



**SOINS POUR LES FILLES
ET LES FEMMES VIVANT
AVEC DES MUTILATIONS
SEXUELLES FÉMININES**

MANUEL CLINIQUE



**Organisation
mondiale de la Santé**

SOINS POUR LES FILLES ET LES FEMMES VIVANT AVEC DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

MANUEL CLINIQUE



**Organisation
mondiale de la Santé**

Soins pour les filles et les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines: manuel clinique [Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook]

ISBN 978-92-4-000241-8 (version électronique)

ISBN 978-92-4-000242-5 (version imprimée)

© **Organisation mondiale de la Santé 2020**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Soins pour les filles et les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines: manuel clinique [Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

1
COMPRENDRE
LES MUTILATIONS
SEXUELLES FÉMININES

2
COMMUNIQUER
AVEC LES FILLES ET
LES FEMMES VIVANT
AVEC DES MGF

3
COMPLICATIONS
PHYSIQUES
IMMÉDIATES ET
À COURT TERME
DES MGF

4
SOINS
GYNÉCOLOGIQUES ET
UROGYNÉCOLOGIQUES

5
PRODIGER DES
SOINS AUX FEMMES
PRÉSENTANT DES
MGF PENDANT LA
GROSSESSE, LE TRAVAIL,
L'ACCOUCHEMENT
ET LE POST-PARTUM

6
LA
DÉSINFIBULATION

7
SANTÉ MENTALE
ET MGF

8
SANTÉ SEXUELLE
ET MGF

9
CONSIDÉRATIONS
SUPPLÉMENTAIRES

Contents

Préface	x
Remerciements	xii
Principes directeurs du manuel	1
À propos de ce manuel	2
CHAPITRE 1. COMPRENDRE LES MGF	11
1.1 Comprendre les mutilations sexuelles féminines	14
1.2 Croyances au sujet des mutilations sexuelles féminines et manière d'y répondre	20
1.3 Classification des mutilations sexuelles féminines	26
1.4 Mutilations sexuelles féminines et droits humains	34
CHAPITRE 2. COMMUNIQUER AVEC LES FILLES ET LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF	39
2.1 L'importance de parler des MGF	42
2.2 Les bases d'une communication efficace	48
2.3 Considérations éthiques	54
2.4 Travailler avec des interprètes et des médiateurs culturels	58
2.5 Les soins centrés sur la femme et le rôle des proches	60
2.6 La consultation : Quand et comment parler des MGF	64
2.7 Enregistrer les MGF dans le dossier médical de la patiente	78

CHAPITRE 3. COMPLICATIONS PHYSIQUES IMMÉDIATES ET À COURT TERME DES MGF **81**

3.1	Aperçu des complications physiques immédiates et à court terme	84
3.2	Évaluer les complications physiques immédiates et à court terme des mutilations sexuelles féminines	86
3.3	Douleur sévère et lésions tissulaires	92
3.4	Hémorragies	94
3.5	Choc hémorragique	98
3.6	Infections et septicémie	100
3.7	Œdème des tissus génitaux	102
3.8	Rétention aiguë d'urine	104

CHAPITRE 4. SOINS GYNÉCOLOGIQUES ET UROGYNÉCOLOGIQUES **107**

4.1	Vue d'ensemble : Conséquences gynécologiques et urogynécologiques des MGF	110
4.2	Évaluation des conséquences gynécologiques et urogynécologiques à long terme des MGF	112
4.3	La douleur vulvaire chronique	118
4.4	Le névrome clitoridien	120
4.5	Les infections de l'appareil reproducteur	122
4.6	Les difficultés menstruelles	126
4.7	Les infections de l'appareil urinaire	128

4.8	La miction douloureuse ou difficile	132
4.9	Les kystes d'inclusion épidermiques dans la région génitale	134
4.10	Les chéloïdes dans la région génitale	136
4.11	Planification familiale pour les femmes vivant avec des MGF	138
4.12	Dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec des MGF	140

CHAPITRE 5. PRODIGUER DES SOINS AUX FEMMES PRÉSENTANT DES MGF PENDANT LA GROSSESSE, LE TRAVAIL, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM **147**

5.1	Risques obstétricaux associés aux MGF	150
5.2	Soins prénatals	154
5.3	Prise en charge des complications liées à la grossesse associées aux MGF	164
5.4	Évaluation, pendant la grossesse, des femmes présentant une mutilation sexuelle de type III	174
5.5	Évaluation et prise en charge du travail et de l'accouchement	178
5.6	La période post-partum chez les femmes vivant avec des MGF	188

CHAPITRE 6. LA DÉSINFIBULATION **197**

6.1	Désinfibulation : Indications et contre-indications Conseiller	200
6.2	Prise de décision concernant la désinfibulation	204
6.3	Conseils concernant la désinfibulation	210
6.4	Désinfibulation : Ouverture d'une infibulation (MGF de type III)	218

CHAPITRE 7. SANTÉ MENTALE ET MGF **229**

7.1	L'importance de s'occuper de la santé mentale	232
7.2	Problèmes et troubles de santé mentale associés aux MGF	234
7.3	Évaluer la santé mentale des femmes vivant avec des MGF	238
7.4	Soutien et soins de base en santé mentale pour les femmes vivant avec des MGF	254
7.5	Évaluation approfondie et prise en charge avancée de troubles de santé mentale particuliers : Dépression, anxiété et état de stress post-traumatique (ESPT)	270
7.6	Autres problèmes de santé mentale	304

CHAPITRE 8. SANTÉ SEXUELLE ET MGF **313**

8.1	Comprendre la santé sexuelle	316
8.2	La réponse sexuelle de la femme	318
8.3	Structures anatomiques impliquées dans la réponse sexuelle de la femme	322
8.4	Facteurs qui influencent le bien-être sexuel des femmes	328
8.5	Conséquences des MGF sur la santé sexuelle	334
8.6	Comment aborder la santé sexuelle et le bien-être sexuel des femmes vivant avec des MGF	342
8.7	Évaluer la santé sexuelle et le bien-être sexuel des femmes vivant avec des MGF	348
8.8	Soutien et soins de première ligne en santé sexuelle pour les femmes vivant avec des MGF	354
8.9	Chirurgie vulvaire et reconstruction du clitoris	370

CHAPITRE 9. CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES	377
9.1 L'éthique professionnelle et la médicalisation des MGF	380
9.2 Les MGF et la loi	386
9.3 Protection de l'enfant et MGF	392
9.4 MGF et asile	400
9.5 Les MGF dans les situations de conflit, d'urgence ou de crise humanitaire	410

OUTILS DE TRAVAIL

I Classification des mutilations sexuelles féminines

II Enregistrement visuel des MGF

III Pratiquer une désinfibulation

IV Gestion des problèmes en cinq étapes

V Schémas des organes génitaux féminins

PRÉFACE

On estime que plus de 200 millions de filles et de femmes dans le monde vivent avec des mutilations sexuelles féminines, qui peuvent avoir une influence sur de nombreux aspects de la santé et du bien-être d'une femme. Malgré cette forte prévalence dans de nombreux milieux et les conséquences qui en découlent sur le plan de la santé, beaucoup de dispensateurs de soins ont une connaissance limitée des mutilations sexuelles féminines et ne possèdent pas toujours les capacités requises pour prévenir et prendre en charge les complications associées. Pour combler cette lacune, l'OMS continue à élaborer des lignes directrices et des outils fondés sur des preuves scientifiques pour veiller à ce que les filles et les femmes touchées reçoivent les meilleurs soins possibles.

Cette publication a ceci de nouveau qu'elle regroupe les recommandations fondées sur des preuves scientifiques dans un outil pratique et convivial utilisable au quotidien par le personnel de santé. Elle couvre un large éventail de sujets liés à la santé répartis dans neuf chapitres, allant des connaissances de base et des compétences essentielles en matière de communication, jusqu'à la prise en charge d'un grand nombre de complications. De plus, elle explique comment offrir un appui de première ligne en matière de santé mentale et sexuelle dans le cadre d'un système complet de soins visant à aborder de multiples aspects de la santé et du bien-être des femmes.

Ce manuel clinique est basé sur les Lignes directrices de l’OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines publiées en 2016. Il s’appuie également sur d’autres publications de l’OMS, en particulier :

- le Guide du formateur et le Manuel du stagiaire faisant partie d’une série de matériels consacrés aux 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*, 2001 ;
- *Éliminer les mutilations sexuelles féminines – Déclaration interinstitutions*, 2008;
- *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*, 2010 ; et
- *Guide d’intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l’utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées – Version 2.0*, 2018.

REMERCIEMENTS

Ce manuel clinique a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec des professionnels de la santé et des experts du monde entier qui travaillent en vue d'offrir des soins de santé et un soutien aux fillettes et aux femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines.

Christina Pallitto et Karin Stein, du Département Santé reproductive et recherche de l'OMS, ont conçu le manuel et guidé sa rédaction, sous la direction de Lale Say et Ian Askew, du même département.

Karin Stein a supervisé l'élaboration des contenus du manuel, avec le concours technique des experts suivants : Jasmine Abdulcadir, Owolabi Bjälkander, Tammary Esho, Lynne Jones, Comfort Momoh, Fabienne Richard, Mustapha Touré et Cendrine Vanderhoeven.

Nous saluons les contributions de nos partenaires des Nations Unies au chapitre final (« Considérations supplémentaires »), notamment la revue du contenu et l'appui technique relatifs à la protection de l'enfance assurés par Stéphanie Baric du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et la revue du contenu et l'appui technique relatifs au traitement et aux soins en situation de crise humanitaire assurés par Zahra Mirghani du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR).

Special thanks are due to the following WHO colleagues for their peer review and/or technical input into specific chapters of the handbook: Wisal Ahmed, Kenneth Carswell, Doris Chou, Metin Gülmezoglu, Mark Van Ommeren and Theodora Wi.

Nous sommes également reconnaissants aux nombreux experts extérieurs à l’OMS qui ont partagé leur expertise en se chargeant de l’examen par les pairs de chapitres spécifiques : Nasr Abdalla, Jasmine Abdulcadir, Omar Abdulcadir, Meghan Bohren, Lucrezia Catania, Elise Johansen, Crista Johnson, Yinka Koso Thomas, Rosemary Ogu, Shelley Ross, Mona Savran et Nicole Warren.

Erica Lefstad était responsable de la conception graphique et de la mise en page du manuel, et Jane Patten, de Green Ink (Royaume-Uni), a réalisé la révision technique du document.

La production de ce manuel a été possible grâce au généreux soutien de l’Agence norvégienne de coopération pour le développement (Norad).

A group of diverse people, including men, women, and children, are walking in a hallway. The image is rendered in a semi-transparent, artistic style with a color palette of reds, oranges, and yellows. The people are walking in various directions, creating a sense of movement and activity.

PRINCIPES DIRECTEURS DU MANUEL

Ce manuel est basé sur trois principes directeurs importants.

1. Les filles et les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines ont subi une pratique préjudiciable et doivent bénéficier de soins de qualité.
2. La médicalisation des mutilations sexuelles féminines (c'est-à-dire la pratique de ces actes par le personnel médical) n'est jamais acceptable. En effet, elle constitue une violation de l'éthique médicale car : (a) ces mutilations sont une pratique préjudiciable ; (b) la médicalisation les perpétue ; et (c) les risques de telles interventions l'emportent sur les avantages perçus.
3. Toutes les parties prenantes – au niveau communautaire, national, régional et international – devraient engager ou poursuivre des actions de prévention primaire des mutilations sexuelles féminines. Le personnel de santé en particulier a un rôle essentiel à jouer dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.



À PROPOS DE CE MANUEL

Ce manuel est destiné au personnel soignant qui s'occupe des filles et des femmes qui ont subi une forme ou une autre de mutilations sexuelles féminines. Sont notamment concernés les obstétriciens et les gynécologues, les chirurgiens, les médecins généralistes, les sages-femmes, les infirmières et les autres professionnels de la santé impliqués selon les pays. Les professionnels de la santé dispensant des soins en santé mentale, et un soutien éducatif et psychosocial, tels que les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les éducateurs sanitaires, trouveront également ce manuel utile.

COMMENT FAUT-IL UTILISER CE MANUEL ?

Ce manuel est un outil facile à utiliser qui contient toutes les informations essentielles dont vous aurez besoin pour dispenser des soins aux filles et aux femmes qui ont subi une forme ou une autre de mutilations sexuelles féminines, que ce soit récemment ou dans le passé.

Ce manuel donne en particulier des conseils pour savoir comment :

- communiquer efficacement et avec tact avec les filles et les femmes qui ont développé des complications sanitaires liées aux mutilations sexuelles féminines ;
- communiquer efficacement et avec tact avec les maris ou les partenaires ainsi qu'avec les membres de la famille de celles concernées ;
- dispenser des soins de qualité aux filles et aux femmes qui ont des problèmes de santé liés aux mutilations sexuelles féminines, notamment des complications obstétricales, gynécologiques ou urogynécologiques, immédiates et à court terme ;
- soutenir les femmes qui présentent des problèmes de santé mentale et sexuelle liés aux mutilations sexuelles féminines ;
- déterminer quand et où adresser les patientes qui ont besoin d'un soutien et de soins supplémentaires ; et
- travailler avec les patientes et les familles pour prévenir la pratique des mutilations sexuelles féminines.

GLOSSAIRE ET INSTRUCTIONS SUR LA FAÇON D'UTILISER LES SYMBOLES ET LES ÉLÉMENTS VISUELS CONTENUS DANS CE MANUEL

Ce manuel est organisé en 9 chapitres. Dans chaque chapitre, des symboles et des éléments colorés aident le lecteur à naviguer dans le texte et donnent davantage d'informations en lien avec la pratique clinique quotidienne.

NAVIGATION

Ces symboles indiquent que le lecteur devra consulter d'autres chapitres et sections pour obtenir plus d'informations.



NOTE POUR L'ORIENTATION

Ce symbole bleu et/ou un encadré de texte sur fond bleu signifient qu'une orientation vers d'autres services peut s'avérer nécessaire.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si vous voyez une patiente se présenter avec une hémorragie sévère dans un établissement de soins secondaires où la transfusion sanguine n'est pas disponible, transférez-la immédiatement vers un établissement de soins tertiaires, dans la mesure du possible.*

IMPORTANT !

Ce symbole rouge et/ou un encadré de texte sur fond rouge (exemple ci-dessous) signale une information importante.



IMPORTANT !

Une « obligation d'enregistrement » signifie qu'un dispensateur de soins est légalement tenu de consigner tous les cas de mutilation sexuelle féminine dans le dossier médical de la fillette ou de la femme.

N'OUBLIEZ PAS

Le texte accompagnant l'expression « N'OUBLIEZ PAS » dans un encadré, comme l'exemple juste ci-dessous, ou dans des cadres latéraux, met l'accent sur des informations importantes que le lecteur doit garder à l'esprit durant la pratique clinique.

N'OUBLIEZ PAS : Il est erroné de supposer que toutes les filles et femmes issues de communautés pratiquant les mutilations sexuelles féminines ont subi ce genre d'interventions, ou que toutes les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines présentent des complications sanitaires dues à cette pratique.

NOTE SUR LE SUIVI

Ce symbole gris et/ou un encadré de texte sur fond gris indique des mesures de suivi susceptibles de s'avérer nécessaires.



NOTE SUR LE SUIVI : *Demandez à la patiente de revenir pour recevoir des soins quotidiens pendant les sept jours qui suivent. Si cela n'est pas possible, fixez un rendez-vous pour qu'elle revienne sept jours plus tard afin de contrôler l'évolution de son état.*



PAGES CONCERNANT L'ÉVALUATION

Les pages consacrées à l'évaluation font cheminer le lecteur à travers le processus d'évaluation clinique étape par étape. Il est important que l'utilisateur commence en haut de la liste et passe par l'ensemble des étapes pour dresser un bilan clinique complet, avant de passer à la phase de prise en charge.



3.2.2 RÉALISER UN EXAMEN CLINIQUE (2)

Expliquez...

- 1 Assurez l'intimité et la confidentialité.
- 2 **Si la patiente est alerte, expliquez** à la fillette ou à la femme que vous allez l'examiner et que cet examen comportera un examen gynécologique.
Si elle est inconsciente et qu'un membre de la famille est présent, **expliquez** à ce dernier ce que vous allez faire.

Examinez...

- 3 Demandez à la patiente de s'allonger sur le dos, les jambes écartées et fléchies.
- 4 Découvrez la région à examiner. Couvrez la patiente jusqu'à ce que vous soyez prêt à l'examiner.
- 5 Lavez-vous les mains soigneusement et enfilez des gants.
- 6 Découvrez et examinez les organes génitaux externes.

Chapitre 3 | Immediate & short-term physical complications arising from FGM

3.2

Prenez en charge...

- 7 Respectez les procédures de prise en charge décrites pour chaque affection dans ce chapitre.
- 8 Retirez vos gants et lavez-vous les mains.

Aidez et discutez...

Une fois l'examen terminé, remerciez la fillette ou la femme de sa coopération.

Aidez la patiente à s'asseoir, aidez-la si besoin à se rhabiller, et faites-la s'asseoir confortablement pour l'étape suivante de la consultation.

Communiquez vos observations à la patiente.

Enregistrez...

- 9
- 10
- 11
- 12 Notez vos observations et conclusions.



PAGES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE

Les pages consacrées à la prise en charge expliquent de façon détaillée et progressive comment dispenser des soins cliniques. Il est important que l'utilisateur commence au numéro 1 et suive ensuite toutes les étapes dans l'ordre, en procédant d'une manière adaptée à chaque patiente, comme indiqué.

PRISE EN CHARGE

3.4 DES HÉMORRAGIES

L'excision du clitoris peut entraîner le sectionnement de l'artère clitoridienne, dans laquelle le sang circule avec un débit et une pression élevés (4). Le sectionnement des lèvres provoque également des lésions des vaisseaux sanguins. Les saignements surviennent pendant ou juste après l'intervention. Une hémorragie secondaire peut survenir au bout de la première semaine si une infection provoque le décollement du caillot cicatriciel.

3.4

Chapitre 3 | Complications physiques immédiates et à court terme des MGF

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

Les hémorragies sévères associées à l'excision sont prises en charge de la même manière que les hémorragies sévères résultant d'autres circonstances.

