par des professionnels de santé ou dans des établissements de santé.

Les associations professionnelles telles que la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), le Conseil international des Infirmières (CII) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) se sont toutes trois déclarées opposées à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines, et ont recommandé qu'elles ne devraient, en aucune circonstance, être pratiquées dans des établissements de santé ou par des professionnels de santé.

Principes éthiques :

- Respect, autonomie, bienfaisance, absence de malfaisance, justice, véracité et fidélité.
- Sens du devoir et des responsabilités, obligation de rendre des comptes.

Discussion en petits groupes :

- Demander aux stagiaires de reformer les mêmes petits groupes que précédemment.
- Leur demander de débattre des questions suivantes :
  - est-il utile et souhaitable d'adopter une loi contre les mutilations sexuelles féminines ?
  - comment les lois sont-elles élaborées ?
  - quelles questions une loi contre les mutilations sexuelles féminines devrait-elle aborder ?
- Laisser environ 30 minutes aux stagiaires pour discuter.

Discussion collective :

- Inviter les représentants des groupes de présenter leurs réponses.
- Prévoir environ 30 minutes pour cette activité.
- Ouvrir la discussion à l'ensemble des stagiaires et leur demander de parvenir à un consensus sur les questions examinées.

Synthèse :

Faire la synthèse en utilisant les points importants des notes du formateur.

Notes du formateur :

Implications juridiques des mutilations sexuelles féminines -

- L'adoption d'une loi visant à protéger les fillettes et les femmes contre les mutilations sexuelles indique clairement ce qui est juste et ce qui est faux.

- L'existence d'une loi permet à la police, aux commissions des communautés locales et aux professionnels de santé d'intervenir en toute légitimité dans les cas où il existe une menace de mutilations sexuelles féminines.

  Les femmes peuvent également faire appel à la justice pour obtenir une protection pour elles-mêmes ou leurs filles.
- L'adoption de lois n'est pas suffisante en soi pour protéger les fillettes et les femmes contre les mutilations sexuelles. Le danger est que, par crainte d'être poursuivies, elles n'oseront pas demander de l'aide en cas de complications ; c'est pourquoi l'adoption de lois doit aller de pair avec l'éducation de la communauté, afin de sensibiliser ses membres aux effets néfastes des mutilations sexuelles féminines, et à leurs implications sur le plan des droits humains, et de modifier les attitudes vis-à-vis de ces pratiques.
- Une loi contre les mutilations sexuelles féminines ne sera efficace que si elle est mise en application. Nombre de pays sont dotés de telles lois mais si certains les appliquent, ce n'est pas le cas pour d'autres.

Lois et décrets contre les mutilations sexuelles féminines -

- Les pays qui ont adopté des lois ou des décrets contre la pratique des mutilations sexuelles féminines sont notamment les suivants : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ghana, Guinée, République centrafricaine, Sénégal et Soudan.
- Même lorsque les mutilations sexuelles féminines n'y sont pas mentionnées expressément, les lois nationales offrent une protection en cas de préjudice.
- Les lois et les décrets contiennent diverses dispositions qui peuvent être utilisées pour réglementer ou proscrire la pratique des mutilations sexuelles féminines.

  Les dispositions peuvent par exemple :
  - Prohiber toutes les formes de mutilations sexuelles féminines (Burkina Faso, Guinée, Côte d'Ivoire), ou seules les formes les plus graves (Soudan).
  - Prévoir l'incarcération et/ou des amendes à la fois pour ceux qui pratiquent de tels actes et ceux qui demandent une excision ou qui incitent ou favorisent cette pratique en donnant de l'argent ou des biens aux exciseuses ou en leur apportant un soutien moral (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Djibouti).
  - Interdire la pratique de l'excision aussi bien dans les établissements hospitaliers que dans les dispensaires publics ou privés, sauf indication médicale et sous réserve du concours d'un obstétricien chevronné (décret ministériel, Égypte). Ce décret interdit également que l'excision soit pratiquée par des personnes autres que des médecins.
  - Interdire les blessures qui portent atteinte au fonctionnement du corps (code pénal, Égypte), les traitements cruels et inhumains (code pénal, Guinée), les violences et les coups et blessures volontaires (code pénal, Mali).
  - Être intégrées dans les règlements relatifs à la protection de l'enfance. Les fillettes pourraient bénéficier d'une protection au titre de ces règlements dans de nombreux pays.

À la fin de la séance :

- Demander aux stagiaires s'ils ont besoin de précisions sur l'un des points abordés.
- Inviter les stagiaires à mettre en commun ce qu'ils ont appris au cours de la séance.
- Noter par écrit leurs propos.
- Clore la séance en leur donnant des informations sur la séance suivante.

Séance 5 : Droits humains et mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Reconnaître en quoi les mutilations sexuelles féminines portent atteinte aux droits humains.**
2. **Recenser les conventions et déclarations internationales visant à promouvoir et à protéger la santé des fillettes et des femmes, y compris contre les mutilations sexuelles féminines.**

Références

- R. J. Cook (1994). *La santé des femmes et les droits de l'individu.* OMS, Genève (1994).
- *Les mutilations sexuelles féminines : Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP.* OMS, Genève (1997)
- *Summary of international and regional human rights texts relevant to the prevention of violence against women.* WHO/GCWH/WMH/99.3. OMS, Genève (1999).
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001)
- Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose, Female Genital Mutilation: The practice and its prevention.* Minority Rights Publications, Londres.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions en petits groupes.
- Discussions collectives.
- Discussions à voix basse.
- Travaux pratiques.

Aides pédagogiques

Notes du formateur, articles de presse, rétroprojecteur et transparents, projecteur pour diapositives et diapositives.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires quels sont leurs droits en tant qu'êtres humains.
- Noter leurs réponses par écrit sur le tableau.

Tous les êtres humains ont le droit à la vie, à la sécurité, à la santé, à la liberté de religion, à une protection, à un abri et à l'éducation.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Passer en revue les droits humains avec les stagiaires, en utilisant des diapositives, des transparents ou des articles de presse qui peuvent être obtenus sur place.
- Expliquer que les mutilations sexuelles féminines sont une question relevant des droits humains parce qu'elles portent atteinte aux droits des femmes et des fillettes.

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 à 8.
- Demander aux groupes de lire et d'analyser les études de cas.
- Laisser aux groupes une heure pour discuter.
- Les questions dont ils devraient débattre sont les suivantes :
  - quels droits ont été violés ?
  - quelles recommandations pourrions-nous formuler pour prévenir la pratique des mutilations sexuelles féminines ?

Discussion collective :

- Inviter les stagiaires à présenter le travail de leur groupe.
- Prévoir une heure pour la discussion.

Synthèse :

- Expliquer aux stagiaires en quoi les mutilations sexuelles féminines portent atteinte aux droits humains en se

référant aux points importants des notes du formateur.

- Citer les instruments relatifs aux droits humains qui existent aux niveaux national, régional et international.

Notes du formateur

- **En quoi les mutilations sexuelles féminines portent-elles atteinte aux droits humains ?** – Il existe des éléments bien établis selon lesquels les mutilations sexuelles féminines sont préjudiciables à la santé des fillettes et des femmes. C'est pourquoi cette pratique porte atteinte à leur droit de jouir du niveau de santé physique, sexuelle et mentale le plus élevé possible. Les mutilations sexuelles féminines sont également :
  - associées aux inégalités entre les sexes
  - une forme de discrimination à l'égard des fillettes et des femmes
  - une forme de torture ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant à l'égard des fillettes et des femmes
  - une atteinte à la santé physique, psychologique et sexuelle des fillettes et des femmes.
- **Conventions et déclarations internationales pertinentes aux fins de l'élimination des mutilations sexuelles féminines.** Plusieurs instruments internationaux et régionaux protègent les droits des femmes et des enfants. Les pactes internationaux relatifs aux droits humains obligent les États Membres des Nations Unies à respecter et à garantir la protection et la promotion des droits humains, y compris le droit à la non-discrimination, à l'intégrité de la personne et au meilleur état possible de santé physique et mentale.

Bon nombre de conventions et de déclarations comportent des dispositions relatives à la promotion et à la protection de la santé des enfants et des femmes ; en outre, certaines prévoient expressément l'élimination des mutilations sexuelles féminines. Il s'agit des instruments ci-après :

- **La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)** proclame le droit de tout être humain de vivre dans des conditions qui lui permettent de jouir d'une bonne santé et d'avoir accès aux soins de santé. L'article 3 de la Déclaration dispose que tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. Or, les mutilations sexuelles féminines provoquent des complications médicales qui peuvent être mortelles.
- **Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)** condamnent toute discrimination fondée sur le sexe et reconnaissent le droit universel de tout individu au meilleur état possible de santé physique et mentale.
- **La Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)** peut être interprétée comme obligeant les États à prendre des mesures contre les mutilations sexuelles féminines, et notamment :
  - à prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes (Article 2.f)
  - à modifier les schémas et modèles de comportements socio-culturels de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes (Article 5.a).
- **La Convention relative aux droits de l'enfant (1990)** protège le droit à l'égalité indépendamment de toute considération de sexe (Article 2), à être protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales et de mauvais traitements (Article 19.1), et oblige les États à abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants (Article 24.3).
- **La Déclaration et le Programme d'action de Vienne adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993)** ont élargi les objectifs en matière de droits humains fixés au niveau international, afin d'englober les violations fondées sur le sexe, dont les mutilations sexuelles féminines.

- **La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993)** dispose que la violence à l'égard des femmes s'entend comme englobant la violence physique et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme.
- **Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994)** comportait des recommandations sur les mutilations sexuelles féminines en vertu desquelles les gouvernements et les communautés étaient tenus de prendre des mesures pour mettre un terme à cette pratique et protéger les femmes et les fillettes contre des pratiques inutiles et dangereuses.
- **La plate-forme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing (1995)** a exhorté les gouvernements, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales à élaborer des politiques et des programmes visant à éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des fillettes, y compris les mutilations sexuelles.

Discussion à voix basse :

- Poser aux stagiaires la question suivante : les enfants ont-ils des droits ?
- Inviter les stagiaires à discuter à voix basse en groupes de deux ou trois
- Les laisser répondre à la question
- Les informer que les enfants ont des droits.

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 à 8.
- Leur demander de lire et d'analyser les études de cas.
- Laisser chaque groupe discuter et donner des réponses aux questions suivantes :
  - en quoi les droits des enfants ont-ils été violés dans les études de cas présentées ?
  - quelles sont les recommandations existantes pour prévenir ces violations ?

Discussion collective :

- Inviter les groupes à mettre en commun leurs travaux.
- Laisser les stagiaires discuter entre eux.

Synthèse

Faire la synthèse des violations des droits de l'enfant qui résultent des mutilations sexuelles féminines en utilisant les notes du formateur.

Notes du formateur

La Convention relative aux droits de l'enfant consacre le droit à l'égalité indépendamment de toute considération de sexe (Article 2), le droit d'être protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales ou de mauvais traitements (Article 19.1), le droit de jouir du meilleur état de santé possible (Article 24.1) et le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Article 37.a).

Les mutilations sexuelles féminines violent tous les droits susmentionnés. Elles constituent un acte de torture et un traitement inhumain, et sont préjudiciables à la santé des fillettes de façon immédiate et pour le reste de leur vie. Le principe 2 de la Déclaration des droits de l'enfant dispose ce qui suit : *« l'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale... afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité »*.

Les droits de l'enfant sont importants et doivent être protégés. Des lois nationales et internationales existent à cette fin mais elle n'ont d'utilité que si elles sont respectées et mises en oeuvre.

Exercice :

- Demander aux stagiaires, réunis en petits groupes, d'écrire leurs propres déclarations sur les droits humains.
- Inviter chaque groupe à afficher ses déclarations au mur.

Organismes chargés de la réglementation applicable aux infirmières et aux sages-femmes et mutilations sexuelles féminines

Chaque pays est doté d'un organisme chargé de réglementer la conduite des infirmières et des sages-femmes. Dans certains pays, il s'agit d'un conseil ou d'une commission des infirmières et des sages-femmes, dans d'autres du conseil des médecins. Quelle que soit la

structure existante, cet organisme a l'obligation légale de prendre les mesures appropriées à l'encontre d'une infirmière ou d'une sage-femme professionnelle qui ne se conforme pas au code de conduite professionnelle établi. La Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM) et le Conseil international des Infirmières (CII) sont les organismes de réglementation internationaux qui s'occupent des questions concernant, respectivement, les soins obstétricaux et les soins infirmiers professionnels. Ces deux instances ont élaboré des lignes de conduite qui s'opposent à la pratique des mutilations sexuelles féminines et qui disposent notamment ce qui suit :

- Les organes génitaux féminins sont essentiels pour que la femme puisse répondre à une stimulation sexuelle, et l'incision ou l'ablation de quelques millimètres seulement d'un tissu extrêmement sensible provoque des dégâts considérables. L'expérience de la mutilation a un impact psychologique durable sur les fillettes et les femmes, qui gardent le souvenir de la douleur et du traumatisme toute leur vie.
- Les professionnels de la santé doivent se conformer à des principes éthiques très importants, dont les deux suivants :
  - ne pas faire de mal, et
  - préserver à tout prix le bon fonctionnement des organes du corps, sauf en cas de maladie potentiellement mortelle.
- Les mutilations sexuelles féminines supposent l'ablation et/ou la détérioration d'organes qui fonctionnent normalement et aucune raison médicale ne justifie une telle intervention. Elles sont pratiquées principalement pour se conformer à un rituel traditionnel et **généralement exécutées sur des fillettes qui n'ont aucune idée de ce qui les attend ni aucun libre arbitre.** Le consentement des parents ou des tuteurs n'est pas valable lorsque l'acte pratiqué a davantage d'effets préjudiciables que bénéfiques pour l'enfant.
- En outre, il est contraire à l'éthique qu'un professionnel de santé lèse un organe sain au nom de la culture. L'argument avancé par des professionnels de santé selon lequel une opération pratiquée par une personne compétente dans des conditions hygiéniques est moins risquée pour la santé et donc moins préjudiciable est par conséquent irrecevable. Tout professionnel de santé qui procède à une telle intervention serait coupable de manquement au code de conduite et des mesures disciplinaires pourraient être prises à son encontre par les organismes chargés de la réglementation applicable aux professionnels de santé.
- Ces mesures peuvent aller de l'avertissement à la radiation ou au refus de délivrer l'autorisation d'exercer. Les professionnels de santé peuvent également faire l'objet de poursuites en vertu des lois nationales en vigueur contre les mutilations sexuelles féminines.

À la fin de la séance :

- Poser des questions aux stagiaires pour vérifier qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Les inviter à mettre en commun ce qu'ils ont appris pendant la séance.
- Noter leurs réponses sur un tableau mural ou à feuilles mobiles.
- Clore la séance.

MODULE 2 : PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ À LA PRÉVENTION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Le présent module vise à préparer les infirmières et les sages-femmes à établir des contacts avec les communautés aux fins de la prévention des mutilations sexuelles féminines. Il présente les connaissances et les compétences utiles à cette fin, ainsi que des stratégies visant à faire participer différents groupes communautaires, tels que les femmes, les hommes, les jeunes, les enfants, et les dirigeants.

Application du module

Le contenu du présent module peut être intégré aux cours existants, tels que les cours sur les soins infirmiers ou obstétricaux dispensés au niveau de la communauté. En outre, le module peut être utilisé en tant que cours à part entière pendant les stages de formation en cours d'emploi destinés aux infirmières et aux sages-femmes.

Objectifs généraux

À la fin du présent module, les stagiaires devraient être en mesure de :

- Décrire le lien existant entre les croyances, valeurs et attitudes et la pratique des mutilations sexuelles féminines au sein de groupes particuliers.
- Reconnaître les implications éthiques et juridiques de la prise en charge des fillettes et des femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles féminines.
- Répertorier les organisations locales, nationales et internationales qui oeuvrent à l'élimination des mutilations sexuelles féminines (voir une liste de groupes nationaux luttant contre les mutilations sexuelles féminines dans le document de référence *Programmes to Date : What Works and What Doesn't)*.
- Collaborer avec les individus, les familles et les communautés en vue de la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Prérequis

Les stagiaires qui travaillent sur ce module devraient déjà posséder :

- Des connaissances élémentaires sur les mutilations sexuelles féminines (Module 1)
- Des connaissances sur la conduite à tenir du point de vue éthique, juridique, politique et professionnel en présence de mutilations sexuelles féminines

Compétences essentielles :

Le présent module devrait permettre aux stagiaires d'acquérir les compétences suivantes :

- compréhension des valeurs, croyances et attitudes qui sous-tendent la pratique des mutilations sexuelles féminines, et de la manière dont elles se sont formées
- capacité d'appliquer ces connaissances dans le cadre de leur travail avec les communautés
- compréhension des règles et normes qui régissent la conduite professionnelle applicable à la prise en charge des femmes qui ont subi des mutilations sexuelles
- compréhension des concepts éthiques, juridiques et liés aux droits humains, aux fins de la prévention et du traitement des mutilations sexuelles féminines et capacité d'appliquer ces concepts
- connaissance des organisations locales, nationales et internationales qui oeuvrent à l'élimination des mutilations sexuelles féminines
- capacité d'identifier les groupes/dirigeants de la communauté qui sauront être des acteurs clés du changement aux fins de la prévention des mutilations sexuelles féminines
- aptitude à élaborer des stratégies efficaces et appropriées pour collaborer avec des groupes, l'objectif étant de susciter des changements
- capacité de mettre en pratique les compétences acquises

en matière d'information, de communication, d'éducation et de conseil dans le cadre de la collaboration avec les communautés en vue de la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Activités pédagogiques suggérées

- Cours.
- Discussions collectives.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions à voix basse.
- Séances de brainstorming.
- Jeux de simulation.
- Analyses de cas.
- Visites sur le terrain.
- Travaux individuels et en groupes.

Aides pédagogiques

Les aides pédagogiques peuvent comprendre :

- Films.
- Tableaux à feuilles mobiles, affiches, brochures, écritoires.
- Rétroprojecteur et transparents.
- Modèles anatomiques.

Documents de référence

- *Mutilations sexuelles féminines. Rapport d'un Groupe de travail technique de l'OMS. Genève, 17-19 juillet 1995.* WHO/FRH/WHD/96.10. OMS, Genève (1996).
- *Les mutilations sexuelles féminines. Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP.* OMS, Genève (1997).
- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation : A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation. Programmes to date : what works and what doesn't. A review.* WHO/CHS/WMH/99.5. OMS, Genève (1999)
- Film de l'OMS sur les mutilations sexuelles féminines : *« La voie du changement »*. OMS, Genève (2000).

Il est conseillé aux formateurs de lire également des ouvrages sur les questions suivantes :

- La stratégie régionale de l'OMS en matière de santé génésique.
- Les plans d'action régionaux pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique.
- Les plans d'action nationaux pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines.
- La communication efficace.
- La pédagogie efficace.
- Les actions de sensibilisation efficaces par l'intermédiaire des médias, de campagnes de sensibilisation et d'activités de mobilisation.
- Les relations interpersonnelles efficaces.

Note : Pour les analyses de cas, vous pouvez utiliser les livres déjà indiqués ou des recueils d'histoires disponibles au niveau local.

Les séances

Durée en heures

Séance 1 :
Croyances, valeurs et attitudes 2

Séance 2 :
Croyances, valeurs et attitudes traditionnelles au sujet des mutilations sexuelles féminines 2

Séance 3 :
Stratégies visant à faire participer les individus, les familles et les communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines 4

Séance 4 :
Stratégies visant à faire participer les dirigeants politiques et gouvernementaux à la prévention des mutilations sexuelles féminines 4

Visite sur le terrain dans la communauté 8

Séance 1 : Croyances, valeurs et attitudes

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Expliquer ce qu'on entend par croyances, valeurs et attitudes.**
2. **Débattre des origines des croyances, valeurs et attitudes.**
3. **Examiner leurs propres croyances, valeurs et attitudes.**

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions en petits groupes.
- Retour d'information et discussion.
- Jeux et exercices de simulation.
- Discussions collectives.
- Exercices et jeux visant à faire une mise au point sur les idées communément admises.

Aides pédagogiques

- Graphiques et images.
- Tableaux à feuilles mobiles.
- Notes du formateur.

Préliminaires

- Inviter les stagiaires à identifier certaines croyances et valeurs.

Exemples de croyances :

- Croyance en l'existence de Dieu.
  - La luette fait tousser et retarde la croissance des enfants.
  - Si l'enfant touche le clitoris pendant l'accouchement, il mourra.
  - Si une femme enceinte mange des oeufs, elle accouchera d'un enfant chauve.
  - Une femme non excisée aura des pulsions sexuelles excessives.

LA SÉANCE

Présenter la séance en rappelant la définition de la notion de tradition. Expliquer que toute personne est un assemblage complexe de caractéristiques uniques, y compris physiques, et de diverses croyances, valeurs et attitudes. Les traditions sont orientées par des croyances et leur pratique est fondée sur des valeurs et des attitudes.

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 à 8.
- Leur demander de débattre des questions suivantes :
  - qu'entend-on par croyances, valeurs et attitudes ?
  - quelles sont les origines des croyances ?
  - comment développe-t-on des systèmes de croyance ?
- Laisser 30 minutes aux stagiaires pour discuter.

Discussion collective/en grand groupe

- Prévoir 30 minutes supplémentaires pour le retour d'information et la discussion.
- Noter par écrit les résultats des discussions des groupes.
- Fournir des informations en utilisant les notes du formateur.

Notes du formateur

- **Définition des croyances :** une croyance est définie par les dictionnaires comme une conviction, un principe ou une idée acceptés comme vrais ou réels, même sans preuves positives. Il existe un grand nombre de systèmes de croyances, dont les croyances religieuses, culturelles, collectives et individuelles. Ce sont elles qui guident les actions et les comportements.
- **Définition des valeurs :** les valeurs sont définies par les dictionnaires comme les principes moraux, croyances ou normes acceptées par une personne ou un groupe social. C'est en fonction de nos valeurs que nous prenons nos

décisions. Bon nombre de ces valeurs nous sont transmises par notre famille mais elles sont également influencées par la religion, la culture, les amis, l'éducation, et par les expériences personnelles que nous faisons au cours de notre vie.

- **Définition des attitudes :** les attitudes sont définies par les dictionnaires comme une vision des choses ou une disposition de l'esprit. Elles reposent en grande mesure sur nos valeurs et perceptions personnelles.

Origines des croyances, des valeurs et des attitudes

Une multitude d'influences sont à l'origine de nos croyances, valeurs et attitudes – nos parents, notre famille, la société, la culture, les traditions, la religion, les groupes de pairs, les médias (télévision, musique, vidéos, magazines, publicités), l'école, le climat, l'environnement, la technologie, la politique, l'économie, les expériences personnelles, les amis et les besoins personnels. Elles sont également influencées par notre âge et notre sexe.

Formation d'un système de valeurs

Un système de valeurs est un ensemble hiérarchisé de croyances et de principes qui influencent la vision de la vie (attitude) d'une personne ou d'un groupe et orientent son comportement. Un système de valeurs n'est pas rigide mais peut évoluer avec le temps et en fonction de nouveaux points de vue, informations et expériences.

Étapes de la formation d'un système de valeurs

Étape 1 : Savoir comment nous devons nous comporter ou ce qui est attendu de nous.
C'est la composante cognitive.

Étape 2 : Éprouver des émotions par rapport à ce comportement.
C'est la composante affective.

Étape 3 : Prendre les mesures appropriées.
C'est la composante comportementale.

Examen des croyances, valeurs et attitudes personnelles

Exercices :

Ces exercices ont pour but de permettre aux stagiaires d'examiner leurs propres valeurs et de les comparer aux valeurs différentes d'autres personnes. Choisir un ou plusieurs exercices du tableau ci-après :

Exercice	Objectif
Exercice de groupe	Faire comprendre que des personnes différentes voient les choses différemment et que cela est acceptable.
Identification des valeurs personnelles	Prendre conscience des suppositions que nous faisons concernant les croyances, valeurs et attitudes d'autres personnes, et du fait que ces suppositions ne sont pas toujours justes.
Exercices de personnalité	Aider les stagiaires à identifier leurs propres valeurs et à se rendre compte que nos valeurs influencent nos relations avec les patients et les communautés.
Classement des valeurs	Mettre l'accent sur le fait que nos valeurs influencent notre façon d'aborder les questions relatives aux mutilations sexuelles féminines et que diverses manières de procéder peuvent toutes être valables. Chacun peut apprendre des autres.

Exercice de groupe (« walking survey »)

- Afficher deux panneaux sur le mur :
  - D'accord.
  - Pas d'accord.
- Lire les affirmations figurant dans la liste ci-après, destinée à l'exploration des valeurs. Demander aux participants de se déplacer vers le panneau « d'accord » ou « pas d'accord » en fonction de leur opinion.
- Répéter ce processus avec toutes les affirmations.
- Demander aux représentants de chaque groupe d'opinion d'exposer les raisons de leur choix.

- Répéter le processus tant qu'il reste du temps.

Exercice de groupe

LISTE D'AFFIRMATIONS CONCERNANT LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

1. Les mutilations sexuelles féminines augmentent la fécondité.
2. Elles préviennent la mortalité maternelle et infantile.
3. Elles empêchent la promiscuité sexuelle.
4. Elles contribuent à rendre les organes génitaux propres.
5. Elles empêchent les organes génitaux de continuer à grandir.
6. Elles font partie intégrante de la culture.
7. Elles sont pratiquées pour faire plaisir aux maris.
8. Elles provoquent chez les fillettes et les femmes des problèmes de santé, ainsi que des troubles mentaux et sexuels.
9. Les mutilations sexuelles féminines du type I ne donnent lieu à aucune complication et sont donc acceptables.
10. Les mutilations sexuelles féminines pratiquées en milieu hospitalier sont plus hygiéniques et moins douloureuses pour la patiente.
11. Les mutilations sexuelles féminines du type IV sont sans danger et la poursuite de cette pratique devrait être autorisée.
12. Les mutilations sexuelles féminines ne sont pas une question relevant du domaine de la santé.
13. Elles constituent une violation des droits humains.
14. Elles constituent une obligation religieuse.

Synthèse :

Faire la synthèse de l'exercice en posant aux stagiaires les questions suivantes :

- Quelle a été pour vous l'expérience la plus frappante lors de cet exercice, tant du point de vue de vos propres réponses aux questions que des réponses d'autres stagiaires ?
- Avez-vous été surpris par les réponses de vos pairs ?
- Qu'avez-vous éprouvé lorsque les autres n'étaient pas d'accord avec vous ?

Identification des valeurs

- Demander aux stagiaires ce qu'ils entendent par « identification des valeurs ».
- Laisser du temps pour quelques réponses.
- Donner les informations nécessaires en utilisant les notes du formateur.

Notes du formateur :

Le processus d'identification des valeurs permet de découvrir les valeurs qui orientent les actions d'une personne en examinant ce que cette personne pense de divers comportements, idées et objets.

L'identification des valeurs est un exercice important étant donné que les personnes ne sont globalement pas conscientes des motifs qui sous-tendent leurs comportements et leurs choix.

Chaque personne se crée un ensemble de valeurs et d'attitudes unique qui l'oriente tout au long de sa vie et lui confère son identité culturelle. En comprenant leurs propres valeurs et comment elles se sont formées, les professionnels de santé peuvent prendre conscience de ce qui façonne les systèmes de valeurs et de croyances des communautés avec lesquelles ils travaillent, et le respecter.

Processus d'adoption des valeurs

Avant de pouvoir identifier les valeurs d'une personne, il est nécessaire de comprendre comment le processus d'adoption de ces valeurs se met en place. Selon les spécialistes du comportement, ce processus comporte les étapes suivantes :

1. La personne choisit la valeur librement et de manière individuelle.
2. La personne choisit la valeur parmi un éventail de choix possibles.
3. La personne examine soigneusement les conséquences de son choix.
4. La personne attache une grande importance à la valeur choisie.
5. La personne intègre la valeur dans son comportement et en fait une norme.

Exercice visant à identifier les valeurs personnelles :

- Inviter les stagiaires à se regrouper par deux et à s'asseoir face à face en silence.

- Demander aux stagiaires de faire ce qui suit :
  - énumérer trois activités dont ils pensent que leur partenaire souhaiterait vivement les faire après la séance.
  - classer ces activités par ordre d'importance pour le partenaire.
  - énumérer trois activités qu'ils souhaiteraient eux-mêmes vivement faire après la séance.
- Demander à chaque stagiaire de lire à haute voix la liste qu'il a établie pour le compte de son partenaire. Puis demander au partenaire de lire à haute voix celle qu'il a établie pour lui-même. Poursuivre ce processus jusqu'à ce que tous les stagiaires aient lu leurs listes.
- Poser aux stagiaires les questions suivantes, selon le cas :

A : Pourquoi pensez-vous avoir été en mesure d'identifier correctement les intérêts de votre partenaire ?

B : Pourquoi pensez-vous ne pas avoir été en mesure d'identifier correctement les intérêts de votre partenaire ?

C : Qu'avez-vous éprouvé lorsque votre partenaire a réussi à identifier vos intérêts ?

D : Qu'avez-vous éprouvé lorsque vous avez été méjugé ou jugé d'avance ?

Explications possibles pour les différentes réponses :

A : Vous avez réussi à identifier correctement les intérêts de votre partenaire parce que vous aviez beaucoup de points communs, par exemple :
- une éducation semblable
- le même sexe
- la même culture
- la même religion
- vous vous connaissiez déjà
- vous aviez déjà discuté de vos intérêts
- vous aviez déjà observé votre partenaire soigneusement.

B : Vous n'avez pas été en mesure d'identifier correctement les intérêts de votre partenaire parce que vous n'aviez pas pu lui parler ou l'observer avant l'exercice.

C : Vous avez peut-être ressenti une impression étrange parce que, même si deux personnes se connaissent, elles peuvent avoir du mal à identifier leurs intérêts mutuels réels sauf si elles font un effort particulier pour les découvrir.

D : Vous avez peut-être été surpris et contrarié d'être méjugé par votre partenaire. Vous avez pu vous sentir dévalorisé en tant que personne et éprouvé le besoin de vous défendre. Vous avez peut-être eu l'impression de perdre le respect que vous aviez pour la personne qui a fait ces suppositions vous concernant.

Synthèse :

Faire la synthèse de l'exercice en faisant remarquer les points suivants aux stagiaires :

- S'il vous a été difficile d'identifier les intérêts réels d'un autre stagiaire, vous comprendrez que vous risquez davantage de vous tromper lorsqu'il s'agira d'identifier les besoins et les problèmes de patientes dont vous savez peut-être très peu de choses, ou de cerner les besoins d'une communauté à laquelle vous n'appartenez pas.
- Cette activité a démontré combien il était difficile de faire des suppositions exactes sur les intérêts d'autrui. Par ailleurs, elle démontre que la compréhension des croyances et des valeurs d'autrui passe par le dialogue et l'ouverture d'esprit.

Exercice avec noms (« name tag ») :

- Informer les stagiaires que cet exercice a pour objectif d'identifier les valeurs.
- Distribuer les feuilles d'exercice (voir ci-après).
- Demander aux stagiaires de lire soigneusement les instructions.
- Leur laisser du temps pour faire l'exercice.
- Les inviter à mettre en commun ce qu'ils ont écrit et leur laisser suffisamment de temps pour le faire.

Instructions pour les stagiaires :

1. Prendre une feuille de papier et écrire votre nom au centre. Sur les quatre coins de la feuille, écrire vos réponses aux quatre questions suivantes :
   - quelles sont les deux choses que vous souhaiteriez que vos collègues disent à votre sujet ?
   - quelle est la chose la plus importante que vous faites (ou que vous souhaiteriez faire) pour rendre constructive votre relation avec les patientes ?
   - que faites-vous quotidiennement qui démontre que vous attachez de l'importance à votre santé ?
   - quelles sont les trois valeurs en lesquelles vous croyez le plus fermement ?
2. Dans l'espace autour de votre nom, noter au moins six adjectifs qui, à votre avis, vous décrivent le mieux.
3. Examiner vos réponses aux questions et la façon dont vous vous êtes décrit. Quelles sont, à votre avis, les valeurs qui transparaissent dans vos réponses ?

Exercice sur les traits de personnalité :

- Distribuer les feuilles d'exercice (voir ci-après).
- Inviter les stagiaires à lire soigneusement les instructions.
- Leur laisser du temps pour faire l'exercice.
- Les inviter à faire part de leurs réponses et leur laisser suffisamment de temps pour le faire.

ambitieux assuré attentif
réservé sûr de ses opinions
généreux indépendant facilement offensé ouvert
digne de confiance indifférent compétent maître de soi
soupçonneux solitaire aimable
dépendant aimant s'amuser intellectuel accommodant
ergoteur réfléchi dynamique
affectueux imprévisible logique imaginatif
discipliné obéissant influençable
serviable peu liant lunatique

Instructions pour les stagiaires :

1. Regarder la liste des qualificatifs ci-dessus et entourer les sept qui vous décrivent le mieux en tant que personne.
2. Souligner les sept qualificatifs qui vous décrivent le mieux en tant que professionnel. (Vous pouvez entourer et souligner les mêmes qualificatifs.)

Réfléchir aux questions suivantes :

- Quelles valeurs transparaissent dans les traits de personnalité que vous avez choisis ?
- Quel est le lien entre ces traits de personnalité et vos valeurs personnelles ?
- Quels traits de personnalité indiquent des incohérences dans vos attitudes ou comportements ?
- Quels sont, à votre avis, les traits de personnalité les plus adaptés aux agents de santé, et quels sont ceux qu'ils devraient cultiver ?

Exercice de classement des valeurs :

- Distribuer aux stagiaires des listes d'affirmations concernant les mutilations sexuelles féminines (voir ci-dessous).
- Expliquer l'exercice aux stagiaires.
- Leur laisser le temps nécessaire pour le faire.
- Les inviter à faire part de leurs réponses.

Instructions pour les stagiaires :

1. Classer par ordre les 12 mesures ci-après qui pourraient être adoptées en vue de la prévention des mutilations sexuelles féminines, en utilisant le chiffre 1 pour indiquer la mesure que vous estimez la plus importante, et le chiffre 12 pour indiquer celle que vous considérez comme la moins importante.
   - Collaborer avec la communauté pour prévenir les mutilations sexuelles féminines.
   - Écouter avec empathie les patientes qui ont subi des mutilations sexuelles.
   - Établir de bonnes relations interpersonnelles avec les patientes qui ont subi des mutilations sexuelles.
   - S'impliquer émotionnellement avec les patientes qui présentent des complications liées aux mutilations sexuelles.
   - Sensibiliser la communauté à la nécessité d'éliminer

les mutilations sexuelles féminines.

- Être honnête en répondant aux questions des patientes.
- Faire en sorte que la communauté suive les conseils des professionnels.
- Aider à réduire l'anxiété de la patiente face aux complications liées aux mutilations sexuelles.
- Faire en sorte que la communauté participe à la prise de décisions relatives aux mutilations sexuelles féminines.
- Se conformer aux obligations légales concernant la pratique des mutilations sexuelles féminines.
- Respecter en tout temps l'éthique professionnelle dans le cadre des relations avec les patientes qui ont subi des mutilations sexuelles.
- Être en première ligne de l'action menée en vue d'éliminer les mutilations sexuelles féminines.

2. Examiner la manière dont vous avez classé ces mesures et répondre aux questions suivantes :

- Quelles valeurs pouvez-vous mettre en évidence compte tenu des réponses que vous avez données dans cet exercice ?
- De quelle manière ces valeurs transparaissent-elles dans votre comportement ?

Synthèse :

Faire la synthèse de l'exercice en utilisant les notes du formateur.

Notes du formateur

- Nos attitudes, valeurs et croyances influencent considérablement les services que nous dispensons aux patientes et aux communautés en ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines.
- Si nous tentons d'imposer aux autres nos propres attitudes et valeurs, il est peu probable que les efforts que nous déployons en vue d'éliminer les mutilations sexuelles féminines seront récompensés.
- Nos attitudes, croyances et valeurs sont influencées par notre culture, notre condition sociale, notre âge, notre sexe et notre éducation, entre autres. Nous ne devons pas les imposer aux patientes et aux communautés.
- Même au sein d'un groupe de personnes de milieu semblable, et qui ont un niveau d'éducation et des professions comparables, il est probable qu'un vaste éventail d'attitudes et de valeurs sera représenté.
- Si les agents de santé peuvent reconnaître leurs propres préjugés, et comprendre d'où viennent leurs propres croyances, ils parviendront sans doute à collaborer de manière fructueuse avec les communautés.
- En étant à l'écoute de la communauté et des patientes, ils se feront une idée plus précise de la meilleure façon de communiquer sur les dangers liés aux mutilations sexuelles féminines.
- Le meilleur moyen de savoir quels sont les intérêts réels d'une personne est de parler directement avec elle.

Même si nous avons l'impression de « voir » clairement ce que pense quelqu'un, il nous arrive souvent de nous tromper. Deux personnes ne perçoivent jamais exactement les choses de la même manière.

- Les valeurs et les attitudes sont profondément ancrées dans les expériences qui façonnent notre vie et elles ne sont pas faciles à modifier. Néanmoins, il est important que nous examinions nos propres valeurs et attitudes et que nous prenions des décisions réfléchies sur la question de savoir lesquelles de ces valeurs et attitudes méritent, à notre sens, d'être conservées et lesquelles nous estimons ne plus être valables.
- Seul un environnement faisant place au dialogue et à l'ouverture incitera les gens à ne mettre en cause leurs croyances et leurs valeurs et les disposera à en changer.

À la fin de la séance :

- Faire la synthèse des enseignements importants de la séance.
- Inviter les stagiaires à mettre en commun ce qu'ils ont appris pendant la séance.
- Noter par écrit leurs réponses.
- Clore la séance.

Séance 2 : Croyances, valeurs et attitudes traditionnelles au sujet des mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de cette séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Examiner en quoi les croyances, les valeurs et les attitudes influencent la pratique des mutilations sexuelles féminines ;**
2. **Décrire le processus consistant à aider les personnes, les familles et les communautés à identifier leurs croyances, leurs valeurs et leurs attitudes en ce qui concerne la pratique des mutilations sexuelles féminines ;**
3. **Décrire le processus de modification des comportements.**

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions en petits groupes.
- Discussions en grand groupe.
- Cours.
- Visites sur le terrain.

Aides pédagogiques

- Notes du formateur.
- Manuel du stagiaire.

Préliminaires

- Inviter les stagiaires à réfléchir sur l'histoire intitulée « Tradition ! Tradition ! ». Leur demander à quelles conclusions ils sont parvenus en ce qui concerne le rôle joué par la tradition dans la perpétuation des mutilations sexuelles féminines.
- Noter leurs réponses sur un tableau à feuilles mobiles ou un tableau noir et engager la discussion.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Attirer l'attention des stagiaires sur le fait que l'on ne sait pas à quand remonte la pratique des mutilations sexuelles féminines ni quelle est son origine, et que diverses raisons sont avancées pour maintenir cette tradition, et notamment des raisons sociales, culturelles, psychologiques, hygiéniques, esthétiques et religieuses.
- Insister également sur le fait que les croyances, les valeurs et les attitudes traditionnelles influencent considérablement la pratique des mutilations sexuelles féminines.

Rôle des croyances, valeurs et attitudes dans la pratique des mutilations sexuelles féminines

La pratique des mutilations sexuelles féminines repose sur des croyances, valeurs et attitudes traditionnelles. Certaines communautés la considèrent comme un rite de passage à l'âge adulte (par exemple, au Kenya et en Sierra Leone), d'autres comme un moyen de préserver la virginité des filles jusqu'au mariage (par exemple, au Soudan, en Égypte, en Éthiopie et en Somalie). Dans toutes les communautés où elles sont pratiquées, les mutilations sexuelles féminines constituent un élément important de l'identité sexuelle forgée par la culture, ce qui explique pourquoi de nombreuses mères et grand-mères les soutiennent : elles estiment qu'elles font partie intégrante de leur féminitude et qu'elles sont essentielles pour que leurs filles soient acceptées par la société. Dans la plupart de ces communautés, les mutilations sexuelles féminines sont une condition préalable au mariage, qui est lui-même essentiel pour qu'une femme puisse survivre socialement et économiquement.

Discussion en petits groupes :

- Inviter les stagiaires à s'asseoir en petits groupes pour débattre de la question suivante : que pouvons-nous faire pour donner aux communautés les moyens de modifier leurs croyances, leurs valeurs et leurs attitudes au sujet des mutilations sexuelles féminines ?
- Inviter les stagiaires à présenter leurs travaux de groupe à l'ensemble de la classe et prévoir une heure de plus pour la discussion.

- Donner les informations nécessaires en utilisant les notes du formateur.

Notes du formateur :

- Les individus, les familles et les communautés ont leurs propres raisons d'attacher de l'importance aux mutilations sexuelles féminines. Lorsqu'on examine la question de la prévention avec eux, il est nécessaire de les aider à analyser leurs sentiments et à identifier leurs valeurs concernant les mutilations sexuelles féminines, avant de leur expliquer quelles sont les conséquences du maintien de ces valeurs.
- Les infirmières et sages-femmes doivent être conscientes du fait que les valeurs et les attitudes se forment tout au long de la vie et que leur modification n'est jamais aisée ni rapide. Toutefois, le fait d'aider les communautés à examiner leurs sentiments vis-à-vis des mutilations sexuelles féminines leur permettra de prendre des décisions réfléchies quant à la question de savoir quelles valeurs et attitudes sous-jacentes ils souhaitent conserver et lesquelles ils estiment n'être peut-être plus valables.
- C'est seulement en comprenant pleinement les valeurs propres à une personne et leur importance relative que l'on peut reconnaître les comportements qui résultent d'un choix rationnel et ceux qui peuvent être le fait d'autres influences.
- Il faut que les gens aient la possibilité de changer à leur manière et à leur rythme, et c'est pourquoi ils doivent participer à toutes les étapes du processus.

Aider les individus, les familles et les communautés à identifier leurs croyances, valeurs et attitudes au sujet des mutilations sexuelles féminines

Les discussions thématiques en petits groupes contribuent efficacement au déroulement de ce processus.

- La première étape du processus visant à aider les gens à faire le point sur leurs attitudes en ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines consiste à leur demander pour quelles raisons ils sont favorables à cette pratique et ce qui se passe pour les femmes qui ne s'y soumettent pas. L'infirmière/la sage-femme peut, si elle le souhaite, se servir des affirmations utilisées dans le cadre des exercices sur l'identification des valeurs comme thèmes des discussions thématiques de groupe.
- Après avoir pris connaissance des opinions du groupe, l'infirmière/la sage-femme peut alors donner des informations sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil reproducteur de la femme, sur les effets des mutilations sexuelles sur la santé physique, psychologique, sexuelle et génésique de la femme, ainsi que sur les complications éventuelles au moment de l'accouchement.
- L'infirmière/la sage-femme devrait donner aux groupes la possibilité de discuter de leurs propres expériences des problèmes de santé rencontrés. Elle devrait ensuite faire le rapprochement entre ces problèmes et la pratique des mutilations sexuelles féminines (souvent, les femmes concernées n'ont pas fait le lien avec les mutilations sexuelles qu'elles ont subies mais les ont imputées à la volonté de Dieu ou à des actes de sorcellerie).
- L'infirmière/la sage-femme devrait aider les gens à distinguer les bonnes pratiques des pratiques dangereuses et à comprendre quelles sont les répercussions des mutilations sexuelles sur la santé des fillettes et des femmes.

Contribuer au processus de changement

Si les gens sont déjà sur le point de remettre en cause leur tradition et souhaitent un changement, le professionnel de santé devrait les laisser décider eux-mêmes de la meilleure manière de mettre un terme à la pratique et ce qui serait approprié du point de vue culturel. Par exemple, les communautés qui attachent de l'importance aux mutilations sexuelles féminines en tant que rite de passage à l'âge adulte pourraient envisager d'autres manières de marquer ou de célébrer cet événement.

Afin de contribuer à ce processus, l'infirmière/la sage-femme devrait :

- identifier les personnes influentes de la communauté susceptibles de susciter le changement ;
- soutenir les membres de la communauté au cours du processus d'élaboration de leurs propres stratégies de changement dans le respect de leur culture, de mise en oeuvre de ces stratégies et de suivi des résultats ;
- recenser les organisations communautaires qui pourraient être en mesure d'apporter leur concours au processus ;

- apporter un soutien à chaque stade du processus et reconnaître les actions constructives.

Les spécialistes du comportement ont démontré que la modification d'un comportement suppose, pour un individu, de passer par une série d'étapes (voir Figure 3, p. 139). Ces étapes sont les suivantes :

1. Prise de conscience.
2. Recherche d'informations.
3. Traitement et « personnalisation » de l'information, c'est-à-dire reconnaissance de sa valeur pour soi-même.
4. Examen des options possibles.
5. Prise de décision.
6. Mise en pratique du comportement.
7. Retour d'information positif ou « renforcement ».
8. Partage de l'expérience avec d'autres.

Selon ce modèle, une personne qui prend la décision de rejeter les mutilations sexuelles féminines qu'il s'agisse d'une mère, d'un grand-parent, d'un père, d'un mari, d'une tante, d'un enseignant, d'une soeur plus âgée ou d'une fillette elle-même – s'engagera dans un processus débutant par la prise de conscience que le rejet des mutilations sexuelles féminines est un choix. Ensuite, elle trouvera ce choix souhaitable, ce qui la conduira à décider de rejeter les mutilations sexuelles féminines ; elle trouvera ensuite le moyen de mettre en pratique cette décision ; l'appliquera effectivement et observera ce qui se passe ; puis recevra un retour d'information positif d'autres personnes, ce qui l'encouragera à maintenir sa position contre les mutilations sexuelles féminines. La personne a atteint la dernière étape lorsqu'elle croit suffisamment au bien-fondé de sa décision pour faire part à d'autres personnes de son raisonnement et de son expérience, encourageant ainsi ces dernières à suivre son exemple. C'est ce qu'on appelle l'« effet multiplicateur ». Il existe un risque d'échec à chaque étape et, quelle que soit la personne concernée, elle devra faire face aux conséquences de son choix au niveau personnel et dans un cadre plus large.

Synthèse :

- Informer les stagiaires que les mutilations sexuelles féminines constituent une pratique traditionnelle qui est ancrée dans les traditions culturelles et religieuses.
- Raconter des histoires aux participants et discuter ensemble des différentes croyances au sujet des mutilations sexuelles féminines.
- Prévoir une visite d'étude dans la communauté.
- Donner aux stagiaires des indications dans l'optique de cette visite.

Visite d'étude dans la communauté :

- C'est au formateur qu'il appartient de prendre les dispositions nécessaires pour que les stagiaires puissent visiter une communauté et assister à une réunion.
- Il est conseillé au formateur de se procurer le calendrier des réunions de la communauté et de demander l'autorisation pour que les stagiaires puissent participer à une réunion en qualité d'observateurs.

Indications pour les stagiaires :

Objectifs de la visite d'une communauté :

- Observer les interactions entre les gens pendant une réunion de la communauté.
- Identifier les croyances, valeurs et attitudes traditionnelles qui ressortent pendant la réunion.
- Observer comment les décisions sont prises.

Questions visant à guider l'observation :

- Quelle était la structure de la réunion ? Par exemple, qui était présent et qui dirigeait la réunion ?
- Quels thèmes ont été examinés ?
- Qui a présenté les thèmes de discussion ?
- Qui a participé ?
- Quelles croyances, valeurs et attitudes traditionnelles sont ressorties pendant la réunion ?
- Quelles décisions ont été prises ?
- Comment ont-elles été prises ?
- Par qui ?

Retour d'information concernant la visite d'observation de la communauté :

- Demander aux stagiaires de se répartir en petits groupes et d'établir un rapport de leurs observations.
- Leur demander de présenter leur rapport à l'ensemble de la classe.
- Faire la synthèse des principaux enseignements retenus concernant les croyances, les valeurs et les attitudes.

À la fin de la séance :

- Poser aux stagiaires des questions concernant la séance pour vérifier qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Apporter des éclaircissements sur certains points si nécessaire.
- Clore la séance.

Figure 3 :

ÉTAPES DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT

Séance 3 : Stratégies visant à faire participer les individus, les familles et les communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Identifier les stratégies adaptées pour faire participer les individus, les familles et les communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines.**
2. **Comprendre la théorie qui sous-tend la communication visant à modifier les comportements.**
3. **Savoir comment mener des discussions avec divers publics cibles.**

Références

- *Female Genital Mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't. A review.* WHO/CHS/WMH/99.5. OMS, Genève (1999).
- *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).
- *Towards the healthy women counselling guide: Ideas from the gender and health research group.* TDR, OMS, Genève.
- Film de l'OMS sur les mutilations sexuelles féminines : « *La voie du changement* ». OMS, Genève (2000).

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions à voix basse.
- Histoires courtes.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions en grand groupe.
- Discussions collectives.

Aides pédagogiques

Notes du formateur.

Préliminaires

Commencer la séance par une courte histoire suivie d'une discussion, de la façon suivante :

- Suggérer le scénario suivant aux stagiaires : Une épidémie s'est déclarée dans une communauté. Le personnel de santé a été appelé et est parvenu à endiguer la maladie mais, six mois plus tard, une nouvelle épidémie s'est déclarée. Quel est le problème ?
- Inviter quelques stagiaires à répondre à la question.
- Faire la synthèse en expliquant aux stagiaires que la maladie s'est de nouveau déclarée parce que la communauté n'avait pas participé étroitement à l'élaboration des stratégies de prévention. Après le départ du personnel de santé, les activités de prévention se sont progressivement arrêtées.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Demander aux stagiaires de définir la notion de « communauté » et d'indiquer le sens de l'expression « participation communautaire ».

Notes du formateur :

- ***Communauté***. Une communauté est un ensemble de personnes vivant à proximité les unes des autres et qui ont en commun de nombreuses caractéristiques culturelles, ethniques, religieuses ou autres. Dans le contexte des mutilations sexuelles féminines, la communauté est un groupe de personnes (y compris des individus et des familles) qui vivent en zone urbaine ou rurale et qui partagent des croyances, valeurs et attitudes communes en ce qui concerne cette pratique.
- ***Participation communautaire.*** Cette notion suppose de travailler avec et non pour les membres de la communauté, afin de répondre à leurs besoins et de trouver des solutions à leurs problèmes. Dans le cadre de ce processus, la communauté est encouragée à assumer la responsabilité de ses problèmes et à prendre ses propres décisions quant à la manière de les résoudre, en utilisant les ressources et mécanismes qui lui sont propres.

La participation des communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines suppose de collaborer avec elles en vue de modifier leurs croyances, valeurs et attitudes concernant cette pratique. Le but est de permettre aux gens de tirer eux-mêmes la conclusion qu'un changement s'impose et, par conséquent, de considérer que la décision de changer les choses leur appartient.

Stratégies visant à faire participer les individus, les familles et les communautés à la prévention des mutilations sexuelles féminines

Séance de brainstorming :

- Poser aux stagiaires la question suivante : qui, au sein de la famille, décide que les mutilations sexuelles féminines doivent être pratiquées ou non ?
- Demander aux stagiaires de répondre à la question.
- Noter leurs réponses par écrit.

Discussions en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en quatre petits groupes.
- Attribuer un segment de la communauté à chacun des groupes et leur demander d'envisager des stratégies en vue de faire participer ce segment particulier à la prévention des mutilations sexuelles féminines.
- Attribuer les segments suivants :
  - Groupe 1 : toute la famille.
  - Groupe 2 : les hommes.
  - Groupe 3 : les femmes.
  - Groupe 4 : les jeunes.
- Laisser 15 minutes aux stagiaires pour discuter en petits groupes.

Discussion collective :

- Inviter tous les stagiaires à faire part de leurs idées à l'ensemble de la classe.
- Leur laisser 30 minutes pour discuter.

Synthèse :

Les stratégies visant à faire participer la communauté ont pour objectif principal d'amener les individus, les familles, les groupes ou l'ensemble de la communauté à considérer que la décision de modifier les comportements par rapport aux mutilations sexuelles féminines leur appartient.

Les professionnels de santé sont respectés et écoutés par les individus, les familles et les communautés et ils ont un rôle important à jouer lorsqu'il s'agit de promouvoir l'éducation en vue d'éliminer les mutilations sexuelles féminines. Certains sont déjà membres de groupes non gouvernementaux qui s'emploient à faire changer les choses dans leurs communautés.

Expliquer aux stagiaires qu'ils doivent tout d'abord se renseigner sur la pratique et connaître précisément les raisons avancées par les gens pour la justifier. Les stagiaires devraient savoir que la question des mutilations sexuelles féminines n'est pas uniquement une question liée à la santé, mais qu'elle relève également de l'égalité entre les sexes et des droits humains ; en conséquence, pour trouver une solution au problème, il ne suffit pas de donner des informations sur les conséquences des mutilations sexuelles féminines pour la santé, mais il faut également donner des conseils sur les diverses dimensions du problème. Les agents de santé ont pour rôle de contribuer au processus de changement.

Les stagiaires peuvent aider les individus, les familles et les communautés à modifier leurs comportements et leurs pratiques en ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines en :

- intégrant les activités d'éducation et de conseil visant à éliminer les mutilations sexuelles féminines dans leur pratique quotidienne des soins infirmiers et obstétricaux ;
- identifiant les dirigeants influents et d'autres personnes et groupes importants de la communauté avec qui ils pourraient collaborer et qui pourraient être des acteurs du changement ;
- rendant visite à des personnes ou des groupes de personnes de la communauté, selon le cas ;
- mettant en place des petits groupes de discussion. Les discussions devraient être interactives et participatives, afin de permettre aux gens d'intervenir le plus souvent possible ;
- aidant les gens à réfléchir en profondeur à la pratique des mutilations sexuelles féminines, à ses effets sur la santé

et à ses implications du point de vue des droits humains ;

- identifiant les ressources de la communauté qui pourraient être utilisées dans le cadre du programme de prévention ;
- proposant des stratégies en vue de modifier la pratique, par exemple, une cérémonie de remplacement culturellement acceptable pour célébrer le passage à l'âge adulte (Kenya) et en enseignant aux femmes des compétences en résolution de problèmes (Tostan, Sénégal) ;
- aidant les individus et les familles à faire face aux problèmes liés aux mutilations sexuelles féminines et à s'adapter au changement.

En utilisant les documents cités dans la rubrique « Références » ci-dessus, examiner avec les stagiaires les stratégies de participation communautaire qui ont été expérimentées sur le terrain, et indiquer celles qui se sont avérées efficaces et celles qui ont échoué.

En raison du caractère sensible de la question sur le plan personnel et culturel, il importe que les discussions soient soigneusement planifiées et qu'elles se déroulent comme il se doit. En général, les discussions devraient avoir lieu individuellement à moins que les gens ne soient disposés à discuter plus librement de la question par exemple, en famille, au sein de groupes de pairs ou avec leurs conjoints. Il convient de mener des discussions séparées avec les différents publics cibles, par exemple, les jeunes, les hommes, les anciens de la communauté, les femmes et les chefs religieux.

Stratégies visant à faire participer les hommes

Expliquer aux stagiaires que, pour faire participer les hommes à la prévention des mutilations sexuelles féminines, ils devraient :

- Recenser tous les cadres appropriés pour rencontrer le groupe cible, par exemple les organisations ou amicales masculines, et établir des contacts avec les personnes compétentes.
- Se servir des dirigeants de la communauté et d'autres personnes influentes comme point d'entrée.
- Donner des informations claires sur les répercussions des mutilations sexuelles féminines chez les femmes et les fillettes, tant du point de vue de la santé que des droits humains, et identifier et examiner les préjugés.
- Utiliser des films ou des affiches, selon le cas, et encourager chacun à participer aux discussions.
- Aider les hommes à élaborer leurs propres stratégies de prévention.

Stratégies visant à faire participer les femmes

Expliquer aux stagiaires que, pour faire participer les femmes à la prévention des mutilations sexuelles féminines, ils devraient :

- Recenser les cadres appropriés pour rencontrer le groupe cible, et établir des contacts avec les personnes compétentes.
- Donner des informations claires sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux féminins, les répercussions des mutilations sexuelles féminines, tant du point de vue de la santé que des droits humains, et identifier et examiner les préjugés.
- Utiliser une approche participative pendant les discussions.
- Tenter de pallier l'absence de pouvoir et le manque d'estime de soi des femmes en leur enseignant des compétences dans les domaines suivants : connaissance et affirmation de soi, et résolution des problèmes.