- 1 **Évaluez** la gravité des saignements et l'état de la fille ou de la femme en contrôlant et en notant ses signes vitaux.
- 2 **Si l'hémorragie est très importante et qu'un accès intraveineux est disponible, mettez en place un abord veineux.**
- 3 **Inspectez** le siège des saignements.
- 4 **Nettoyez** la zone à l'aide d'un antiseptique.
- 5 **Effectuez** une compression sur le siège des saignements à l'aide d'un tampon de gaze stérile pour arrêter l'hémorragie.
- 6 **Si l'hémorragie n'est pas très importante, conseillez** à la patiente et à ses accompagnateurs de maintenir la plaie propre et sèche.
- 7 **Si la fille ou la femme souffre d'un choc hémorragique,** traitez de la manière appropriée (voir section 3.5).

15 m

Continuez à évaluer l'état de la patiente en contrôlant et en notant ses signes vitaux toutes les 15 minutes.



PAGES CONCERNANT LE SUIVI

Les pages consacrées au suivi expliquent de façon détaillée comment maintenir le lien clinique avec la patiente, et donnent des instructions pour le suivi.

ICÔNES

Les icônes suivantes sont utilisées dans tout le manuel.

Évaluer



Interroger / Recueillir les antécédents



Demander



Rassurer / Expliquer



Écouter



Enregistrer



Orienter / Transférer



Important



Suivi



Enfant / Mineur



Note culturelle



Famille



Intraveineuse



Considérations locales



Prendre en charge



*Nouveau-né /
Nourrisson*



*Traitement
médicamenteux oral*



*Terminologie
particulière*



*Considérations en
matière de temps*



Conseils



Définition



*Ressources supplémentaires**



*Certaines ressources supplémentaires peuvent être accessibles en scannant un QR code.



1

**COMPRENDRE
LES MUTILATIONS
SEXUELLES FÉMININES**

Après avoir lu ce chapitre, vous devriez être en mesure de :

- *Comprendre ce que sont les mutilations sexuelles féminines et pourquoi et où cette pratique a lieu*
- *Comprendre ce que l'on entend par médicalisation des mutilations sexuelles féminines*
- *Mieux comprendre les croyances courantes au sujet des mutilations sexuelles féminines et savoir comment y répondre*
- *Utiliser la terminologie appropriée lorsque vous parlez des mutilations sexuelles féminines avec les patientes*
- *Reconnaître que les mutilations sexuelles féminines constituent une violation des principes établis en matière de droits fondamentaux de l'être humain*

Dans ce chapitre

POINTS ABORDÉS

1.1
COMPRENDRE
LES MUTILATIONS
SEXUELLES
FÉMININES



1.2
CROYANCES AU SUJET
DES MUTILATIONS SEXUELLES
FÉMININES ET MANIÈRE
D'Y RÉPONDRE



1.3
CLASSIFICATION
DES MUTILATIONS
SEXUELLES FÉMININES



1.4
MUTILATIONS
SEXUELLES FÉMININES
ET DROITS HUMAINS



1.1 COMPRENDRE LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

On estime que plus de 200 millions de filles et de femmes dans le monde vivent en subissant les conséquences d'une mutilation sexuelle féminine. Sur ces 200 millions, 44 millions sont âgées de moins de 15 ans (1).

1.1.1 QU'EST-CE QU'UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE ?

L'expression « mutilations sexuelles féminines » (ou mutilations génitales féminines, MGF) recouvre toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins (telles que la suture des grandes lèvres ou la ponction du clitoris) pratiquées pour des raisons non médicales (2). Les MGF ne présentent aucun avantage pour la santé. De surcroît, elles entravent le fonctionnement naturel de l'organisme et peuvent avoir des répercussions négatives sur plusieurs aspects de la vie d'une fille ou d'une femme, notamment sa santé physique, mentale et sexuelle, et ses relations avec son mari ou partenaire et d'autres membres de sa famille proche (3).

1.1.2 OÙ ET À QUEL ÂGE SONT PRATIQUÉES LES MGF ?

Les MGF sont un sujet de préoccupation mondial. À ce jour, cette pratique persiste dans 30 pays d'Afrique et quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient. Certaines formes de MGF sont également signalées parmi certains groupes ethniques en Amérique centrale et en Amérique du Sud, et en Europe de l'Est. L'intensification des migrations internationales a également entraîné l'augmentation du nombre de filles et de femmes vivant dans les diverses populations de la diaspora, notamment en Australie, en Europe, en Nouvelle-Zélande et en Amérique du Nord, qui ont subi ces mutilations ou risquent de les subir (2,4).

L'âge auquel les filles subissent des MGF varie selon les pays et les groupes culturels. Dans certaines communautés, les MGF sont pratiquées avant que les filles atteignent l'âge de cinq ans, mais dans d'autres, les filles sont excisées lorsqu'elles ont entre cinq et 14 ans, ou avant de se marier (4).

1.1.3 POURQUOI LES COMMUNAUTÉS PRATIQUENT-ELLES LES MGF ?

Les MGF sont pratiquées pour diverses raisons socioculturelles, qui varient d'une région à une autre et d'un groupe ethnique à un autre. Certaines communautés les considèrent comme un rite de passage qui permet à la fillette d'entrer dans sa vie de femme. D'autres pensent qu'elles aident à préserver la virginité d'une fille jusqu'à ce qu'elle se marie. Dans la plupart des communautés qui les pratiquent, les parents considèrent les MGF comme essentielles pour que leurs filles soient acceptées par la société. Sont énumérées ci-dessous les principales raisons avancées par les communautés pour expliquer la pratique des mutilations sexuelles féminines (3).



RESPECT DES TRADITIONS

Les MGF sont souvent perçues comme faisant partie de l'histoire et de la tradition culturelle de la communauté. Il est fréquent que les membres de la communauté, y compris les femmes, soutiennent et entretiennent la pratique parce qu'ils la voient comme un signe de respect envers les membres âgés de la communauté.

RITE DE PASSAGE

Dans de nombreuses cultures, les MGF constituent un rite de passage à l'âge adulte important pour les filles. Elles s'accompagnent souvent d'une cérémonie et/ou d'une célébration pour marquer l'événement. Elles peuvent être considérées par la femme comme un premier pas nécessaire pour être perçue comme une femme adulte respectable.



CONVENTION SOCIALE

Quand les MGF sont pratiquées à grande échelle, elles sont considérées comme une convention sociale. Celles qui adhèrent à la pratique peuvent être mieux acceptées dans leurs communautés, tandis que celles qui s'y refusent peuvent être confrontées à la condamnation, au harcèlement et à l'exclusion.



FAVORISER L'ÉLIGIBILITÉ AU MARIAGE

Il existe souvent l'idée préconçue que les hommes n'épouseront que des femmes qui ont subi une MGF. Le désir des femmes de se marier et la pression qu'elles subissent pour le faire, ainsi que la sécurité économique et sociale qui accompagne parfois le mariage, peuvent perpétuer la pratique dans certains milieux. référence à la pureté spirituelle.

FAVORISER L'ÉLIGIBILITÉ AU MARIAGE

Il existe souvent l'idée préconçue que les hommes n'épouseront que des femmes qui ont subi une MGF. Le désir des femmes de se marier et la pression qu'elles subissent pour le faire, ainsi que la sécurité économique et sociale qui accompagne parfois le mariage, peuvent perpétuer la pratique dans certains milieux.



GARANTIR LA VIRGINITÉ, LA CHASTETÉ ET LA FIDÉLITÉ

La croyance est que les MGF protègent la virginité d'une fille ou d'une femme avant le mariage et garantissent la fidélité après le mariage. Par conséquent, les familles peuvent estimer que les MGF préservent l'honneur d'une fille et de sa famille.

PROPRETÉ ET BEAUTÉ

Dans certaines communautés, les MGF sont pratiquées dans le but de rendre les filles « propres » et belles. La propreté peut faire référence au corps ; les organes génitaux féminins qui sont excisés ou fermés sont parfois perçus comme plus hygiéniques et beaux, mais la propreté peut également faire référence à la pureté spirituelle.



FÉMINITÉ

Il est estimé que l'enlèvement des parties génitales qui sont jugées masculines (autrement dit, le clitoris) rend les filles plus féminines, respectables et belles.

RELIGION

Certaines communautés pensent que les MGF sont une obligation religieuse, et il arrive que certains responsables religieux encouragent la pratique, même si les mutilations sexuelles féminines ne sont mentionnées dans aucun des grands textes religieux.



1.1.4 QU'EST-CE QUE LA MÉDICALISATION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES ?

La médicalisation des MGF fait référence aux situations dans lesquelles ces mutilations sont pratiquées par une catégorie ou une autre de personnel de santé, que ce soit dans un dispensaire privé ou public, à domicile ou ailleurs. Le terme inclut également la réinfibulation, à n'importe quel moment de la vie d'une femme (5).

Pour en savoir plus sur l'éthique professionnelle et la médicalisation des MGF, se reporter au chapitre 9.  

IMPORTANT!

Les professionnels de la santé qui pratiquent les MGF agissent en violation des droits des filles et des femmes à la vie, à l'intégrité physique et à la santé.

Même s'ils pensent pouvoir pratiquer l'intervention de manière plus sûre qu'une exciseuse traditionnelle, ou faire ce qu'il y a de mieux pour une fille ou une femme, dès lors qu'un dispensateur de soins pratique une mutilation sexuelle féminine, il ne fait que légitimer la pratique.

Ils violent également la déontologie médicale fondamentale qui impose de « ne pas faire de mal » (3) et le principe fondamental d'offrir les meilleurs soins de santé possible.

1.1.5 TERMINOLOGIE

Le terme *mutilation sexuelle, ou génitale, féminine (MGF)* est celui employé par l'OMS. L'utilisation du mot « mutilation » renforce le fait que cette pratique constitue une violation grave des droits des filles et des femmes. Ce terme permet par ailleurs de la distinguer clairement de la circoncision masculine, et met en relief la gravité et la nocivité de l'acte.

Les termes *excision génitale féminine (EGF)* et *mutilation génitale féminine/excision (MGF/E)* sont souvent employés chez les communautés et les individus qui la pratiquent. Ces termes montrent combien il est important d'utiliser une terminologie dénuée de jugement auprès des communautés qui pratiquent les MGF. Des termes tels qu'excision ou *ablation génitale (« cutting »)* sont également acceptables lorsqu'on discute du sujet avec les communautés qui pratiquent les MGF.

Le terme *circoncision féminine* doit en revanche être évité, car il établit un parallèle avec la circoncision masculine et, de ce fait, crée une confusion entre ces deux pratiques bien distinctes (voir section 1.2.3). → 1.2

NOTE CULTURELLE



Dans certaines communautés, certaines formes de MGF (habituellement les types I et II) sont appelées « *sunna* » pour sous-entendre qu'elles sont prescrites par la religion. Les MGF de type III sont souvent qualifiées de « *pharaoniques* », suggérant leur profond enracinement culturel. Lorsque vous parlerez des MGF avec une patiente ou d'autres membres de la communauté, vous pourrez entendre ces termes, mais il est important de comprendre que chaque personne les interprète différemment et que, **peu importe les termes employés, les MGF ne sont pas des obligations imposées par la religion.**

1.2 CROYANCES AU SUJET DES MGF ET MANIÈRE D'Y RÉPONDRE

Dans la plupart des communautés pratiquant les MGF, un grand nombre de croyances sous-tendent cette pratique et viennent souvent influencer l'attitude des gens envers la pratique. Ces croyances peuvent être ancrées dans une communauté depuis des générations et, comme elles sont partagées par la majorité de ses membres, il est difficile de les contester, même si bon nombre des faits sont erronés. En tant que dispensateur de soins, il est important d'être informé sur ces croyances et d'être capable de savoir si elles sont étayées par des preuves ou non. Cette section répertorie les croyances les plus couramment partagées sur les MGF et précise si elles sont vraies ou fausses. Elle décrit également les raisons pour lesquelles cette pratique doit être fortement déconseillée. Vous pourrez utiliser ces informations lors de vos discussions sur les MGF avec les femmes et les membres de leur famille.

1.2.1 CROYANCES LIÉES AUX TRADITIONS CULTURELLES

Les MGF sont une obligation religieuse.

FAUX

Les MGF ne sont pas mentionnées dans les textes religieux tels que le Coran ou la Bible. De plus, beaucoup de responsables religieux pensent que cette tradition devrait cesser. Dans les communautés qui pratiquent l'Islam, certaines personnes affirment qu'il y a un *hadith* (une parole ou une action attribuée au Prophète Mahomet) qui parle des MGF, et par conséquent ils voient la pratique comme un devoir religieux. Pourtant, plusieurs éminents érudits ont souligné que ces *hadiths* manquent d'authenticité et ne peuvent pas être utilisés comme preuve que les MGF constituent une obligation religieuse (6).

FAUX

Si une fille n'est pas excisée, elle ne trouvera pas d'homme pour l'épouser.

Des enquêtes récentes montrent que les hommes dans bon nombre de communautés souhaiteraient que les MGF cessent (5,7).

Les filles qui ne subissent pas de MGF ne peuvent pas entrer dans leur vie de femme et devenir des femmes respectables.

FAUX

Dans beaucoup de cultures où les MGF ne se pratiquent pas, les filles prennent part à d'autres rites de passage, différents, pour marquer leur entrée dans l'âge adulte et devenir des membres respectables de la communauté.

1.2.2 CROYANCES LIÉES À LA SEXUALITÉ

Les MGF aident à contrôler la sexualité des femmes et à garantir leur fidélité.

FAUX

Les faits montrent que les femmes qui ont subi des MGF ressentent moins de désir et de satisfaction sexuels (8). Cette situation peut influencer sur leur capacité à vivre et apprécier une relation sexuelle saine et épanouie avec leur mari ou leur partenaire, et cela peut empêcher les deux partenaires concernés d'avoir une vie sexuelle comblée, compromettant alors leur relation conjugale (9).

VRAI

Les MGF peuvent provoquer des douleurs chez la femme pendant les rapports sexuels.

Beaucoup de femmes ressentent de la douleur pendant les rapports sexuels à cause de la présence de tissu cicatriciel et d'une sécheresse vaginale dans la région génitale (8,10). Dans le cas des MGF de type III, un orifice vaginal extrêmement rétréci peut causer une douleur intense lors de la pénétration. Les femmes infibulées endurent également des souffrances lorsque l'orifice vaginal est rouvert, par incision ou déchirure, afin de permettre les rapports sexuels la nuit du mariage et les semaines qui suivent. Cette situation peut être source d'une grande anxiété chez la femme et son mari ou son partenaire.

Les MGF peuvent provoquer des douleurs chez l'homme pendant les rapports sexuels.

VRAI

La présence de tissu cicatriciel dans la région génitale de la femme peut rendre la pénétration difficile et douloureuse pour les deux partenaires. Des travaux de recherche mettent en évidence des lésions, des saignements et des infections du pénis chez certains hommes, en plus de problèmes psychologiques (10). Dans le cas des MGF de type III, la pénétration est parfois impossible si la femme n'est pas désinfibulée. Cette situation peut faire naître une grande anxiété chez le couple, notamment s'ils essaient de fonder une famille.

1.2.3 CROYANCES LIÉES À LA SANTÉ

Si les MGF sont pratiquées par un professionnel de la santé, il n'y a pas de dommages physiques à long terme.

FAUX

Les MGF sont une pratique préjudiciable, quelle que soit la manière dont elles sont exécutées. Des complications sanitaires peuvent survenir à court et à long terme, quelle que soit la personne qui a pratiqué l'intervention (5).

Les MGF ne diffèrent en rien de la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV).

FAUX

La circoncision masculine consiste en l'ablation chirurgicale du prépuce, le repli de peau coulissant qui recouvre la « tête » du pénis (le gland). La face intérieure du prépuce est très sensible à l'infection par le VIH. Il a été démontré que la CMMV réduit le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme, raison pour laquelle l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) recommandent la CMMV comme stratégie importante dans la prévention de la contamination par le VIH (11).

Si une femme est désinfibulée, le bébé peut tomber de son ventre pendant la grossesse.

FAUX

Le bébé grossit et se développe à l'intérieur de l'utérus. La partie inférieure de l'utérus, appelée le col, assure le maintien du bébé à l'intérieur. Les MGF ne portent pas atteinte à l'intégrité du col.

Les MGF sont une obligation religieuse.

FAUX

Les MGF ne sont pas mentionnées dans les textes religieux tels que le Coran ou la Bible. De plus, beaucoup de responsables religieux pensent que cette tradition devrait cesser. Dans les communautés qui pratiquent l'Islam, certaines personnes affirment qu'il y a un *hadith* (une parole ou une action attribuée au Prophète Mahomet) qui parle des MGF, et par conséquent ils voient la pratique comme un devoir religieux. Pourtant, plusieurs éminents érudits ont souligné que ces *hadiths* manquent d'authenticité et ne peuvent pas être utilisés comme preuve que les MGF constituent une obligation religieuse (6).

Si une fille n'est pas excisée, elle ne trouvera pas d'homme pour l'épouser.

FAUX

Des enquêtes récentes montrent que les hommes dans bon nombre de communautés souhaiteraient que les MGF cessent (5,7).

Les filles qui ne subissent pas de MGF ne peuvent pas entrer dans leur vie de femme et devenir des femmes respectables.

FAUX

Dans beaucoup de cultures où les MGF ne se pratiquent pas, les filles prennent part à d'autres rites de passage, différents, pour marquer leur entrée dans l'âge adulte et devenir des membres respectables de la communauté.

Si le clitoris n'est pas enlevé, il grandira jusqu'à devenir aussi gros qu'un pénis masculin

FAUX

Le clitoris est un organe sexuel féminin et une source anatomique importante de plaisir sexuel chez les femmes. Le clitoris cesse de grandir après la puberté. À ce stade, sa partie visible (le gland du clitoris) reste une petite structure ronde, ressemblant à une graine, située au-dessus de l'orifice de l'urètre et recouverte par le prépuce (13).