Examiner des exemples des programmes mis en œuvre avec succès sur le terrain, par exemple au Kenya, où des cérémonies initiatiques de remplacement ont été mises sur pied pour célébrer le rite du passage à l'âge adulte des jeunes filles sans qu'elles soient excisées.

Stratégies visant à faire participer les jeunes

Expliquer aux stagiaires que, pour faire participer les jeunes à la prévention des mutilations sexuelles féminines, ils devraient :

- Recenser les cadres appropriés pour rencontrer les jeunes telles que les maisons de jeunes, les écoles et les universités, et établir des contact avec les personnes compétentes.
- Recenser les cadres appropriés pour rencontrer les jeunes filles séparément, afin d'aborder les questions sensibles qui les concernent directement, et aussi leur enseigner des connaissances pratiques élémentaires visant à favoriser leur autonomie.
- Donner des informations claires sur les répercussions de cette pratique du point de vue de la santé et des droits humains, et identifier les préjugés.
- Utiliser une approche participative.
- Proposer que la question des mutilations sexuelles féminines soit abordée dans les programmes de santé scolaire et intégrée dans les programmes d'études.
- Fournir un soutien particulier aux fillettes qui ont déjà subi des mutilations sexuelles.
- Mettre en place des programmes d'éducation par les pairs (c'est-à-dire entre jeunes).

La communication en vue de modifier les comportements diffère de la communication visant simplement à communiquer des informations et, à cette fin, les compétences relationnelles sont particulièrement efficaces. *La communication interpersonnelle* est un processus dans le cadre duquel deux personnes ou plus examinent ensemble une question pour tenter de parvenir à une compréhension mutuelle.

Communication avec les groupes cibles

Avertir les stagiaires que, lorsqu'ils communiquent avec les divers publics cibles, ils devraient observer les règles suivantes :

- Évaluer et choisir des manières de communiquer appropriées. Par exemple :
  - Entretiens en tête-à-tête.
  - Discussions de groupe, par exemple avec tous les membres d'une famille ou avec un groupe de jeunes.
  - Réunions lors de campagnes de masse.
  - Utilisation des médias : radio, télévision, magazines, journaux, revues, etc.
  - Théâtre, danse, chansons, histoires.
- **Connaître leur public.** Cela suppose d'identifier les groupes cibles, par exemple les personnes, les membres de la famille, les groupes de femmes, de jeunes ou d'hommes, les dirigeants communautaires, et de les situer en connaissant notamment leur niveau d'instruction, leur langue et leur âge.
- **Obtenir des renseignements sur la pratique des mutilations sexuelles féminines au niveau local.** Cela suppose de poser à des personnes ou à des groupes de personnes les questions suivantes :
  - quels types de mutilations sexuelles féminines sont pratiqués au niveau local ?
  - quelles sont les raisons avancées pour expliquer la pratique des mutilations sexuelles féminines ?
  - quels problèmes ou complications les fillettes/les femmes rencontrent-elles pendant ou après l'intervention et comment sont-elles prises en charge ?
  - qui pratique les mutilations sexuelles féminines ?
  - qu'arrive-t-il aux fillettes/aux femmes qui ne se conforment pas à cette tradition ?
- **Connaître leur matériel.** Les stagiaires doivent faire en sorte que l'information et le matériel soient bien préparés et facilement accessibles, et savoir exactement ce qu'ils souhaitent communiquer. Il devrait notamment s'agir d'informations précises sur la santé génésiques et sur les types de mutilations sexuelles féminines et leurs conséquences sur la santé.
- **Établir des contacts avec les personnes compétentes** afin d'organiser des réunions avec les dirigeants communautaires et religieux, les autorités sanitaires et d'autres personnes influentes de la communauté.
- Créer et maintenir des relations de confiance :
  - en établissant des liens avec le public cible ;
  - en respectant les croyances et les valeurs des gens en ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines ;
  - en saluant les personnes d'une manière acceptable dans leur culture ;
  - en se présentant toujours et en présentant les personnes qui les accompagnent ;
  - en veillant à ce que leurs interlocuteurs se sentent à l'aise par rapport à eux et au cadre de l'entretien avant d'engager le dialogue ;
  - en appelant les personnes par leur nom et/ou leur titre selon l'usage en vigueur.

- Présenter des informations claires et appropriées. Cela signifie :
  - évaluer le niveau de connaissances du public cible en ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines
  - présenter le thème et l'objectif de la discussion
  - parler lentement et distinctement, en utilisant des termes simples mais précis. Expliquer aux stagiaires que la plupart des gens préfèrent le terme de « circoncision » à celui de « mutilation » car l'idée d'être « mutilés » ou que leurs parents ou leur société sont des « mutilateurs » peut être offensante. La meilleure façon de faire référence à l'intervention est d'utiliser la terminologie locale
  - le cas échéant, écrire lisiblement, et en utilisant toujours des termes compréhensibles par le public
  - si besoin est, utiliser des affiches et des images pour illustrer une question, parce que certaines personnes sont peut-être analphabètes
  - sélectionner les messages les plus importants à communiquer, car une surabondance d'informations risque d'entraîner des confusions
  - donner à lire des informations adéquates, par exemple, affiches, brochures
  - à la fin d'une réunion, faire la synthèse des questions examinées
  - veiller à ce que les gens aient compris les informations les plus importantes
  - accorder aux interlocuteurs assez de temps pour poser des questions et éclaircir certains points
  - leur indiquer où ils peuvent trouver davantage d'informations s'ils le souhaitent
  - inviter les personnes qui ont des questions personnelles ou qui ont besoin de conseils à venir discuter en privé.

Synthèse :

Afin de modifier les comportements, les militants de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines devraient :

- utiliser une approche participative afin que la communauté cible et le plus grand nombre possible de parties intéressées prennent part à l'élaboration et à la mise en oeuvre du programme
- organiser diverses activités soigneusement adaptées au public cible
- assurer que le matériel et les messages pédagogiques utilisés reposent sur des recherches sérieuses
- assurer que les activités menées dans le cadre du programme reflètent les attitudes et les valeurs positives de la communauté
- identifier les principaux membres de la communauté qui prennent les décisions concernant les mutilations sexuelles féminines
- veiller à ce que les personnes qui participeront à la mise en oeuvre du programme aient reçu une formation adéquate.

À la fin de la séance :

- Poser aux stagiaires des questions pour vérifier qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Les inviter à faire part de ce qu'ils ont appris pendant la séance.
- Noter par écrit leurs réponses.
- Clore la séance.

Séance 4 : Stratégies visant à faire participer les dirigeants politiques et gouvernementaux à la prévention des mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de cette séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Décrire le rôle des pouvoirs publics locaux et nationaux dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.**
2. **Décrire le rôle des organisations internationales dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.**
3. **Recenser les dirigeants politiques et communautaires pouvant contribuer à la prévention des mutilations sexuelles féminines.**
4. **Identifier et utiliser les stratégies existantes en vue de faire participer les dirigeants politiques et gouvernementaux à la prévention des mutilations sexuelles féminines.**

Méthodes pédagogiques suggérées

- Séances de brainstorming.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions collectives.
- Discussions à voix basse.

Aides pédagogiques

- Notes du formateur.
- Manuel du stagiaire.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires d'indiquer qui sont les dirigeants politiques et gouvernementaux de leur communauté.
- Inviter quelques stagiaires à répondre et à noter leurs réponses sur un tableau à feuilles mobiles ou un tableau noir.
- Expliquer aux stagiaires que ce sont les dirigeants politiques et gouvernementaux qui prennent les décisions au sein de la société et qu'ils sont par conséquent des acteurs importants de tout programme de prévention des mutilations sexuelles féminines.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Séance de brainstorming :

- Poser aux stagiaires la question suivante : quel est le rôle des dirigeants gouvernementaux et politiques dans la prévention des mutilations sexuelles féminines ?
- Les laisser lancer des idées sur cette question.
- Noter par écrit toutes leurs réponses.

Synthèse :

Faire la synthèse en utilisant les points importants indiqués dans les notes du formateur.

Notes du formateur :

La participation des dirigeants politiques et gouvernementaux à l'action visant à éliminer les mutilations sexuelles est fondamentale parce que ce sont les principaux guides d'opinion et décideurs au sein de la société, et qu'ils sont chargés d'élaborer les politiques et les lois.

Pendant les dix dernières années, nombre d'organisations et de particuliers se sont engagés dans des activités au niveau communautaire visant à éliminer les mutilations sexuelles féminines. Ces efforts ont permis de sensibiliser le public à cette pratique dans le monde entier et de porter la question à l'attention de personnes influentes à tous les niveaux de la société, des chefs de village aux ministres, dans les pays qui pratiquent ces actes. L'élimination des mutilations sexuelles féminines repose donc sur les efforts concertés de tous ceux qui s'intéressent à la protection de la santé des femmes et des enfants.

Dans les pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées :

- certains gouvernements se sont engagés expressément et publiquement à les éliminer en adoptant des lois, des règlements et programmes professionnels, ainsi qu'en signant des déclarations internationales qui condamnent cette pratique

- certains gouvernements ont commencé à élaborer des politiques et des plans d'action en vue de mettre un terme à cette pratique, y compris en fixant des dates butoirs pour son élimination et en élaborant, à l'échelle nationale et au niveau des districts, des indicateurs destinés à suivre et évaluer les programmes
- des mesures sont actuellement prises pour intégrer aux programmes de santé et d'enseignement généraux les actions visant à prévenir les mutilations sexuelles féminines et établir des partenariats avec des groupes non gouvernementaux et des communautés, pour faire évoluer la situation
- le lancement, en mars 1997, du Plan d'action régional de l'OMS pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique a insufflé un nouvel élan à l'engagement des gouvernements nationaux.

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires quels dirigeants politiques et gouvernementaux de leur pays seraient les mieux placés pour participer à la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Synthèse :

Faire la synthèse en énumérant les dirigeants les mieux placés pour participer à la prévention des mutilations sexuelles féminines (Note : la réponse sera différente d'un pays à l'autre, en fonction de l'organisation politique et civique). Il peut s'agir :

- de parlementaires, qui peuvent être encouragés à plaider en faveur de l'adoption de lois et politiques concernant les mutilations sexuelles féminines ;
- de responsables d'associations de femmes et de jeunes, ou de directeurs d'associations professionnelles (par exemple, juristes, médecins, infirmières, sages-femmes) qui peuvent être encouragés à mettre sur pied des groupes d'influence afin de faire pression sur le gouvernement
- de personnes influentes au niveau de la communauté, telles que des chefs de village, des dirigeants religieux ainsi que des guérisseurs et des accoucheuses traditionnels. Dans la plupart des sociétés, l'organisation politique débute au niveau du village et, dans ce cas, la liste englobera les personnalités politiques qui ont une activité au sein du village
- les chefs d'État, tels que le Président et/ou le Premier Ministre ainsi que l'épouse du Président, dont le soutien en vue de l'élimination des mutilations sexuelles féminines est déterminant pour orienter l'opinion publique nationale.

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 à 8.
- Leur poser la question suivante : comment pouvons-nous faire participer ces dirigeants au programme visant à prévenir les mutilations sexuelles féminines ?
- Laisser 30 minutes aux stagiaires pour discuter.
- Laisser les petits groupes se préparer pour présenter leurs idées.

Discussion collective :

- Laisser 30 minutes aux petits groupes pour présenter leurs idées à l'ensemble de la classe.
- Inviter la classe entière à une discussion sur cette question.
- Guider la discussion et consigner par écrit toutes les réponses des petits groupes.

Synthèse :

Expliquer aux stagiaires que, pour faire participer les dirigeants politiques à la prévention des mutilations sexuelles féminines, ils doivent :

- Identifier les personnalités influentes au sein des structures politiques et civiques au niveau local et national.
- Établir des contacts avec les personnes compétentes et organiser des séminaires ou des ateliers afin d'informer le public des questions qui on trait aux mutilations sexuelles féminines, par exemple, leurs conséquences sur la santé et leurs implications du point de vue des droits humains.
- Faire pression sur les personnalités influentes dans toutes les enceintes pertinentes (par exemple, réunions politiques, conférences professionnelles) afin de les encourager à adopter des lois, à élaborer des politiques et à participer activement aux efforts déployés pour éliminer les mutilations sexuelles féminines.

Plus l'opposition aux mutilations sexuelles féminines sera forte parmi le grand public, plus les gouvernements seront disposés à prendre des mesures pour mettre un terme à la pratique.

Conseils pour une communication efficace

Informer les stagiaires que, lorsqu'ils communiquent avec les divers dirigeants, ils doivent toujours :

- Mettre au clair leur propre attitude vis-à-vis des mutilations sexuelles féminines.
- Connaître leur sujet – avoir les idées claires sur les faits et sur les messages qu'ils souhaitent communiquer.
- Parler clairement, avec assurance et conviction
- Insister sur les points importants et y revenir, afin de convaincre leurs interlocuteurs du bien-fondé de leur cause.
- Utiliser une approche participative.
- Faire en sorte que la/les personnes auxquelles ils s'adressent aient l'impression de jouer un rôle particulièrement important dans cette campagne et qu'elles ont le pouvoir de faire évoluer les choses.
- Suggérer un plan d'action et convenir d'une date pour faire le point sur les progrès réalisés.
- Être déterminés et patients, et ne jamais céder au désespoir même s'ils ont beaucoup de difficulté à faire progresser leur cause.

Actions de sensibilisation

Les actions de sensibilisation supposent de plaider ou d'exposer des arguments en faveur d'une cause particulière afin d'obtenir un soutien.

Les stratégies les plus importantes dans le cadre des actions de sensibilisation consistent à :

- **Former des coalitions**, par exemple avec des ONG ou des organismes ayant des intérêts semblables
- **Utiliser les médias** de manière efficace
- **Collaborer avec les communautés.**

Former des coalitions

L'établissement de partenariats avec d'autres groupes actifs dans le même domaine comporte plusieurs avantages. Il permet de partager les expériences et les connaissances et de mettre en commun les ressources, et donne plus de poids aux arguments. La collaboration avec d'autres groupes est néanmoins un exercice délicat pouvant être source de conflits et qui exige d'être patient et de faire preuve de tact à l'égard des points de vue d'autrui.

Expliquer aux stagiaires que, pour former des coalitions, ils doivent :

- identifier les autres personnes ou groupes qui souhaitent mettre un terme aux mutilations sexuelles féminines au sein de leur communauté
- organiser une réunion avec les dirigeants pour obtenir des informations sur leurs activités par exemple, pour savoir comment et avec qui ils travaillent, et quels sont leurs objectifs. Ils doivent en outre être disposés à fournir des informations sur les activités de leur propre organisation
- mettre sur pied des activités de collaboration.

On trouvera, parmi les organisations internationales qui s'occupent de l'élimination des mutilations sexuelles féminines :

- Certains organismes des Nations Unies tels que l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et l'UNIFEM.
- Le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles , FORWARD, RAINBO, PATH, EQUALITY NOW, Amnesty International.
- La Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).
- La Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM).
- L'Association internationale des Femmes médecins (AIFM).
- L'Africa Midwives Research Network (AMRN).

Collaboration avec les médias

Les articles publiés dans des journaux ou les histoires diffusées par la radio et la télévision permettent une vaste diffusion du message. C'est pourquoi il est utile d'établir des partenariats avec les médias. Le premier objectif d'un tel partenariat est de sensibiliser aux mutilations sexuelles féminines les personnes qui travaillent dans les médias.

Informer les stagiaires que des compétences en rédaction

peuvent être nécessaires pour travailler avec les médias. Leurs messages devront être clairs, concis et convaincants et rédigés de façon à capter l'attention du lecteur, de l'auditeur ou du téléspectateur. L'impact des messages devra être testé avant leur diffusion à grande échelle.

D'autres formes de communication de masse, telles que le théâtre, les chansons, et les campagnes de distribution d'affiches et de brochures peuvent également être utilisées pour diffuser l'information et viser des publics spécifiques, par exemple les jeunes ou les femmes. Les grands rassemblements de population peuvent également constituer des enceintes utiles pour les campagnes de sensibilisation.

Collaboration avec les communautés

C'est seulement lorsque les populations qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines seront convaincues de la nécessité d'éliminer ces pratiques que les choses changeront. C'est pourquoi la collaboration avec les communautés dans le but de leur faire prendre conscience du problème, de les éduquer et de les informer constitue un élément essentiel de tout programme de sensibilisation.

Étapes du processus de sensibilisation :

- *Collecte et analyse d'informations*

  Avant de lancer un programme de sensibilisation, il est nécessaire de rassembler des informations fiables sur les mutilations sexuelles féminines, y compris sur l'étendue de la pratique au niveau local et national, les personnes qui les exécutent, les raisons d'une telle pratique, l'âge auquel l'excision a lieu et ce que l'on sait des conséquences médicales et de l'impact social des mutilations sexuelles. Il est essentiel de détenir des informations de fond circonstanciées pour formuler les messages adaptés à la campagne de sensibilisation.
- *Identification des publics cibles et des personnes susceptibles de jouer un rôle clé dans le cadre des actions de sensibilisation.* Les personnalités politiques, les représentants du gouvernement, les dirigeants communautaires et les parents, de par leur position de décideurs ou de législateurs, jouent un rôle déterminant lorsqu'il s'agit de promouvoir, de soutenir ou de bloquer une initiative. Ils devraient être ciblés avec des messages adaptés.
- *Définition d'objectifs pour chaque composante du programme de sensibilisation.* Cette étape devrait notamment consister à identifier le rôle de chaque groupe cible dans le processus de changement souhaité.
- *Élaboration d'un plan d'action*, en identifiant les publics cibles, les activités à entreprendre et les objectifs poursuivis, ainsi que les personnes qui seront responsables des divers aspects
- *Suivi et évaluation*. Le programme de sensibilisation doit être suivi à l'aide d'indicateurs et d'objectifs bien conçus.

Mobilisation des pouvoirs publics

La mobilisation des pouvoirs publics suppose de faire pression afin de tenter d'influencer les opinions et les actions de la population. C'est souvent un processus lent et laborieux qui demande beaucoup de patience et de ténacité de la part du groupe de pression.

Informer les stagiaires que, pour que leurs campagnes de mobilisation soient un succès, ils doivent :

- Identifier les décideurs et autres personnes influentes, et établir des contacts avec eux. Ces personnes peuvent en cas de besoin être contactés par l'intermédiaire de leur conjoint, famille, amis, secrétaires ou collègues.
- Faire en sorte de savoir clairement ce qu'il y a lieu de faire et quel rôle le public cible pourrait jouer.
- Organiser une réunion avec les personnes cibles et utiliser les stratégies et compétences décrites ci-dessus (voir « Conseils pour une communication efficace ») afin de les rallier à leur cause.
- Les enceintes adaptées aux campagnes de mobilisation peuvent être les suivantes :
  - réunions politiques, notamment parlementaires
  - rassemblements religieux
  - certaines conférences internationales

Synthèse :

Rappeler aux stagiaires que l'élimination des mutilations sexuelles féminines est un processus laborieux qui requiert un engagement à long terme et passe par la constitution d'une base solide qui favorisera l'évolution positive des comportements. Cette base suppose :

- des programmes contre les mutilations sexuelles féminines bien conçus et efficaces au niveau national, régional et local

- un gouvernement engagé qui soutienne l'élimination des mutilations sexuelles féminines grâce à des politiques, des lois et des ressources adaptées
- la démarginalisation de la question des mutilations sexuelles féminines en intégrant leur prévention dans tous les programmes gouvernementaux et non gouvernementaux qui concernent notamment la santé, la planification familiale, l'éducation, les services sociaux, les droits humains ou la religion
- le concours à tous les niveaux des prestataires de soins de santé qui sont formés pour reconnaître et prendre en charge les complications liées aux mutilations sexuelles féminines et prévenir ces pratiques.
- une bonne coordination entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux
- des actions de sensibilisation qui encouragent la mise en place d'un cadre politique et juridique approprié pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines, un soutien accru aux programmes, ainsi que l'éducation du public
- l'autonomisation des femmes.

À la fin de la séance :

- Donner aux stagiaires du temps pour poser des questions sur la séance.
- Leur demander s'ils ont besoin d'éclaircissements sur les points abordés.
- Clore la séance.

MODULE 3 : PRISE EN CHARGE DES FILLETTES ET DES FEMMES PRÉSENTANT DES COMPLICATIONS LIÉES AUX MUTILATIONS SEXUELLES

Le module 3 est un module d'intervention. Il est destiné à préparer les infirmières et les sages-femmes à reconnaître et prendre en charge les conséquences physiques, psychosociales et sexuelles des mutilations sexuelles féminines.

Application du module

Le contenu de ce module peut être ajouté à des cours existants, par exemple ceux qui portent sur la santé de l'enfant, la croissance et le développement, la gynécologie et la santé génésique. Il peut également être utilisé conjointement avec le module sur la participation communautaire lors de la formation en cours d'emploi des infirmières et sages-femmes.

Objectifs généraux

À la fin du présent module, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. Reconnaître les complications liées aux mutilations sexuelles féminines.
2. Prendre en charge les femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles.
3. Avoir acquis les compétences requises pour réaliser l'ouverture d'une infibulation (mutilations sexuelles du type III).
4. Avoir acquis des compétences en conseil,
5. Adresser les patientes à un autre service lorsque les complications dépassent leurs compétences.

Prérequis

Les stagiaires travaillant sur le présent module devraient déjà posséder :

- Des connaissances de base sur les complications dues aux mutilations sexuelles féminines : physiques, psychosociales et sexuelles.
- Des connaissances et compétences de base en planification familiale.
- Des connaissances et compétences de base en information, éducation et communication (IEC), en éducation à la santé et en conseil.

Compétences essentielles

Ce module devrait permettre aux stagiaires d'acquérir les compétences suivantes :

- aptitude à réaliser un entretien avec une fillette ou une femme ayant subi des mutilations sexuelles
- aptitude à effectuer un examen physique et à reconnaître les complications dues à des mutilations sexuelles
- aptitude à effectuer un examen gynécologique pour déterminer le type de mutilation sexuelle subi et ses complications physiques
- aptitude à adapter les méthodes de planification familiale pour assurer leur efficacité chez une femme ayant subi des mutilations sexuelles
- aptitude à trouver et à fournir des informations appropriées, un conseil, un appui, un traitement et/ou une orientation en vue de la prise en charge ultérieure des complications physiques, sexuelles et psychosociales des mutilations sexuelles
- aptitude à prendre en charge l'ouverture de l'infibulation chez une fillette ou une femme ayant subi une infibulation, y compris :
  - reconnaître que cette intervention est nécessaire
  - diriger la patiente sur un service approprié le cas échéant
  - assurer les soins préopératoires et le conseil
  - réaliser l'intervention le cas échéant
  - prendre en charge les soins post-opératoires.

Activités pédagogiques suggérées

- Cours.
- Discussions collectives.
- Discussions en petits groupes.
- Démonstrations.
- Exercices de simulation.

- Études de cas.
- Jeux de rôle.

Aides pédagogiques

Les aides pédagogiques peuvent comprendre :

- Modèles anatomiques.
- Images.
- Graphiques.
- Rétroprojecteur et transparents.
- Articles tirés de médias.
- Magnétophone

Documents de référence

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Mutilations sexuelles féminines. Rapport d'un Groupe de travail technique de l'OMS. Genève, 17-19 juillet 1995.* WHO/FRH/WHD/96.10. OMS, Genève (1996).
- *Les mutilations sexuelles féminines. Aperçu du problème.* OMS, Genève (1998).
- *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001).
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).
- *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health : A facilitator's guide.* WHO/ADH/93.3. OMS, Genève (1993)
- *Toubia, N. (1999). A practical manual for health care providers caring for women with circumcision.* A RAINBO Publication. New York, 1999.

Note : Vous pouvez également utiliser tous autres documents de référence appropriés disponibles au niveau local.

Les séances

Durée en heures

Séance 1 :
Évaluation de la patiente pour identifier les complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines.....2

Séance 2 :
Prise en charge des patientes présentant des complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines.....4

Séance 3 :
Utilisation des compétences en matière de conseil.....4

Séance 4 :
Identification des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines.....2

Séance 5 :
Prise en charge des fillettes ou des femmes présentant des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines.....3

Séance 6 :
Compétences en matière d'orientation.....2

Séance 7 :
Planification familiale en présence de mutilations sexuelles féminines.....2

Séance 8 :
Ouverture d'une infibulation (mutilations sexuelles féminines du type III).....3

Travaux pratiques :.....40

Séance 1 : Évaluation de la patiente pour identifier les complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Réaliser un entretien avec une patiente présentant des complications liées aux mutilations sexuelles féminines.**
2. **Effectuer un examen physique afin de reconnaître le type de mutilation sexuelle et toute complication présente.**

Méthodes pédagogiques suggérées

- Cours.
- Jeux de rôle.
- Discussions collectives.
- Exercices de simulation.
- Démonstrations.
- Discussions en grand groupe.

Références

- Toubia, N. (1999). A *practical manual for health care providers caring for women with circumcision.* A RAINBO Publication. New York, 1999.
- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).

Aides pédagogiques

- Manuel du stagiaire.
- Note du formateur.
- Magnétophone.

Préliminaires

- Revoir les connaissances sur les complications physiques liées aux mutilations sexuelles exposées dans le module 1, avec la participation de chaque stagiaire.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires ce que signifie « évaluation ».
- Laisser les stagiaires discuter à voix basse par groupes de deux ou trois.
- Laisser les stagiaires répondre à la question.

Synthèse :

L'évaluation est une procédure réalisée par un prestataire de services pour identifier toute anomalie dans l'état de la patiente. Elle se fait à l'aide des sens suivants : vue, ouïe, toucher, odorat. Chez les patientes présentant des mutilations sexuelles, l'évaluation comprend :

- un entretien, en posant les questions appropriées (interrogatoire ou anamnèse)
- l'inspection des organes génitaux externes (examen physique).

Cours :

Interroger la patiente

La réussite de l'interrogatoire de la patiente repose largement sur l'utilisation adaptée des compétences en communication interpersonnelle de façon à créer une relation de confiance. Les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles viendront très probablement dans un établissement de soins pour d'autres raisons que celles liées à ces mutilations. Le personnel de santé doit s'occuper des problèmes ayant motivé la consultation. Il devra toutefois être attentif au fait que la patiente peut avoir subi des

mutilations sexuelles.

Il devra s'en assurer en lui posant des questions directes ou indirectes.

Expliquer aux stagiaires quelle doit être la marche à suivre :

- Accueillir la patiente de la façon habituelle selon la culture locale. L'inviter à s'asseoir confortablement en face de vous, pas trop loin. Vous présenter et appeler la patiente par son nom.
- Commencer par des questions générales, comme : « Comment allez-vous ? Et votre famille ? Qu'est-ce qui vous amène ? »
- Lorsque la patiente est détendue et semble prête à parler de questions personnelles, lui demander avec tact quelles opérations elle a subies, y compris des mutilations sexuelles. Utiliser une terminologie connue de la patiente. Lui demander si elle a quelque chose de particulier à dire concernant l'opération et tout problème qu'elle pourrait avoir en raison de mutilations sexuelles, et l'assurer que vous connaissez bien ces problèmes et qu'ils ne constituent pas un obstacle aux soins.
- Laisser la patiente s'exprimer et dire ce qu'elle a à dire. Si elle se met à pleurer, être patient et la réconforter. L'écouter attentivement et avec empathie. Montrer que vous vous intéressez à elle et l'assurer que vous pouvez l'aider.
- Encourager la patiente à s'exprimer en faisant appel à des techniques de facilitation, par exemple en hochant la tête, en disant « ah, ah », et en la regardant de temps en temps dans les yeux. Les patientes peuvent mettre un certain temps à parler de l'excision ; se montrer patient et ne pas la presser de parler. Si elle n'est pas prête à en parler maintenant, fixer un autre rendez-vous.
- Une fois établi que la patiente a subi une excision, cette information et les résultats de l'examen physique qui suivra devront être traités avec professionnalisme et discrétion.
- Les informations (types de mutilations et complications) doivent être consignées selon les procédures adoptées par l'établissement de santé.

Points à souligner avec les stagiaires :

- Pour l'interrogatoire et l'examen physique, il est indispensable que le prestataire établisse une relation de confiance avec les patientes. Cela suppose :
  - Montrer de l'*empathie* – c'est-à-dire utiliser les compétences interpersonnelles pour créer un rapport avec la patiente.
  - Préserver l'*intimité* de la patiente.
  - Assurer la *confidentialité*.
  - Montrer du *respect*.
  - Faire preuve de *patience*.
- Il existe certaines questions que le prestataire doit aborder avec prudence et avec une sensibilité spéciale, notamment :
  - la relation de la patiente avec son mari ou partenaire.
  - des problèmes au niveau des relations sexuelles, par exemple des rapports douloureux, des difficultés de pénétration, et la nécessité éventuelle de procéder à une incision pour agrandir l'ouverture vaginale.
- Le prestataire doit s'attendre à ce que la patiente se mette à pleurer, et doit la réconforter si besoin est.
- Il est très important d'offrir un conseil à la patiente et à son partenaire.

Exercice de simulation :

- Devant toute la classe, le formateur simulera l'interrogatoire d'une patiente présentant des mutilations sexuelles féminines.
- Pour cet exercice, choisir un volontaire parmi les stagiaires ou faire appel à un collègue qui jouera le rôle de la patiente tandis que vous, le formateur, jouerez le rôle du prestataire.
- Interroger la patiente selon la marche à suivre donnée dans le cours.
- Après votre exercice de simulation, donner aux stagiaires l'occasion de faire eux-mêmes une simulation :
  - Demander aux stagiaires de travailler en groupes, l'un d'eux jouant le rôle de la patiente et l'autre de la personne qui l'interroge pendant que le reste du groupe observe la scène en se servant d'une liste des points mentionnés dans le cours.
  - Inviter deux ou trois groupes à simuler la scène devant toute la classe.

- Pendant que les stagiaires font l'exercice de simulation, utiliser la liste de contrôle pour vérifier que les stagiaires procèdent selon la marche à suivre décrite dans le cours, et attirer l'attention sur les points importants de l'interrogatoire.
- Inviter les stagiaires qui jouaient le rôle de la patiente et les observateurs à discuter entre eux de ce qu'ils ont observé et de leurs impressions.
- Discuter les points positifs et négatifs de l'expérience.

Cours :

Examen physique

Note importante

L'examen des organes génitaux externes d'une femme ayant subi des mutilations sexuelles peut être très gênant pour la patiente. En expliquant lentement ce qu'on va faire, avec patience, en faisant preuve d'empathie, de respect et en assurant la confidentialité, on aidera à instaurer un climat de confiance. Il faut garder cela présent à l'esprit dans toute situation où il est nécessaire d'examiner les organes génitaux externes, car il n'est pas toujours possible d'avoir eu préalablement un entretien détaillé avec la patiente pour savoir si elle a subi des mutilations sexuelles.

Dans certains endroits, il peut être nécessaire d'obtenir le consentement du partenaire ou du mari avant d'examiner les organes génitaux d'une femme.

Il faut faire en sorte que la patiente se sente en de bonnes mains, qu'elle sache qu'elle ne sera pas jugée et qu'elle ne sera pas considérée comme un objet de curiosité ou montrée à d'autres personnes. Des femmes ont rapporté que l'une des expériences les plus traumatisantes qu'elles aient vécues avait eu lieu lors d'un examen gynécologique par un prestataire de soins peu expérimenté, qui s'était aperçu qu'elles avaient été excisées, et lorsqu'il avait appelé le reste du personnel pour venir voir ses organes génitaux « mutilés ».

Préparation d'un examen physique :

- Préparation de la patiente – lui expliquer soigneusement et de façon complète ce que l'on va faire et obtenir son consentement et/ou celui de son partenaire le cas échéant.
- Préparation du matériel – il est indispensable d'utiliser un équipement et des fournitures stériles, à savoir :
  - Gants
  - Plateau réniforme avec bocal, tampons stériles et lotion de nettoyage
  - Récipient pour les tampons usagés.

Marche à suivre :

- Expliquer en détail à la patiente ce que l'on va faire et vérifier qu'elle a compris.
- Demander à la patiente la permission de l'examiner. Si un autre membre du personnel soignant est présent, expliquer à la patiente la raison de la présence de cette personne et demandez-lui si elle lui permet de rester. La patiente a le droit de refuser et il faut respecter son désir. L'infirmière ou la sage-femme doit insister sur le fait que les soins ne sont pas conditionnés par son consentement à la présence d'autres personnes lors de l'examen.
- Assurer l'intimité et la confidentialité.
- Demander à la patiente d'enlever ses sous-vêtements et l'aider à s'allonger sur le lit d'examen, les jambes écartées et fléchies.
- Découvrir la région à examiner. Couvrir la patiente jusqu'à ce que vous soyez prêt pour l'examiner.
- Se laver les mains soigneusement et enfiler des gants.
- Découvrir la région génitale. Inspecter les organes génitaux externes pour identifier le type de mutilations sexuelles, et rechercher tout ulcère, infection, abcès ou tuméfaction anormale.
- Avec tact, demander à la patiente comment cela se passe pour la miction, la menstruation et les rapports sexuels,

le cas échéant.

- La plupart du temps, il n'est pas nécessaire d'introduire des doigts dans le vagin, car la plupart des complications peuvent être détectées par simple inspection des organes génitaux externes. Mais, si cela est nécessaire, procéder comme suit :
  - Tenter d'introduire lentement le bout de l'index, puis introduire l'index tout entier très lentement si l'orifice le permet. S'il y a de la place pour plus d'un doigt, introduire très lentement le deuxième doigt et observer la réaction de la patiente, car cela peut être douloureux.
  - Respecter les réactions de la patiente.

- En cas de mutilations sexuelles féminines du type III (infibulation), l'orifice peut être très étroit et ne même pas permettre d'introduire le bout d'un doigt. En de tels cas, il ne faut pas tenter d'introduire même un seul doigt.
- Après ce contrôle, remercier la patiente de sa coopération.
- S'il a été possible d'introduire un ou deux doigts, regarder s'il y a un écoulement vaginal anormal avant d'enlever vos gants.
- Retirer les gants et se laver les mains.
- Aider la patiente à s'asseoir ; si nécessaire, l'aider à se rhabiller et l'asseoir confortablement pour l'étape suivante.
- Noter vos observations et en faire part à la patiente.
- Tout le matériel utilisé doit être mis à tremper dans un désinfectant pendant une demi-heure avant d'être stérilisé. (voir les Précautions internationales OMS sur la prévention des infections nosocomiales).

Travaux pratiques :

- Demander aux stagiaires d'examiner entre 2 et 5 femmes présentant des mutilations sexuelles au cours de séances de pratique clinique avec supervision.
- Noter les détails de cet examen, en utilisant comme guide les notes ci-dessus.

À la fin de la séance :

- Résumer les deux principales leçons de la séance, qui sont l'interrogatoire et l'examen physique d'une fillette ou d'une femme présentant des mutilations sexuelles.
- Revoir les questions particulièrement importantes.
- Poser aux stagiaires des questions sur les points importants de façon à vérifier qu'ils ont bien compris.
- Clarifier tous les points qui doivent l'être.
- Clore la séance.

Séance 2 : Prise en charge des patientes présentant des complications physiques liées aux mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Prendre en charge des fillettes et des femmes présentant des complications physiques liées aux mutilations sexuelles.**
2. **Orienter les fillettes et les femmes en vue d'une prise en charge plus poussée au niveau de soins supérieur.**

Références

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).
- *Toubia, N. (1999). A practical manual for health care providers caring for women with circumcision.* A RAINBO Publication. New York, 1999.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions en grand groupe.
- Cours.
- Séances de questions-réponses.

Aides pédagogiques

- Manuel du stagiaire.
- Notes du formateur.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires de faire part de leur expérience de soins à une patiente ayant subi des mutilations sexuelles.
- Accorder le temps nécessaire pour quelques réponses.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Préparer un cours détaillé à partir des notes du formateur ci-dessous.

Notes du formateur :

La prise en charge des complications physiques va d'un simple appui à un conseil ou à une intervention chirurgicale. Lors de l'évaluation de l'état de la patiente, l'infirmière/sage-femme doit identifier le type de soins qui conviendra.

Prise en charge des complications immédiates et à court terme

Hémorragie

L'excision du clitoris entraîne le sectionnement de l'artère clitoridienne dans laquelle le sang circule avec une pression élevée. Le sectionnement des lèvres provoque également des lésions des vaisseaux sanguins. L'hémorragie est la complication la plus fréquente et la plus dangereuse des mutilations sexuelles féminines. Elle survient habituellement pendant l'intervention ou immédiatement après. Une hémorragie secondaire peut se déclencher après la première semaine en raison de l'expulsion d'un caillot à la suite d'une infection. La prise en charge des hémorragies associées à l'excision est la même que celle de toute autre hémorragie. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Inspecter le site de l'hémorragie.
- Nettoyer la région.
- Effectuer une compression avec une compresse ou un tampon stérile sur le site de l'hémorragie pour stopper celle-ci.

- Évaluer la gravité de l'hémorragie et l'état de la fillette ou de la femme.
- Si la patiente est en état de choc, voir instructions sous choc.
- Si nécessaire, remplacer le volume de sang perdu. Si la prise en charge de la patiente a lieu dans un établissement de premier niveau, administrer des liquides par voie intraveineuse, observer la patiente et la transférer immédiatement dans un établissement de niveau secondaire où elle pourra recevoir une transfusion sanguine si nécessaire.
- Si la patiente est vue dans un établissement de niveau secondaire non équipé pour les transfusions sanguines mais qu'une transfusion est nécessaire en raison de la gravité de l'hémorragie, transférer la patiente immédiatement dans un établissement de niveau tertiaire.
- Il se peut que la politique de l'établissement de santé soit de prescrire de la vitamine K, notamment chez les nourrissons. Si tel est le cas, se conformer à la politique de l'établissement.
- Il se peut qu'un produit traditionnel (par exemple, à base de cendres, d'herbes, de terre, de bouse de vache) ait été appliqué sur la plaie, ce qui peut entraîner un tétanos ou une autre infection. Il faut donc administrer un vaccin antitétanique et des antibiotiques en suivant les directives nationales.
- Si l'état n'est pas grave, nettoyer la région avec un antiseptique et conseiller à la patiente ou à la personne qui l'accompagne de veiller à ce que l'endroit reste sec. Surveiller l'évolution de la patiente en lui donnant un rendez-vous de contrôle.

Douleur sévère et lésions tissulaires

En général, la douleur est immédiate et peut être intense au point de provoquer un choc. La prise en charge de la douleur associée aux mutilations sexuelles féminines est la même que celle de toute autre douleur. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Évaluer la gravité de la douleur et des lésions.
- Administrer un analgésique puissant et traiter la lésion.
- Nettoyer l'endroit à l'aide d'un antiseptique et conseiller à la patiente ou la personne qui l'accompagne de veiller à ce que l'endroit reste sec.
- Si la patiente est en état de choc, voir instructions sous choc.
- Si la douleur ne cède pas, adresser la patiente à un médecin.
- Si les lésions sont très étendues, transférer la patiente en vue d'une intervention chirurgicale.

Choc

Le choc peut être dû à une hémorragie sévère et/ou à une douleur intense. La prise en charge du choc associé aux mutilations sexuelles féminines est la même que celle de tout autre état de choc. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Évaluer la gravité du choc en contrôlant les signes vitaux.
- Traiter le choc en relevant les extrémités de la patiente au-dessus de la tête de façon à permettre au sang d'irriguer les centres vitaux du cerveau.
- Couvrir la patiente pour qu'elle ne se refroidisse pas.
- Si elle a du mal à respirer, lui administrer de l'oxygène.
- Avoir à portée de main un plateau avec le matériel de réanimation.
- Donner des liquides intraveineux pour remplacer le volume de sang perdu (si on ne dispose pas d'installation pour les perfusions intraveineuses, il est possible d'administrer les liquides par voie rectale).
- Contrôler les signes vitaux et les noter tous les quarts d'heure (15 minutes).
- Si l'état de la patiente ne s'améliore pas, l'adresser à un médecin.

Infection et septicémie

L'infection peut être due à un environnement non hygiénique et à l'utilisation d'instruments souillés pour réaliser les mutilations sexuelles féminines. La patiente présente une forte fièvre et la plaie est sale et enflammée. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Réaliser un écouvillonnage vaginal et recueillir un échantillon d'urine pour rechercher la présence d'une infection et identifier les agents pathogènes en cause.
- Inspecter soigneusement la vulve à la recherche d'une plaie infectée et de toute autre cause d'infection, par exemple une rétention urinaire.

- Toute occlusion trouvée doit être levée et la patiente doit être traitée par des antibiotiques et des analgésiques.
- Si la plaie est infectée, il faut la nettoyer et veiller à ce qu'elle reste sèche.
- Revoir la patiente au bout de 7 jours pour contrôler son évolution.
- Si l'infection persiste, adresser la patiente à un médecin.

Rétention d'urine

La rétention urinaire peut être due à la lésion elle-même, à la douleur et à la peur d'uriner, ou à une occlusion de l'urètre pendant l'infibulation. La rétention aiguë d'urine peut être due à la tuméfaction et à l'inflammation du pourtour de la plaie. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Procéder à une évaluation pour déterminer la cause de la rétention d'urine.
- Utiliser des techniques appropriées pour encourager la patiente à uriner, par exemple, en laissant couler l'eau d'un robinet.
- Si la patiente ne peut uriner à cause de la douleur et de la peur, lui donner des analgésiques puissants et lui apporter un encouragement et un soutien.
- Si l'impossibilité d'uriner est due à une infibulation, ouvrir celle-ci après avoir informé et conseillé la patiente ou la personne qui l'accompagne s'il s'agit d'une fillette.
- Si la rétention d'urine est due à une lésion du méat urétral, transférer la patiente en vue d'une intervention chirurgicale sous anesthésie.

Anémie

L'anémie peut être due à une hémorragie ou à une infection, ou encore au paludisme, en particulier chez l'enfant. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Évaluer la gravité de l'anémie et faire faire un dosage de l'hémoglobine (Hb) et une détermination du groupe sanguin.
- En cas d'anémie légère, donner de l'acide folique et des comprimés de fer et conseiller un régime alimentaire adéquat.
- En cas d'infection ou de paludisme, traiter en conséquence.
- Si l'anémie est grave, transférer la patiente en vue d'une transfusion sanguine.

Prise en charge des complications physiques à long terme

Chéloïdes

Une chéloïde peut se former dans le tissu cicatriciel et entraîner une obstruction de l'orifice vaginal. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Inspecter la zone génitale de la patiente afin d'évaluer la taille des chéloïdes.
- Si la chéloïde est peu importante, conseiller à la patiente de ne pas s'en préoccuper, et l'assurer qu'elle ne créera pas de problème.
- Si la chéloïde est importante, qu'elle entraîne des difficultés au cours des rapports sexuels ou peut entraîner une obstruction lors de l'accouchement, la patiente doit être adressée à un spécialiste expérimenté dans le traitement des chéloïdes.
- La présence ou l'apparition d'une chéloïde peut être très gênante pour une femme, auquel cas il faudra envisager de l'orienter en vue d'une intervention chirurgicale pour raisons psychologiques.

Kystes

Les kystes dermoïdes dus à l'enclavement d'un repli cutané dans la cicatrice, ou les kystes sébacés dus à une obstruction du canal sébacé, sont des complications courantes de toutes les formes de mutilations sexuelles féminines. Une femme peut consulter assez tôt, lorsque les kystes sont de la taille d'un petit pois, ou au contraire une fois qu'ils ont atteint la taille d'une balle de tennis ou même d'un pamplemousse. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Inspecter la zone génitale pour évaluer la taille et le type de kyste.
- Les kystes de petite taille et non infectés peuvent être laissés après avoir indiqué à la patiente de ne pas s'en préoccuper et de les accepter. Sinon, la patiente peut être transférée en vue de leur excision sous anesthésie locale ou régionale.
- Cependant, avant d'intervenir sur un kyste de petite taille, il est important de savoir si cette intervention pourrait entraîner d'autres lésions et la formation de cicatrices sur

un tissu sensible. S'il existe un tel risque, la femme doit être pleinement informée et il faut lui laisser le choix de faire enlever ou non le kyste en toute connaissance du risque lié à cette intervention.

- En cas de kyste de grande taille ou infecté, la patiente doit être transférée en vue de l'excision ou de la marsupialisation du kyste. Cette intervention se fait en général sous anesthésie générale. Il faudra veiller à éviter de provoquer des lésions supplémentaires aux tissus sensibles ou de toucher l'irrigation sanguine ou nerveuse de la région.

Neurome clitoridien

Le nerf clitoridien peut être enclavé dans le tissu fibreux de la cicatrice après une clitoridectomie. Cela peut entraîner une douleur extrêmement vive au niveau de la tuméfaction fibreuse antérieure. Les rapports sexuels ou même le contact des sous-vêtements provoquent la douleur. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Vérifier la présence d'un neurome. Le neurome ne se voit en général pas mais peut être détecté en touchant avec précaution la zone située autour de la cicatrice clitoridienne avec un objet doux et en demandant à la patiente si elle ressent de la douleur. Sous anesthésie générale, le neurome peut être senti sous forme d'une petite induration sous la muqueuse.
- Conseiller à la femme de porter des sous-vêtements amples et lui donner un traitement à appliquer sur la région, par exemple, une crème à la lidocaïne.
- Si les symptômes sont graves, transférer la patiente en vue d'une excision chirurgicale du neurome. Cette intervention est rarement nécessaire, et la patiente doit recevoir un conseil approprié avant d'entreprendre une telle démarche car les symptômes peuvent être psychosomatiques et résulter de l'expérience traumatisante de l'excision, ou de la peur des rapports sexuels.

Abcès de la vulve

Un abcès de la vulve peut se développer à la suite d'une infection profonde due à une mauvaise cicatrisation ou à des points de suture profonds. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Inspecter la zone génitale pour évaluer l'étendue du problème.
- Traiter l'abcès avec un topique pour soulager la douleur et localiser la tuméfaction.
- Transférer la patiente en vue d'une intervention chirurgicale, qui peut consister en une incision et un drainage de l'abcès sous anesthésie générale.
- Administrer des antibiotiques selon les résultats de la mise en culture du prélèvement obtenu par écouvillonnage.

Infections urinaires

Les infections urinaires sont un symptôme courant chez les femmes ayant subi des mutilations sexuelles du type III. Cette affection peut être due à une rétention urinaire chez les femmes infibulées ou à la présence de calculs urinaires ou de lésions de l'urètre. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Inspecter soigneusement la vulve pour établir la cause de l'infection.
- Si l'infection est due à l'infibulation, conseiller la femme ou la personne qui l'accompagne quant à la nécessité d'inciser la zone infibulée.
- Effectuer une analyse d'urine pour identifier la nature précise de l'infection en vue d'un traitement antibiotique approprié.
- Donner des antibiotiques et/ou des antiseptiques urinaires (un mélange de sels de potassium peut également être prescrit).
- Conseiller à la patiente de boire beaucoup d'eau.
- En cas de récidive, adresser la patiente à un médecin.

Infections pelviennes chroniques

Ces affections peuvent être dues à une rétention des sécrétions vaginales du fait de l'occlusion de l'orifice vaginal chez les femmes infibulées, ou à la présence de calculs vaginaux ou d'une sténose vaginale. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Identifier le type de mutilation sexuelle et la cause probable de l'affection.
- Si la patiente a subi une mutilation sexuelle du type III, la conseiller ainsi que la personne qui l'accompagne quant à la nécessité d'ouvrir l'infibulation, et solliciter son consentement éclairé.

- Procéder à un écouvillonnage vaginal pour culture et antibiogramme.
- Donner des antibiotiques appropriés et disponibles localement, par exemple de la tétracycline à la dose de 500 mg toutes les 6 heures pendant 10 jours ou de la doxycycline à la dose de 100 mg deux fois par jour pendant 10 jours.
- Si l'infection est une mycose, on peut prescrire du Flagyl.
- Si la patiente a un mari ou un partenaire, le traiter également pour la même infection.
- Si les symptômes persistent, adresser la patiente à un médecin.
- Si la cause de l'infection est une occlusion due à des calculs ou à une lésion, transférer la patiente en vue d'une intervention chirurgicale.

Stérilité

En général, la stérilité est une complication des infections pelviennes et peut être primaire ou secondaire. Dans de rare cas, elle est due à l'échec de la pénétration du fait de l'étroitesse de l'orifice vaginal. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Interroger la patiente et examiner la zone génitale pour identifier le problème.
- Si la stérilité est due à un échec de la pénétration, conseiller la patiente et son partenaire quant à la nécessité de procéder à une incision pour agrandir l'orifice.
- Sinon, adresser la patiente à un gynécologue pour une prise en charge plus poussée.

Fistules et incontinence

Une fistule vésico-vaginale ou une fistule recto-vaginale entraînant une incontinence peuvent résulter de lésions du méat urétral ou d'un accouchement dystocique. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Évaluer l'état de la fillette ou de la femme pour identifier la cause de l'incontinence et le type de mutilation sexuelle.
- Déterminer la gravité et le niveau de la fistule par un test avec coloration.
- En cas d'incontinence d'effort, conseiller la patiente et commencer un programme d'exercices de renforcement du plancher pelvien, ou adresser la patiente à un urologue en vue d'un traitement.
- Les patientes présentant une fistule vésico-vaginale ou une fistule recto-vaginale doivent être transférées dans un service spécialisé en vue d'un traitement chirurgical.
- En cas d'infection, donner des antibiotiques appropriés.

Occlusion vaginale

Une occlusion partielle ou totale du vagin peut survenir à la suite d'une infibulation, d'une sténose vaginale ou de la présence d'un hématome vaginal. L'affection peut s'accompagner d'un hématocolpos (accumulation de sang menstruel dans la cavité abdominale). Les jeunes filles non mariées peuvent être soupçonnées d'être enceintes du fait de l'aménorrhée et de la distension abdominale qu'entraîne cette affection. Il existe des cas où des jeunes filles ont été punies pour cette raison. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Évaluer l'état de la patiente pour identifier le problème et le type de mutilation sexuelle.
- Si la patiente a été infibulée, la conseiller sur la nécessité d'une ouverture de l'infibulation. On peut également conseiller les membres de la famille ou le partenaire.
- Si la patiente présente un hématocolpos ou des calculs, ou encore une sténose, l'adresser à un service spécialisé en vue d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

Troubles menstruels

De nombreuses femmes excisées font état de dysménorrhée sévère avec ou sans irrégularités menstruelles. Les causes possibles de cette affection sont une infibulation serrée ou la présence d'importantes cicatrices rétrécissant l'orifice vaginal, une congestion pelvienne due à une infection, ou d'autres causes inconnues, ou encore une anxiété au sujet de l'état des organes génitaux, de la sexualité ou de la fécondité. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Essayer d'établir la cause de la dysménorrhée en interrogeant la patiente et en effectuant un examen physique des organes génitaux externes.
- Conseiller la patiente pour savoir comment elle ressent la situation et l'aider à y faire face.
- Donner des spasmolytiques pour soulager la douleur.

- Si la dysménorrhée est due à une accumulation de sang menstruel du fait d'une infibulation, conseiller la patiente quant à la nécessité d'une ouverture de l'infibulation.
- Si l'affection est grave, adresser la patiente à un gynécologue pour une prise en charge plus poussée.

Ulcères

Des ulcères de la vulve peuvent apparaître à la suite de la formation de cristaux d'urée dans l'urine piégée sous le tissu cicatriciel. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Conseiller la patiente quant à la nécessité d'ouvrir l'infibulation, et lui indiquer que sa vulve devra être laissée ouverte.
- Procéder à l'intervention après avoir obtenu son consentement éclairé.
- Administrer des antibiotiques en applications locales avec ou sans crème à l'hydrocortisone à 1 %.
- Si l'ulcère est chronique et ne guérit pas, adresser la patiente à un service spécialisé pour une excision chirurgicale de la paroi fibreuse indurée.

Documentation des mutilations sexuelles féminines

- Indiquer aux stagiaires qu'ils doivent noter le type de mutilation sexuelle féminine et les complications observées.

À la fin de la séance :

- Indiquer aux stagiaires qu'ils doivent toujours noter le type de mutilation sexuelle et les complications associées.
- Poser aux stagiaires des questions sur chaque complication et sa prise en charge.
- Laisser les stagiaires poser des questions sur tout point dont ils ne seraient pas sûrs.
- Clore la séance.

Séance 3 : Utilisation des compétences en matière de conseil

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient :

1. **Comprendre les principes de base du conseil.**
2. **Comprendre les qualités et compétences requises pour un conseil efficace.**
3. **Être capables de faire une démonstration de l'utilisation de compétences en matière de conseil avec des patientes.**

Méthodes pédagogiques suggérées

- Séances de questions-réponses.
- Cours.
- Jeux de rôle.

Références :

- *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health : A facilitator's guide.* WHO/ADH/93.3. OMS, Programme de Santé de l'adolescent, Genève (1993) .

Aides pédagogiques

- Manuel du stagiaire.
- Magnétophone.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires de définir le conseil.
- Leur laisser donner quelques réponses et en discuter.

LA SÉANCE

- Demander à chacun des stagiaires de réfléchir à quelle personne ils s'adresseraient pour parler d'une question délicate.
- Sans mentionner de noms, demander aux stagiaires d'identifier les qualités qui feraient de cette personne un bon interlocuteur. Ces qualités sont :
  - Êvoir une bonne écoute.
  - Être expérimenté.
  - Être honnête et digne de confiance.
  - Être observateur.
  - Faire preuve d'empathie.
  - Être large d'esprit.
  - Faire preuve de maturité.
  - Faire preuve de respect.
  - Comprendre vite.
  - Être attentionné.
  - Être calme.
  - Vouloir réellement aider.
  - Comprendre le besoin de confidentialité.
  - Avoir le sens de l'humour.
  - Être attentif.
  - Donner à chaque personne le sentiment d'être unique.

Note : Certaines qualités seront importantes pour certains stagiaires mais non pour d'autres. Respecter toutes les réponses.

Synthèse

Ce sont des qualités précieuses, qui aident pour le conseil. Personne ne les possède toutes, mais il est bon de les connaître et de chercher à les développer.

Le conseil est une interaction entre la patiente et le prestataire de soins, qui a pour but de permettre à la patiente de s'interroger, de comprendre, et de prendre ses propres décisions sur la façon de faire face à un problème.

Lorsque le conseil s'adresse à une femme ayant subi des mutilations sexuelles, le conseiller doit créer un environnement qui permette à la patiente de parler librement, la rassurer quant à la confidentialité de l'entretien, lui montrer du respect et répondre à ses questions patiemment et de façon complète. La patiente doit recevoir des informations claires, exactes et précises qui lui permettront de réfléchir à sa situation et de comprendre ses propres besoins. L'information doit être

adaptée aux besoins individuels de la patiente, et celle-ci doit être traitée en tant que personne pendant toute la durée de la séance. Le rôle du conseiller est d'aider la patiente à réfléchir sur sa situation et non pas de lui donner des instructions ni de de la pousser à faire certains choix plutôt que d'autres.