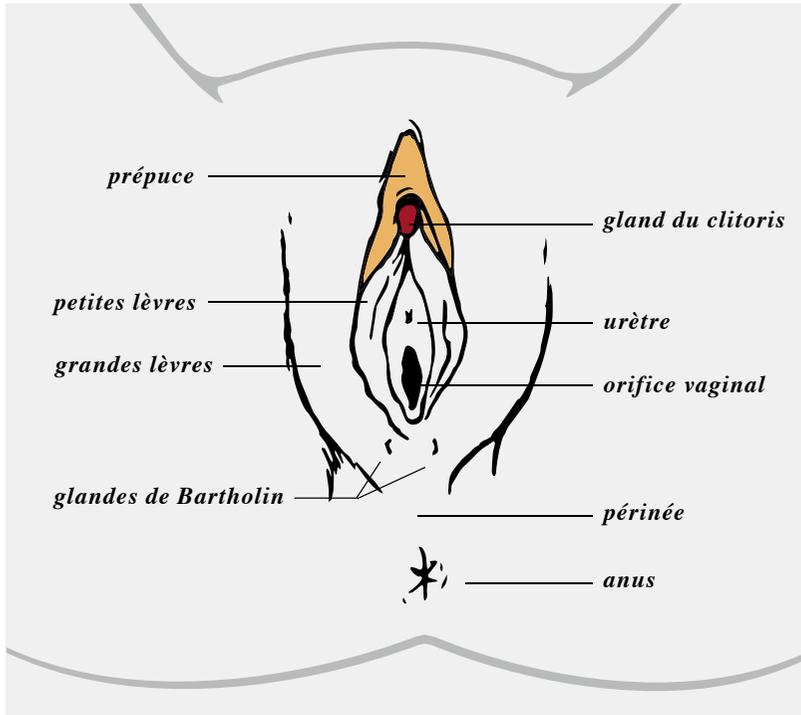


1.3 CLASSIFICATION DES MGF

L'OMS classe les mutilations sexuelles féminines en quatre types, décrits dans cette section (3).

TYPE I

Ablation partielle ou totale du gland du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)

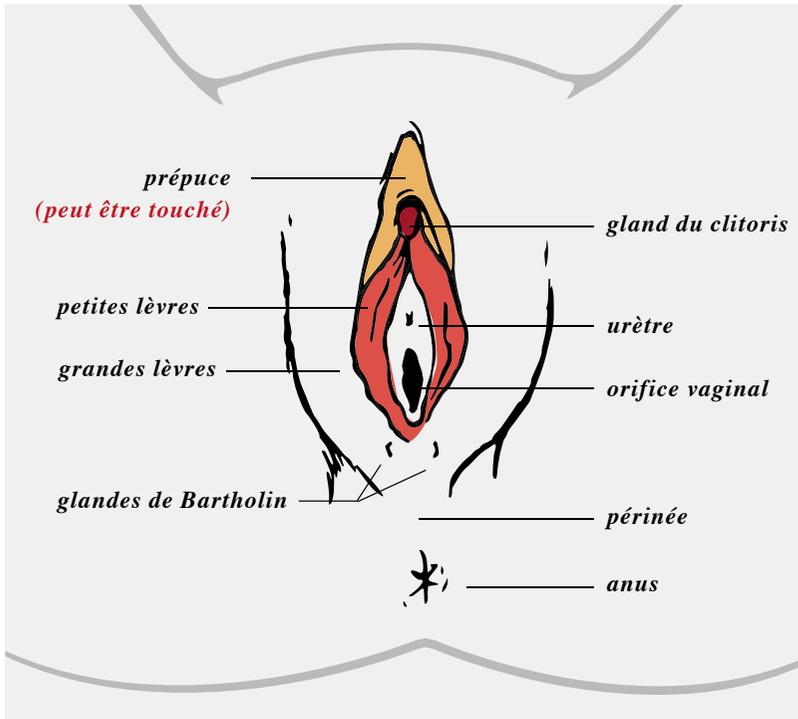


■ **Type Ia** : ablation du prépuce/capuchon clitoridien (circoncision)

■ + ■ **Type Ib** : ablation du gland du clitoris et du prépuce (clitoridectomie)

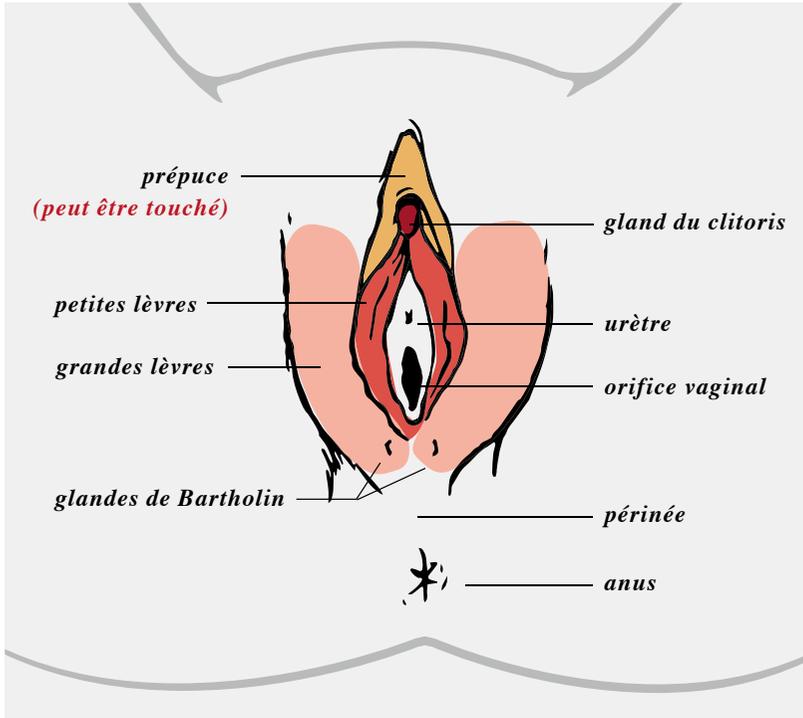
TYPE II

Ablation partielle ou totale du gland du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)



Type IIa : ablation des petites lèvres uniquement

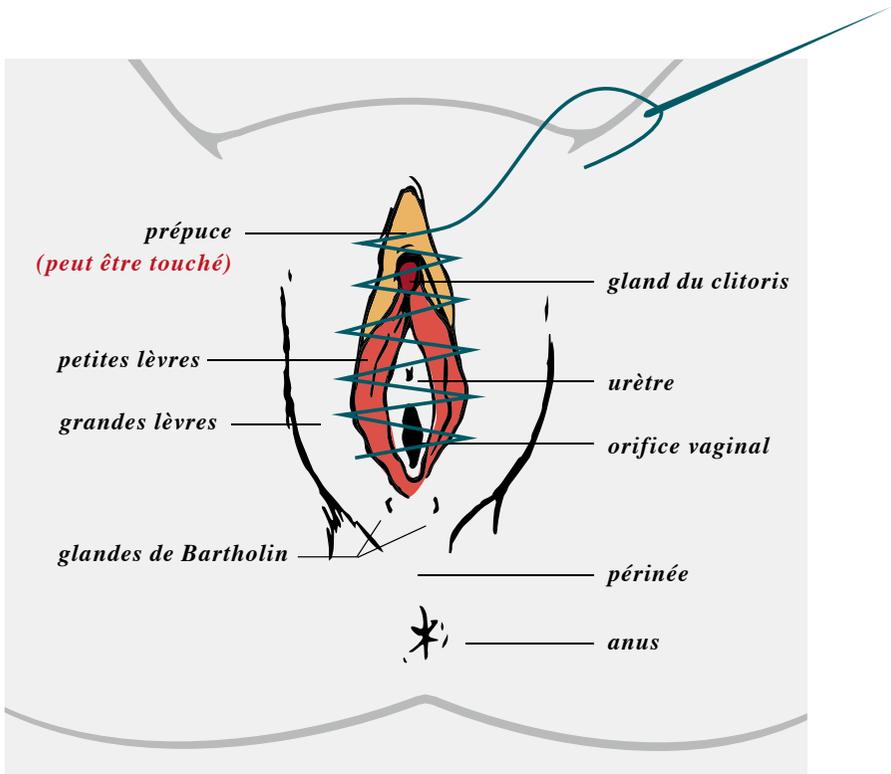
Type IIb : ablation partielle ou totale du gland du clitoris et des petites lèvres (le prépuce peut être touché)



Type IIc : ablation partielle ou totale du gland du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres (le prépuce peut être touché)

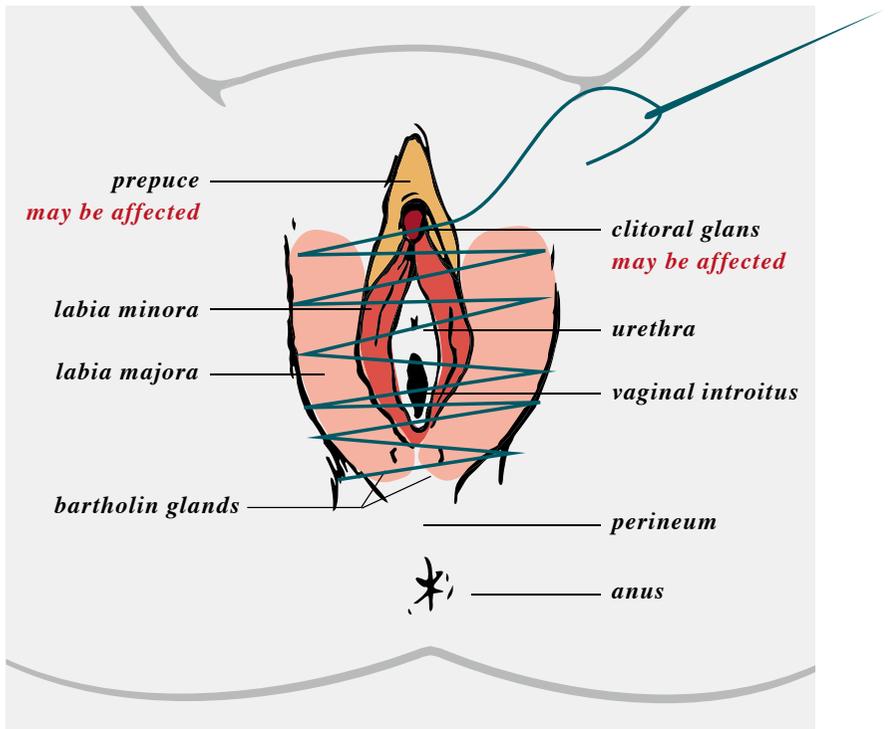
TYPE III

Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du prépuce et du gland du clitoris (infibulation)



Type IIIa :

■ + ■ + ■ + accolement des petites lèvres

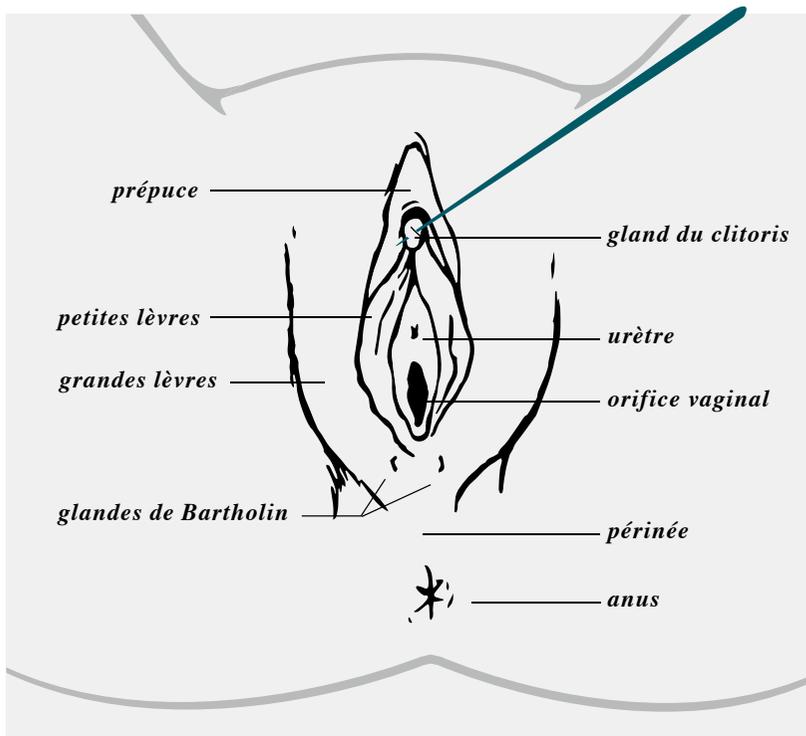


Type IIIb:

■ + ■ + ■ + ■ + accolement des grandes lèvres

TYPE IV

Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non médicales, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation



N'OUBLIEZ PAS :

L'ablation génitale d'une fillette ou d'une femme peut ne pas ressembler exactement à ce qui est décrit dans la typologie de l'OMS. Pour établir avec certitude le type de mutilation sexuelle féminine qui a été pratiqué sur une patiente, vous devrez effectuer un examen gynécologique.



1.4 MGF ET DROITS HUMAINS

Ce manuel contient des informations utiles pour savoir comment identifier et prendre en charge les problèmes de santé qui peuvent être dus à des MGF. Mais même s'il n'y a pas de complications sanitaires, une fille qui a subi une MGF a quand même subi un préjudice car elle a été blessée d'une manière qui peut affecter toute sa vie future (14). Les MGF sont souvent exécutées sur des fillettes qui, de par la loi, ne sont pas assez âgées pour prendre leurs propres décisions et, par conséquent, donner un consentement éclairé. Bien que les parents soient portés à croire que les MGF permettent d'améliorer le statut social d'une fille, en réalité cette intervention la fait souffrir aussi bien au plan émotionnel que physique, et elle en gardera des traces toute sa vie.

LES MGF VIOLENT TOUTE UNE SÉRIE DE PRINCIPES RELATIFS AUX DROITS HUMAINS QUI SONT BIEN ÉTABLIS

- principes d'égalité et de non-discrimination en raison du sexe
- droit à la vie (lorsque l'intervention entraîne la mort)
- droit à ne pas être soumis à la torture ni à des traitements cruels, inhumains ou dégradants
- droits de l'enfant.

Étant donné que l'intervention est pratiquée sur des tissus génitaux sains en l'absence d'impératif médical et peut entraîner de graves conséquences pour la santé physique, mentale et sexuelle d'une fille ou d'une femme, les États membres des Nations Unies se sont accordés pour déclarer que les MGF sont une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes, et notamment le droit de toute personne au meilleur état de santé qu'elle est capable d'atteindre (2).

Bibliographie

1. Female genital mutilation/cutting: a global concern. New York (NY): United Nations International Children's Emergency Fund; 2016 (https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf, accessed 23 November 2017).
2. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>, accessed 15 November 2017).
3. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement – UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/>, accessed 23 November 2017).
4. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2013 (http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf, accessed 23 November 2017).
5. Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/en/, accessed 23 November 2017).
6. Muhammad Lutfi al-Sabbagh. The right path to health: Health education through religion. Islamic ruling on male and female circumcision. Alexandria: World Health Organization; 1996 (<http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa54.pdf>, accessed 11 January 2018).
7. Yoder PS, Wang S. Female genital cutting: the interpretation of recent DHS data. DHS Comparative Reports No.33. Calverton (MD): ICF International; 2013 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR33/CR33.pdf>, accessed 14 November 2017).
8. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret no. 13–2010. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010.

9. Kaplan A, Hechevarría SY, Puppo N. Manual for the management and prevention of female genital mutilation/cutting for health professionals, The Gambia, second edition. Barcelona: WASSU-UAB Foundation; 2015 (http://www.mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/MGF%20GAMBIA.pdf, accessed 9 April 2018).
10. Berg RC, Denison E. Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Policy*. 2011;9:41–56.
11. New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications: conclusions and recommendations. WHO/UNAIDS Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming, Montreux, 6–8 March 2007. Geneva: World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43751/1/9789241595988_eng.pdf, accessed 23 November 2017).
12. Banks E, Meirik O, Farley T. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006;367:1835–41.
13. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi-Demicheli F et al. Sexual anatomy and function in women with and without genital mutilation: a cross-sectional study. *J Sex Med*. 2016;13:226–37.
14. Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K. Where women have no doctor: a health guide for women. Berkeley (CA): Hesperian Health Guides; 1997.

2

**COMMUNIQUER
AVEC LES FILLES ET
LES FEMMES VIVANT
AVEC DES MGF**

*Après avoir lu ce chapitre,
vous devriez être en mesure de :*

- *Comprendre l'importance de parler des MGF avec vos patientes*
- *Comprendre votre rôle en tant que dispensateur de soins lorsque vous parlez des MGF avec vos patientes*
- *Établir une communication plus efficace avec les filles et les femmes vivant avec des MGF et les membres de leur famille*
- *Savoir quand et comment poser des questions sur les MGF*
- *Parler des MGF dans le détail, si besoin*
- *Mettre en place un plan de soins avec vos patientes*
- *Comprendre l'importance d'enregistrer les MGF*
- *Comprendre comment travailler avec les interprètes et les médiateurs culturels*
- *Tenir compte des considérations éthiques lors des discussions avec vos patientes sur les MGF*
- *Comprendre la signification de l'expression « soins centrés sur la femme »*
- *Mieux comprendre le rôle des membres de la famille dans le processus décisionnel de la femme*

Dans ce chapitre

POINTS
ABORDÉS

2.1 L'IMPORTANCE DE PARLER DES MGF

CONSIDÉ-
RATIONS
GÉNÉRALES

2.2
LES BASES D'UNE
COMMUNICATION
EFFICACE

2.3
CONSIDÉRATIONS
ÉTHIQUES

2.4
TRAVAILLER AVEC
DES INTERPRÈTES
ET DES MÉDIATEURS
CULTURELS

2.5
LES SOINS CENTRÉS
SUR LA FEMME ET
LE RÔLE DES PROCHES
ÉVALUER

EVALUER

2.6
LA CONSULTATION :
QUAND ET COMMENT
PARLER DES MGF

2.7
ENREGISTRER
LES MGF DANS LE
DOSSIER MÉDICAL
DE LA PATIENTE

2.1 L'IMPORTANCE DE PARLER DES MGF

Les MGF peuvent provoquer de nombreuses complications physiques, mentales et sexuelles graves chez les filles et les femmes, et chez leurs enfants nouveau-nés (1). En tant que dispensateur de soins, vous avez là une occasion unique de soutenir et d'améliorer la santé et le bien-être des filles et des femmes vivant avec des MGF. Cette tâche importante doit s'inscrire dans le cadre d'une collaboration basée sur la confiance et le respect entre le soignant et sa patiente.

2.1.1 POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE PARLER DES MGF AVEC VOS PATIENTES ?

Dispenser des soins et un traitement suppose non seulement de bien comprendre les besoins de la femme sur le plan de la santé physique, mentale et sexuelle, mais aussi de la soutenir et de lui fournir des informations adéquates qui lui permettront de prendre des décisions en toute connaissance de cause. Pour cela, il est essentiel que vous communiquiez efficacement avec vos patientes, et que vous discutiez avec elles librement et avec tact de leur santé et de leur statut vis-à-vis des MGF.