Notes du formateur

La séance de conseil vise à établir une relation de confiance avec la patiente de façon qu'elle se sente en sécurité pour parler de ses problèmes. Les facteurs ci-dessous sont importants :

- **Intimité et confidentialité** – s'assurer que la séance de conseil a lieu dans une pièce où personne ne puisse entrer sans autorisation ni entendre la conversation.
- **Patience** – le conseiller doit être détendu et avoir tout son temps.
- **Une installation soigneusement étudiée** – le conseiller et la patiente doivent être au même niveau, et assis l'un près de l'autre, sans obstacle de façon que le conseiller puisse se pencher vers la patiente pour lui montrer compréhension et appui pendant la discussion.
- **Contact visuel** – il importe de regarder la patiente directement et de l'observer soigneusement de façon à pouvoir déchiffrer ses façons de s'exprimer et ses attitudes, qui peuvent dénoter une contradiction avec ce qu'elle dit (se souvenir que « les actes en disent plus que les paroles »). Le conseiller ne doit pas regarder la patiente droit dans les yeux en permanence, mais observer l'ensemble de sa personne ainsi que ses attitudes.
- **Écoute attentive** – le conseiller doit être attentif à l'intonation de la patiente aussi bien qu'à ce qu'elle dit, car cela peut en dire plus que les mots qu'elle emploie. Le conseiller doit toujours laisser la patiente parler davantage qu'il ne parle lui-même, mais il doit s'efforcer de paraphraser de temps en temps ce que la patiente dit de façon à s'assurer qu'il a bien saisi le sens de ses paroles.
- **Empathie** – le conseiller doit chercher à se mettre à la place de la patiente et montrer qu'il s'intéresse à elle.
- **Mimiques appropriées** – le conseiller doit être attentif à ses expressions faciales et s'assurer qu'elles correspondent à ce qu'il dit. Le conseiller doit sourire lorsqu'il salue la patiente, mais si celle-ci se met à pleurer pendant la séance, l'expression du visage doit montrer de la sympathie et de la compréhension.
- **Respect** – le conseiller doit toujours montrer du respect pour la patiente en tant qu'être humain avec ses propres croyances religieuses et culturelles.
- **Absence de jugement** – il est très important que le conseiller s'abstienne de juger la patiente. Le conseiller doit être conscient de ses propres biais et préjugés et être attentif à ce qu'ils n'interfèrent pas avec le conseil.

Préparation de la séance de conseil

Pour préparer une séance de conseil, indiquer aux stagiaires qu'ils doivent :

- Trouver un cadre approprié – il doit s'agir d'une pièce où l'on ne soit pas dérangé par d'autres personnes, qui puisse être verrouillée si nécessaire et où l'intimité et la confidentialité puissent être assurées.
- Préparer l'endroit où aura lieu la séance – il doit être possible de s'asseoir confortablement.
- Confirmer le rendez-vous avec la patiente et s'assurer que le conseiller et la patiente ont tous deux un temps suffisant pour l'entretien.

La séance de conseil

Expliquer aux stagiaires qu'une séance de conseil doit se dérouler comme suit :

- Saluer la patiente (et son partenaire/mari le cas échéant) et l'inviter à s'asseoir.
- Lui souhaiter la bienvenue et vous présenter selon la culture locale.
- Lui demander son nom et lui demander si vous pouvez l'aider.
- La laisser parler et l'encourager en hochant la tête ou en disant « ah » de temps en temps.
- Lui donner des renseignements sur les services disponibles dans votre établissement, et sur le personnel qui s'occupera d'elle.
- La laisser exprimer ses craintes ; se montrer patient si

elle du mal à exprimer faits et sentiments.

- L'écouter soigneusement et observer les indices non verbaux (attitudes, intonation) de façon à mieux percevoir sa situation.
- Paraphraser de temps en temps ce que dit la patiente pour vérifier que vous l'avez correctement écoutée et pour éviter tout malentendu.
- Pendant toute la séance, montrer à la patiente que vous êtes attentif à son problème et la regarder de temps en temps dans les yeux.
- Faire preuve d'empathie lorsque la patiente décrit une expérience pénible, qui peut la faire pleurer.
- Lui expliquer comment vous pouvez l'aider.
- Si le but du conseil est de soulever avec la patiente la question de la nécessité d'une ouverture de l'infibulation après des mutilations sexuelles du type III, lui donner des renseignements détaillés sur l'intervention, et l'informer de la façon dont ses organes génitaux seront modifiés par l'opération. Lui donner des informations sur les soins ultérieurs (voir la marche à suivre pour l'intervention aux pages 226 à 234).
- Si le conseil porte sur des problèmes psychosociaux ou sexuels, poser les questions appropriées pour obtenir le plus possible d'informations de la patiente. Lui indiquer qu'il existe diverses façons de faire en matière de relations sexuelles ; lui enseigner des techniques qui lui permettront ainsi qu'à son partenaire de parvenir à une excitation sexuelle. Si elle exprime le désir de faire participer son partenaire à la discussion, le faire venir à la séance de conseil. Il est connu que les mutilations sexuelles féminines n'entraînent pas dans tous les cas l'incapacité pour une femme d'atteindre l'orgasme ou d'éprouver du plaisir sexuel. Cela dépend de l'étendue des lésions, notamment au niveau du clitoris. Les problèmes sexuels peuvent être dus à la peur ou à la douleur plutôt qu'à un dysfonctionnement physique. Cependant, si les rapports sexuels ne sont pas possibles en raison d'une infibulation ou de la présence de cicatrices importantes, il faudra évoquer pendant la séance de conseil la question de l'incision de la zone infibulée ou du tissu cicatriciel pour agrandir l'orifice.
- Aider la patiente et son partenaire le cas échéant à prendre une décision en connaissance de cause sur les mesures à prendre pour résoudre le problème.
- Les aider dans leur décision en leur donnant des conseils sur la manière de procéder.
- Donner à la patiente un rendez-vous pour une autre séance de conseil ou de suivi afin de préparer l'étape suivante.
- Si le problème persiste, adresser la patiente à un spécialiste.

Important :

Le problème d'une patiente peut ne pas être résolu en une seule séance de conseil. Plusieurs séances peuvent être nécessaires pour résoudre un problème relationnel et pour que la patiente atteigne un bien-être psychologique optimal. Vous devez être prêt à passer autant de temps que nécessaire pour atteindre ce résultat.

Jeu de rôle :

- Répartir les stagiaires en sept groupes et attribuer à chaque groupe l'une des situations suivantes, qu'ils devront explorer au moyen d'un jeu de rôle. Dans chaque groupe, une personne jouera le rôle de la patiente et l'autre le rôle du conseiller, pendant que les autres stagiaires observeront la scène :
  1. Patiente présentant une fistule vésico-vaginale.
  2. Patiente ayant des chéloïdes de la vulve.
  3. Patiente ayant un hématocolpos (accumulation de sang menstruel dans le vagin).
  4. Patiente souhaitant un conseil pour une stérilité.
  5. Patiente souffrant de dyspareunie (rapports sexuels difficiles).
  6. Patiente ayant des problèmes de miction.
  7. Patiente gravement déprimée.

Synthèse :

Après le jeu de rôle :

- Demander : quelles sont les impressions de la patiente ?
- Demander : quelles sont les impressions du conseiller ?
- Discuter des qualités et compétences dont a fait preuve

le conseiller.

- Demander leurs impressions à tous les groupes.

- Reconnaître le fait qu'il peut être difficile de pratiquer le conseil, mais assurer les stagiaires qu'en tant que conseillers, l'expérience aidant, ils seront de moins en moins anxieux.
- Bien souligner le fait que la base de la prise en charge des problèmes psychosociaux et sexuels est le conseil. Le conseil s'adressant à une fillette ou à une femme doit être strictement confidentiel. Si la patiente a un partenaire, il doit être vu séparément si nécessaire, jusqu'au moment voulu pour que les deux partenaires soient conseillés en couple. Le but du conseil est d'aider une patiente, un couple ou une famille à résoudre un problème ou à s'en accommoder.

À la fin de la séance

- Laisser les stagiaires poser des questions afin que tout soit clair.
- Clore la séance.

Séance 4 : Identification des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient :

1. **Être capables d'évaluer l'état de fillettes et de femmes présentant des problèmes psychosociaux liés aux mutilations sexuelles.**
2. **Identifier les complications psychosociales liées aux mutilations sexuelles.**

Références

- *Mutilations sexuelles féminines. Rapport d'un Groupe de travail technique de l'OMS. Genève, 17-19 juillet 1995.* WHO/FRH/WHD/96.10. OMS, Genève (1996).
- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).

Méthodes pédagogiques suggérées

- Cours.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions collectives.
- Excercises de simulation.
- Études de cas.

Aides pédagogiques

- Écritoires.
- Études de cas avec problèmes psychosociaux et sexuels.
- Histoires.
- Graphiques.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires de faire part de leurs expériences personnelles de situations psychologiques et sociales défavorables.
- Demander aux stagiaires de relater un cas où une patiente était venue les voir pour un problème d'ordre sexuel ; leur demander quelles avaient été leurs impressions.
- Les laisser donner quelques réponses.
- Rappeler aux stagiaires qu'il n'est pas facile pour une patiente d'aborder un problème sexuel, car il s'agit d'un sujet très sensible. De plus, dans la plupart des communautés qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines, parler de sexe est tabou. Il faut donc des compétences spéciales pour prendre en charge des problèmes sexuels.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Demander aux stagiaires ce que l'on entend par psychosocial.
- Laisser les stagiaires lancer des idées et leur demander de donner quelques réponses.

Notes du formateur

Le terme « **psychosocial** » se rapporte aux aspects psychologiques et sociaux de l'expérience humaine, c'est-à-dire la façon dont une personne ressent ses relations avec les autres dans la société.

Les problèmes psychosociaux et sexuels sont identifiés en interrogeant les patientes tout en faisant appel à des techniques de communication interpersonnelle, à l'observation et à la capacité d'écoute. Comme il s'agit d'un sujet sensible, une femme en parlera rarement directement, mais aura tendance à consulter pour un quelconque problème physique. Il est indispensable que l'infirmière/sage-femme soit attentive aux indices non verbaux montrant l'existence de problèmes psychosociaux, en observant les attitudes et en écoutant soigneusement

l'intonation, qui peut apporter un supplément de sens à ce que dit la patiente. Quelquefois, une patiente peut simplement se mettre à pleurer, ce qui en dit long sur sa détresse. Il faut la réconforter et lui permettre d'exprimer cette détresse.

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires :
  - quels sont les problèmes sexuels que peut connaître une femme ayant subi des mutilations sexuelles ?
  - comment peut-on identifier les complications psychosociales et sexuelles des mutilations sexuelles féminines ?
- Laisser les stagiaires discuter à voix basse par groupes de deux ou trois.
- Les inviter à partager leurs observations.
- Noter leurs réponses par écrit.

Synthèse :

Faire la synthèse de la séance en utilisant les notes du formateur ci-dessous.

Notes du formateur

Les mutilations sexuelles sont couramment pratiquées lorsque les fillettes sont jeunes et ignorantes de telles pratiques, et sont souvent précédées d'actes de tromperie, d'intimidation, de coercition et de violence de la part de parents, de membres de la famille et d'amis en qui les fillettes ont confiance. Les fillettes sont généralement conscientes lorsque l'opération douloureuse est pratiquée, car aucun anesthésique ni autre médicament n'est utilisé. Dans bien des cas, elles doivent être maintenues par la force car elles se débattent. On les oblige parfois à assister à la mutilation d'autres fillettes. L'expérience de la mutilation sexuelle est associée à des troubles mentaux et psychosomatiques divers, par exemple :

- Les fillettes mentionnent souvent une perturbation de l'appétit et du sommeil, ainsi que des troubles de l'humeur et de la cognition. Les symptômes peuvent consister en insomnies, cauchemars, perte de l'appétit, perte de poids ou prise de poids excessive, crises de panique, sautes d'humeur, difficultés de concentration et d'apprentissage, et autres symptômes de stress post-traumatique. Plus tard, les femmes peuvent souffrir d'un sentiment d'inachèvement, de perte d'estime de soi, de dépression, d'anxiété chronique, de phobies, de crises de panique ou même de psychoses.
- Les fillettes peuvent ressentir des sentiments de trahison, d'amertume et de colère pour avoir été soumises à de telles épreuves. Il peut s'ensuivre une perte de confiance vis-à-vis de la famille et des amis, qui peut affecter la relation entre la fillette et ses parents, et peut également avoir des incidences sur sa capacité future à établir des relations intimes, peut-être même avec ses propres enfants.
- Les fillettes et les femmes expriment parfois des sentiments d'humiliation, d'inhibition et de peur qui les habiteront toute leur vie après qu'elles aient subi la mutilation.

Problèmes sexuels liés aux mutilations sexuelles féminines

- Rapports sexuels douloureux (dyspareunie), dus à l'étroitesse de l'origine vaginal après infibulation, à une sténose vaginale, à la stimulation du nerf clitoridien ou à un neurome clitoridien.
- Difficulté ou impossibilité de pénétration par le mari ou le partenaire en raison de l'étroitesse de l'orifice vaginal suite à une infibulation ou à la présence de cicatrices.
- Diverses formes et degrés de dysfonctionnement sexuel dû à des lésions ou à l'excision du clitoris, organe clé de la sexualité féminine (le clitoris et les petites lèvres sont largement innervés et reliés au cerveau et jouent un rôle important dans la production de l'excitation sexuelle chez la femme).
- Impossibilité d'atteindre l'orgasme.

Identification des problèmes psychosociaux et sexuels

Indiquer aux stagiaires la marche à suivre pour l'identification des problèmes psychosociaux et sexuels :

- Recevoir la patiente dans une pièce où l'intimité et la confidentialité sont assurées et lui demander si elle

dispose de temps pour parler.

- Si elle a le temps, s'assurer qu'elle est à l'aise et la faire asseoir près de vous. Le conseil ne doit jamais avoir lieu dans la hâte : si on manque de temps, il sera préférable de fixer un autre rendez-vous à un moment qui conviendra mieux.
- Bien montrer par vos attitudes, par la façon dont vous êtes assis, que vous êtes prêt à écouter les problèmes de la patiente et qu'elle doit se sentir libre de vous faire part de tout ce qui la préoccupe. L'encourager à parler en utilisant des techniques de facilitation comme le contact visuel, les hochements de tête, en disant de temps en temps « ah, ah » et en l'écoutant attentivement tout en observant les indices non verbaux.
- Lorsque la patiente a commencé à se confier, lui poser des questions sur son appétit et son sommeil. Lui demander également comment se passent les cycles menstruels et les relations sexuelles, avec beaucoup de tact, car ces questions sont embarrassantes et peuvent ruiner la communication.
- Utiliser des questions « ouvertes » c'est-à-dire des questions qui nécessitent plus qu'une simple réponse par « oui » ou « non » et qui permettent ainsi à la patiente de s'expliquer plus en détail.
- Faire continuellement appel aux techniques d'observation pour relever les indices non verbaux, et dire à la patiente ce que vous avez observé afin qu'elle puisse vous parler davantage de la situation.
- Écouter soigneusement et faire preuve d'empathie.
- Faire appel à tous vos sens pour tenter de comprendre le monde dans lequel vit la patiente. Cela peut ne pas être facile lors de la première rencontre, mais s'arranger pour en apprendre davantage lors des visites suivantes.
- Encourager la patiente pendant toute la durée de l'entretien afin de lui donner plus de force psychologique.
- Évaluer le niveau intellectuel de la patiente c'est-à-dire son aptitude à saisir des informations et à comprendre une situation.

Chaque fillette ou femme doit être traitée comme un individu unique ayant ses propres besoins et problèmes. Le conseil et les soins doivent être adoptés aux besoins et problèmes individuels, et non être établis en fonction d'une patiente imaginaire stéréotypée.

- Se souvenir que, pendant toute la séance de conseil, il faut veiller aux points suivants :
  - Intimité et confidentialité.
  - Patience.
  - Établissement d'une relation de confiance.
  - Absence de jugement.
  - Interprétation des indices non verbaux.
  - Utilisation des techniques de facilitation.
- Noter vos observations et en faire part si besoin est à la patiente.

À la fin de la séance :

- Laisser les stagiaires poser des questions et éclaircir tout point qui n'aurait pas été entièrement compris.
- Insister sur le fait que les fillettes et les femmes sont gravement traumatisées par les mutilations sexuelles et qu'elles ne disposent en général d'aucun moyen acceptable d'exprimer leurs peurs et leur douleur et qu'elles souffrent donc en silence. Il est par conséquent extrêmement important de les soutenir.

Séance 5 : Prise en charge des fillettes ou des femmes présentant des complications psychosociales et sexuelles liées aux mutilations sexuelles

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. Assurer la prise en charge des fillettes et des femmes présentant des problèmes psychosociaux et sexuels liés aux mutilations sexuelles.

Références

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- Toubia, N. *A practical manual for health care providers caring for women with circumcision.* A RAINBO Publication. New York, 1999.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Cours.
- Histoires.
- Discussions en groupes.

Aides pédagogiques

- Notes du formateur.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires de faire part de leurs expériences de la prise en charge de patientes présentant des problèmes psychosociaux et/ou sexuels liés à des mutilations sexuelles.
- Les laisser donner quelques réponses.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Passer brièvement en revue les problèmes psychosociaux et sexuels liés aux mutilations sexuelles féminines comme il a été décrit à la section 4 et en utilisant les notes du formateur.

Notes du formateur :

Dans certains cas, les fillettes et les femmes appartenant à des communautés où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées viennent au dispensaire pour parler de divers problèmes physiques, qui n'apparaissent pas à l'examen. Leurs problèmes sont en fait « psychosomatiques » c'est-à-dire qu'il s'agit de problèmes psychologiques que la patiente ressent ou traduit sous forme de malaise physique. L'inquiétude quant aux organes génitaux ou aux relations sexuelles peut se manifester sous forme de symptômes psychosomatiques. Souvent, la fillette ou la femme ne se rend pas compte que ces symptômes sont en fait dus à l'anxiété. Dans certains cas, la patiente sait que les symptômes qu'elle évoque ne sont pas la cause réelle de ses problèmes, mais elle n'ose pas en parler directement et vient au dispensaire en espérant que le prestataire de soins sera capable de « lire entre les lignes ».

Éléments clés de la prise en charge des complications psychosociales et sexuelles

Les éléments clés de la prise en charge des complications psychosociales et sexuelles sont :

- **Identification** du problème en interrogeant la patiente (anamnèse).
- **Conseil** de façon à aider la patiente à identifier le problème réel et à l'accepter (les fillettes doivent être envoyées au conseiller par d'autres fillettes).
- **Orientation** des patientes gravement perturbées en vue de soins plus spécialisés.

Rappeler aux stagiaires que le conseil est le principal outil utilisé dans la prise en charge des problèmes psychosociaux et sexuels. Le conseil doit être strictement confidentiel, qu'il s'agisse d'une fillette ou d'une femme. Si la patiente a un partenaire, celui-ci doit bénéficier d'un conseil séparé si nécessaire, jusqu'à ce que le moment soit venu de conseiller les deux partenaires en couple. Le but du conseil est d'aider une patiente, un couple ou une famille à résoudre un problème ou à s'en accommoder.

Prise en charge des problèmes psychosociaux

- Les problèmes psychosociaux consistent en **anxiété chronique, sentiments de peur, d'humiliation ou de trahison, stress, perte d'estime de soi, dépression, phobies, crises de panique.** Ils peuvent se manifester sous forme de symptômes psychosomatiques, par exemple de **cauchemars, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de l'humeur et de la cognition, perte d'appétit, perte de poids ou prise de poids excessive, image corporelle négative.** Indiquer aux stagiaires la marche à suivre pour prendre en charge des problèmes psychosociaux :
  - Interroger la patiente pour identifier le problème exact (anamnèse détaillée).
  - Conseiller la patiente, et son partenaire le cas échéant.
  - Si la patiente a subi des mutilations sexuelles du type III, évoquer la nécessité d'une ouverture de l'infibulation.
  - Si elle a subi d'autres types de mutilations sexuelles, la conseiller jusqu'à disparition des symptômes.
  - En cas de symptômes graves, l'orienter en vue d'une prise en charge plus poussée.

Prise en charge des problèmes sexuels

Rapports sexuels douloureux (dyspareunie)

Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Interroger la patiente pour déterminer quel est le problème réel.
- Examiner la patiente pour identifier le type de mutilation sexuelle.
- Si une ouverture de l'infibulation est indiquée, informer la patiente et son mari/partenaire de la nécessité de cette intervention et obtenir leur consentement éclairé. Observer la marche à suivre pour l'intervention (voir séance 8).
- Donner des antibiotiques et des analgésiques.
- Lorsque l'incision n'est pas indiquée, encourager le couple à recourir à des préliminaires pour favoriser l'excitation sexuelle et à utiliser un gel lubrifiant.
- Suivre la patiente afin d'évaluer les progrès.
- Indiquer à la patiente et à son mari l'importance de parler de questions sexuelles.
- Les inviter à revenir en cas de problèmes.
- Indiquer au couple à quels changements ils doivent s'attendre à la suite de l'ouverture de l'infibulation, par exemple des modifications au niveau de la miction et des rapports sexuels.
- En cas de problème sexuel grave et récidivant, adresser la patiente à un spécialiste.

Autres problèmes sexuels

Il peut y avoir par exemple impossibilité ou difficulté de pénétration par le mari/partenaire. Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- Déterminer le type de mutilation sexuelle.
- Interroger la patiente pour déterminer quel est le problème.
- Conseiller simultanément la patiente et son mari/partenaire.
- Obtenir le consentement éclairé pour l'ouverture de l'infibulation.
- Observer la marche à suivre pour l'intervention (voir séance 8).

Documentation des mutilations sexuelles féminines

- Indiquer aux stagiaires de toujours noter le type de mutilation sexuelle observé et les complications associées.

Histoire :

- Raconter aux stagiaires une histoire dans laquelle le mari d'une femme doit lui inciser le périnée pour la pénétrer.
- Demander aux stagiaires qui d'après eux a le droit de décider de faire cette incision.
- Leur demander de justifier leurs réponses.
- Rappeler aux stagiaires qu'il s'agit d'une question de droit humain. Les droits humains impliqués dans cet incident sont l'absence de torture et le droit de disposer de soi-même.

Synthèse :

Rappeler aux stagiaires que le conseil est la base de la prise en charge des problèmes psychosociaux et sexuels, et qu'il doit être dispensé à la fois à la patiente et à son mari/partenaire.

À la fin de la séance :

- Poser aux stagiaires des questions sur la prise en charge des patientes présentant des problèmes psychosociaux et sexuels associés aux mutilations sexuelles féminines afin d'assurer qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Éclaircir tous les points qui n'ont pas été compris.
- Clore la séance.

Séance 6 : Compétences en matière d'orientation

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Identifier les affections qui exigent une prise en charge plus poussée, par exemple fistules, dépression, stérilité.**
2. **Identifier les centres de recours appropriés pour les différents problèmes.**

Méthodes pédagogiques suggérées

- Cours.
- Démonstrations par le formateur et par les stagiaires.
- Pratique clinique.

Aides pédagogiques

- Notes du formateur.
- Manuel du stagiaire.
- Fiches de transfert localement utilisées.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires de se rappeler leur propre expérience d'orientation de patientes en vue d'une prise en charge plus poussée.
- Leur demander quelle marche à suivre ils avaient adoptée.
- Inviter quelques-uns à donner une réponse.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Cours :

- Informer les stagiaires que l'orientation n'est pas quelque chose de simple, mais qu'elle requiert des compétences. Si les patientes ne sont pas bien informées quant à l'endroit où aller et à la nécessité d'une orientation, le processus peut échouer et la patiente rester sans traitement. De plus, les mutilations sexuelles féminines sont une question délicate, et une femme qui a eu un premier contact avec un prestataire de soins et qui a établi avec celui-ci une relation de confiance peut être intimidée par la procédure d'orientation.
- Demander aux stagiaires d'identifier les complications des mutilations sexuelles féminines pour lesquelles une sage-femme devra orienter la patiente en vue d'une prise en charge plus poussée. La liste de ces complications doit comprendre :
  - hémorragie grave nécessitant une transfusion sanguine ;
  - calculs ;
  - fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales ;
  - kystes dermoïdes ;
  - neurome clitoridien ;
  - stérilité ;
  - dépression ;
  - dystocie mécanique.
- Expliquer aux stagiaires qu'une orientation peut être nécessaire pour les raisons suivantes :
  - la prise en charge de la complication dépasse les compétences de l'infirmière/sage-femme ;
  - l'établissement de soins ne possède pas l'équipement ni les compétences nécessaires pour le diagnostic ou le traitement.
- Indiquer aux stagiaires qu'un établissement de soins peut être qualifié en tant qu'établissement de recours s'il possède :
  - les moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ;
  - les compétences nécessaires ;
  - une salle d'opération bien équipée.
- Il est important que l'infirmière ou la sage-femme :
  - identifie les limites de l'établissement de soins ;
  - sache quels services sont disponibles et lesquels sont appropriés pour les différentes affections ;
  - évalue correctement l'état de la patiente ;

- fournisse les informations nécessaires et convainque la patiente de la nécessité d'une orientation ;
- note soigneusement les résultats de l'évaluation, les observations cliniques et toute mesure prise avant l'orientation.

- La fiche d'orientation doit comporter les informations suivantes :
  - données démographiques relatives à la patiente : âge, situation de famille et toute autre information pertinente ;
  - résumé des antécédents ;
  - observations cliniques ;
  - soins donnés jusqu'à présent ;
  - raison de l'orientation.

Marche à suivre pour l'orientation des patientes

Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- En général, la nécessité d'une orientation sera apparue lors de l'interrogatoire ou de l'examen physique.
- Informer la patiente avec ménagement qu'elle a un problème qui nécessite une prise en charge plus poussée.
- Lui indiquer ce qu'il en est et les raisons de l'orientation.
- Vérifier qu'elle a compris ce que vous avez dit. Impliquer d'autres personnes, comme son mari/partenaire, qui l'accompagneront à l'établissement de recours.
- Leur donner des informations détaillées sur ce qui se passera et ce qu'ils doivent faire lorsqu'ils se rendront à l'établissement de recours.
- Écrire et donner la lettre d'orientation à la patiente ou à ses accompagnants et leur indiquer précisément à qui ils devront remettre cette lettre lorsqu'ils se rendront à l'établissement de recours.
- Demander à la patiente de revenir pour un contrôle et un suivi de l'évolution lorsqu'elle aura reçu des soins spécialisés à l'établissement de niveau supérieur.
- Demander à la patiente de répéter les informations importantes afin de vérifier qu'elle les a comprises.
- L'encourager et lui dire que vous la reverrez lorsqu'elle reviendra de l'établissement de recours.

Démonstration

- Faire une démonstration de l'orientation d'une patiente en vue d'une prise en charge plus poussée.
- Demander à un des stagiaires de jouer le rôle de la patiente tandis que vous, le formateur, jouerez le rôle de l'infirmière/sage-femme.
- Après avoir montré la marche à suivre, demander aux stagiaires de faire une démonstration à leur tour.
- Leur demander de faire cet exercice par paires, chacun jouant à tour de rôle la patiente ou l'infirmière/sage-femme.
- Donner aux stagiaires des scénarios à utiliser dans la pratique (en cas de fistule vésico-vaginale, de dépression sévère, de stérilité, etc).
- Pendant qu'ils font l'exercice, le formateur doit aller d'un groupe à l'autre en observant les démonstrations et en guidant les stagiaires si nécessaire.

Synthèse :

- Inviter les stagiaires à partager leurs expériences de simulation de compétences en matière d'orientation et à poser des questions pour que tout soit bien clair.
- Résumer les points importants.

À la fin de la séance :

- Poser des questions aux stagiaires afin de vérifier qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Clore la séance.

Pratique clinique :

- Placer les stagiaires dans un contexte clinique et leur faire pratiquer toutes les compétences acquises.
- Superviser les stagiaires pendant qu'ils pratiquent.
- Noter les compétences acquises par chaque stagiaire en suivant une liste type.
- Comparer les compétences au début et à la fin du cours.

Séance 7 : Planification familiale en présence de mutilations sexuelles féminines

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. Identifier le type de mutilation sexuelle que la fillette ou la femme a subi.

2. Identifier le type de méthode de planification familiale appropriée dans une situation donnée.

Références

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- Toubia, N. *A practical manual for health care providers caring for women with circumcision.* A RAINBO Publication. New York, 1999.
- Robert A. et al. (1997). *The essentials of contraceptive technology : A handbook for clinic staff.* Johns Hopkins Population Information Programme, Centre for Communication Programmes. The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Baltimore MD 21202, États-Unis d'Amérique.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Cours.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions en grand groupe.
- Séances de questions-réponses.

Aides pédagogiques

- Notes du formateur.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires s'ils ont déjà eu à prendre en charge des femmes présentant des mutilations sexuelles dans leur service de planification familiale,et, si oui, quels problèmes ils ont rencontrés.
- Leur demander de donner quelques réponses.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Indiquer aux stagiaires que la planification familiale est tout aussi appropriée pour les jeunes filles et les femmes ayant subi des mutilations sexuelles que pour toute autre patiente. De même que pour les autres patientes des services de planification familiale, les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS en 1996 doivent être utilisés pour déterminer les méthodes contraceptives les plus adaptées à ces femmes. Les femmes qui ont été infibulées peuvent avoir des difficultés à utiliser une méthode qui nécessite une insertion vaginale, ou un dispositif intra-utérin (DIU). Comme les femmes présentant des mutilations sexuelles de tous types sont sujettes aux infections génitales, les DIU ne doivent être utilisés qu'après mûre réflexion. Lors du conseil à une patiente ayant subi des mutilations sexuelles quant à une méthode de planification familiale, il faut demander les antécédents avec beaucoup de tact et rassurer la patiente en lui disant que l'on connaît bien ce genre de situation et qu'il est certain qu'il existe une méthode adaptée à ses besoins. Il importe d'effectuer un examen des organes génitaux externes afin d'identifier le type de mutilation sexuelle et de vérifier qu'il n'existe pas de problèmes nécessitant des soins, en particulier une infection.

Cours :

- Passer en revue les méthodes de planification familiale avec les stagiaires, surtout celles qui nécessitent une insertion par voie vaginale, par exemple :
  - Dispositif intra-utérin (DIU).
  - Préservatif féminin.

- Comprimés et mousse vaginale.
- Diaphragme.
- Anneaux vaginaux.
- Éponge vaginale.

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en groupes de 6 à 8.
- Demander aux stagiaires quels sont les problèmes qu'une femme ayant subi des mutilations sexuelles peut rencontrer lors du choix d'une méthode de planification familiale appropriée.
- Laisser les stagiaires discuter entre eux pendant 30 minutes.
- Demander aux groupes, l'un après l'autre, d'exposer leurs idées à toute la classe.
- Prévoir 40 minutes pour cet exercice.

Synthèse :

- Indiquer aux stagiaires que les problèmes suivants peuvent être rencontrés par des femmes présentant des mutilations sexuelles et souhaitant une planification familiale :
  - Les femmes présentant des mutilations sexuelles peuvent hésiter à demander des conseils de planification familiale, car elles sont gênées du fait de l'aspect de leur vulve.
  - Il peut être difficile pour le conseiller en planification familiale d'effectuer un examen vaginal.
  - Il peut être difficile d'utiliser une méthode de planification familiale qui nécessite une insertion vaginale.
  - Une patiente présentant des mutilations sexuelles peut ne pas avoir accès à l'ensemble des méthodes de planification familiale.

Notes du formateur :

Le tableau de la page suivante indique quelles méthodes de planification familiale conviennent en fonction des différents types de mutilations sexuelles, et quelles sont celles qui ne conviennent pas.

Tableau 2. Méthodes de planification familiale et types de mutilations sexuelles féminines

Méthode contraceptive	Mutilations sexuelles du type I	Mutilations sexuelles du type II	Mutilations sexuelles du type III (infibulation)	Mutilations sexuelles du type IV
Pilules contraceptives	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS
Contraceptifs injectables (AMPR)	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS
Dispositifs intra-utérins (DIU) : au cuivre et LNG-20	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS, mais les patientes présentent souvent des infections, de sorte qu'il est important d'exclure ces dernières	Utilisables après examen de l'orifice vaginal, car la présence de cicatrices importantes peut gêner l'introduction du DIU. Vérifier également l'absence d'infection. Suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Inutilisables, car l'orifice vaginal est très étroit. Si cette méthode est la seule option, conseiller une ouverture de l'infibulation.	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS. Pendant l'introduction, faire attention aux petites lèvres étirées et/ou au clitoris. Risque d'infection.
Méthodes mécaniques et spermicides : – Préservatif féminin – Spermicides (comprimés et mousse) – Diaphragme – Cape cervicale	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Ces méthodes peuvent être très difficiles à utiliser, car l'orifice vaginal est très étroit et dans la plupart des cas ne permet même pas le passage d'un doigt. Si c'est la seule option, conseiller une ouverture de l'infibulation	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS.
Implants de Norplant (NOR)	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisables, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS
Méthodes de planification familiale naturelles:				
– Méthode sympto-thermique	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation
– Méthode des températures	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation
– Méthode du calendrier	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation	Utilisable moyennant une formation
– Méthode de la glaire cervicale (méthode Billings de détermination de l'ovulation)	Utilisable moyennant une formation, mais exclure une infection	Utilisable moyennant une formation, mais exclure une infection	Inutilisable, car il est difficile de tester la glaire cervicale puisque dans la plupart des cas les sécrétions sont piégées par l'infibulation	Utilisable moyennant une formation, mais exclure une infection
– Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	Utilisable moyennant une formation, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisable moyennant une formation, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisable moyennant une formation, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS	Utilisable moyennant une formation, suivre les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS

Séance 8 : Ouverture d'une infibulation (mutilations sexuelles féminines du type III)

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Identifier des mutilations sexuelles féminines du type III.**
2. **Déterminer s'il est nécessaire d'ouvrir l'infibulation.**
3. **Faire une démonstration de leurs compétences pour cette intervention.**

Références

Voir page 36, ressources pédagogiques et éducatives.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Simulation.
- Observation clinique.
- Pratique clinique.
- Séances de questions-réponses.

Aides pédagogiques

- Modèles anatomiques (si nécessaire, en fabriquer un avec des matériaux disponibles sur place).

Préliminaires

- Demander aux stagiaires s'ils ont déjà vu une patiente présentant des mutilations sexuelles du type III.
- Leur demander quel était le motif de la consultation de cette patiente.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Faire le point des connaissances concernant les mutilations sexuelles féminines du type III.
- Demander aux stagiaires s'ils ont déjà observé ou réalisé l'incision d'une infibulation.
- Inviter les stagiaires à faire part de leurs expériences.

Cours :

Indiquer aux stagiaires que l'intervention qui consiste à ouvrir une infibulation ne doit être pratiquée qu'après conseil approfondi. Si la femme est mariée, il est important de voir le mari lors de séances séparées. Les maris ont besoin d'un conseil psychosexuel pour les aider à faire face aux modifications des rapports sexuels. Les deux partenaires peuvent être conseillés ensemble lorsqu'il est nécessaire ou approprié qu'ils soient présents lors d'une même séance.

Indications d'ouverture d'une infibulation

L'ouverture de l'infibulation est indiquée dans de nombreux cas, notamment :

- Rétention urinaire (fréquente chez les fillettes).
- Infection urinaire et/ou rénale récidivante.
- Infection génitale sévère.
- Hématocolpos (en particulier chez les adolescentes).
- Problèmes menstruels graves.
- Difficulté de pénétration lors des rapports sexuels.
- Avortement incomplet.
- Interruption de grossesse.
- Accouchement.
- Problèmes gynécologiques au niveau des voies génitales.
- Maladies gynécologiques chez les femmes âgées exigeant un examen manuel ou au spéculum ou un traitement par voie vaginale.
- Utilisation de certaines méthodes contraceptives.
- Motifs religieux/de purification.
- Raisons esthétiques.

Préparation de la patiente

Pour préparer la patiente (et son mari/partenaire ou ses proches, le cas échéant), observer la marche à suivre ci-dessous :

- Donner à la patiente une information sur les organes génitaux externes et lui expliquer la différence entre les organes génitaux normaux et infibulés.
- Donner des renseignements sur les complications associées à l'infibulation.
- Informer la patiente du statut légal des mutilations sexuelles féminines dans le pays.
- Donner des informations complètes et claires sur l'intervention et s'assurer que la patiente a bien compris. L'informer également que les bords de l'incision seront suturés séparément, et non resuturés ensemble pour refaire une petite ouverture.
- Discuter soigneusement avec la patiente et son partenaire et ses proches de la longueur de l'incision nécessaire. Les aider à prendre une décision éclairée à ce sujet.
- Informer la patiente des modifications physiques qui résulteront de l'intervention. Cette information doit être également donnée au partenaire si la patiente est mariée, car l'intervention entraînera des modifications au niveau de :
  - la miction
  - l'écoulement menstruel
  - les rapports sexuels.
- Si la famille refuse de donner son consentement pour faire inciser l'infibulation chez une adolescente ou une femme (par crainte d'un rejet par la famille et les membres de la communauté), un certificat médical peut aider à surmonter ces craintes.
- Conseiller la patiente et lui donner des explications sur l'intervention. Plusieurs séances peuvent être nécessaires pour la préparer psychologiquement à l'intervention. Son partenaire et/ou ses proches doivent également recevoir un conseil le cas échéant.
- Bien faire comprendre à la patiente (et à ses proches le cas échéant) pourquoi il est souhaitable de procéder à l'intervention. Quelquefois, une femme peut être hésitante. Par exemple, elle peut souhaiter l'intervention d'un côté, mais en redouter les conséquences d'un autre côté. Le conseil doit avoir pour but de l'aider à prendre une décision éclairée et en toute confiance.
- Rassurer la patiente quant à l'intimité et la confidentialité de l'opération.
- Si la patiente est une immigrée qui ne parle pas la même langue que le personnel de santé, s'assurer que l'interprète convient et que la femme l'accepte.
- Discuter des options d'analgésie.
- S'assurer de remplir complètement et exactement les dossiers nécessaires.

Préparation du matériel et des fournitures

Préparer un plateau avec des tampons antiseptiques, une paire de ciseaux droits, un dilatateur, deux clamps artériels, un bocal contenant des tampons stériles, des gants stériles, une seringue de 5 ml et des aiguilles, un anesthésique local, du catgut, du lubrifiant, des linges stériles ou une toile imperméable, de la solution antiseptique, et un récipient pour déposer les instruments après usage. Avoir de l'eau et du savon à disposition pour se laver les mains.

L'intervention

- Installer confortablement la patiente sur un lit ou une table d'examen.
- Penser à utiliser toutes les compétences interpersonnelles.
- Revenir sur ce qui a déjà été discuté avec la patiente au sujet de l'intervention. Insister sur le fait que la principale cause des problèmes dont elle a souffert est l'infibulation et que l'ouverture de celle-ci soulagera ces problèmes.
- Assurer une intimité et une confidentialité totales.
- Se laver les mains, mettre des gants, découvrir la zone génitale et nettoyer le périnée avec des tampons antiseptiques.
- Introduire l'index, une pince ou un dilatateur, lentement et doucement dans l'orifice pour soulever la peau au niveau de la cicatrice (voir Figures 4.1 et 4.2).
- Faire une inflitration de 2 à 3 ml d'anesthésique local dans la zone à inciser, le long de la cicatrice et des deux côtés de celle-ci (voir Figure 4.3).
- En gardant le doigt ou le dilatateur sous la cicatrice, introduire les ciseaux et couper la cicatrice le long du ou des doigts afin d'éviter de léser les tissus adjacents (ou le bébé, si l'intervention est pratiquée pendant le travail).
- L'incision doit être réalisée en suivant la ligne médiane de la cicatrice et en se dirigeant vers le pubis.
- Veiller à ne pas léser les organes qui se trouvent sous la cicatrice (urètre, petites lèvres et clitoris). Il est courant avec les mutilations sexuelles du type III de retrouver intacts les organes situés au-dessous de la cicatrice, par exemple le clitoris et les petites lèvres.
- Inciser la ligne médiane jusqu'à découvrir le méat urétral. Ne pas inciser au-delà de l'urètre. Cela pourrait provoquer une hémorragie difficile à contrôler. Habituellement, une incision d'environ 5 à 7 cm en direction de l'urètre convient. En général, le tissu

cicatriciel, relativement peu vascularisé, ne saigne pas beaucoup.

- Suturer les bords de l'incision séparément au moyen de catgut simple fin (3/0) pour assurer l'hémostase et empêcher la formation d'adhérences.
- Il ne faut pas laisser souffrir la patiente, car cela pourrait renforcer les idées négatives quant à l'intervention. Il faudra donc prescrire une analgésie après l'opération.
- Des antibiotiques peuvent également être prescrits, en fonction de la situation.

Figure 4.1 : Introduction d'un ou deux doigts sous la cicatrice.

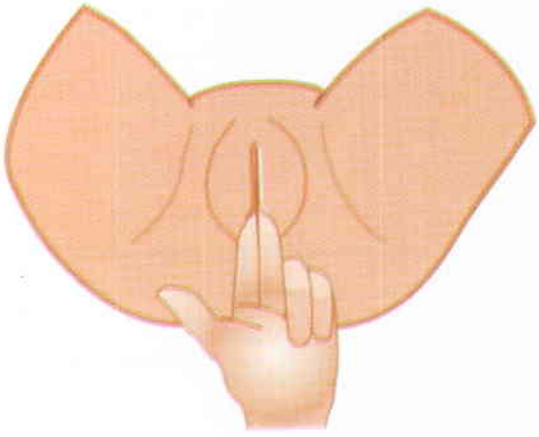


Figure 4.2 : Introduction d'un dilatateur sous la cicatrice.

Figure 4.3 : Infiltration d'anesthésique local dans la zone de la cicatrice.

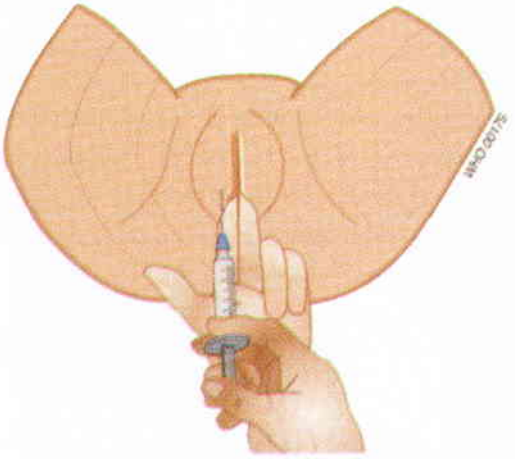


Figure 4.4 : Incision de la cicatrice.

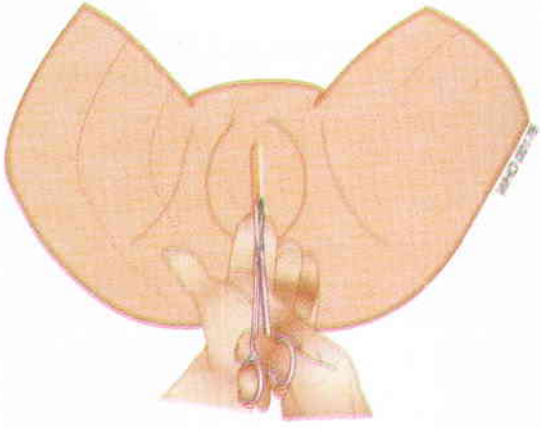


Figure 4.5 : Infibulation ouverte.

Figure 4.6 : Bords de l'incision après suture.

Soins post-opératoires

- Il est important d'assurer le suivi des patientes chez qui on a réalisé une ouverture de l'infibulation.
- De nombreuses femmes signalent une augmentation de la sensibilité de la région vulvaire qui était auparavant couverte par la cicatrice, pendant 2 à 4 semaines après l'intervention. Elles peuvent également mentionner une gêne du fait de la sensation d'humidité de la zone génitale, et avoir l'impression que de l'air pénètre dans la vulve.
- Préparer la patiente à ces expériences en lui expliquant que l'intervention entraînera des modifications d'aspect et que pendant quelque temps il est possible que la zone soit plus sensible. La rassurer en lui disant que cette sensibilité disparaîtra au bout d'un moment et qu'elle s'habituera à la sensation d'humidité de la zone génitale.
- Suggérer de prendre des bains de siège (avec de l'eau tiède salée) trois fois par jour, en se séchant avec précaution. On peut prescrire l'application d'une crème adoucissante pendant les deux premières semaines.
- Indiquer à la patiente et à son mari quand ils peuvent reprendre les rapports sexuels. En règle générale, cela peut être quatre à six semaines après l'intervention de façon à laisser à la plaie le temps de cicatriser. Cela peut nécessiter plusieurs séances de conseil. Les séances de conseil concernant les questions sexuelles exigent beaucoup de tact et doivent être soigneusement adaptées aux besoins de la patiente et de sa famille et au contexte culturel.
- Insister sur l'importance de l'hygiène personnelle.
- Donner un rendez-vous de contrôle pour surveiller la cicatrisation et voir toute autre question qui pourrait se poser au sujet des organes génitaux ou des rapports sexuels.
- Les visites à domicile sont idéales, car la patiente et sa famille doivent recevoir un soutien et des conseils supplémentaires pour réussir à faire face aux nombreuses modifications qui suivent l'ouverture d'une infibulation. Les hommes en particulier ont besoin de conseils psychosexuels pour les aider à comprendre et accepter les modifications lors des rapports sexuels et pour s'assurer qu'ils ne cherchent à persuader leur femme de se faire réinfibuler.
- Lorsque la patiente est adressée à des services communautaires pour les visites de contrôle, l'infirmière/sage-femme qui a réalisé l'intervention doit fournir des informations claires au personnel soignant qui assurera le suivi de façon à ne pas laisser la patiente sans soutien.

Simulation :

- Faire une démonstration de l'intervention sur un modèle anatomique*, en se reportant aux notes de cours ci-dessus.
- Demander à deux ou trois stagiaires de faire à leur tour une démonstration.

Synthèse :

- Commenter les démonstrations faites par les stagiaires et réexpliquer les principes et compétences selon les besoins.
- Insister sur les points importants.

Observation et pratique cliniques :

- Organiser des séances d'observation clinique pour les stagiaires.
- Organiser une pratique clinique sous surveillance pour chaque stagiaire.
- Évaluer la compétence de chaque stagiaire pour la réalisation de l'intervention, en utilisant la liste de

contrôle donnée dans l'appendice.

À la fin de la séance :

- Poser aux stagiaires des questions afin de s'assurer qu'ils ont compris les enseignements de la séance et donner des explications supplémentaires si nécessaires.
- Clore la séance.

* 1 Le Comité interafricain sur les pratiques nocives dispose d'un modèle qui montre les différents types de mutilations sexuelles féminines.

2 Des modèles anatomiques de bassin utilisés pour l'enseignement et les soins infirmiers et obstétricaux peuvent être modifiés selon les besoins.

MODULE 4 : PRISE EN CHARGE, PENDANT LA GROSSESSE, LE TRAVAIL, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM, DES FEMMES PRÉSENTANT DES MUTILATIONS SEXUELLES

Le module 4 est également un module d'intervention qui vise à préparer les sages-femmes et autres personnes qui s'occupent des femmes pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum à pouvoir prendre en charge les patientes qui ont subi des mutilations sexuelles et identifier les problèmes. Il donne des indications en matière de conseil, ainsi que sur l'ouverture d'une infibulation (mutilations sexuelles du type III) et sur la prise en charge des autres complications liées aux mutilations sexuelles féminines.

Application du module

Le contenu du présent module peut être intégré aux cours existants, notamment dans le domaine des soins obstétricaux et de l'obstétrique. Il peut également être utilisé comme cours à part entière pendant les stages de formation en cours d'emploi destinés aux sages-femmes et aux obstétriciens.

Objectifs généraux

À la fin du présent module, les stagiaires devraient être en mesure de :

- Reconnaître les complications obstétricales liées aux mutilations sexuelles féminines.
- Prendre en charge pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum les patientes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles.
- Faire preuve de compétence pour procéder à l'ouverture, pendant la grossesse et le travail, d'un orifice vaginal rétréci ou d'une infibulation (mutilations sexuelles féminines du type III).
- Orienter les patientes pour une prise en charge plus poussée lorsque les complications dépassent leurs compétences.

Prérequis

Les stagiaires qui travaillent sur le présent module devraient déjà posséder :

- Des compétences de base en obstétrique (soins anténatals, soins pendant le travail et l'accouchement et soins postnatals).
- Des compétences de base sur les interventions de survie.
- Les compétences essentielles acquises grâce aux modules 1, 2 et 3.

Compétences essentielles

À la fin du présent module, les stagiaires devraient avoir acquis :

- la capacité d'identifier des complications particulières qui peuvent survenir comme conséquence des mutilations sexuelles féminines, pendant :
  - la grossesse
  - le travail
  - l'accouchement
  - le post-partum.

Activités pédagogiques suggérées

- Discussions en grand groupe.
- Discussions en petits groupes.
- Démonstrations.
- Exercices de simulation.

Aides pédagogiques

- Diapositives, graphiques, affiches et images.
- Plateaux, ciseaux, tampons, catgut, mannequins et antiseptiques.
- Patientes ayant subi des mutilations sexuelles féminines.

Documents de référence

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation. A Handbook for Frontline Workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en*

charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes. WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).

- *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001).
- *Les Mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEL/FNUAP.* OMS, Genève (1997).
- Toubia, N. *A practical manual for health care providers caring for women with circumcision.* A RAINBO Publication. New York, 1999.

Les séances

Durée en heures

Séance 1 :
Évaluation et prise en charge, pendant la grossesse, des femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles.....3

Séance 2 :
Complications obstétricales liées aux mutilations sexuelles féminines et survenant pendant le travail et l'accouchement.....2

Séance 3 :
Évaluation et prise en charge, pendant le travail et l'accouchement, des femmes présentant des mutilations sexuelles 4

Séance 4 :
Prise en charge, pendant le post-partum, des femmes présentant des mutilations sexuelles.....3

Séance 1 : Évaluation et prise en charge, pendant la grossesse, des femmes présentant des complications liées aux mutilations sexuelles

Objectifs de la séance

À la fin de cette séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Identifier les types de mutilations sexuelles féminines rencontrés et évaluer en quoi ces mutilations peuvent être préjudiciables à la femme pendant la grossesse.**
2. **Identifier les complications liées aux mutilations sexuelles féminines qui peuvent survenir pendant la grossesse.**
3. **Prendre en charge, pendant la grossesse, les femmes présentant des mutilations sexuelles des types I, II et IV.**
4. **Prendre en charge, pendant la grossesse, les femmes présentant des mutilations sexuelles du type III.**

Références

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001).
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions en petits groupes.
- Discussions collectives.
- Cours.
- Séances de questions-réponses.

Aides pédagogiques

- Notes du formateur.
- Manuel du stagiaire.

Préliminaires

- Inviter les stagiaires à faire part de leur expérience en ce qui concerne la prise en charge, pendant la grossesse, de femmes qui ont subi des mutilations sexuelles.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Passer en revue les différents types de mutilations sexuelles féminines et les complications obstétricales qui peuvent en résulter pendant la grossesse.
  - Un orifice rétréci peut rendre l'examen vaginal difficile, par exemple, pendant l'évaluation d'une hémorragie prénatale, la prise en charge d'un avortement incomplet, etc.
  - Les infections urinaires, qui sont courantes chez les femmes ayant subi des mutilations sexuelles, peuvent avoir une incidence sur le déroulement normal de la grossesse.
  - Les infections pelviennes chroniques, qui sont courantes chez les femmes ayant subi des mutilations sexuelles, peuvent avoir une incidence sur le déroulement normal de la grossesse et provoquer un avortement.
  - Les abcès de la vulve peuvent provoquer des douleurs et une gêne.
  - Les kystes dermoïdes et les chéloïdes peuvent provoquer une gêne et éventuellement être à l'origine d'une dystocie mécanique.
  - Des problèmes psychosociaux et sexuels peuvent également résulter des mutilations sexuelles féminines.

Évaluation des problèmes liés aux mutilations sexuelles féminines

Rappeler aux stagiaires que dans les communautés où la pratique des mutilations sexuelles féminines est une tradition, les femmes qui viennent consulter au dispensaire peuvent présenter de nombreux types de mutilations. Les complications liées aux mutilations sexuelles féminines qui surviennent pendant la grossesse peuvent être révélées lors de l'interrogatoire ou de l'examen gynécologique.

- Les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles sont souvent très anxieuses lorsqu'elles se rendent dans un dispensaire pour une visite prénatale à cause de leur mutilation. Elles craignent d'être examinées par un agent de santé qui n'est pas familiarisé avec leur état et qui risque de leur conseiller des interventions inutiles, telle qu'une césarienne. Il faut veiller à ce que les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles se sentent bien accueillies et respectées dans ces dispensaires. Vous devez les rassurer et leur montrer que leur état ne vous pose pas de problème et qu'elles recevront les soins nécessaires sans devoir subir d'intervention inutile.
- Les prestataires de soins qui travaillent avec des communautés d'immigrants peuvent ne pas être familiarisés avec l'environnement culturel de ces derniers. Ils doivent être conscients de la nécessité de faire preuve de tact et de respect vis-à-vis des croyances, des valeurs et des attitudes culturelles des patientes, et veiller à ce que leurs propres valeurs et attitudes n'interfèrent pas avec les soins qu'ils dispensent.
- S'il est nécessaire de recourir aux services d'une interprète, celle-ci devra être acceptée par la patiente et être impartiale, sinon ses propres croyances et valeurs risquent d'influencer son interprétation de ce qui est dit.
- Pendant l'évaluation, il est très important d'établir une relation de confiance avec la patiente :
  - en mettant en pratique les compétences interpersonnelles
  - en garantissant l'intimité et la confidentialité
  - en faisant preuve de respect et de patience.
- Pendant l'évaluation, rechercher la présence d'affections susceptibles de gêner l'examen vaginal ou un traitement par voie vaginale ou d'être à l'origine de problèmes pendant le travail et l'accouchement, notamment :
  - orifice vaginal rétréci
  - infections
  - abcès
  - kystes et chéloïdes
- Consignez le type de mutilation sexuelle féminine et les complications observés.

Il est important que les agents de santé soient bien informés des divers types de mutilations sexuelles féminines afin de ne pas poser de questions embarrassantes aux patientes.

Prise en charge, pendant la grossesse, des femmes présentant des mutilations sexuelles des types I, II et IV

- Les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles doivent faire l'objet de soins prénatals attentifs. Les mutilations des types I, II et IV peuvent provoquer de graves cicatrices de la vulve et du vagin qui peuvent être à l'origine d'une obstruction gênant les examens et l'accouchement. Une infection et une inflammation contemporaines de la mutilation peuvent avoir entraîné des adhérences qui rétrécissent ou obstruent totalement l'orifice vaginal. L'insertion d'herbes ou d'autres substances peut également avoir provoqué des cicatrices importantes et une sténose.
- Lorsque les mutilations des types I, II et IV n'ont pas provoqué de complications particulières, la patiente n'aura pas besoin de prise en charge ou de traitement spécial pendant sa grossesse. La rassurer en lui disant que son état ne lui fait courir aucun risque et l'inviter à poser des questions sur son excision ou sa grossesse. Prendre le temps de lui offrir un conseil dans le domaine des rapports sexuels et de lui apporter un soutien. Lui donner de plus amples informations en lui remettant des brochures sur les mutilations sexuelles féminines. Pendant les visites de contrôle, demander à la patiente si elle a besoin d'une aide particulière. Ne pas lui poser de questions sur son excision à moins qu'elle ne veuille en parler.
- La grossesse est une bonne occasion d'éduquer et

d'informer les femmes sur :

- la santé en général
- les organes génitaux normaux et après excision
- l'accouchement et les soins postnatals.

- Il faut savoir que la grossesse et l'accouchement suscitent de grandes craintes chez de nombreuses femmes, et notamment la peur de mourir. Il est par conséquent nécessaire de leur apporter un soutien et un conseil particuliers pendant ces périodes.

Femmes présentant des infections vaginales

- En cas d'infection grave, faire établir un diagnostic sur un prélèvement vaginal si des services de laboratoire sont disponibles.
- Prescrire des antibiotiques.
- Contacter le partenaire de la patiente et lui prescrire le même traitement.
- Conseiller la patiente et son partenaire et suivre de près l'évolution de l'affection.

Femmes présentant des abcès

- Prescrire des antibiotiques à la patiente et lui donner des conseils sur l'hygiène de la vulve.
- Donner à la patiente un rendez-vous de contrôle afin de suivre l'évolution de son état.
- Si l'abcès est très volumineux et nécessite une intervention chirurgicale, orienter la patiente vers un service compétent et lui conseiller d'accoucher à l'hôpital.
- Surveiller de près l'évolution de son état.

Femmes présentant des kystes et des chéloïdes

- Orienter la patiente pour qu'elle accouche dans un hôpital équipé pour pratiquer une césarienne si nécessaire.