Les femmes qui ont subi des MGF repoussent souvent le moment de consulter ou ne cherchent pas à obtenir de l'aide quand elles souffrent de problèmes de santé qui pourraient être liés à l'intervention, et ce pour plusieurs raisons possibles : elles peuvent avoir honte, il leur est peut-être impossible d'accéder à la structure sanitaire ou elles n'ont peut-être pas d'argent pour payer un traitement (2). Une autre raison pour laquelle elles ne cherchent peut-être pas à se faire soigner pour ces problèmes de santé est que beaucoup de membres féminins de la communauté ont connu des complications sanitaires similaires, si bien que certains symptômes liés aux MGF sont devenus « la norme » et que les femmes ne croient pas utile de devoir consulter un prestataire de soins de santé à leur sujet.

D'un autre côté, les femmes qui sont en demande de soins pour des problèmes médicaux particuliers peuvent ne pas savoir que ce sont les MGF qui ont causé ces problèmes, et par conséquent, il se peut qu'elles ne parlent pas spontanément de leur vécu en matière de MGF au personnel soignant.

Pour toutes ces raisons, il est extrêmement important d'aborder le sujet des MGF avec vos patientes.

2.1.2 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES DISCUSSIONS SUR LES MGF

Parler des MGF, et des complications sanitaires liées à cette pratique, peut être délicat à la fois pour le personnel soignant et pour les filles et les femmes en demande de soins.

DU POINT DE VUE DU SOIGNANT

Les soignants pensent peut-être que parler des MGF va rappeler à la fillette ou à la femme le traumatisme initial qu'elle a subi, et que cela risque de la bouleverser (3,4).

- Ils considèrent aussi peut-être les MGF comme une affaire culturelle, privée ou familiale, si bien qu'ils n'interrogeront pas toujours les filles et les femmes sur leur statut vis-à-vis des MGF et n'évoqueront pas les complications possibles pour leur santé.
- Certains peuvent penser que même s'ils interrogent les patientes sur les MGF, ils ne sont pas préparés ni officiellement formés à offrir des soins et un soutien adéquats à ces filles et ces femmes (2).
- Souvent, ils n'ont pas suffisamment de temps pendant la consultation pour discuter en détail des MGF et évitent donc de poser des questions à ce sujet.



DU POINT DE VUE DE LA PATIENTE

- Beaucoup de filles et de femmes peuvent avoir le sentiment que les MGF relèvent de la vie privée et qu'en discuter avec le personnel soignant est gênant ou même humiliant, notamment si leur interlocuteur est un homme (3).
- Certaines filles et femmes peuvent ne pas être convaincues qu'un soignant connaît suffisamment bien les MGF, et peuvent donc penser que cette personne ne sera pas compétente pour offrir des soins et une prise en charge appropriés pour des complications sanitaires liées aux MGF.
- La fillette ou la femme peut être en souffrance ou elle peut vivre une situation émotionnellement difficile qui l'empêche de parler librement.
- Certaines filles ou femmes peuvent avoir peur d'être jugées ou blâmées pour les MGF et/ou les complications sanitaires qu'elles ont vécues.
- Dans certains pays, les gens peuvent être informés que la pratique est illégale, et par conséquent les filles et les femmes peuvent avoir peur d'être condamnées pour soutenir ou subir l'intervention si elles en parlent ouvertement.
- Les filles et les femmes peuvent craindre que la communauté les considère comme des personnes qui enfreignent les règles culturelles si elles se confient à des étrangers sur les MGF (4).



2.1.3 QUEL EST MON RÔLE EN TANT QUE SOIGNANT ?

Votre rôle en tant que soignant est de soutenir les filles et les femmes qui cherchent à se faire soigner dans un établissement de santé, de leur dispenser les meilleurs soins cliniques possible et d'éviter de leur causer d'autres préjudices. En tant que soignant, chaque échange avec une fillette ou une femme qui a été soumise à une MGF est l'occasion de lui donner des informations justes et précises sur son corps et sa santé.

DÉCLARATION DE BONNE PRATIQUE DE L'OMS

Il incombe aux soignants de fournir des informations fiables et claires, en utilisant un langage et des méthodes faciles à comprendre par les clients (1).

Point très important, vous êtes dans une position unique pour influencer et faire évoluer les mentalités à l'égard des MGF et à l'égard du corps et les droits des femmes, vous pouvez également participer au processus décisionnel visant à déterminer si une fille ou une femme a besoin de soins supplémentaires, et vous pouvez jouer un rôle important en aidant les femmes et les filles à parler librement de leurs besoins (5). L'évolution des mentalités à l'égard des MGF est un pas important pour la prévention de nouveaux cas de MGF dans la communauté.

En renforçant vos capacités de communication de façon à pouvoir parler des MGF avec **empathie** et d'une manière dénuée de jugement, vous serez mieux armé pour remplir votre rôle de dispensateur de soins, comme décrit ci-dessus.



Empathie : Capacité à se mettre à la place de ou à comprendre le point de vue, les expériences ou les motivations d'une autre personne, et à capter et partager l'état émotionnel d'une autre personne.

2.2 LES BASES D'UNE COMMUNICATION EFFICACE

Une communication efficace implique un dialogue dans les deux sens entre le soignant et sa patiente (5). Cela signifie que pendant la conversation, les deux participants s'écouteront et se donneront des informations. Dans l'idéal, la patiente entamerait ce dialogue en expliquant ce qui motive sa demande de soins ou de conseils. Mais dans la réalité, surtout dans le cas d'un sujet aussi délicat que les MGF, vous devrez peut-être engager vous-même la conversation, en posant quelques questions ouvertes et en créant un lieu sûr où la jeune fille ou la femme pourra exprimer librement ses opinions et ses besoins concernant sa propre santé et son bien-être.

ÉTABLIR UNE COMMUNICATION EFFICACE

L'établissement d'une communication efficace contribuera beaucoup à faire en sorte que la patiente reçoive les meilleurs soins possible (5). Vous trouverez ci-après quelques suggestions pour vous aider à engager un dialogue efficace sur les MGF avec une patiente.



CRÉEZ UN ENVIRONNEMENT ACCUEILLANT

Veillez à ce que le dialogue ait lieu dans un environnement confortable et accueillant où la jeune fille ou la femme se sente en sécurité et à l'aise.



RESTEZ OUVERT À D'AUTRES QUESTIONS LIÉES À LA SANTÉ

Gardez en tête que les femmes vivant avec des MGF ne présentent pas toutes des complications liées à la pratique.

Les filles et les femmes ayant subi des MGF viendront probablement aussi se faire soigner pour d'autres problèmes de santé que ceux liés aux MGF, auquel cas la discussion sur les MGF ne doit pas être l'objectif principal de la consultation.



RAPPELEZ-VOUS QUE LES MGF NE SONT QU'UN ASPECT DE LA VIE DE LA FILLE OU DE LA FEMME

Hormis la raison particulière qui l'amène à faire appel aux services de santé, pensez toujours aussi à d'autres besoins physiques, émotionnels ou sociaux pour lesquels elle pourrait avoir besoin de soutien et de soins, avant de discuter des MGF en détail. Par exemple, la patiente pourrait avoir récemment fui une zone de conflit ou de guerre, perdu un membre de sa famille proche ou souffert de violences ou de maltraitance sexuelle.

UTILISEZ UN LANGAGE ET UNE TERMINOLOGIE APPROPRIÉS

Utilisez toujours la même langue que celle parlée par la patiente (vous aurez peut-être besoin de faire venir un interprète ; voir section 2.4 de ce chapitre) et assurez-vous d'utiliser une terminologie qu'elle connaîtra. → 2.4

Évitez d'employer des termes médicaux trop compliqués (pour en savoir plus sur la terminologie, se reporter au chapitre 1). → 1



ASSUREZ L'INTIMITÉ ET LA CONFIDENTIALITÉ À TOUT MOMENT

Compte tenu du caractère privé et délicat des MGF, la plupart des femmes ne voudront pas que leur statut vis-à-vis des MGF soit publiquement connu et c'est pourquoi elles ne voudront pas mentionner ou discuter des MGF dans un lieu public tel qu'un espace d'accueil (5). Par ailleurs, votre patiente a le droit à la confidentialité.

Une fois que vous avez établi, en privé, qu'elle a subi une MGF, assurez-vous toujours de mener la consultation avec professionnalisme et discrétion.

Demandez à la patiente si elle souhaite avoir une discussion privée en tête à tête avec vous, ou si elle préférerait qu'il y ait quelqu'un d'autre en plus dans la pièce, notamment si elle se sent gênée d'être seule avec un soignant de sexe masculin.

Vérifiez que les renseignements sur son statut vis-à-vis des MGF sont écrits uniquement à l'intérieur du dossier médical, et ne sont pas visibles sur la couverture ou la première page.





SOYEZ ATTENTIF À VOTRE LANGAGE CORPOREL

Lorsque la fillette ou la femme entre dans la pièce, accueillez-la chaleureusement et faites en sorte de la regarder de temps en temps dans les yeux lorsque vous lui parlez.

Évitez toujours les expressions faciales inappropriées, telles que le choc, le dégoût ou la consternation.

Soyez averti et sensible aux particularités culturelles en matière de communication et d'espace personnel. La distance physique qu'il conviendra de respecter entre vous et votre patiente varie d'une culture à une autre. Dans certains milieux, s'asseoir sur des chaises à proximité l'une de l'autre plutôt que rester assis derrière un bureau peut être plus approprié et peut contribuer à limiter l'impression de barrière entre le soignant et la patiente. Soyez conscient que vous placer trop près de votre patiente pourra être interprété comme une menace dans certains contextes, alors qu'être trop éloigné pourra donner l'impression que vous êtes peu intéressé.



EMPLOYEZ UN TON PROFESSIONNEL, MAIS AMICAL

Lorsque vous parlez des MGF, assurez-vous que la fillette ou la femme se sent en sécurité.

Faites comprendre à la patiente que vous connaissez bien les MGF et que vous êtes à l'aise pour discuter de toute question liée à cette pratique.

Évitez de chuchoter (comme si le sujet de la discussion était honteux), et évitez de manifester de la pitié ou de la désapprobation à l'égard de la fillette ou de la femme (5).





ÉCOUTEZ ATTENTIVEMENT ET LAISSEZ PARLER LA PATIENTE

Votre rôle en tant que soignant est d'orienter la discussion en posant des questions puis en écoutant attentivement, en laissant la femme prendre la parole et s'exprimer.



Évitez de donner trop d'informations lors du premier rendez-vous ; trop d'informations empêchent parfois de bien communiquer.



Vérifiez que vous avez compris ce que la femme vous a dit, en posant des questions tout au long de l'entretien, s'il y a lieu. Vous devez toutefois éviter de l'interrompre, ou de corriger ce qu'elle a dit.

NE JUGEZ PAS LA FEMME OU SA CULTURE D'ORIGINE

Offrir un soutien et des soins aux filles et aux femmes vivant avec des MGF implique de reconnaître le fait qu'elles ont subi une pratique préjudiciable et doivent bénéficier de soins de santé de qualité, et également de les rassurer en leur confirmant que leurs sentiments à cet égard sont normaux. Veillez à ne pas juger la femme pour avoir subi l'intervention et faites-lui savoir que votre rôle est de lui offrir tout le soutien dont elle peut avoir besoin.





PRÊTEZ ATTENTION AUX ATTITUDES DES PARENTS

Lorsqu'on s'occupe de fillettes qui ont subi ou risquent de subir une MGF, il est important d'évaluer si leurs deux parents ont les mêmes convictions ou pas sur les MGF et de connaître ces convictions.



MONTREZ UNE SENSIBILITÉ CULTURELLE ET DU RESPECT

Rappelez-vous que les MGF sont une pratique culturelle fortement enracinée et que beaucoup de membres de la communauté qui y adhèrent, aussi bien hommes que femmes, ne la considèrent pas comme négative.

Fournissez des informations dans un climat de respect et avec professionnalisme.

Témoignez à votre patiente un véritable respect ; elle sera plus encline à vous croire et vous parler, et à accepter vos conseils.



2.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La confidentialité, le consentement et le choix à respecter pour chaque patiente sont autant d'éléments de l'éthique dont il faut tenir compte dans la communication avec les filles et les femmes vivant avec des MGF (3).

CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité des renseignements sur les patientes doit être respectée à tout moment. Vous êtes dans l'obligation d'adhérer à ce principe éthique. Il est important que vous rassuriez verbalement la fillette ou la femme sur le fait que rien de ce qu'elle dit ne sera communiqué à quiconque sans son accord, y compris les membres de sa famille. Il faut lui dire que son dossier médical ne sera partagé avec d'autres professionnels de la santé que si cela est strictement nécessaire, et qu'ils seront eux aussi tenus de respecter la confidentialité de son dossier. Sachant cela, la patiente sera peut-être soulagée et ses craintes et son anxiété apaisées lorsqu'elle parlera de ce qu'elle a vécu.

CONSENTEMENT

L'obligation d'obtenir un consentement valide avant de pouvoir prodiguer des soins personnels à un individu, instaurer un traitement médical ou réaliser un examen physique, est un principe général au plan juridique et éthique. Ce principe reflète le droit des patients de se déterminer librement sur leur propre corps, et constitue un élément fondamental de bonne pratique. Par conséquent, avant d'exécuter tout acte ou intervention clinique, par exemple mesurer la tension artérielle, réaliser un toucher vaginal, pratiquer une intervention chirurgicale, vous devez expliquer à la fillette ou à la femme ce que vous allez lui faire et obtenir son accord. Elle est en droit de refuser. Un soignant qui ne respecte pas ce principe est passible à la fois de poursuites juridiques engagées par la femme et de poursuites engagées par son corps professoral.

CHOIX

En tant que soignant, vous êtes tenu de faire diverses propositions sur les possibilités de traitement du problème médical de votre patiente. Cela implique de décrire quelles options thérapeutiques sont disponibles et d'expliquer les avantages et les inconvénients de chacune. De cette manière, la femme, ou les parents/tuteurs de la fillette, pourront prendre une décision éclairée.

N'OUBLIEZ PAS :

Si possible, assurez-vous que tous les formulaires de consentement sont rédigés dans la langue locale et utilisent une terminologie à laquelle la femme (et son mari le cas échéant) ou les parents/tuteurs sont habitués. S'il existe des barrières linguistiques et qu'un formulaire traduit n'est pas disponible, vérifiez qu'un consentement éclairé a été obtenu en présence d'un interprète qualifié.



2.4 TRAVAILLER AVEC DES INTERPRÈTES ET DES MÉDIATEURS CULTURELS

Lorsqu'on dispense des soins aux filles et aux femmes vivant avec des MGF qui se trouvent en dehors de leur pays d'origine, la présence d'un interprète qualifié ou d'un médiateur culturel peut être demandée pour faciliter la communication. Même si votre patiente comprend quelques mots de la langue locale dans votre pays ou communauté, il se peut que sa compréhension fondamentale de la langue ne soit pas suffisante pour qu'elle comprenne tous les détails de la consultation sur les MGF ou pour qu'elle pose des questions et arrive à exprimer ce qu'elle voudrait dire (4).

ASPECTS À CONSIDÉRER LORSQU'IL S'AGIT DE TRAVAILLER AVEC DES INTERPRÈTES ET DES MÉDIATEURS CULTURELS

- Les membres de la famille ne devraient pas servir d'interprètes (4,5,6). Aussi bien le mari ou le partenaire de la femme, que les enfants de celle-ci ou sa belle-mère.
- Il est préférable de travailler avec des interprètes et des médiateurs culturels de sexe féminin, compte tenu de la nature sensible du sujet (4,5).
- Dans la mesure du possible, l'interprète ou le médiateur culturel devrait être un professionnel ou un interprète ou médiateur qualifié (5,6). S'il n'y a pas d'interprète ou de médiateur qualifié disponible, il est recommandé de faire en sorte que la personne choisie ait bénéficié d'une séance à part pour discuter des MGF, et que cette personne comprenne le sujet et les enjeux associés de manière suffisamment approfondie.
- Avant que l'interprète ou le médiateur commence son travail pendant la consultation avec une patiente, expliquez-lui que ses perceptions ou ses préjugés personnels ne devraient jamais influencer la conversation. Il importe de veiller à ce que l'interprète ou le médiateur ne soutienne pas les MGF (4).
- Il convient d'expliquer à l'interprète ou au médiateur l'importance de la confidentialité. Lui demander de signer un accord écrit pourra permettre d'assurer le respect de la confidentialité.
- Si vous faites appel à un interprète ou à un médiateur, gardez-en une trace écrite dans le dossier médical de la patiente.
- Si aucune interprétation en personne n'est possible, le recours à l'interprétation téléphonique et/ou à l'interprétation à distance par vidéo peut être envisagé.



IMPORTANT !

Pensez à bien demander à la fillette ou à la femme si elle est à l'aise avec l'interprète ou le médiateur nommé.



2.5 LES SOINS CENTRÉS SUR LA FEMME ET LE RÔLE DES PROCHES

La prise en charge et le soutien que vous proposez à une patiente devraient toujours être guidés par ses souhaits. Cela signifie que vous devez encourager son autonomie et lui donner l'occasion de prendre des décisions éclairées sur sa prise en charge et son traitement. Cette conception des soins est également désignée par l'expression « soins centrés sur la femme » (7).

SOINS CENTRÉS SUR LA FEMME

Les femmes sont quand même étroitement liées à leur environnement social et familial, et dans certaines cultures, la prise de décision d'une femme se doit d'impliquer les membres de sa famille, notamment son mari/partenaire ou ses parentes. Ces membres de la famille peuvent estimer qu'il est de leur devoir d'être présents pendant la consultation sur les MGF et de participer à l'élaboration d'un plan de soins. Ils le perçoivent souvent comme un moyen important de soutenir ou de protéger la femme. Cela ne doit pas, toutefois, faire obstacle à la prise en charge de cette dernière.

Il faut savoir que les femmes se sentent souvent tiraillées entre l'envie d'honorer les valeurs socioculturelles et les attentes de leurs familles et/ou de leurs communautés vis-à-vis de la gestion des MGF, et l'envie de suivre leurs propres préférences pour un autre type de prise en charge ou de traitement. Certaines femmes peuvent même craindre des répercussions si elles s'opposent aux souhaits de leur famille, notamment dans le cas où elles dépendent de leur famille pour un soutien social et financier.