Prise en charge, pendant la grossesse, des femmes présentant des mutilations sexuelles du type III

- Examiner la patiente pour confirmer l'existence d'une mutilation sexuelle du type III. Ne pas oublier qu'il faut faire preuve de beaucoup de tact pendant l'interrogatoire et l'examen gynécologique. Un examen vaginal n'est pas nécessaire pour confirmer l'infibulation car cette mutilation s'identifie par simple inspection visuelle.
- Dans certaines communautés, les mutilations sexuelles féminines du type III ne sont pas nécessairement la forme prédominante de mutilation et il se peut que seule une minorité des femmes soient touchées. Lorsque ce type de mutilation est courant, la zone génitale doit être examinée systématiquement à l'occasion de la première visite prénatale.
- Les femmes présentant un orifice vaginal rétréci (ouverture de 1 cm ou moins) courent un risque particulier de lésions graves du périnée pendant le travail. En général, si le méat urinaire est visible (c'est-à-dire s'il n'y a aucune obstruction), ou si deux doigts peuvent être introduits dans le vagin sans gêne pour la patiente, la mutilation ne risque probablement pas d'être à l'origine de problèmes physiques graves pendant l'accouchement. Si la femme a déjà eu un accouchement, son expérience passée permettra de savoir si elle risque d'avoir des problèmes cette fois-ci.
- Comme il est nécessaire d'obtenir des informations délicates, il importe d'établir un bon contact avec la patiente et de gagner sa confiance. Il faut obtenir son consentement avant de procéder à un examen de la zone génitale.
- Décrire dans le dossier de la patiente l'aspect de la vulve afin d'éviter des examens inutiles par la suite.
- Donner à la patiente des renseignements objectifs sur les conséquences des mutilations sexuelles féminines du type III sur la grossesse et l'accouchement. Lui donner des informations sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil reproducteur de la femme.
- Informer la patiente et son mari (et/ou d'autres membres de la famille le cas échéant) qu'il est important de procéder à une ouverture de l'infibulation avant l'accouchement. Discuter avec eux de l'importance de ne pas resuturer la vulve après l'accouchement. Donner à la patiente et à son mari des informations détaillées sur les modifications prévisibles au niveau de la miction et des rapports sexuels.

Une fois l'infibulation ouverte, la patiente pourra accoucher sans subir de déchirure du périnée ; l'épisiotomie ne devrait être pratiquée qu'en cas de nécessité et non de manière systématique.

- Dans l'idéal, l'ouverture de l'infibulation devrait être pratiquée au cours du deuxième trimestre, entre la vingtième et la vingt-huitième semaine de grossesse, pour permettre la cicatrisation avant le début du travail. Ce n'est pas une bonne idée de procéder à l'intervention au cours du premier trimestre parce que le risque d'avortement spontané est plus élevé pendant cette période. Si la patiente avorte spontanément après l'intervention, elle pourra penser que c'est celle-ci qui a provoqué l'avortement et l'idée selon laquelle il s'agit d'une intervention dangereuse pourrait se répandre dans la communauté.
- Suivre la procédure d'incision décrite plus haut dans le présent guide.
- Informer la patiente de l'importance de l'hygiène de la vulve et de la nécessité de maintenir la vulve propre et sèche.
- Indiquer à la patiente et à son mari/partenaire quand ils pourront sans danger reprendre une activité sexuelle. Il faudrait leur conseiller d'attendre la cicatrisation totale en général 4 à 6 semaines après l'intervention.
- Donner un rendez-vous de contrôle une semaine plus tard afin de suivre l'évolution de la cicatrisation.
- Les informations concernant la procédure d'ouverture de l'infibulation doivent être indiquées clairement dans le dossier de soins anténatals.
- Lorsque la patiente a été opérée, elle pourra accoucher sans subir de déchirure du périnée. L'épisiotomie ne sera pratiquée qu'en cas de besoin et non de manière systématique.
- L'ouverture de l'infibulation pendant la grossesse comporte des avantages outre le fait qu'elle prépare à l'accouchement. Elle permet :
  - d'obtenir des échantillons d'urine propres
  - de procéder facilement à des examens en cas d'infection vaginale, de rupture prématurée des membranes et d'hémorragie de l'antepartum.

La période anténatale donne aux agents de santé l'occasion d'informer les femmes (et d'autres membres de leur famille lorsque cela est possible) sur les conséquences ses mutilations sexuelles pour la santé. L'objectif devrait être de décourager les femmes de faire subir des mutilations sexuelles à leurs propres filles ou petites-filles et de les décourager de se faire réinfibuler après l'accouchement. Le fait de conseiller les femmes et leur mari contribuera à dissiper certains des mythes et malentendus qui entourent l'idée selon laquelle une ouverture vaginale « serrée » est nécessaire pour accroître le plaisir sexuel de l'homme. En outre, cela permettra d'exposer les dangers associés aux interventions répétées consistant à ouvrir et resuturer la vulve lors de chaque accouchement.

- Les patientes qui refusent l'intervention pendant la grossesse doivent être informées des complications risquant de survenir pendant l'accouchement et il faut leur conseiller d'accoucher en milieu hospitalier.

Synthèse

- Faire la synthèse en utilisant la liste-type des complications décrites au début de la séance.
- Résumer les principales questions concernant la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines.
- Insister sur l'importance de noter le type de mutilation sexuelle et les complications observés.

À la fin de la séance :

- Inviter les stagiaires à poser des questions et apporter des éclaircissements sur certains points si nécessaire.
- Clore la séance.

Séance 2 : Complications obstétricales liées aux mutilations sexuelles féminines et survenant pendant le travail et l'accouchement

Objectifs de la séance

À la fin de la présente séance, les stagiaires devraient être en mesure :

1. De comprendre les complications qui peuvent survenir pendant le travail et l'accouchement du fait des mutilations sexuelles féminines.

Références

- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. Genève (2000).
- *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001).\
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).
- *A practical manual for health care providers caring for women with circumcision,* par Toubia, N. A RAINBO Publication. New York, 1999.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Séances de questions-réponses.
- Discussions en petits groupes.
- Discussions en grand groupe.
- Études de cas.

Aides pédagogiques

- Études de cas.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires s'ils ont déjà vu une femme en travail présentant des mutilations sexuelles.
- Demander à ceux dont c'est le cas de faire part de leur expérience.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

- Demander aux stagiaires d'indiquer quelles sont les complications qu'une femme ayant subi des mutilations sexuelles peut rencontrer pendant le travail.
- Les laisser répondre.

Discussion en petits groupes :

- Répartir les stagiaires en petits groupes.
- Leur donner l'étude de cas suivante à examiner.

Étude de cas

Mme Piego, 20 ans, primigeste, arrive en salle de travail avec un membre de sa famille en se plaignant de ressentir des contractions depuis cinq heures. À la lecture de son dossier de soins anténatals, vous constatez qu'elle est à terme et qu'elle a subi une mutilation sexuelle du type III. C'est à vous qu'il appartient de la prendre en charge, de procéder à une évaluation complète de son état et de surveiller le travail. Vous devez élaborer un plan de soins pour Mme Piego qui tienne compte de l'importance de réduire les risques de complications liées à une mutilation sexuelle du type III, susceptibles de survenir pendant le travail et l'accouchement.

- Demander aux stagiaires d'analyser l'étude de cas et d'indiquer quelles sont les complications auxquelles ils pourraient s'attendre pour Mme Piego et l'enfant à naître compte tenu des circonstances.
- Demander aux stagiaires d'analyser les causes de ces complications.
- Leur laisser 30 minutes pour discuter.

Discussion en grand groupe :

- Inviter les stagiaires à présenter leurs travaux de groupe à l'ensemble de la classe.
- Prévoir une heure pour la présentation des travaux et la discussion.

Synthèse :

Utiliser les listes-types suivantes avec les stagiaires pour assurer que tous les cas possibles sont envisagés :

Complications liées aux mutilations sexuelles féminines pouvant survenir pendant le travail et l'accouchement

- Orifice vaginal rétréci, qui constituera un obstacle mécanique direct à l'accouchement et gênera les examens et la prise en charge pendant le travail. L'étroitesse de l'orifice peut, par exemple, empêcher un examen par voie vaginale et entraîner des erreurs lors de l'évaluation de la dilatation du col, de la surveillance du déroulement du travail et de la détermination de la présentation.
- Risque de dystocie mécanique due aux cicatrices présentes sur les organes génitaux externes qui empêchent la dilatation normale du périnée pour permettre le passage de l'enfant.
- Prolongation de la deuxième phase du travail en raison des cicatrices périnéales et de l'étroitesse de l'orifice vaginal.
- Déchirures pendant l'accouchement du fait de la rigidité du périnée causée par la présence de tissu cicatriciel autour de l'orifice vaginal.
- Fistules obstétricales dues à un travail prolongé, pendant lequel la tête de l'enfant appuie sur la vessie ou le rectum.
- Décès maternel par rupture de l'utérus provoquée par une dystocie mécanique.
- Nécessité de pratiquer une césarienne parce que l'infibulation n'a pas été ouverte pendant la grossesse.

Conséquences possibles pour le nouveau-né

- Asphyxie due à un travail prolongé.
- Lésions cérébrales néonatales dues à une dystocie mécanique.
- Lésions dues à un accouchement difficile.
- Décès dû à des complications survenues pendant l'accouchement.

À la fin de la séance :

- Inviter les stagiaires à poser des questions et apporter des éclaircissements si nécessaire.
- Poser des questions aux stagiaires pour vérifier qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Clore la séance.

Séance 3 : Évaluation et prise en charge, pendant le travail et l'accouchement, des femmes présentant des mutilations sexuelles

Objectifs de la séance

À la fin de la présente séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. Mettre en pratique des compétences d'évaluation afin d'identifier et de prendre en charge les complications liées aux mutilations sexuelles féminines survenant pendant le travail et l'accouchement.

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions à voix basse.
- Débats.
- Exercices de simulation et démonstrations.
- Séances de questions-réponses.

Aides pédagogiques

- Notes du formateur.
- Modèles anatomiques.

Préliminaires

- Demander aux stagiaires s'ils se sont déjà occupés d'une femme en travail présentant des mutilations sexuelles.
- Leur demander comment ils vérifient que le travail progresse bien.
- Les inviter à faire part de leur expérience.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires d'indiquer comment examiner une femme en travail qui a subi des mutilations sexuelles.
- Les laisser à discuter à voix basse par groupes de deux ou trois.
- Les inviter à faire part de leurs idées à la classe.

Notes du formateur :

Indiquer aux stagiaires la marche à suivre pour examiner une femme ayant subi des mutilations sexuelles qui arrive en salle de travail :

- Procéder à un interrogatoire et à un examen physique comme vous le feriez pour n'importe quelle femme en travail. Utilisez vos compétences interpersonnelles.
- Examiner la zone génitale avec soin pour évaluer l'étroitesse de l'orifice vaginal et vérifier si un accouchement normal par voie basse sera possible. En cas de problèmes, tels que la présence de cicatrices ou de chéloïdes importantes, il faudra informer la patiente des mesures à prendre pour permettre l'accouchement.

Examen physique

Indiquer aux stagiaires la marche à suivre pour l'examen physique :

- Examen général (de la tête aux pieds).
- Inspection, palpation et auscultation de l'abdomen.
- Palpation de la vessie (vérifier également que la vessie est vidée régulièrement).
- Examen des organes génitaux externes en vue d'identifier le type de mutilation sexuelle subi (suivre la procédure et les principes applicables à l'examen des organes génitaux externes des femmes ayant subi des mutilations sexuelles, déjà décrits dans le présent guide).
- Si l'orifice vaginal est étroit :
  - expliquer à la patiente les problèmes liés à l'étroitesse de l'orifice vaginal qui peuvent survenir pendant le travail et l'accouchement ;
  - l'informer qu'une épisiotomie sera nécessaire pendant l'accouchement pour agrandir l'ouverture et lui expliquer soigneusement en quoi consiste cette intervention. Si elle a subi une mutilation sexuelle du type III, lui expliquer qu'il faudra ouvrir l'infibulation et en quoi cela consiste.

Contrôle de la progression du travail

Indiquer aux stagiaires la marche à suivre :

- En cas de problème concernant l'évaluation de la phase du travail, par exemple si l'étroitesse de l'orifice rend impossible l'examen par voie vaginale, la cicatrice peut être ouverte le long de la ligne médiane. L'incision doit être réalisée au maximum d'une contraction et, généralement, sous anesthésie locale. En règle générale, le tissu cicatriciel, relativement peu vascularisé, ne saigne pas beaucoup et la suture peut être différée jusqu'après l'accouchement. Si la situation le permet, la phase du travail peut être évaluée au moyen d'autres paramètres tels que les contractions, la descente de la présentation, ainsi que le pouls fœtal.
- Observer attentivement la patiente et contrôler les signes vitaux toutes les heures.
- Lui donner des informations claires et simples sur ce à quoi elle doit s'attendre pendant l'accouchement.
- Noter toutes les observations sur le partogramme.

Démonstration :

- Demander aux stagiaires de faire la démonstration de l'examen d'une femme en travail ayant subi des mutilations sexuelles.
- Leur donner des conseils et mettre l'accent sur les principes clés de l'interrogatoire et de l'examen physique d'une femme présentant des mutilations sexuelles.

Évaluation de l'orifice vaginal pendant le travail

Indiquer aux stagiaires qu'il est important d'examiner soigneusement l'orifice vaginal pendant la deuxième phase du travail pour vérifier qu'il pourra se dilater suffisamment pendant l'accouchement. La procédure est la suivante :

- Préparer psychologiquement la patiente à cet examen en l'informant de ce que vous allez faire et pourquoi un tel examen est nécessaire.
- Lui demander la permission d'examiner ses organes génitaux.
- Préparer le matériel : un plateau avec un antiseptique, des tampons et des gants stériles.
- Préparer la patiente en l'installant en position gynécologique ; exposer uniquement les parties du corps nécessaires – ne pas exposer inutilement d'autres parties du corps.
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau ; enfiler les gants.
- Nettoyer la zone génitale avec un tampon imbibé d'antiseptique.
- Demander à la patiente de se détendre en inspirant profondément pendant que vous introduisez un doigt dans l'orifice vaginal.
- Essayer tout d'abord d'introduire doucement et avec précaution un doigt dans le vagin pour évaluer l'étroitesse de l'orifice vaginal. Si un doigt peut être introduit, essayer de le bouger de haut en bas, et de gauche à droite. S'il y a assez de place pour un deuxième doigt, essayer d'écarter les deux doigts et évaluer la résistance.
- S'il est impossible d'introduire un doigt ni même le bout du doigt, cela signifie que l'orifice vaginal est extrêmement étroit et qu'il s'agit d'une mutilation sexuelle féminine du type III.
- S'il est possible d'introduire un doigt mais impossible d'élargir l'ouverture en raison de la résistance opposée par les tissus cicatriciels, il sera nécessaire d'ouvrir l'orifice vaginal en pratiquant une épisiotomie.
- Si une épisiotomie s'impose, le dire à la patiente et pratiquer l'intervention selon la marche à suivre déjà décrite dans le présent guide.

Synthèse :

- En séance collective, faire la synthèse des points importants de l'interrogatoire et de l'examen physique.
- Inviter les stagiaires à poser des questions et apporter les éclaircissements nécessaires.

Note importante
Attirer l'attention des stagiaires sur le fait que, lorsque la progression du travail est lente, ils doivent s'attendre à un accouchement difficile et prendre les dispositions nécessaires en temps utile :

- **s'il apparaît qu'une épisiotomie faciliterait l'accouchement, elle doit être pratiquée avec la compétence requise ;**
- **si l'ouverture de l'infibulation est nécessaire, il faut préparer la patiente et procéder à l'intervention ;**
- **si une césarienne s'impose, la patiente doit être transférée suffisamment tôt vers un centre de soins disposant des installations appropriées.**

Prise en charge, pendant le travail, des femmes présentant des mutilations sexuelles des types I, II et IV

La prise en charge, pendant le travail, des femmes qui ont subi des mutilations sexuelles est la même que pour toutes les autres patientes, sauf dans les cas où la mutilation a provoqué une sténose vaginale et une inélasticité du périnée. Dans ces cas, il peut être nécessaire de pratiquer une épisiotomie (en ce qui concerne les femmes présentant des mutilations sexuelles du type III, l'infibulation doit être ouverte pendant la deuxième phase du travail, comme cela est décrit à la page suivante).

- Généralement, les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles du type I peuvent accoucher par voie basse sans épisiotomie à moins que la présence de nombreuses cicatrices rende le périnée inélastique.
- Si la mutilation a provoqué un rétrécissement de l'orifice vaginal, il est nécessaire d'agrandir l'ouverture en pratiquant une épisiotomie. Cette intervention a généralement lieu pendant la deuxième phase du travail, lorsque la présentation appuie sur la vulve.
- Généralement, le rétrécissement de l'orifice vaginal aura été détecté pendant la première phase du travail, et la patiente devra alors avoir été préparée en vue d'une épisiotomie.
- Toutefois, si la patiente arrive pendant la deuxième phase du travail, expliquez-lui qu'il est nécessaire d'agrandir l'orifice vaginal en pratiquant une épisiotomie et indiquez-lui quand et comment cette intervention sera pratiquée. (Comme déjà décrit, cette intervention devra avoir lieu au maximum d'une contraction, sous anesthésie locale et en utilisant des ciseaux spéciaux pour épisiotomie).

Démonstration :

En utilisant un mannequin comme modèle, faire la démonstration d'une épisiotomie aux stagiaires :

- Préparer la patiente.
- Préparer un plateau avec des tampons antiseptiques, des ciseaux pour épisiotomie, des gants stériles, une seringue de 5 ml et un anesthésique local.
- Informer la patiente que vous allez inciser la zone du périnée afin de faire plus de place pour que l'enfant sorte.
- Se laver les mains, enfiler des gants et nettoyer la zone du périnée.
- Introduire un ou deux doigts (cela doit se faire aisément) en les positionnant à l'endroit où vous allez administrer l'anesthésique. Cette procédure permet de protéger la tête de l'enfant.
- Faire une infiltration de 2 à 3 ml d'anesthésique local dans la zone à inciser, le long des doigts afin d'éviter de blesser l'enfant.
- En gardant le ou les doigts dans le vagin (ils doivent toujours se trouver entre les ciseaux et la tête de l'enfant), introduire les ciseaux et couper le long des doigts pour éviter de blesser l'enfant. Commencer au centre du périnée et faire un angle de 45 degrés avec vos ciseaux. Si vous êtes droitier, couper en direction de la fesse droite de la mère et si vous êtes gaucher, en direction de la fesse gauche.
- Généralement, après l'épisiotomie, l'enfant sort lentement. Appliquer fermement de la gaze sur la zone incisée pendant que la patiente continue de pousser.
- Immédiatement après l'accouchement, l'incision et les déchirures éventuelles doivent être suturées.
- Donner les soins à la mère et à l'enfant.
- Indiquer à la patiente comment nettoyer le périnée.
- Se laver les mains et débarrasser le matériel.

Prise en charge, pendant le travail et l'accouchement, des femmes présentant des mutilations sexuelles du type III

- Si la patiente était déjà venue au dispensaire anténatal, l'infibulation peut avoir été ouverte pendant la période anténatale.
- Dans les cas où l'infibulation n'a pas été ouverte pendant la grossesse, la patiente doit être informée dès la première phase du travail de la nécessité de cette intervention.
- Il faudra dire à la patiente que sa vulve sera ouverte pendant l'accouchement pour permettre le passage de l'enfant. Il faudra également l'informer que les bords de l'incision seront suturés séparément et non resuturés ensemble pour refaire une petite ouverture, et lui dire pourquoi. Elle devra être informée que l'intervention entraînera des modifications au niveau de la miction et du flux menstruel, et également lors des rapports sexuels.
- L'incision doit être pratiquée pendant la deuxième phase du travail, au maximum d'une contraction afin de réduire la douleur.
- L'incision sera faite le long de la ligne médiane de la cicatrice en direction du pubis, en faisant attention de ne pas blesser l'enfant ni léser les organes situés sous la cicatrice. Comme on l'a déjà vu, il est fréquent avec les mutilations sexuelles du type III de retrouver intacts les organes se trouvant sous la cicatrice, comme le clitoris et les petites lèvres. Procéder à l'intervention comme décrit à la page 226. Dans certains cas, lorsque la cicatrice a entraîné une inélasticité étendue de la zone entourant le vagin, une épisiotomie peut être nécessaire en plus de l'ouverture de l'infibulation.
- En général, après ouverture de l'infibulation, l'accouchement est lent.
- Après l'accouchement et la délivrance, et une fois que les premiers soins à l'enfant ont été donnés, l'incision et les déchirures éventuelles doivent être suturées.
- Si on n'a pas le temps de parler en détail de l'intervention avec la patiente si, par exemple, elle arrive en salle de travail alors qu'elle est déjà en deuxième phase il faudra revoir toutes ces questions après l'accouchement. À ce moment, on informera et conseillera la patiente quant à l'intervention, et on insistera sur l'importance d'éviter de resuturer la vulve (réinfibulation). Cette activité de conseil exigera une grande patience car la femme aura depuis toujours l'habitude d'avoir une vulve fermée. Les modifications induites par l'intervention devront être expliquées avec tact et précaution. Il faudra assurer la patiente qu'elle s'habituera à ces changements avec le temps.
- Bien assurer la patiente que vous êtes prêt à parler de la situation avec son mari/partenaire et avec toute autre personne si elle le souhaite. Ces personnes peuvent devoir également bénéficier d'un conseil. Elles devront être informées au sujet de l'ouverture de l'infibulation, de l'importance de laisser la vulve ouverte, et des conséquences pour la santé qu'entraînerait une nouvelle suture.
- Les soins post-opératoires pour une femme infibulée dont l'infibulation a été ouverte pendant le travail sont les mêmes que pour toute autre femme chez qui cette intervention a été pratiquée. Il faut informer la patiente de la nécessité d'une bonne hygiène personnelle, et lui suggérer de prendre des bains de siège pour empêcher les infections. Des pansements à base de sucre et de bouillie se sont montrés efficaces pour les soins de la plaie.

Démonstration :

- Demander à un des stagiaires de jouer le rôle d'une patiente ayant un orifice vaginal étroit dû à des mutilations sexuelles.
- Le formateur jouera le rôle du prestataire de service.
- Installer confortablement la patiente dans un lit.
- Rappeler toutes les compétences interpersonnelles à utiliser
- Se présenter à la patiente si cela n'a pas encore été fait.
- Informer la patiente que le travail progresse bien.
- Informer la patiente que pendant l'examen vous avez trouvé le passage très étroit, ce qui pourrait empêcher le bébé de sortir.
- L'informer que pour agrandir le passage et permettre l'accouchement, il faudra ouvrir l'infibulation ou faire une épisiotomie (selon le cas).

- Si une épisiotomie doit être faite pour ouvrir un orifice vaginal étroit dû à des mutilations sexuelles des types I ou II, en informer la patiente et lui dire en quoi consiste l'intervention.
- S'il est nécessaire d'ouvrir une infibulation résultant de mutilations sexuelles du type III, informer la patiente que la cicatrice sera coupée pour permettre la passage du bébé. L'informer également qu'ensuite, les bords de l'incision seront suturés séparément, le but n'étant pas de recréer une ouverture étroite. Informer également la patiente des modifications que cette intervention entraînera au niveau de la miction, de l'écoulement du sang menstruel et des rapports sexuels.
- Remercier la patiente pour sa coopération.

À la fin de la séance :

- Demander aux stagiaires de dire ce qu'ils ont appris de cette séance.
- Noter par écrit ce qu'ils ont dit afin de pouvoir vous y référer plus tard.
- Clore la séance.

Séance 4 : Prise en charge, pendant le post-partum, des femmes présentant des mutilations sexuelles

Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les stagiaires devraient être en mesure de :

1. **Identifier les problèmes dus aux mutilations sexuelles féminines et survenant au cours du post-partum**
2. **Prendre en charge pendant le post-partum les femmes ayant subi des mutilations sexuelles.**

Références

- *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001).
- *Mutilations sexuelles féminines : Prévention et prise en charge des complications. Principes directeurs à l'intention des infirmières et sages-femmes.* WHO/FCH/GWH/01.5. OMS, Genève (2001).
- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).

Méthodes pédagogiques suggérées

- Discussions à voix basse .
- Discussions collectives.
- Démonstrations.
- Pratique clinique.

Aides pédagogiques

- Écritoires.
- Graphiques.
- Tableaux à feuilles mobiles.
- Affiches, images.
- Rétroprojecteur et transparents.
- Modèles anatomiques.

Préliminaires

- Demander à quelques stagiaires de faire part de leur expérience d'une grande fatigue.
- Leur demander comment ils se sentaient à ce moment-là.

LA SÉANCE

Présenter la séance et ses objectifs.

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires quelle est la marche à suivre pour évaluer, après l'accouchement, l'état d'une femme ayant subi des mutilations sexuelles.
- Les laisser discuter à voix basse par groupes de deux ou trois.
- Leur laisser dix minutes pour discuter.

Synthèse :

Synthétiser la discussion comme suit :

- C'est pendant la période suivant immédiatement l'accouchement que les principaux problèmes peuvent survenir. Il s'agit notamment de déchirures étendues et d'hémorragies dues à des déchirures. Si une incision a été incorrectement réalisée, des déchirures peuvent s'étendre à l'urètre et à la vessie ainsi qu'au rectum. Plus tard, les déchirures suturées peuvent s'infecter et les sutures se rompre. Pour les mutilations sexuelles du type III, si l'infibulation n'a pas été ouverte, la mère et l'enfant peuvent être atteints de lésions graves, par exemple fistule vésico-vaginale et fistule recto-vaginale dans le cas de la mère et asphyxie, mortinaissance ou lésions cérébrales graves chez l'enfant. Il est donc vital d'évaluer correctement, après l'accouchement, toute femme présentant des mutilations sexuelles et son enfant.

Examen immédiat de la mère et de l'enfant

Indiquer aux stagiaires qu'immédiatement après l'accouchement, il faut examiner la mère comme suit :

- Vérifier si l'utérus s'est contracté. Si ce n'est pas le cas, le masser pour favoriser les contractions, vérifier la vessie et la vider si nécessaire, ou administrer des ocytociques.
- Si vous avez réalisé l'accouchement, enlever les gants et mettre une nouvelle paire de gants stériles.
- Rechercher les déchirures sur la vulve et à l'intérieur du canal génital.
- Nettoyer la région vulvaire pour pouvoir observer l'intérieur de la zone génitale.
- À l'aide d'un spéculum et avec un bon éclairage, rechercher des déchirures sur la paroi vaginale et le col utérin.
- Introduire très lentement le spéculum car cela peut être douloureux.
- Examiner la paroi vaginale et le col utérin.
- En cas de saignement ou de déchirures, prendre immédiatement les mesures qui s'imposent.

  Indiquer aux stagiaires qu'immédiatement après l'accouchement, il faut examiner l'enfant comme suit :
- Faire le test d'Apgar.
- Si l'enfant est asphyxié, le réanimer. Si son état est grave, le faire examiner par un médecin.

Examen ultérieur de la mère et de l'enfant

Indiquer aux stagiaires qu'ils doivent :

- Examiner les organes génitaux externes de la mère à la recherche de saignements et de tout signe d'infection, et vérifier que toute déchirure, épisiotomie ou bords d'une incision réalisée sur une mutilation sexuelle du type III cicatrisent correctement.
- Vérifier l'état de contraction de l'utérus et la présence de saignements ; vérifier l'involution normale de l'utérus.
- Évaluer l'état mental de la mère (psychologique et affectif).
- Examiner l'enfant selon la pratique courante, par exemple, vérifier l'ombilic (cicatrisation ou saignement), s'assurer que l'enfant s'alimente bien au sein.

Discussion à voix basse :

- Demander aux stagiaires quelles complications les femmes ayant subi des mutilations sexuelles peuvent présenter après l'accouchement.
- Laisser les stagiaires discuter à voix basse par groupes de deux ou trois pendant dix minutes.
- Demander aux stagiaires d'exposer le résultat de leurs discussions devant toute la classe.
- Prévoir une demi-heure pour la discussion.

Complications après l'accouchement

- Saignement primaire excessif dû à des lésions des artères et des veines lors de déchirures.
- Saignement secondaire dû à une infection de la plaie.
- Infection, qui peut conduire à une septicémie.
- Rétention urinaire si la réfection n'a pas été effectuée correctement.
- Lésions des tissus adjacents dues à des déchirures, si l'accouchement n'a pas été réalisé correctement.

  Elles peuvent entraîner :
  - Incontinence urinaire et/ou fécale.
  - Fistule vésico-vaginale.
  - Problèmes sexuels si la réfection n'a pas été effectuée correctement.
- Asphyxie du nouveau-né due à une dystocie mécanique ; elle peut entraîner des lésions cérébrales chez l'enfant.