Par conséquent, bien que les souhaits de la patiente devraient toujours prévaloir, il est important que vous compreniez que d'autres peuvent avoir une influence directe sur ses choix.



Autonomie : Capacité à faire des choix éclairés, sans la moindre contrainte, en fonction de ses propres croyances et valeurs personnelles.

Une bonne méthode pour déterminer si la patiente souhaite prendre une décision toute seule ou faire intervenir d'autres membres de sa famille, consiste à lui poser la question en privé et à inscrire clairement sa décision dans le dossier médical. Faites-lui bien comprendre qu'elle a le droit de décider pour elle-même. Soutenez sa décision quelle qu'elle soit (5).

Si elle préfère décider toute seule :

Sur un ton affable, vous pouvez informer un membre de la famille que vous avez besoin de quelques minutes pour vous entretenir avec la patiente. Vous pouvez le formuler ainsi :

Vous aideriez vraiment beaucoup [nom de la fillette/femme] si vous me laissiez discuter seul avec elle de son passé médical.

Si elle souhaite impliquer sa famille :

Faites-lui savoir que vous pouvez appeler les membres de sa famille à tout instant pendant la consultation ou même lorsqu'elle est terminée ; c'est à elle de décider quand. Au moment qu'elle aura choisi, vous les inviterez à entrer dans la pièce, et vous leur présenterez le plan de soins convenu sous un jour favorable, en protégeant la confidentialité du dossier de votre patiente. Par exemple, vous pourriez dire :

[Nom de la fillette/femme] sera en bien meilleure santé et plus heureuse lorsque nous aurons [toutes les mesures que la fillette ou la femme a retenues]. Ce sera une bonne chose pour toute la famille.

N'OUBLIEZ PAS :

Impliquer le partenaire et/ou la famille dans la prise en charge de la fillette ou de la femme peut être une occasion favorable de dynamiser et d'engager la famille tout entière.





2.6 LA CONSULTATION : QUAND ET COMMENT PARLER DES MGF

- A** ENTAMER LA CONVERSATION :
ÉTABLIR LES FAITS DE BASE
- B** PARLER DES MGF EN DÉTAIL
- C** DONNER DES INFORMATIONS ET
ÉLABORER UN PLAN DE SOINS
- D** CLÔTURE ET SUIVI

Beaucoup de soignants ne sont pas sûrs de bien savoir quand et comment interroger les patientes sur les MGF. Dans cette section, vous trouverez un guide pas à pas pour savoir quand et comment mener une conversation sur les MGF avec vos patientes. La consultation est divisée en quatre parties pour des raisons pratiques. Toutefois, dans les faits, la structure de la conversation peut ne pas suivre cet ordre.



ENTAMER LA CONVERSATION : ÉTABLIR LES FAITS DE BASE

Pendant la première consultation avec une patiente, le meilleur moyen de savoir si elle a subi une MGF est de le lui demander directement à un certain moment de la conversation. Vous pouvez engager le dialogue en demandant à la patiente d'où elle vient et où elle est née. Ces renseignements pourront vous aider à déterminer si elle vient d'un pays ou d'une région où se pratiquent les MGF.



IMPORTANT ! *Il est erroné de supposer que toutes les filles et femmes issues de communautés pratiquant les mutilations sexuelles féminines ont subi ce genre d'interventions, ou que toutes les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines présentent des complications sanitaires dues à cette pratique.*

À QUEL MOMENT POSER DES QUESTIONS SUR LES MGF ?

Inclure dans votre interrogatoire de routine une question sur le statut de la patiente vis-à-vis des MGF vous aidera à identifier les fillettes et les femmes qui ont été excisées (5). Demandez sur un ton neutre à la patiente de vous parler de son statut vis-à-vis des MGF et insérez cette question au milieu d'autres questions de routine, pas à part et pas en la posant en premier.

- Un bon moment pour évoquer les MGF est celui où vous questionnez la patiente sur ses interventions chirurgicales antérieures ou ses affections gynécologiques actuelles ou anciennes.
- Si vous prévoyez de réaliser un examen gynécologique, vous pouvez demander à la fillette ou à la femme si elle a subi une MGF avant de l'examiner.

NOTE CULTURELLE

Des cultures et communautés différentes utiliseront des termes différents pour faire référence aux MGF.

Lorsque vous aurez demandé à votre patiente son statut vis-à-vis des MGF, vous pourrez profiter de l'occasion pour lui demander quel terme elle préfère utiliser pour en parler, et employer celui-ci pendant la consultation.

Il est utile d'avoir sous la main une liste des termes que les personnes issues des communautés et d'autres pays qui fréquentent régulièrement l'établissement de santé utilisent couramment pour décrire les MGF.

COMMENT INTERROGER LA PATIENTE AU SUJET DES MGF ?

Voici quelques idées sur la façon dont vous pouvez questionner la patiente sur les MGF. Vous pourriez dire :

Savez-vous si vous avez été excisée dans la région génitale ?

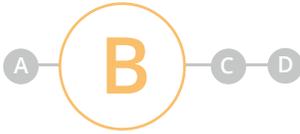
Y a-t-il quelque chose en particulier dont je devrais être informé ? Par exemple, d'une procédure ou d'une pratique culturelle ou rituelle qui pourrait avoir été réalisée sur vos parties génitales ?

Des femmes de votre communauté/pays ont subi une ablation génitale. Sauriez-vous me dire si vous avez été excisée ou fermée dans la région génitale ?

IMPORTANT !

Selon l'âge qu'avait la fillette ou la femme lorsqu'elle a subi une MGF, il se peut qu'elle ne se souvienne pas du tout de l'événement et qu'elle ne sache même pas ou ne soit pas certaine d'avoir subi l'intervention et qu'elle ne la signale donc pas si on lui pose la question. Si plus tard au cours d'un examen gynécologique, vous établissez qu'elle a subi une MGF, faites en sorte d'évoquer cette observation avec beaucoup de sensibilité et ne la jugez pas pour ne pas avoir révélé son statut de victime de MGF lors de l'anamnèse.





PARLER DES MGF EN DÉTAIL

Une fois établi que la fillette ou la femme a subi une MGF, il est important d'évaluer si, quand et comment vous devez poursuivre la discussion sur les MGF plus en détail. Une discussion approfondie ne sera nécessaire qu'en certaines occasions. Posez-vous les deux questions suivantes pour vous aider à décider si et quand vous devez approfondir la discussion sur les MGF avec la fillette ou la femme.

QUESTION N°1 :

Y a-t-il nécessité de discuter plus en détail des MGF ?

Il est important d'approfondir la discussion sur les MGF chaque fois que votre jugement clinique vous indique que le statut de la fillette ou de la femme vis-à-vis des MGF peut avoir une incidence sur sa santé et son bien-être. Il est également important de parler plus en détail des MGF quand vous pensez qu'en tant que soignant, vous pourriez jouer un rôle dans la prévention de nouveaux cas de MGF.

N'OUBLIEZ PAS : *Il est tout à fait déplacé de continuer à questionner la patiente uniquement pour satisfaire une curiosité personnelle (5). Vos questions doivent servir à vous aider à élaborer vos plans de traitement et de suivi pour la patiente.*

Voici quelques exemples de situations dans lesquelles une discussion plus approfondie sur les MGF serait appropriée une fois établi que la fillette ou la femme a subi l'intervention.

- L'affection clinique de la fillette ou de la femme est liée à une MGF. Dans ce cas, vous devez lui expliquer la situation et évoquer un plan de soins (5).

- La fillette ou la femme est venue tout spécialement pour parler avec vous des MGF et souhaiterait recevoir plus d'informations sur le sujet.
- Elle planifie son mariage.
- Elle planifie une grossesse ou est enceinte et présente une MGF de type III. Voir chapitre 5 pour en savoir plus. → 5



PRENEZ VOTRE TEMPS

Parler des MGF ne doit pas se faire à la hâte. Assurez-vous d'avoir assez de temps pour donner des explications bien claires et répondre à toutes les questions que pourrait se poser la fillette ou la femme.

- Elle est enceinte et est venue pour une consultation prénatale. Voir chapitre 5 pour en savoir plus. → 5
- Elle a récemment donné naissance à une petite fille.
- Elle a subi une MGF et vous consulte pour des problèmes de santé mentale ou de santé sexuelle. Voir chapitre 7 et chapitre 8.

→ 7 → 8



QUESTION N°2

Est-elle prête à parler des MGF ?

Étant donné qu'une communication efficace exige un dialogue dans les deux sens, une fois que vous avez décidé qu'il est préférable d'approfondir la discussion sur les MGF avec la fillette ou la femme, il est important de déterminer si elle est prête ou non à parler de cela avec vous. Ce n'est pas toujours facile à évaluer.

- Il est important de faire appel à votre jugement, de suivre l'avis de la fillette ou de la femme, et de l'aider à se sentir à l'aise (5).
- Assurez-vous qu'il n'y a pas de barrières linguistiques ; proposez-lui de faire venir (ou d'organiser un rendez-vous avec) un interprète ou un médiateur culturel, si besoin.
- Faites bien comprendre à la fillette ou à la femme que vous êtes disponible pour parler, mais que vous n'insisterez pas pour discuter du sujet si elle n'est pas prête (5).

QUE FAIRE SI...

elle n'est pas prête à me parler de la MGF qu'elle a subie ?

- Accordez-lui du temps.
- Cherchez à découvrir quelles sont ses craintes et ses angoisses.
- Encouragez-la et réconfortez-la, et convenez d'un autre rendez-vous.
- Rassurez-la sur la confidentialité.
- Proposez-lui d'autres sources d'information, comme des sites Web ou des organisations locales.
- Demandez-lui si elle serait prête à parler à un autre membre du personnel à la place.

COMMENT ENTAMER LA CONVERSATION SUR LES MGF

Une fois que vous aurez déterminé que les MGF doivent faire l'objet d'une discussion plus approfondie et que la fillette ou la femme est prête et disposée à en parler avec vous, vous pouvez engager la conversation.

Rappelez-vous que votre rôle en tant que soignant est d'orienter la discussion en posant des questions puis en écoutant attentivement, en laissant la fillette ou la femme prendre la parole et s'exprimer. Cela exige des compétences. Utiliser certaines remarques et questions ouvertes peut vous aider. Une question ouverte est une question à laquelle on ne peut pas répondre « oui » ou « non ».

- 1 Pour commencer à parler des MGF de manière plus approfondie, vous pouvez entamer la conversation en tenant des propos très généraux, avant de passer à des questions plus spécifiques (5).

Par exemple, vous pouvez dire :

J'ai lu/entendu dire que les MGF se pratiquent dans votre communauté/pays.

- 2 Cette déclaration peut être suivie d'une question non personnelle qui n'obligera pas la patiente à donner son avis personnel, par exemple :

Quel est le point de vue de votre communauté sur les MGF ?

Comment les filles/femmes considèrent-elles les MGF dans votre communauté/là d'où vous venez ?



- 3 Vous pouvez ensuite lui montrer que vous souhaitez qu'elle vous parle de son vécu personnel, en lui posant des questions supplémentaires :

Pourriez-vous me parler de votre expérience ?

Que pensez-vous de votre expérience ?

- 4 Pour lui faire comprendre que vous voudriez parler de sa santé et de son bien-être en lien avec les MGF, vous pouvez lui demander :

Comment le fait d'avoir été excisée vous affecte-t-il en ce moment ? Sur le plan physique ? Sur le plan émotionnel ? Sur le plan sexuel ?

Avez-vous connu des problèmes physiques ou mentaux liés au fait d'avoir été excisée ?

Le fait d'avoir été excisée a-t-il affecté la relation que vous avez avec votre mari/partenaire/famille ? De quelle manière ?

Comment puis-je vous aider ?

QUE FAIRE SI...

le temps manque pour discuter des MGF en détail ?

- Essayez d'instaurer un climat de confiance au cours de plusieurs consultations.
- Invitez la femme ou les membres de sa famille à revenir pour une consultation entièrement consacrée à discuter en détail des MGF.

QUE FAIRE SI...

elle commence à pleurer ?

- Accordez-lui du temps pour le faire.
- Vous pouvez dire « Je sais à quel point il doit être difficile de parler de cela. Prenez votre temps. »
- Faites une pause pour lui laisser le temps de se reprendre.

N'OUBLIEZ PAS :

- *Expliquez à la patiente que vous allez prendre des notes et qu'elles seront gardées confidentielles.*
- *Dites-lui que le fait de consigner les informations garantit que sa situation est bien comprise et qu'elle n'aura pas besoin de répéter les détails déjà connus et dont le rappel pourrait être douloureux.*



DONNER DES INFORMATIONS ET ÉLABORER UN PLAN DE SOINS

Une fois que vous aurez parlé avec la fillette ou la femme de son expérience des MGF et de tout problème de santé associé, vous devrez l'informer sur les différentes options thérapeutiques qui s'offrent à elles, et élaborer un plan de soins.

- Expliquez à votre patiente que vous allez lui proposer plusieurs possibilités de prise en charge, notamment les différents types d'aide et de traitement qui sont disponibles.
- Décrivez les types de traitement et de soutien qui lui sont accessibles, et les considérations et conséquences qui entrent en ligne de compte pour chaque option, notamment la disponibilité, le coût, les résultats escomptés, la durée de rétablissement, les effets indésirables, etc. À ce stade, la patiente devrait tout savoir sur les différentes possibilités qui s'offrent à elle. Évaluez dans quelle mesure elle est disposée à recevoir des soins et/ou à être orientée vers d'autres services. Cela vous aidera à adapter le plan de soins s'il y a lieu.
- Certaines options thérapeutiques, telles que la désinfibulation chez une fille ou une femme non mariée, peut être considérée comme culturellement inacceptable dans certaines communautés. Dites-lui que vous comprenez bien cette situation et que vous allez l'aider à trouver le moyen de surmonter ces obstacles potentiels dans le cas où elle choisirait une telle option.
- Vérifiez qu'elle a bien compris ce qui a été dit et soyez sûr de connaître ses attentes concernant les résultats de la consultation et un éventuel traitement. Cela évitera tout malentendu.

QUE FAIRE SI...

une option thérapeutique est culturellement inacceptable ?

- Au moment d'élaborer un plan de soins, discutez ouvertement des implications culturelles que pourraient avoir certaines options de traitement.
- Aidez votre patiente à identifier et à joindre un proche sur lequel elle pourrait compter pour l'aider à faire respecter sa décision au sein de sa famille et/ou communauté. Il peut s'agir de son mari/ partenaire ou d'un ami ou parent proche.

N'OUBLIEZ PAS :

Respectez la décision de votre patiente.

Ce sont les souhaits de la femme qui déterminent les soins que vous allez lui dispenser. Elle voudra peut-être avoir plus de temps pour réfléchir aux traitements possibles, et elle préférera peut-être adopter une approche attentiste et/ou discuter d'autres alternatives. Vous pouvez la guider en lui fournissant davantage d'informations et en l'orientant vers d'autres services, si nécessaire, mais il est important de respecter sa décision et de ne pas la forcer. Si votre patiente est mineure, vous devrez obligatoirement en discuter avec ses parents/tuteurs.



CLÔTURE ET SUIVI

Avant de mettre fin à la séance, vous ferez un bref résumé de ce qui s'est dit et vérifierez si la femme (ou les parents/tuteurs dans le cas d'une mineure) a bien tout compris et si elle a d'autres questions ou demandes à formuler. Il se peut qu'elle ait besoin de plus de temps pour faire son choix de traitement, ou qu'elle doive être adressée à un autre professionnel.



NOTE SUR LE SUIVI : *Il arrivera fréquemment que des séances supplémentaires soient nécessaires avant qu'un plan d'action puisse être mis en place. Si un suivi s'avère nécessaire, élaborer un plan de suivi avec la patiente.*

N'OUBLIEZ PAS :

Prenez des notes pendant et après votre discussion.

Il est important de prendre des notes pendant et juste après votre discussion avec la patiente afin de ne pas oublier ni omettre de détails ; la mémoire humaine n'est pas toujours fiable ! En cas d'échanges particulièrement chargés d'émotion, vous pouvez arrêter d'écrire un moment pour qu'elle se sente entourée et en sécurité.



2.7 ENREGISTRER LES MGF DANS LE DOSSIER MÉDICAL DE LA PATIENTE

L'enregistrement des cas de mutilations sexuelles féminines fait partie des bonnes pratiques médicales. Surtout, la documentation contenue dans le dossier de la patiente informera les autres professionnels de la santé de son statut vis-à-vis des MGF. Cela pourra lui éviter des examens gynécologiques inutiles dans le futur, et améliorera les soins qu'elle reçoit.



IMPORTANT ! Une « obligation d'enregistrement » signifie qu'un dispensateur de soins est légalement tenu de consigner tous les cas de MGF dans le dossier médical des filles ou des femmes concernées. Vérifiez que vous êtes bien informé sur cette éventuelle obligation légale dans votre pays.

COMMENT PUIS-JE INDIQUER LE TYPE EXACT DE MGF QUE LA FEMME A SUBI ?

Alors que la classification de l'OMS sur les MGF est précise, l'exécution de l'excision génitale ne fait souvent pas preuve de la même précision. Les MGF sont généralement réalisées dans des conditions qui ne permettent pas une ablation soigneuse. Par exemple, il arrive que la fillette se débatte et bouge pendant l'intervention sous l'effet d'une intense douleur, ou que les instruments tranchants soient émoussés et déchirent la chair au lieu de faire une incision propre. De ce fait, l'ablation génitale d'une fillette ou d'une femme peut ne pas ressembler exactement à ce qui est décrit dans la typologie de l'OMS (voir chapitre 1). → 1 Dans le cas des petites filles, des structures anatomiques comme les lèvres sont moins proéminentes, et il y a peu de graisse sous-cutanée sur la vulve, ce qui peut compliquer la tâche des soignants lorsqu'il s'agit d'identifier le statut et le type de MGF de la fillette. Pour établir avec certitude le type de mutilation sexuelle féminine qui a été pratiqué sur une patiente, vous devrez effectuer un examen gynécologique.

COMMENT DOIS-JE ENREGISTRER UNE MGF DANS LE DOSSIER MÉDICAL ?