Discussion en grand groupe :

- Demander aux stagiaires quels sont les soins à donner à une femme présentant des complications liées aux mutilations sexuelles pendant le post-partum.
- Laisser les stagiaires discuter entre eux.

Prise en charge, après l'accouchement, d'une femme présentant des mutilations sexuelles

Indiquer aux stagiaires que la prise en charge, au cours du post-partum, des femmes ayant subi des mutilations sexuelles est la même que pour toute autre patiente. Cependant, ces femmes ont besoin de davantage de soins

psychologiques lorsque la vulve a été ouverte et n'a pas été refermée pour remettre les organes génitaux externes dans l'état où ils se trouvaient avant la grossesse et l'accouchement. Ces femmes devront apprendre à accepter des modifications considérables de la vulve par rapport à ce qu'elles ont connu jusqu'alors. La vulve ouverte sera différente par son aspect et dans sa fonction d'une vulve infibulée.

Les patientes demandent parfois à être resuturées après l'accouchement. Dans les pays où il existe des lois qui interdisent de refermer une infibulation après ouverture, il est relativement simple de faire face à cette situation, car l'infirmière/sage-femme peut simplement déclarer que la loi ne permet pas de resuturer l'ouverture. Mais dans les pays qui ne disposent pas de telles lois, une demande de réinfibulation peut placer l'infirmière/sage-femme devant un réel dilemme. Devant une telle situation, l'infirmière/sage-femme doit se conformer aux directives de l'établissement. Quelle que soit la législation concernant les mutilations sexuelles féminines, le conseil et l'éducation concernant cette question sont extrêmement importants et tout doit être fait pour décourager la pratique de la réinfibulation.

Soins immédiats :

En cas d'hémorragie :

- Suturer immédiatement toute déchirure et épisiotomie. Suturer également les bords de l'incision en cas d'ouverture d'une infibulation (selon la marche à suivre déjà décrite).
- Si l'utérus ne se contracte pas, expulser les caillots, masser l'utérus pour favoriser les contractions et administrer un ocytocique si nécessaire.
- Veiller à ce que la patiente ne se refroidisse pas.
- En cas d'hémorragie du post-partum sévère, appeler un médecin.

En cas d'asphyxie du nouveau-né :

- Réanimer le nouveau-né et, si son état est grave, le faire examiner par un médecin.

Suivi pendant le post-partum

- On donnera aux femmes ayant subi des mutilations sexuelles des types I, II et IV et ne présentant pas de complications après l'accouchement les mêmes conseils qu'à toute autre patiente.
- Assurer la patiente que vous êtes à sa disposition pour répondre à toute question qu'elle pourrait avoir quant à ses soins ou aux soins du bébé, ou à ses préoccupations d'ordre sexuel.
- Donner les soins habituels du post-partum pour la mère et l'enfant.
- Les femmes ayant subi des mutilations sexuelles du type III doivent recevoir les mêmes types de soins postnatals que les autres patientes, mais auront besoin de davantage d'informations, de conseils et de soutien pour s'adapter aux modifications consécutives à la désinfibulation, et aussi pour les décourager de chercher à se faire réinfibuler après avoir quitté l'établissement de soins. Parler avec elles de la sensation d'humidité et la sensibilité accrue de la vulve qui a été ouverte, sensation qui peut être nouvelle pour elles. Leur conseiller de porter des sous-vêtements amples pour atténuer la gêne due au frottement.
- Offrir séparément un conseil psychosexuel au mari de façon à lui faire prendre conscience de l'importance de ne pas refermer l'infibulation après l'avoir ouverte et à l'aider à faire face aux modifications d'ordre sexuel.
- Une femme ayant subi des mutilations sexuelles quel qu'en soit le type et qui donne naissance à une fillette doit être informée des conséquences de faire exciser la fillette. Le mari et les autres membres de la famille qui jouent un rôle important dans les décisions quant aux mutilations sexuelles, par exemple la mère et la belle-mère, devront également recevoir un conseil sur ces questions.
- Comme toute autre patiente en période de post-partum, les femmes ayant subi des mutilations sexuelles doivent être conseillées au sujet de l'importance de l'hygiène personnelle, d'une bonne alimentation, d'un repos suffisant et des soins aux nouveau-nés y compris l'allaitement au sein. Elles doivent également recevoir

des conseils en matière de planification familiale et tous autres conseils donnés aux autres accouchées.

- Les informations sur le type de mutilation sexuelle et les complications doivent être notées.

À la fin de la séance

- Récapituler les points principaux.
- Poser des questions aux stagiaires afin de vérifier qu'ils ont compris les enseignements de la séance.
- Clore la séance
  - Préparer les stagiaires à mettre en pratique leurs compétences.
  - Offrir la possibilité de pratiquer en contexte clinique.

APPENDICE 1 : ÉTUDES DE CAS

CAS 1

Adela est une femme de 27 ans qui vit au Nigéria. Elle vend des ignames sur un marché de village. Elle est mariée depuis quatre ans mais n'a pas d'enfant. Elle fréquente l'église pentecôtiste où elle s'est liée d'amitié avec l'une des soeurs, Dua, qui travaille comme sage-femme dans un dispensaire privé. Un jour, Adela demanda à son amie si elle voulait bien jeûner et prier pour elle car sa vie devenait difficile du fait qu'elle n'arrivait pas à être enceinte. Son amie accepta, mais prit aussi le temps de parler de ce problème avec elle.

Adela dit à son amie qu'elle était vierge lorsqu'elle s'est mariée, et qu'elle pensait que c'était la raison pour laquelle son mari l'aimait même si elle n'avait pas encore d'enfant. Toutefois, elle désire avoir des enfants car sa belle-mère a questionné son mari à ce sujet. Elle pense également que, même si son mari ne semble pas préoccupé actuellement, cela peut changer car aucun homme africain ne peut être heureux longtemps avec une épouse qui ne lui donne pas d'enfant.

Interrogée sur son enfance, Adela révéla qu'elle avait été excisée à l'âge de huit ans. Après l'opération, elle avait été très malade pendant un mois. Elle avait de la fièvre et la plaie était douloureuse et malodorante. Elle se souvint que la pièce où elle était soignée sentait si mauvais qu'elle était gênée lorsque des gens venaient la voir. Elle dit que sa mère lui avait donné des remèdes traditionnels à boire et à appliquer sur la zone génitale, mais que son état ne s'était pas amélioré. Elle avait été hospitalisée dans un état très grave et tout le monde pensait qu'elle allait mourir.

Dua conseilla à son amie de voir un médecin pour se faire examiner et prit un rendez-vous pour elle chez l'un des gynécologues du dispensaire où elle travaillait. Les examens révélèrent qu'Adela avait les trompes de Fallope complètement bouchées, et le médecins lui dit que cela était dû à une infection. Son problème était donc une stérilité primaire. Le médecin dit qu'on pourrait essayer de déboucher les trompes par une intervention chirurgicale. Mais Adela et son mari n'ont pas encore pu réunir assez d'argent pour l'opération.

CAS 2

Yemeni est un homme de 32 ans, moniteur en soins obstétricaux dans une école de médecine en Éthiopie. Sa femme travaille comme employée de bureau dans l'hôpital où il enseigne. Ils ont une fille de 3 ans. Tous deux viennent d'une région où traditionnellement, tous les bébés de sexe féminin subissent l'excision du clitoris avant l'âge d'un mois. Avant de se marier, Yemeni avait eu l'occasion d'assister à un atelier sur les mutilations sexuelles féminines, qui l'avait sensibilisé à ce problème et lui avait fait prendre conscience que cette tradition était nocive.

Il décida donc de ne pas faire exciser sa fille. Il en parla à sa femme et elle fut d'accord avec lui de ne pas faire exciser la fillette. Mais la famille vit avec la mère de Yemeni qui veut que sa petite-fille soit excisée. Elle se plaint constamment que la fillette devient de plus en plus turbulente car elle n'est pas excisée. « Il est temps de vous décider à faire exciser cette petite fille, regardez comment elle se conduit. Qui voudra l'épouser ? » Ou elle dit à la femme de Yemeni « Je ne peux pas supporter de voir que vous violez notre tradition. Cette petite fille appartient à notre clan ; elle doit être excisée ; c'est notre culture ». Yemeni persiste à dire à sa mère que les mutilations sexuelles féminines ont des effets nocifs, et il lui a dit clairement qu'en aucun cas, il ne ferait exciser la fillette. Il dit qu'il est difficile de continuer à tenir tête à sa mère, mais il tiendra bon.

CAS 3

Asma est une femme au foyer de 30 ans. À l'âge de 6 ans, elle a été infibulée. Elle se souvient encore de la douleur et de la brutalité de l'opération. Elle a été mariée à l'âge de 16 ans et dit que la douleur qu'elle a eue lorsque son mari l'a pénétrée était telle qu'elle a eu très peur de lui pendant longtemps car elle pensait qu'il était brutal. Les rapports sexuels ont continué à être douloureux pendant les six premiers mois du mariage et elle n'a jamais eu de plaisir sexuel, mais accepte les relations en tant que devoir conjugal.

Asma a quatre enfants, dont une fillette de 2 mois. A chaque accouchement, elle a été ouverte pour permettre le passage du bébé puis recousue après la naissance. Son mari insiste sur le fait qu'elle doit avoir un vagin étroit. Asma se demande actuellement si elle fera infibuler sa fille. Elle pense que si elle le fait, l'infibulation devra être moins serrée que pour elle car elle ne veut pas que sa fille souffre le même martyre qu'elle.

CAS 4

Meda est une femme de 35 ans qui enseigne à l'université, et qui a décidé que ses deux filles ne seraient pas excisées comme elle-même et ses soeurs l'avaient été. Les filles de Meda sont nées alors que Meda et son mari étudiaient à l'étranger. Lorsque la famille est rentrée à la maison, la mère et la belle-mère de Meda ont demandé si les fillettes avaient été excisées. Meda leur dit que non et expliqua aux vieilles femmes qu'elle et son mari avaient décidé de ne pas faire mutiler les fillettes.

Meda reprit son travail, mais ne put trouver une personne pour garder les enfants pendant la journée. Comme sa belle-mère habitait la même ville, elle décida de lui laisser les fillettes pendant la semaine et de venir les chercher le vendredi soir pour les garder à la maison pendant le week-end. Un vendredi soir, lorsqu'elle vint chercher ses filles, elle fut surprise de ne pas les trouver en train de jouer dehors comme d'habitude. Sa belle-mère lui expliqua qu'elles ne pouvaient pas sortir car elles n'étaient pas bien. Meda pensa que peut-être elles avaient juste de la fièvre. Mais lorsqu'elle entra dans la chambre, les fillettes crièrent : « Maman, j'ai mal ! » Elle ne réalisa pas immédiatement que les fillettes avaient été mutilées, mais sa belle-mère annonça fièrement : « J'ai excisé mes petites-filles, je l'ai fait pour leur bien ».

CAS 5

Agnès est une villageoise qui a été excisée lorsqu'elle était enfant. Elle ne se souvient pas quel âge elle avait à l'époque, mais juste qu'elle a toujours eu cette cicatrice. Elle se maria à 17 ans et au bout de quatre mois s'aperçut qu'elle était enceinte.

Agnès décida d'accoucher à domicile et lorsque le travail commença, son mari appela une accoucheuse traditionnelle réputée et expérimentée. Elle resta en travail pendant deux jours, et donna enfin naissance à un bébé mort-né. Agnès fut gravement déchirée pendant l'accouchement et dut être hospitalisée pour faire suturer les déchirures. Comme elle saignait abondamment, elle reçut une transfusion de sang.

Cependant, les déchirures étaient si étendues qu'Agnès eut une fistule vésico-vaginale, qu'elle fit opérer huit mois après l'accouchement. Mais l'opération échoua et elle doit maintenant subir une nouvelle opération pour tenter de réparer la fistule. Elle espère vivement que cette opération réussira. Pendant qu'elle est en traitement, elle habite de nouveau chez ses parents. Mais elle dit que son mari, un agriculteur, la soutient beaucoup et vient régulièrement la voir.

CAS 6

Ella est une femme de 19 ans mariée à un soldat. Elle a une fillette de 2 ans qui a été infibulée à l'âge de 7 jours. L'enfant a dû être hospitalisée plusieurs fois en raison d'infections urinaires. Au cours d'entretiens avec Ella, celle-ci révéla qu'elle avait été également mutilée lorsqu'elle était enfant, et qu'elle avait souffert toute sa vie. Elle expliqua qu'elle avait été ouverte pendant l'accouchement et recousue pour recréer une petite ouverture. Elle ne voulait

pas que sa fille subisse l'intervention, mais elle n'a pas réussi à convaincre sa belle-mère d'accepter l'idée de ne pas faire exciser la fillette.

Le pays où vit Ella est maintenant en guerre et son mari a été envoyé au front. Une semaine après son départ, sa mère inspecta les organes génitaux d'Ella puis appela une accoucheuse traditionnelle, qui lui fit une suture encore plus serrée afin d'assurer qu'elle resterait chaste jusqu'au retour de son mari.

APPENDICE 2 : INTERROGATOIRE D'UNE FEMME OU D'UNE FILLETTE PRÉSENTANT DES MUTILATIONS SEXUELLES

LISTE DE CONTRÔLE

Point à examiner	Observé	Non observé	Sans objet
1. Accueille et salue la patiente d'une façon culturellement appropriée			
2. Met la patiente à l'aise en lui offrant un siège			
3. S'assied au même niveau que la patiente			
4. Se présente et demande le nom de la patiente			
5. S'adresse à la patiente en l'appelant par son nom			
6. Commence par poser des questions générales comme : « Comment allez-vous ? », « Comment va votre famille ? »			
7. S'assure que la patiente est détendue et prête à se confier avant de poser des questions sur les mutilations sexuelles			
8. Lorsque la patiente est prête à se confier, pose avec tact des questions sur les mutilations sexuelles en utilisant les termes culturellement appropriés			
9. Observe la gestuelle de la patiente.			
10. Assure la patiente qu'il a l'habitude de s'occuper de ce genre de cas			
11. Fait preuve d'empathie et utilise des techniques de facilitation pour permettre à la patiente de s'exprimer			
12. Maintient le contact visuel			
13. Laisse la patiente s'exprimer librement			
14. Est patient et ne force pas la patiente à parler si elle est hésitante			
15. Si la patiente se met à pleurer, est patient et la réconforte			
16. Ne fait pas de fausses promesses			
17. Une fois établi que la patiente est mutilée, l'informe au sujet de l'examen physique, qui comprendra l'examen de la zone génitale			
18. Rassure la patiente			
19. Note ses observations			
20. Si la patiente n'est pas encore prête à se confier, fixe un autre rendez-vous			

APPENDICE 3 :
EXAMEN PHYSIQUE D'UNE FEMME OU D'UNE FILLETTE PRÉSENTANT DES MUTILATIONS SEXUELLES

LISTE DE CONTRÔLE

Point à examiner	Observé	Non observé	Sans objet
1. Prépare le matériel nécessaire			
2. Explique à la patiente en quoi consiste l'examen			
3. Demande à la patiente l'autorisation de l'examiner			
4. Assure la patiente de la confidentialité de la consultation			
5. Assure le respect de l'intimité de la patiente			
6. Si une autre personne est présente, demande à la patiente si cette personne peut rester et respecte son désir			
7. Demande à la patiente de vider sa vessie			
8. Demande à la patiente d'enlever ses sous-vêtements et l'aide à s'allonger confortablement sur le lit ou la table d'examen			
9. Découvre la zone génitale			
10. Se lave soigneusement les mains et enfile des gants			
11. Inspecte les organes génitaux externes pour identifier le type de mutilation sexuelle			
12. Pose avec tact des questions à la patiente au sujet de la miction, du flux menstruel et des rapports sexuels le cas échéant			
13. S'il est nécessaire d'introduire un doigt dans l'orifice vaginal, nettoie la zone génitale avec une lotion antiseptique			
14. Le cas échéant, lubrifie son doigt et essaie d'introduire lentement le bout de l'index en observant la réaction de la patiente, puis introduit la totalité de l'index et un deuxième doigt si nécessaire			
15. Respecte les réactions de la patiente			
16. Avant d'enlever les gants, vérifie tout écoulement anormal			
17. Après l'examen, remercie la patiente de sa coopération			
18. Enlève ses gants et se lave les mains			
19. Après l'examen, aide la patiente à se lever et à se mettre à l'aise			
20. Note ses observations et en fait part à la patiente			
21. Met à tremper les instruments utilisés dans un désinfectant en attendant de les stériliser			

APPENDICE 4 :
CONSEIL DESTINÉ À UNE FEMME OU UNE FILLETTE PRÉSENTANT DES MUTILATIONS SEXUELLES

LISTE DE CONTRÔLE

Point à examiner	Observé	Non observé	Sans objet
Préparation pour le conseil			
1. Prépare un endroit séparé, de préférence une pièce : – qui ferme à clé – où la patiente et le conseiller ne seront pas dérangés – bien aérée et bien éclairée			
2. Confirme à la patiente la durée de l'entretien			
La séance de conseil :			
1. Salue et accueille la patiente d'une façon culturellement appropriée			
2. L'invite à s'asseoir			
3. La met à l'aise			
4. Se présente à la patiente			
5. Demande le nom de la patiente			
6. S'assied en face de la patiente et au même niveau			
7. Remercie la patiente d'être venue et explique brièvement les services dont dispose l'établissement			
8. Commence par des questions anodines et générales			
9. Aide la patiente à expliquer les motifs de sa visite			
10. Écoute soigneusement et observe les indices gestuels			
11. Fait preuve de patience, laisse la patiente exprimer librement ses sentiments et ses soucis			
12. Fait preuve d'empathie lorsque la patiente décrit une situation difficile			
13. Paraphrase les informations données par la patiente pour éviter tout malentendu			
14. Explique à la patiente de quelle façon il peut l'aider			
15. Pour les questions délicates comme les problèmes sexuels, cherche avec tact à découvrir quel est le problème réel			
16. Donne des informations exactes concernant le problème			
17. S'abstient de donner des instructions			
18. Aide la patiente et son partenaire/accompagnant à prendre une décision en connaissance de cause			
19. Aide la patiente à appliquer la décision			
20. Organise le suivi avec la patiente			
21. Remercie la patiente d'être venue			

APPENDICE 5 :
OUVERTURE D'UNE INFIBULATION (MUTILATIONS SEXUELLES DU TYPE III)

LISTE DE CONTRÔLE

Point à examiner	Observé	Non observé	Sans objet
Préparation de la patiente (et de son partenaire/accompagnant)			
1. Explique ce que sont les organes génitaux externes normaux et infibulés			
2. Explique la législation concernant les mutilations sexuelles féminines dans le pays			
3. Donne des renseignements complets sur l'intervention qui consiste à ouvrir l'infibulation			
4. Informe la patiente qu'après l'ouverture de l'infibulation, la vulve ne sera pas resuturée pour refaire une petite ouverture, mais que les deux bords seront suturés séparément			
5. Informe la patiente des modifications physiques qui suivront l'ouverture de l'infibulation : – modification d'aspect – modification de la miction – modification des rapports sexuels – augmentation de la sensibilité de la zone ouverte – augmentation de la sensation d'humidité			
6. Assurer la patiente de la confidentialité de l'intervention			
7. Explique à la patiente qu'un anesthésique local sera utilisé			
8. Parle clairement de la longueur de l'ouverture à pratiquer et se met d'accord avec la patiente			
Préparation du matériel			
– Plateau avec tampons antiseptiques			
– Tampons de gaze			
– Ciseaux droits			
– Gants stériles			
– Deux clamps pour artères			
– Pinces hémostatiques			
– Pinces à saisir les tissus			
– Seringue et aiguille			
– Aiguille à coudre et porte-aiguille			
– Lotion antiseptique			
– Lidocaïne			
– Lubrifiant			
– Linge stérile, toile imperméable			
– Savon, récipient pour les déchets			

LISTE DE CONTRÔLE

Point à examiner	Observé	Non observé	Sans objet
L'intervention :			
1. Met la patiente à l'aise			
2. Rassemble tout le matériel nécessaire à côté du lit			
3. Se présente à la patiente et lui demande ou vérifie son nom			
4. Assure l'intimité de l'intervention et rassure la patiente quant à la confidentialité de l'intervention			
5. Revient sur l'entretien initial et rappelle à la patiente les résultats de l'examen physique et l'indication d'ouverture de l'infibulation			
6. Découvre la zone génitale et se lave les mains			
7. Enfile des gants			
8. Nettoie la zone génitale avec un antiseptique			
9. Introduit lentement et doucement un doigt, une pince ou un dilatateur dans l'ouverture pour soulever la cicatrice			
10. Fait une infiltration de 2-3 ml d'anesthésique local, selon les besoins, le long de la cicatrice et des deux côtés, à l'endroit où sera faite l'incision			
11. En gardant les doigts sous la cicatrice, introduit les ciseaux et incise le long de la cicatrice en évitant de léser les organes adjacents, ou de blesser le bébé si l'ouverture est pratiquée pendant le travail			
12. Incise le long de la ligne médiane en direction du pubis pour exposer le méat urétral. N'incise pas au-delà du méat urétral			
13. Donne des informations sur les soins post-opératoires de la région périnéale : – conseille de prendre des bains de siège trois fois par jour ou d'appliquer de l'huile d'avoine – conseille de sécher doucement la région après les bains de siège – conseille l'application d'une crème adoucissante			
14. Donne des antibiotiques si nécessaire			
15. Donne un rendez-vous de contrôle pour la semaine suivante			

APPENDICE 6 : RESSOURCES PÉDAGOGIQUES ET ÉDUCATIVES

Films et vidéos

- A *compilation of videos on Female Genital Mutilation.* UNHCR Programme and Technical Support Section. Case Postale 2500, CH-1211 Genève. Cette vidéo dure environ 70 minutes et présente les films suivants :

– *Scarred for life.* (25 minutes), produit par ABC, programme spécial appelé Day One. Ce film complète les aspects abordés dans l'introduction aux mutilations sexuelles féminines.

– *A Dangerous Practice.* (12 minutes), produit par le programme d'information du Royaume-Uni. Ce film traite essentiellement de la question des droits humains.

– *Welcome to Womanhood.* (15 minutes), produit par Charlotte Metcalf. Il s'agit d'un rapport du projet « Reach » à Kapchorwa (Ouganda). « Reach » est un projet qui a été lancé par le Fonds des Nations Unies pour la Population afin de travailler avec le peuple sabiny pour stopper la pratique dangereuse de la circoncision féminine. Le film traite des croyances, valeurs et attitudes traditionnelles, et convient particulièrement pour des discussions sur la participation des hommes à la prévention des mutilations sexuelles féminines.

– *Infibulation : The Worst type of Female Genital Mutilation* (12 minutes). Ce film produit par l'IAC montre la pratique de l'infibulation. Les images peuvent être très choquantes et certains stagiaires peuvent éclater en sanglots. Ils devront être soutenus par les formateurs et encouragés à se soutenir mutuellement. Ce film est particulièrement utile dans le cadre de l'enseignement sur les différents types de mutilations sexuelles féminines, ou pour accompagner les efforts visant à modifier les croyances et attitudes vis-à-vis des mutilations sexuelles féminines.

– *From Awareness to Action Eradication of Female Genital Mutilation in Somalia. Eradicating Female Genital Mutilation in Somali Refugee Camps in Eastern Ethiopia.* UNHCR Liaison Office. P.O. Box 1076, Addis Abeba, Éthiopie.

Ce film est particulièrement adapté à l'enseignement du module II, sur la participation de la communauté à la prévention des mutilations sexuelles féminines.

– Film OMS : *La voie du changement – un film sur les mutilations sexuelles féminines.* OMS, Genève (2000). Ce film expose les origines de la pratique. Il décrit les différents types de mutilations sexuelles féminines et les efforts réalisés en vue de l'élimination de cette pratique dans divers pays. Il est particulièrement adapté à l'enseignement des modules I et II.

Documents produits par l'OMS

- *Les mutilations sexuelles féminines : Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP.* OMS, Genève (1997)
- *Female Genital Mutilation. Information Kit.* WHO/FRH/WHD/99.11. OMS, Genève (1996).
- *Mutilations sexuelles féminines. Rapport d'un Groupe de travail technique de l'OMS. Genève, 17-19 juillet 1995.* WHO/FRH/WHD/96.10. OMS, Genève (1996).
- *Les mutilations sexuelles féminines. Aperçu du problème.* OMS, Genève (1998).
- *Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations sexuelles féminines. Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 juillet 1997.* WHO/FCH/GWH/01.2. OMS, Genève (2001).
- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth.* WHO/FCH/WMH/00.2. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation: A Handbook for frontline workers.* WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. OMS, Genève (2000).
- *Female Genital Mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't. A review.* WHO/CHS/WMH/99.5. OMS, Genève (1999).

- *Summary of international and regional human rights texts relevant to the prevention of violence against women.* WHO/GCWH/WMH/99.3. OMS, Genève (1999).
- *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health : A facilitator's guide.* WHO/ADH/93.3. OMS, Genève (1993)
- R. J. Cook (1994). *La santé des femmes et les droits de l'individu.* OMS, Genève.
- *The right path to health : Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision.* OMS, Bureau régional pour la Méditerranée orientale (1996).

Livres et brochures

- *Tradition ! Tradition ! A story of Mother Earth.* By Dorkenoo, E., published by FORWARD Ltd., Londres, 1992.
- *Yimmer's story.* Published by The National committee on Traditional Practices in Ethiopia, 1995.
- *Alia's story.* Published by The National committee on Traditional Practices in Ethiopia, 1995.
- *Fatoumata's story.* Published by Turin centre regional programme. AIC/AIDO/ILO (1995).
- *Female Genital Mutilation : The Unspoken Issue.* Published by The Royal College of Nursing, Londres, 1994.
- Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose, Female Genital Mutilation: The practice and its prevention.* Minority Rights Publications, Londres.
- Toubia, N. (1999). *A practical manual for health care providers caring for women with circumcision.* A RAINBO Publication. New York, 1999.
- Smith, J. (1995). *Visions and discussions on genital mutilation of girls : An international survey.* Published by Defense for Children International, Pays-Bas.
- Johns Hopkins Population Information Program (1997). *The Essentials of contraceptive Technology : A Handbook for Clinic Staff. Publisher of Population Reports.* OMS, Genève.

Textes internationaux sur les droits humains

- Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)
- Convention relative aux droits de l'enfant (1989)
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981)

Les documents OMS sur les mutilations sexuelles féminines sont disponibles sur le site internet www.who.int/frh-whd

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

Mutilations
sexuelles féminines
Guide du **formateur**

On estime actuellement à 100-140 millions le nombre de fillettes et de femmes qui, dans le monde, ont subi une forme ou une autre de mutilation sexuelle et à 2 millions le nombre de fillettes qui risquent chaque année une telle mutilation. Les mutilations sexuelles féminines constituent une violation des droits humains applicables aux fillettes et aux femmes et représentent une grave menace pour leur santé. La grande majorité des femmes concernées vivent en Afrique subsaharienne, mais cette pratique est également connue dans certaines parties du Moyen-Orient et d'Asie. Aujourd'hui, on rencontre de plus en plus de femmes ayant subi des mutilations sexuelles en Europe, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique, principalement du fait des migrations. Les complications des mutilations sexuelles féminines physiques, psychologiques et sexuelles recouvrent un large éventail, et certaines d'entre elles sont gravement invalidantes. Elles exigent une prise en charge réalisée avec tact et compétence par des agents de santé, mais pourtant ces mutilations sont rarement mentionnées, et encore moins examinées en détail, dans les programmes de formation des professionnels de santé. L'OMS s'emploie à combler ces lacunes de la formation professionnelle. Les infirmières et sages-femmes sont souvent les premiers prestataires de soins et dans certains cas les seuls agents de santé qualifiés disponibles. La présente série de matériels didactiques (guide du formateur, manuel du stagiaire et principes directeurs) a été préparée dans le but de renforcer la capacité des personnels de santé en matière de prévention et de prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines. Nous espérons que le fait d'intégrer les mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études des professionnels de santé s'ajoutera aux pressions visant à l'élimination de ces pratiques.

Département Genre et santé de la femme
Département Santé et recherche génésiques
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé
Genève