Lorsque vous consignez une MGF dans le dossier d'une patiente, indiquez toujours si le type de MGF a été déterminé par un examen gynécologique ou suite aux indications d'une patiente. Si après avoir pratiqué un examen gynécologique, vous n'arrivez pas à déterminer exactement le type de MGF que votre patiente a subi, vous devez au moins enregistrer qu'elle a subi une MGF et décrire les structures anatomiques qui ont été enlevées ou altérées. Pour obtenir plus d'informations sur l'enregistrement visuel des MGF dans le dossier médical, voir la section 5.2.4 du chapitre 5. → 5.2

Bibliographie

1. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>, consulté le 15 novembre 2017).
2. Smith H, Stein K. Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;136:60-4.
3. 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/fr/, consulté le 15 novembre 2017).
4. Mutilations génitales féminines: guide à l'usage des professions concernées. Bruxelles, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique, 2011.
5. Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York (NY): Research, Action, and Information Network for Bodily Integrity of Women (RAINBO); 1999.
6. Female genital mutilation and its management. Green-top Guideline No. 53. London; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>, consulté le 15 novembre 2017).
7. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre les femmes : Recommandations cliniques et politiques de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, consulté le 15 novembre 2017).



3

**COMPLICATIONS
PHYSIQUES
IMMÉDIATES ET
À COURT TERME
DES MGF**

Après avoir lu ce chapitre, vous devriez être en mesure de :

- *Identifier les complications physiques immédiates et à court terme des MGF*
- *Recueillir les antécédents et réaliser un examen clinique pour évaluer ces complications physiques immédiates et à court terme*
- *Prendre en charge des fillettes et des femmes présentant des complications physiques immédiates et à court terme liées aux MGF*
- *Orienter les fillettes et les femmes en vue d'une prise en charge plus approfondie au niveau de soins supérieur*

Dans ce chapitre

POINTS
ABORDÉS

3.1 APERÇU DES COMPLICATIONS PHYSIQUES IMMÉDIATES ET À COURT TERME

ÉVALUER

3.2 ÉVALUER LES COMPLICATIONS PHYSIQUES IMMÉDIATES ET À COURT TERME DES MGF

PRENDRE
EN CHARGE

3.3
DOULEUR SÉVÈRE
ET LÉSIONS
TISSULAIRES



3.4
HÉMORRAGIES



3.5
CHOC
HÉMORRAGIQUE



3.6
INFECTIONS ET
SEPTICÉMIE



3.7
ŒDÈME DES
TISSUS GÉNITAUX



3.8
RÉTENTION
AIGUË D'URINE



APERÇU DES

3.1 COMPLICATIONS PHYSIQUES IMMÉDIATES ET À COURT TERME



IMPORTANT ! *La plupart des patientes qui se présentent avec des complications sanitaires immédiates et à court terme liées aux MGF doivent être traitées sans délai, notamment celles souffrant d'affections menaçant le pronostic vital telles qu'une hémorragie sévère, un choc hémorragique et/ou une septicémie.*

COMPLICATIONS SANITAIRES IMMÉDIATES ET À COURT TERME DES MGF

On peut citer notamment :

- **la douleur sévère et les lésions tissulaires**
- **les hémorragies** (une hémorragie sévère peut entraîner une **anémie**)
- **le choc hémorragique**
- **les infections et la septicémie**
- **l'œdème des tissus génitaux**
- **la rétention aiguë d'urine**

Toutes les filles et les femmes victimes de MGF souffriront de conséquences sanitaires négatives de la pratique, sous une forme ou une autre, telles que des douleurs intenses, des lésions des tissus génitaux à divers degrés, et une détresse psychologique. Certaines filles et femmes présenteront des affections sanitaires immédiates et à court terme qui exigent un traitement médical rapide.

Il est probable que seules les filles et les femmes les plus sévèrement touchées chercheront à se faire soigner pour ces complications. Vous verrez sans doute davantage de complications sanitaires dues aux MGF chez les filles et les femmes d'âge approprié, dans la tranche d'âge dans laquelle l'excision est traditionnellement pratiquée dans votre pays ou votre région.



ÉVALUER LES

3.2 COMPLICATIONS PHYSIQUES IMMÉDIATES ET À COURT TERME

Pour évaluer les complications physiques immédiates et à court terme des MGF, vous devrez recueillir les antécédents médicaux de la patiente et réaliser un examen clinique (2).



COMMUNIQUER DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Si la patiente présente une affection menaçant son pronostic vital ou si elle est inconsciente ou incapable de communiquer, vous ne pourrez peut-être pas obtenir ses antécédents ni expliquer que vous allez réaliser un examen clinique.



PATIENTS PÉDIATRIQUES

Lorsqu'une fillette se présente avec des complications aiguës, elle peut être effrayée et incapable de communiquer directement.

IMPORTANT !

Les MGF étant souvent pratiquées sur des mineures, les conséquences physiques immédiates et à court terme de la pratique toucheront souvent les petites filles, et même les bébés. Les mineures seront généralement amenées au centre de santé par leurs parents ou des membres de leur famille, ou par la personne qui a pratiqué la MGF. De ce fait, et parce que les MGF sont illégales dans plusieurs pays où elles sont pratiquées, les personnes accompagnant la jeune mineure peuvent ne pas révéler tout de suite que son état de santé alarmant est lié à une MGF.

Dans la mesure du possible, adressez-vous directement à la fillette ou à la femme tout en renseignant également la famille accompagnante sur sa prise en charge.



DOCUMENTATION

Il est très important de tout consigner soigneusement dans le dossier médical de la patiente.



3.2.1 RECUEILLIR LES ANTÉCÉDENTS

En situation d'urgence, le temps peut manquer pour obtenir des antécédents médicaux complets. Dans ce cas, cherchez à obtenir des antécédents restreints, mais ciblés, auprès de la patiente ou des membres de sa famille. Cela vous guidera pour l'examen physique et vous aidera à poser un diagnostic correct. Vous pouvez suivre les étapes indiquées ci-après.

- 1 **Commencez** par vous présenter à la patiente et aux membres de sa famille.

Interrogez... ?

- 2 **Interrogez** votre patiente sur le problème de santé qui l'amène à consulter. Recueillez le plus d'informations possible à ce sujet.

- 3 Si vous pensez que l'état de santé de votre patiente est lié à une MGF, **interrogez-la** avec tact sur les interventions qu'elle a subies, y compris les MGF. **Utilisez une terminologie qui lui est familière.**

- 4 **Demandez** à la patiente ou aux proches qui l'accompagnent si elle/ils auraient quelque chose de particulier à dire concernant sa santé et tout problème qu'elle pourrait avoir en raison de mutilations sexuelles.

Rassurez...

- 5 **Rassurez-la** sur le fait que vous connaissez bien ces problèmes et que son statut vis-à-vis des MGF ne constitue pas un obstacle aux soins et ne l'empêchera pas d'accéder aux services de santé.

Écoutez..

- 6 Laissez la fillette ou la femme s'exprimer et dire ce qu'elle a à dire. Si elle se met à pleurer, **soyez patient** et réconfortez-la.
- 7 **Écoutez** avec attention et faites preuve d'empathie et de compassion. Faites-lui comprendre que vous pouvez l'aider.
- ! *Une fois qu'il a été établi que la fillette ou la femme a subi une MGF, de n'importe quel type, cette information et l'examen clinique ultérieur devront être traités avec professionnalisme et discrétion.*

Enregistrez...

- 8 Les informations (le type de MGF et les complications) doivent être consignées conformément à la politique de l'institution sanitaire.



IMPORTANT ! *En tant que soignant, vous devez toujours consigner toutes les informations pertinentes dans les dossiers médicaux des patientes. Toutefois, le devoir de signaler une mineure ayant subi une MGF aux autorités légales ou aux services de protection de l'enfance dépendra des lois nationales sur la maltraitance et la protection de l'enfant. Pour en savoir plus, voir chapitre 9.*



9



3.2.2 RÉALISER UN EXAMEN CLINIQUE (2)

Expliquez...



- 1 **Assurez** l'intimité et la confidentialité.
- 2 **Si la patiente est alerte, expliquez** à la fillette ou à la femme que vous allez l'examiner et que cet examen comportera un examen gynécologique.

Si elle est inconsciente et qu'un membre de la famille est présent, **expliquez** à ce dernier ce que vous allez faire.



Examinez...

Demandez à la patiente de s'allonger sur le dos, les jambes écartées et fléchies.

Découvrez la région à examiner.
Couvrez la patiente jusqu'à ce que vous soyez prêt à l'examiner.

- **Lavez-vous les mains** soigneusement et enfiler des gants.
- **Découvrez et examinez** les organes génitaux externes.





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



Dans le cas des mineures, vous devez impérativement obtenir le consentement préalable de ses parents/tuteurs légaux.



Aidez et discutez...

Une fois l'examen terminé, **remerciez** la fillette ou la femme de sa coopération.

Aidez la patiente à s'asseoir, aidez-la si besoin à se rhabiller, et faites-la s'asseoir confortablement pour l'étape suivante de la consultation.

Communiquez vos observations à la patiente.



Prenez en charge...

7

Respectez les procédures de prise en charge décrites pour chaque affection dans ce chapitre.

8

Retirez vos gants et lavez-vous les mains.



9

10

11

12

Enregistrez...



Notez vos observations et conclusions.



PRISE EN CHARGE

3.3 DE LA DOULEUR SÉVÈRE ET DES LÉSIONS TISSULAIRES

Le clitoris et les tissus génitaux avoisinants possèdent une innervation dense et sont donc particulièrement sensibles. Les MGF sont généralement pratiquées sans anesthésie et provoquent par conséquent une douleur intense (3). La douleur est généralement immédiate, et peut être vraiment très forte.

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

La douleur sévère et les lésions associées aux MGF sont prises en charge de la même manière que la douleur et les lésions tissulaires provoquées par n'importe quel traumatisme. Procédez comme suit.



1 **Évaluez** l'intensité de la douleur et la sévérité des lésions.



2 **Si un accès intraveineux est disponible**, mettez en place un abord veineux.

3 **Administrez des analgésiques puissants**, par voie intraveineuse si possible, et soignez les lésions.

4 **Nettoyez l'endroit lésé** à l'aide d'un antiseptique et conseillez à la patiente ou aux personnes qui l'accompagnent de veiller à ce que l'endroit reste propre et sec.

5 **Si la patiente présente les symptômes d'un choc hémorragique, traitez** de la manière appropriée (voir section 3.5). → 3.5



NOTE POUR L'ORIENTATION

- *Si la douleur ne cède pas, transférez la patiente au niveau de soins supérieur.*
- *Si les lésions tissulaires sont étendues, transférez la patiente en vue d'une chirurgie réparatrice.*
- *Au cours du transfert, maintenez la patiente bien sédaturée jusqu'à ce qu'elle arrive au niveau de soins suivant.*



PRISE EN CHARGE

3.4 DES HÉMORRAGIES

L'excision du clitoris peut entraîner le sectionnement de l'artère clitoridienne, dans laquelle le sang circule avec un débit et une pression élevés (4). Le sectionnement des lèvres provoque également des lésions des vaisseaux sanguins. Les saignements surviennent pendant ou juste après l'intervention. Une hémorragie secondaire peut survenir au bout de la première semaine si une infection provoque le décollement du caillot cicatriciel.

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

Les hémorragies sévères associées à l'excision sont prises en charge de la même manière que les hémorragies sévères résultant d'autres circonstances.



1 **Évaluez** la gravité des saignements et l'état de la fille ou de la femme en contrôlant et en notant ses signes vitaux.



2 Si l'hémorragie est très importante et qu'un accès intraveineux est disponible, **mettez en place un abord veineux**.

3 **Inspectez** le siège des saignements.

4 **Nettoyez** la zone à l'aide d'un antiseptique.

5 **Effectuez une compression** sur le siège des saignements à l'aide d'un tampon de gaze stérile pour arrêter l'hémorragie.

6 Si l'hémorragie n'est pas très importante, **conseillez** à la patiente et à ses accompagnateurs de maintenir la plaie propre et sèche.



7 Si la fille ou la femme souffre d'un choc hémorragique, **traitez** de la manière appropriée (voir section 3.5). → **3.5**



15 m

Continuez à évaluer l'état de la patiente en contrôlant et en notant ses signes vitaux toutes les 15 minutes.



8

Si nécessaire, remplacez le volume de sang perdu. Si vous prenez en charge la patiente dans un établissement de soins de santé primaires, administrez des liquides par voie intraveineuse et surveillez son état. Transférez-la immédiatement vers un établissement de soins secondaires où elle pourra recevoir une transfusion sanguine si nécessaire.

9

Prescrivez de la vitamine K si c'est la politique de l'institution de santé, notamment dans le cas des bébés.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si vous voyez une patiente présentant une hémorragie sévère dans un établissement de soins secondaires non équipé pour les transfusions sanguines, transférez-la immédiatement vers un établissement de soins tertiaires, dans la mesure du possible.*

10

Il se peut qu'un pansement traditionnel (par exemple, à base de cendres, de plantes, de terre et de bouse de vache) ait été appliqué sur la plaie, contenant des composés susceptibles d'entraîner un tétanos ou une autre infection. Dans un tel cas, **administrez une anatoxine tétanique et des antibiotiques**, en suivant les directives en vigueur dans le pays.



NOTE SUR LE SUIVI : *Donnez un rendez-vous de contrôle à la fille ou à la femme pour pouvoir surveiller son évolution. Une hémorragie sévère peut entraîner une anémie. S'il y a suspicion d'**anémie**, envoyez si possible au laboratoire un échantillon de sang pour un dosage d'hémoglobine (Hb) et une détermination du groupe sanguin afin d'évaluer la sévérité de l'anémie. Si l'anémie est légère, donnez de l'acide folique et des comprimés de fer et conseillez un régime alimentaire adéquat. Si l'anémie est sévère, transférez la patiente en vue d'une transfusion sanguine.*

IMPORTANT !

L'hémorragie est la complication la plus courante des mutilations sexuelles féminines, et celle qui engage le plus le pronostic vital.



PRISE EN CHARGE

3.5 DU CHOC HÉMORRAGIQUE

Un choc hémorragique se produit lorsque le volume de sang circulant dans le corps diminue suite à un saignement important. Dans le cas des MGF, les lésions sévères infligées aux tissus génitaux peuvent entraîner une perte sanguine excessive. Le décès peut intervenir dans un laps de temps relativement court si la patiente ne reçoit pas de traitement adéquat.

COMMENT FAUT-IL LE PRENDRE EN CHARGE ?

Le choc hémorragique associé aux MGF est pris en charge de la même manière qu'un tel choc survenant dans d'autres circonstances. Procédez comme suit.



- 1 **Si un accès intraveineux est disponible, mettez en place un abord veineux.**
- 2 **Traitez le choc** en relevant les extrémités de la patiente au-dessus du niveau de la tête de façon à permettre au sang d'irriguer les centres vitaux du cerveau.
- 3 **Administrez des liquides par voie intraveineuse.**
Si un accès intraveineux n'est pas disponible, les liquides peuvent être administrés par voie rectale.
- 4 **Couvrez** la fillette ou la femme pour qu'elle ne se refroidisse pas.
- 5 **Si elle a du mal à respirer, administrez-lui de l'oxygène.**
- 6 Ayez à portée de main un plateau avec le matériel de réanimation.
- 7 Continuez à vérifier régulièrement les signes vitaux.



Évaluez la sévérité du choc en contrôlant et en notant ses signes vitaux toutes les 15 minutes.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si vous voyez en consultation une patiente présentant une hémorragie sévère dans un établissement de soins secondaires non équipé pour les transfusions sanguines, transférez-la immédiatement vers un établissement de soins tertiaires, dans la mesure du possible.*



PRISE EN CHARGE

3.6 DES INFECTIONS ET DE LA SEPTICÉMIE

Une infection peut survenir lorsque les MGF sont réalisées dans un environnement non hygiénique et avec des instruments souillés, et que les plaies ne bénéficient pas de soins appropriés après l'intervention. La fille ou la femme présentera une température corporelle élevée et une plaie sale, enflammée (3).

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

Les infections et la septicémie consécutives à une MGF doivent être prises en charge de la même manière que lorsque ces affections ont d'autres origines.

-  **1 Prenez et notez** la température de la patiente. Cela sera utile pour surveiller l'évolution de son état au cours du traitement.
 -  **2 Inspectez** soigneusement la vulve à la recherche d'une plaie infectée et de toute autre cause d'infection, par exemple une obstruction des voies urinaires.
 - 3 En cas de suspicion de septicémie**, faites une hémoculture avant de démarrer l'antibiothérapie intraveineuse.
 - 4 Faites un prélèvement vaginal à l'écouvillon** (ou un écouvillonnage de la plaie infectée) **et recueillez un échantillon d'urine** pour rechercher la présence d'une infection et identifier les agents pathogènes en cause.
 - 5** Toute occlusion (urinaire) trouvée doit être levée, et la patiente traitée par antibiotiques et analgésiques.
 - 6 Si la plaie est infectée**, il faut la nettoyer avec un antiseptique. **Appliquez un pansement de gaze stérile** sur la plaie et conseillez à la fillette ou à la femme de veiller à ce que la plaie reste sèche.
-  **Si l'infection persiste, transférer la patiente vers un établissement de soins secondaires.**

NOTE SUR LE SUIVI : Demandez à la patiente de revenir pour recevoir des soins quotidiens pendant les sept jours qui suivent. Si cela n'est pas possible, fixez un rendez-vous pour qu'elle revienne sept jours plus tard afin de contrôler l'évolution de son état.



PRISE EN CHARGE

3.7 DE L'ŒDÈME DES TISSUS GÉNITAUX

L'excision et les blessures infligées aux tissus génitaux provoquent une réaction inflammatoire locale. Un œdème génital peut également être provoqué par une infection locale aiguë (2).

COMMENT FAUT-IL LE PRENDRE EN CHARGE ?

Procédez comme suit.



1 Procédez à une évaluation pour déterminer la cause de l'œdème.

2 **Inspectez** soigneusement la vulve à la recherche d'une plaie infectée et de toute autre cause d'infection (voir section 3.6). → 3.6



3 Si vous diagnostiquez une réaction inflammatoire en réponse à l'excision, **administrez des anti-inflammatoires**, par voie intraveineuse si possible, et soignez le siège des lésions.

4 Si la patiente n'est pas en mesure d'uriner, **mettez en place une sonde de Foley** (voir section 3.8). → 3.8



PRISE EN CHARGE

3.8 DE LA RÉTENTION AIGUË D'URINE

La rétention d'urine peut être due à la lésion elle-même, à la douleur ou à la peur d'uriner, ou à une occlusion de l'urètre pendant l'infibulation. Une rétention aiguë d'urine survient généralement à cause de la tuméfaction des tissus génitaux et de l'inflammation du pourtour de la plaie (2).

COMMENT FAUT-IL LA PRENDRE EN CHARGE ?

Procédez comme suit.



1 Procédez à une évaluation pour déterminer la cause de la rétention d'urine.

2 Faites appel aux compétences et aux techniques infirmières appropriées pour **encourager la fillette ou la femme à uriner**, par exemple en laissant couler l'eau d'un robinet.



3 **Si elle n'arrive pas à uriner** à cause de la douleur et de la peur, **administrez-lui des analgésiques puissants** et apportez-lui un encouragement et un soutien.

4 **Si elle n'est toujours pas capable d'uriner, mettez en place une sonde de Foley.** Laissez la sonde en place pendant deux à trois jours.

5 **Si l'impossibilité d'uriner est due à une infibulation, ouvrez l'infibulation après avoir informé et conseillé** la patiente et/ou un membre de sa famille et avoir obtenu le consentement (voir chapitre 6). → **6**



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si la rétention d'urine est due à une lésion du méat urétral, transférez la patiente en vue d'une intervention chirurgicale sous anesthésie.*

Bibliographie

1. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>, consulté le 15 novembre 2017).
2. 2. 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/fr/, consulté le 15 novembre 2017).
3. 3. Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York (NY): Research, Action, and Information Network for Bodily Integrity of Women (RAINBO); 1999.
4. 4. Denholm N. Female genital mutilation in New Zealand: understanding and responding. Auckland: FGM Education Programme for the New Zealand Ministry of Health; 2004.



4

SOINS GYNÉCOLOGIQUES ET UROGYNÉCOLOGIQUES

Après avoir lu ce chapitre, vous devriez être en mesure de :

- *Identifier les complications et les problèmes de santé gynécologiques et urogynécologiques à long terme découlant des MGF*
- *Recueillir les antécédents et réaliser un examen clinique pour évaluer ces complications et problèmes de santé*
- *Prendre en charge les patientes qui ont souffert de ces complications et problèmes de santé*
- *Transférer les filles et les femmes au niveau de soins supérieur pour une prise en charge plus approfondie*
- *Parler des méthodes contraceptives appropriées avec vos patientes*
- *Parler du dépistage du cancer du col de l'utérus avec vos patientes*

Dans ce chapitre

POINTS
ABORDÉS

4.1 VUE D'ENSEMBLE : CONSÉQUENCES GYNÉCOLOGIQUES ET UROGYNÉCOLOGIQUES DES MGF

ÉVALUER

4.2 ÉVALUATION DES CONSÉQUENCES GYNÉCOLOGIQUES ET UROGYNÉCOLOGIQUES À LONG TERME DES MGF

PRENDRE
EN CHARGE

PRÉVENIR

4.3
LA DOULEUR
VULVAIRE CHRONIQUE

4.4
LE NÉVROME
CLITORIDIEN

4.5
LES INFECTIONS DE
L'APPAREIL REPRODUCTEUR

4.6
LES DIFFICULTÉS
MENSTRUELLES

4.7
LES INFECTIONS DE
L'APPAREIL URINAIRE

4.8
LA MICTION DOULOUREUSE
OU DIFFICILE

4.9 LES KYSTES
D'INCLUSION ÉPIDERMIQUES
DANS LA RÉGION GÉNITALE

4.10
LES CHÉLOÏDES DANS
LA RÉGION GÉNITALE

4.11
PLANIFICATION
FAMILIALE POUR LES
FEMMES VIVANT AVEC
DES MGF

4.12
DÉPISTAGE DU CANCER
DU COL DE L'UTÉRUS
POUR LES FEMMES VIVANT
AVEC MGF

VUE D'ENSEMBLE :

4.1 CONSÉQUENCES GYNÉCOLOGIQUES ET UROGYNÉCOLOGIQUES DES MGF

Comme évoqué dans le chapitre 3, l'enlèvement ou la lésion d'un tissu génital sain peut provoquer des complications sanitaires immédiates et à court terme chez les filles et les femmes ayant subi une MGF, qui nécessitent souvent une prise en charge médicale immédiate. Mais les MGF peuvent également entraîner des complications et des problèmes de santé qui apparaissent des mois, voire des années, après que l'excision a eu lieu. Ces conséquences néfastes sur la santé touchent généralement, mais pas exclusivement, l'appareil urogénital féminin, autrement dit l'appareil urinaire et/ou l'appareil reproducteur.

COMPLICATIONS ET PROBLÈMES GYNÉCOLOGIQUES ET UROGYNÉCOLOGIQUES DÉCOULANT DES MGF

On peut citer notamment :

- la douleur vulvaire chronique
- le névrome clitoridien
- les infections de l'appareil reproducteur
- les troubles menstruels tels que la dysménorrhée (règles douloureuses) et les difficultés d'écoulement du sang menstruel
- les infections de l'appareil urinaire, souvent récidivantes
- la miction douloureuse ou difficile
- les kystes d'inclusion épidermiques et les chéloïdes dans la région génitale (1).

IMPORTANT !

Le personnel soignant doit toujours avoir en tête que les complications sanitaires gynécologiques et urogynécologiques chez les filles et les femmes victimes de MGF peuvent être associées à bien d'autres affections que l'excision. Ces affections seront recherchées et traitées conformément au protocole local ou aux directives nationales.





ÉVALUATION

4.2 DES CONSÉQUENCES GYNÉCOLOGIQUES ET UROGYNÉCOLOGIQUES À LONG TERME DES MGF

Les soignants travaillant dans des régions où se pratiquent les MGF, et ceux amenés à voir des patientes originaires de ces régions, doivent systématiquement inclure des questions directes sur les complications gynécologiques et urogynécologiques liées aux MGF lorsqu'ils recueillent les antécédents médicaux de leurs patientes.

4.2.1 POURQUOI LES SOIGNANTS DOIVENT-ILS ACTIVEMENT SE RENSEIGNER SUR CES CONSÉQUENCES DES MGF ?

Les filles et les femmes qui connaissent des complications sanitaires gynécologiques et/ou urogynécologiques à long terme provoquées par des MGF vivent souvent avec les symptômes de ces affections pendant des mois, voire des années, sans chercher à se faire soigner. Il y a plusieurs raisons à cela.

- Certaines femmes peuvent ne pas avoir accès à des services de soins de gynécologie ou d'urogynécologie spécialisés, ou peuvent avoir honte de consulter un professionnel pour ces symptômes (2).
- D'autres fillettes et femmes apprennent à vivre avec ces affections de longue date ou récidivantes sans les signaler parce qu'elles ignorent, ou hésitent à reconnaître, qu'une MGF est la cause des problèmes médicaux dont elles souffrent (3).
- De plus, si elles savent que d'autres femmes de la communauté vivent avec des affections similaires, il se peut que les fillettes et les femmes ne jugent pas utile de consulter un professionnel de la santé pour leurs symptômes.

Pour avoir davantage de précisions sur la façon d'amener le sujet des MGF et d'en discuter avec les patientes, voir le chapitre 2.  



4.2.2 RECUEILLIR LES ANTÉCÉDENTS

Gardez à l'esprit que les filles et les femmes vivant avec des MGF, souvent, ne cherchent pas à se faire soigner pour des symptômes gynécologiques ou urogynécologiques jusqu'à ce que ces derniers soient avancés ou ne puissent plus être cachés. Si ou quand elles cherchent à consulter, elles peuvent mentionner des symptômes qui ne sont pas directement liés à l'appareil urogénital.

- 1 **Accueillez** la fillette ou la femme et **présentez**-vous.

Interrogez... ?

- 2 **Interrogez** votre patiente sur le problème de santé qui l'amène à consulter. Recueillez le plus d'informations possible à ce sujet.

- 3 Si vous pensez que l'état de santé de votre patiente est lié à une MGF, **interrogez**-la avec tact sur les interventions qu'elle a subies, y compris les MGF. **Utilisez une terminologie qui lui est familière.**

- 4 **Demandez**-lui si elle aurait quelque chose de particulier à dire concernant sa santé et tout problème qu'elle pourrait avoir en raison de mutilations sexuelles.

- 5 **Questionnez-la directement** sur des complications gynécologiques et urogynécologiques liées aux MGF qu'elle pourrait présenter (voir section 4.1).

Rassurez...



- 6 **Rassurez**-la sur le fait que vous connaissez bien ces problèmes et que son statut vis-à-vis des MGF ne constitue pas un obstacle aux soins et ne l'empêchera pas d'accéder aux services de santé.



Écoutez..

- 7 Laissez la fillette ou la femme s'exprimer et dire ce qu'elle a à dire. Si elle se met à pleurer, **soyez patient** et réconfortez-la.
- 8 **Écoutez** avec attention et montrez de l'empathie. Faites preuve de compassion et assurez la patiente que vous pouvez l'aider.
- ! *Une fois qu'il a été établi que la fillette ou la femme a subi une MGF, de n'importe quel type, cette information et l'examen clinique ultérieur devront être traités avec professionnalisme et discrétion.*

Enregistrez...

- 9 Les informations (le type de MGF et les complications) doivent être consignées conformément à la politique de l'institution sanitaire.

N'OUBLIEZ PAS : *Pay attention to the following aspects when taking a medical history from a female patient.*

- *Faites en sorte que la fillette ou la femme se sente à l'aise et assurez-la qu'en tant que soignant, votre rôle est de lui apporter soutien et soins.*
- *Expliquez-lui que toutes les questions que vous lui posez sont destinées à vous aider à poser un diagnostic et à déterminer les meilleures options thérapeutiques.*
- *Dites-lui bien que vous discuterez en détail avec elle de toutes les options thérapeutiques, pour qu'elle puisse prendre une décision sur son plan de soins en toute connaissance de cause.*



4.2.3 RÉALISER UN EXAMEN CLINIQUE (2)

Expliquez...



- 1 **Assurez** l'intimité et la confidentialité.
- 2 **Expliquez** à la fillette ou à la femme que vous allez l'examiner et que cet examen comportera un examen gynécologique.



Examinez...

- **Demandez** à la patiente de s'allonger sur le dos, les jambes écartées et fléchies.

Découvrez la région à examiner.
Couvrez la patiente jusqu'à ce que vous soyez prêt à l'examiner.

- **Lavez-vous les mains** soigneusement et enfiler des gants.

- **Découvrez et examinez** les organes génitaux externes.





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



Dans le cas des mineures, vous devez impérativement obtenir le consentement préalable de ses parents/tuteurs légaux.



Aidez et discutez...

Une fois l'examen terminé, **remerciez** la fillette ou la femme de sa coopération.

Aidez la patiente à s'asseoir, aidez-la si besoin à se rhabiller, et faites-la s'asseoir confortablement pour l'étape suivante de la consultation.

Communiquez vos observations à la patiente.



Prenez en charge...

8 Respectez les procédures de prise en charge décrites pour chaque affection (voir sections 4.3-4.10).

→ 4.3 - 4.10

9 Retirez vos gants et lavez-vous les mains.

10

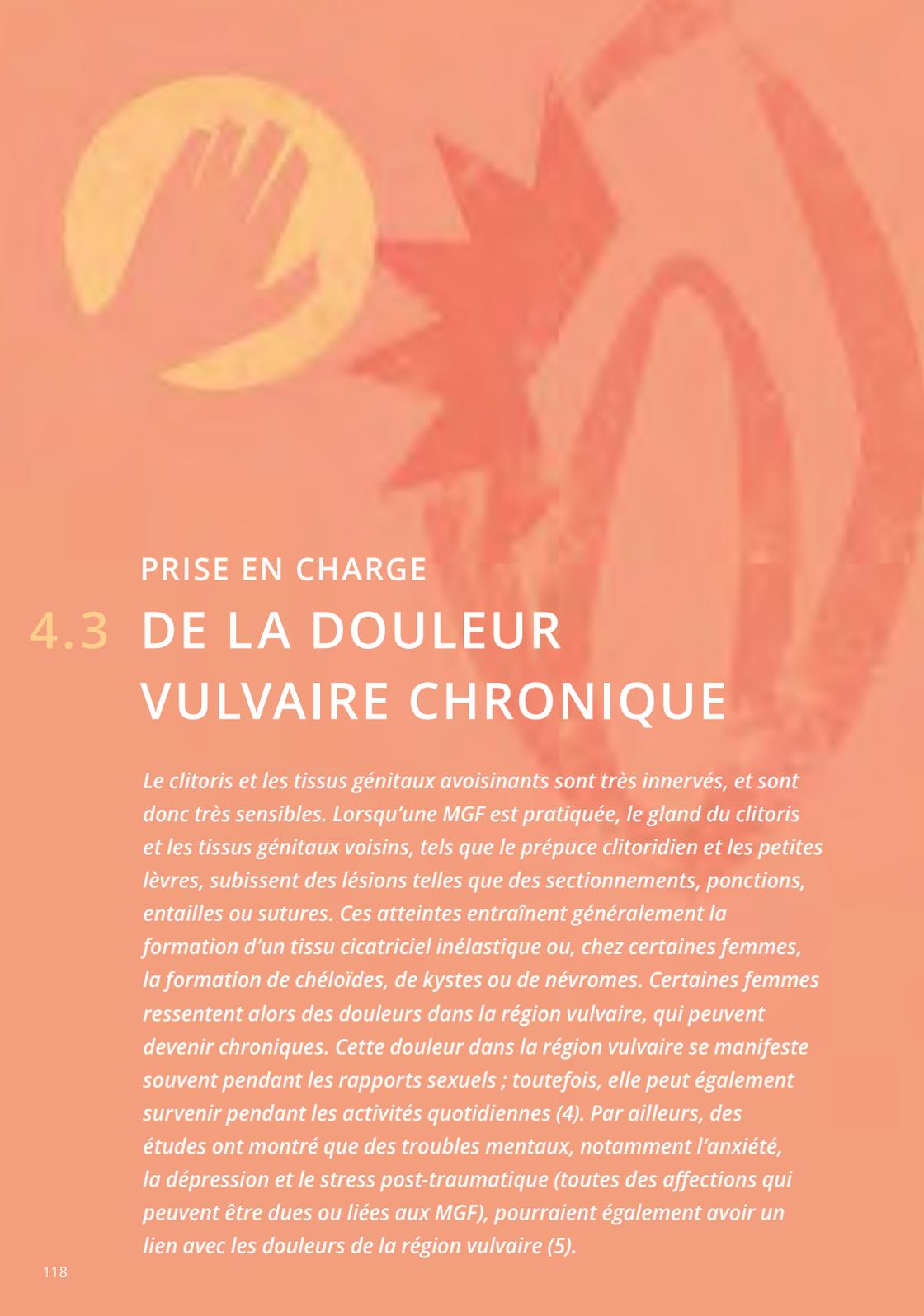
11

11

Enregistrez...



12 **Notez** vos observations et conclusions.

The background features a stylized illustration in shades of orange and yellow. On the left, a hand is shown holding a crescent moon. To the right, a five-pointed star is depicted. The overall aesthetic is soft and artistic, with a warm color palette.

PRISE EN CHARGE

4.3 DE LA DOULEUR VULVAIRE CHRONIQUE

Le clitoris et les tissus génitaux avoisinants sont très innervés, et sont donc très sensibles. Lorsqu'une MGF est pratiquée, le gland du clitoris et les tissus génitaux voisins, tels que le prépuce clitoridien et les petites lèvres, subissent des lésions telles que des sectionnements, ponctions, entailles ou sutures. Ces atteintes entraînent généralement la formation d'un tissu cicatriciel inélastique ou, chez certaines femmes, la formation de chéloïdes, de kystes ou de névromes. Certaines femmes ressentent alors des douleurs dans la région vulvaire, qui peuvent devenir chroniques. Cette douleur dans la région vulvaire se manifeste souvent pendant les rapports sexuels ; toutefois, elle peut également survenir pendant les activités quotidiennes (4). Par ailleurs, des études ont montré que des troubles mentaux, notamment l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique (toutes des affections qui peuvent être dues ou liées aux MGF), pourraient également avoir un lien avec les douleurs de la région vulvaire (5).

COMMENT FAUT-IL LA PRENDRE EN CHARGE ?

La prise en charge de la douleur vulvaire chronique s'effectue comme suit.

- 1 Essayez d'**établir la cause** de la douleur en interrogeant la patiente et en réalisant un examen gynécologique.
- 2 **Demandez à la patiente la permission** de l'examiner avant de procéder à l'examen gynécologique.
- 3 **Inspectez** soigneusement la région vulvaire.
- 4 **Si l'examen physique ne révèle aucune cause spécifique ou détectable**, il convient d'envisager la possibilité de facteurs psychosociaux associés aux symptômes. Parlez-en avec votre patiente en lui demandant si elle a des inquiétudes concernant, par exemple, sa fertilité, son mariage ou son couple.

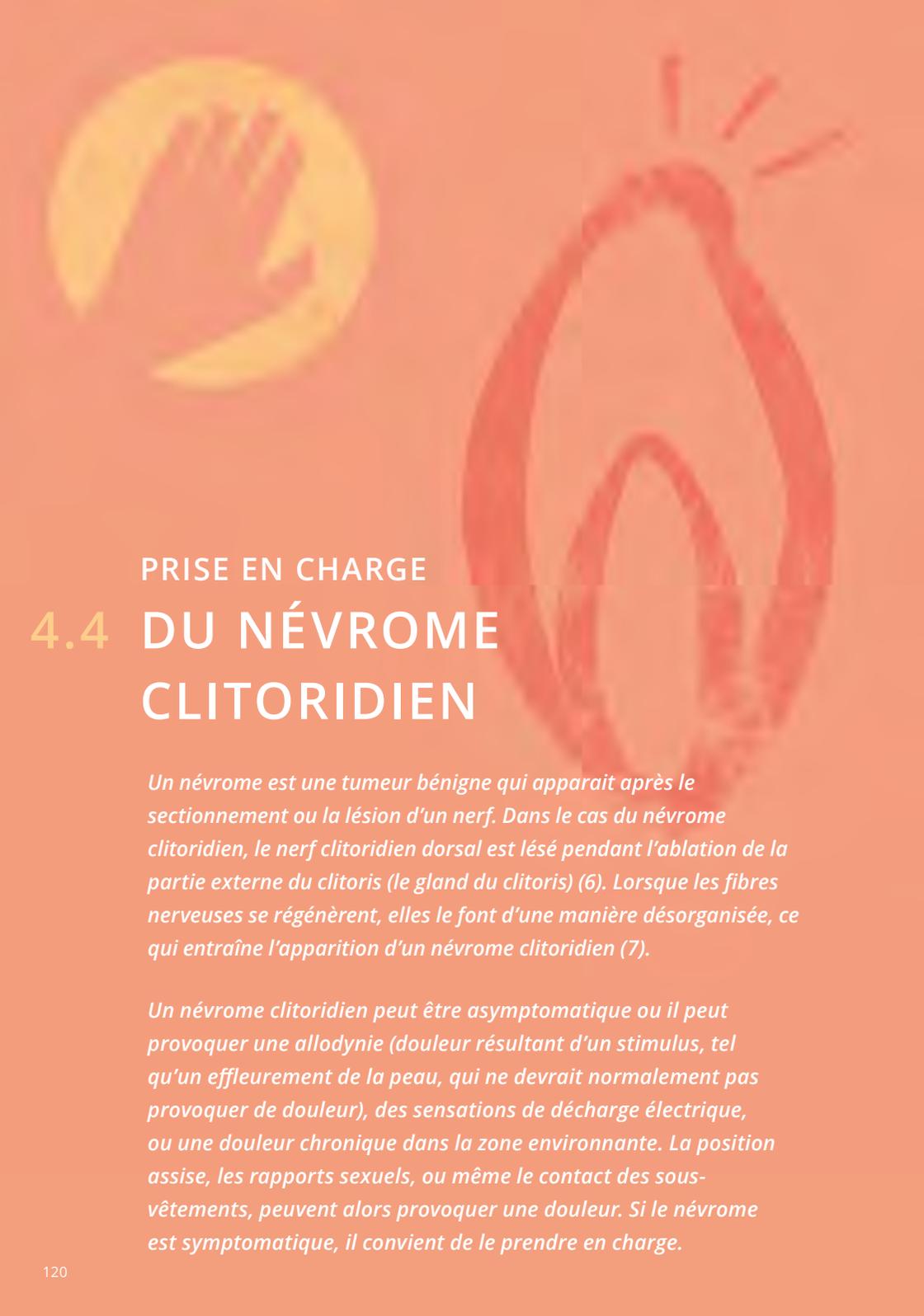
Pour en savoir plus sur la façon de traiter les complications psychologiques et sexuelles des MGF, voir les chapitres 7 et 8.



NOTE POUR L'ORIENTATION :

- *Si la douleur est intense ou persiste, adressez la patiente à un gynécologue pour des investigations et une prise en charge plus approfondies.*
- *Si la patiente présente une MGF de type III, informez-la et conseillez-la en détail sur la nécessité d'une désinfibulation, sollicitez son consentement éclairé et, si elle est d'accord, remettez-lui une lettre de recommandation ou prenez-lui un rendez-vous pour l'intervention. Des détails supplémentaires sur la désinfibulation et les services de conseil associés figurent au chapitre 6.*





4.4 DU NÉVROME CLITORIDIEN

Un névrome est une tumeur bénigne qui apparaît après le sectionnement ou la lésion d'un nerf. Dans le cas du névrome clitoridien, le nerf clitoridien dorsal est lésé pendant l'ablation de la partie externe du clitoris (le gland du clitoris) (6). Lorsque les fibres nerveuses se régénèrent, elles le font d'une manière désorganisée, ce qui entraîne l'apparition d'un névrome clitoridien (7).

Un névrome clitoridien peut être asymptomatique ou il peut provoquer une allodynie (douleur résultant d'un stimulus, tel qu'un effleurement de la peau, qui ne devrait normalement pas provoquer de douleur), des sensations de décharge électrique, ou une douleur chronique dans la zone environnante. La position assise, les rapports sexuels, ou même le contact des sous-vêtements, peuvent alors provoquer une douleur. Si le névrome est symptomatique, il convient de le prendre en charge.

COMMENT FAUT-IL LE PRENDRE EN CHARGE ?

La prise en charge d'un névrome clitoridien symptomatique s'effectue comme suit (6).

- 1 **Recueillez les antécédents médicaux détaillés** en insistant plus particulièrement sur des symptômes typiques tels que douleur chronique, allodynie et sensations de décharge électrique dans la région génitale.
- 2 Avant de toucher la région génitale, **expliquez** soigneusement ce que vous allez faire et dites à la patiente qu'elle peut à tout moment vous demander d'arrêter l'examen s'il devient trop douloureux.



- 3 Réalisez un **examen gynécologique**.

- 4 **Inspectez** la région vulvaire avec attention ; un névrome n'est pas toujours immédiatement visible.



Procédez avec douceur lorsque vous examinez votre patiente. Un névrome clitoridien peut être très douloureux !

- 5 Vous pouvez vérifier la présence d'un névrome **en touchant avec précaution** la zone située autour de la cicatrice clitoridienne avec un objet doux (tel qu'un coton-tige/écouvillon), en recherchant les zones douloureuses ou allodyniques.

- 6 Vous pouvez **proposer une crème à la lidocaïne**, que la patiente peut appliquer sur la zone douloureuse.

- 7 **Conseillez** à la patiente de porter des sous-vêtements amples pour éviter les frottements.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si les symptômes sont sévères, orientez la patiente en vue d'une excision chirurgicale du névrome.*



PRISE EN CHARGE

4.5 DES INFECTIONS DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR

Les femmes qui ont subi des MGF présentent un risque accru d'infections de l'appareil reproducteur (RTI), notamment une vaginose bactérienne (8,9). L'occlusion partielle de l'orifice vaginal (due à la présence de tissu cicatriciel ou d'une infibulation, chez les femmes vivant avec une MGF de type III) est un facteur contribuant au développement de ces affections. Les RTI peuvent être douloureuses et peuvent s'accompagner de sécrétions vaginales anormales. Elles peuvent être récidivantes et, si elles ne sont pas soignées, peuvent devenir persistantes et entraîner une maladie inflammatoire pelvienne (MIP).

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

Les conséquences des RTI sur la santé reproductive peuvent être graves et menacer le pronostic vital. Elles comprennent notamment la maladie inflammatoire pelvienne, l'infertilité, la grossesse ectopique, et les issues défavorables de la grossesse, telles que la fausse-couche, la mortinaissance, l'accouchement prématuré et les infections congénitales (10).

La prise en charge des infections de l'appareil reproducteur s'effectue comme suit.



- 1 Recueillir les antécédents médicaux** et réalisez un examen gynécologique. Évaluez la patiente pour identifier le type de MGF qu'elle présente et la cause probable du problème.
- 2 Si des services de laboratoire ou des tests de diagnostic rapide (TDR) sont disponibles, faites un écouvillonnage vaginal**, ainsi qu'un écouvillonnage du col s'il y a lieu, pour dépister la présence d'une infection puis prescrivez ensuite un traitement en fonction de l'étiologie.
En l'absence de ces services, traitez la patiente sur la base des signes et symptômes (traitement syndromique) et conformément aux directives nationales.
- 3 En cas de diagnostic ou de suspicion d'une infection sexuellement transmissible (IST), assurez la prise en charge du partenaire** – demandez à la femme d'avertir son mari/partenaire et prescrivez-lui le même traitement.

En cas de suspicion de candidose ou de vaginose bactérienne, il n'y a pas besoin de traiter le mari/partenaire.

4

Donnez des conseils sur l'hygiène de la vulve (voir section 5.3.1). → 5.3

5

Expliquez que si les symptômes perdurent, elle devra revenir se faire soigner.

NOTE POUR L'ORIENTATION :

- *Si les symptômes persistent, orientez la patiente vers un établissement de soins secondaires.*
- *Si la cause de l'infection est une occlusion due à une lésion du tissu génital, transférez la patiente en vue d'une intervention chirurgicale.*
- *Si la patiente présente une MGF de type III, informez-la et conseillez-la en détail sur la nécessité d'une désinfibulation, sollicitez son consentement éclairé et, si elle est d'accord, remettez-lui une lettre de recommandation ou prenez-lui un rendez-vous pour l'intervention. Voir chapitre 6. → 6*



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des informations détaillées sur l'évaluation et la prise en charge des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles, incluant des organigrammes simples pour aider les dispensateurs de soins à utiliser l'approche syndromique, figurent dans la publication de l'OMS *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur - Guide de pratiques essentielles (10)*.



- Des lignes directrices actualisées de l'OMS relatives au traitement des infections sexuellement transmissibles sont également disponibles pour la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis, et l'herpès (11-14).





PRISE EN CHARGE

4.6 DES DIFFICULTÉS MENSTRUELLES

Il peut s'agir notamment d'une dysménorrhée (règles douloureuses), de difficultés d'écoulement du sang menstruel, ou d'un hémocolpos ou d'un hématomètre (accumulation de sang menstruel respectivement dans le vagin et dans l'utérus). Les filles et les femmes qui ont subi une MGF font souvent état de dysménorrhée avec ou sans irrégularités menstruelles. Parmi les causes possibles figurent une infibulation serrée ou des cicatrices importantes ayant entraîné un rétrécissement de l'orifice vaginal. Un orifice vaginal très étroit peut empêcher l'écoulement normal du flux menstruel, et provoquer ainsi une dysménorrhée et un hémocolpos/hématomètre.

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

La prise en charge des difficultés menstruelles s'effectue comme suit.



- 1 Essayez d'**établir la cause** du trouble menstruel en interrogeant la patiente et en réalisant un examen gynécologique.
- 2 **Si disponible, réalisez une échographie pelvienne** pour confirmer la cause.
- 3 À l'examen clinique, une masse suprapubienne palpable peut indiquer un hématoocolpos.

NOTE POUR L'ORIENTATION :

- *Si l'affection est sévère, adressez la patiente à un gynécologue pour des investigations et une prise en charge plus approfondies.*
- *Si la patiente présente une MGF de type III (infibulation) ou un orifice vaginal très étroit, informez-la et conseillez-la en détail sur la nécessité d'une désinfibulation ou d'un enlèvement chirurgical du tissu cicatriciel, qui permettra au flux menstruel se s'écouler normalement. Sollicitez son consentement éclairé et, si elle est d'accord, remettez-lui une lettre de recommandation ou prenez-lui un rendez-vous pour l'intervention. Des détails supplémentaires sur la désinfibulation et les services de conseil associés figurent au chapitre 6.*



IMPORTANT !

La dysménorrhée peut être associée à bien d'autres affections que les MGF ; elles seront recherchées, et traitées conformément au protocole local ou aux directives nationales (p. ex., endométriose, adénomyose).



The background features a soft, reddish-orange gradient. On the left, there is a circular yellow icon containing a hand with fingers spread. To the right, there are faint, stylized illustrations of two kidneys connected by a central tube, representing the urinary system.

PRISE EN CHARGE

4.7 DES INFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE

Les filles et les femmes qui ont subi des MGF, en particulier celles ayant une MGF de type III, présentent un risque accru d'infections de l'appareil urinaire, notamment des infections urinaires récurrentes (9). Les infections de l'appareil urinaire chez les femmes vivant avec des MGF sont généralement la conséquence d'une obstruction des voies urinaires et de la stase de l'urine. Ces problèmes peuvent survenir chez les femmes infibulées ou suite à une lésion du méat urétral. L'obstruction modifie l'écoulement normal de l'urine, qui ne peut que goutter lentement lorsque la patiente urine. Cela fait stagner l'urine, l'exposant alors à la prolifération bactérienne qui peut provoquer une infection de l'appareil urinaire, laquelle peut ensuite récidiver.

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

La prise en charge des infections de l'appareil urinaire s'effectue comme suit.



1 Essayez d'**établir la cause** de l'infection urinaire en interrogeant la patiente et en réalisant un examen gynécologique (**obtenez la permission de la patiente avant d'entreprendre un examen gynécologique**).

- **Demandez** à la femme si elle a déjà eu des symptômes similaires ou une infection urinaire avérée l'année passée.
- **Inspectez** soigneusement la région vulvaire pour établir la cause de l'infection.

2 **Si des services de laboratoire sont disponibles, faites analyser un échantillon d'urine** avant de prescrire un traitement.



3 Administrez des **antibiotiques** conformément au protocole local ou aux directives nationales, qu'il y ait ou non des services de laboratoire disponibles.

4 **Conseillez** à la patiente de boire beaucoup d'eau.

5 **Conseillez-lui** de revenir pour recevoir des soins si les symptômes ne s'améliorent pas, s'aggravent ou reviennent après traitement



Infections urinaires récidivantes : Une infection urinaire récidivante est une infection symptomatique de l'appareil urinaire (vessie et reins) qui survient après la guérison d'une infection urinaire antérieure, généralement après traitement. Les définitions des infections urinaires récidivantes varient et englobent la survenue de deux infections urinaires dans les six derniers mois, ou des antécédents d'une ou plusieurs infections urinaires avant ou pendant la grossesse (15).



NOTE POUR L'ORIENTATION :

- *Si la patiente connaît des infections urinaires récidivantes, transférez-la vers un établissement de soins secondaires.*
- *Si vous constatez que le méat urétral est lésé, vous devez transférer la patiente en vue d'une chirurgie correctrice après lui avoir dispensé un traitement pour l'infection urinaire.*
- *Si l'infection est due à une infibulation (MGF de type III), informez et conseillez la patiente en détail quant à la nécessité d'une désinfibulation. Expliquez-lui que si elle ne fait pas ouvrir l'infibulation, l'infection urinaire a des chances de revenir et peut finir par toucher la vessie et les reins. Sollicitez son consentement éclairé pour la désinfibulation et, si elle est d'accord, remettez-lui une lettre de recommandation ou prenez-lui un rendez-vous pour l'intervention (voir chapitre 6).*  

RECOMMANDATION DE L'OMS

La désinfibulation est recommandée pour prévenir et traiter des complications urologiques – en particulier les infections récurrentes des voies urinaires et la rétention d'urine – chez les filles et les femmes vivant avec une mutilation sexuelle féminine de type III (1).



4.8 PRISE EN CHARGE DE LA MICTION DOULOUREUSE OU DIFFICILE

Les difficultés ou les douleurs de miction peuvent être provoquées par une infection de l'appareil urinaire, ou par des difficultés d'écoulement de l'urine du fait de lésions ou d'une obstruction partielle de l'orifice urétral. Chez les femmes vivant avec des MGF, le tissu cicatriciel est généralement la cause de l'obstruction, et chez les femmes ayant subi une MGF de type III, les lèvres infibulées empêchent le passage normal de l'urine. L'obstruction rend la vidange de la vessie difficile ; l'urine ne peut s'évacuer que goutte à goutte et continuera souvent à fuir après l'arrêt de la miction. Les femmes pourront également sentir qu'elles ne sont pas en mesure de vider complètement leur vessie.

COMMENT FAUT-IL LA PRENDRE EN CHARGE ?

La prise en charge la miction douloureuse ou difficile s'effectue comme suit.

1. Essayez d'**établir la cause** des difficultés ou des douleurs de miction en interrogeant d'abord la patiente. Demandez à la patiente comment elle urine. Vous pouvez vous aider des questions suivantes pour déterminer si votre patiente présente une obstruction partielle.
 - *Comment de temps mettez-vous à vider votre vessie ?*
 - *Est-ce que l'urine s'écoule goutte à goutte ?*
 - *Avez-vous parfois l'impression que vous n'arrivez pas à vider complètement votre vessie ?*
 - *Perdez-vous des gouttes d'urine régulièrement pendant vos activités quotidiennes ?*
- 2  Réalisez ensuite **un examen gynécologique (obtenez préalablement l'accord de la patiente)**. Inspectez soigneusement la région vulvaire pour établir la cause de l'infection.
- 3 **Si la douleur est due à une infection urinaire**, prenez en charge selon les indications de la section 4.7. → 4.7

NOTE POUR L'ORIENTATION :

- *Si vous constatez que le méat urétral est lésé, vous devez transférer la patiente en vue d'une chirurgie correctrice.*
- *Si une infibulation (MGF de type III) est en cause, informez et conseillez la patiente en détail quant à la nécessité d'une désinfibulation, sollicitez son consentement éclairé et, si elle est d'accord, remettez-lui une lettre de recommandation ou prenez-lui un rendez-vous pour l'intervention (voir chapitre 6)..* → 6



The background features two stylized icons: a yellow circle containing a handprint, and a red circle with radiating lines above it, resembling a sun or a flower. The text is overlaid on this background.

PRISE EN CHARGE

4.9 DES KYSTES D'INCLUSION ÉPIDERMIQUES DANS LA RÉGION GÉNITALE

Les ablations dans la région génitale entraînent la formation d'une plaie. Quand une plaie cicatrise, elle laisse une cicatrice. Il arrive parfois que les couches externes de la peau (l'épiderme) se retrouvent « enclavées » dans des couches plus profondes (le derme). Cela peut donner des kystes d'inclusion épidermiques, qui peuvent progressivement grossir. Ces kystes peuvent parfois devenir inflammatoires ou s'infecter, ce qui entraîne douleurs et sensibilité au toucher (16).

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

S'ils sont situés dans la région génitale, les kystes d'inclusion épidermiques peuvent provoquer une gêne pendant les rapports sexuels, et une obstruction possible de l'orifice vaginal pendant l'accouchement. Il peut arriver également que l'aspect du kyste d'inclusion épidermique déplaie à certaines femmes. La prise en charge des kystes d'inclusion épidermiques s'effectue comme suit.

The management of epidermal inclusion cysts is as follows.



1 Recueillez les **antécédents médicaux** et réalisez un **examen gynécologique**.

2 **Inspectez** les organes génitaux de la patiente pour évaluer la taille et l'emplacement du kyste.

3 **En cas de suspicion d'abcès vulvaire** (amas de pus localisé qui a généralement l'allure d'une masse rouge et sensible, souvent douloureuse et chaude au toucher), **prenez en charge** comme indiqué au chapitre 5, section 5.3.4). → **5.3**

4 **Si le kyste ne représente pas une source d'obstruction potentielle ni ne provoque d'autres difficultés**, comme une sensibilité au toucher ou des douleurs pendant les rapports sexuels, expliquez à votre patiente qu'il peut être laissé en l'état.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Dans le cas d'un kyste de grande taille, régulièrement enflammé ou situé dans une zone susceptible de provoquer une obstruction pendant l'accouchement, la patiente doit être orientée en vue de l'enlèvement du kyste sous anesthésie.*



PRISE EN CHARGE

4.10 DES CHÉLOÏDES DANS LA RÉGION GÉNITALE

Les chéloïdes sont des cicatrices bombées qui se développent de manière excessive et peuvent devenir plus grandes que la zone de peau lésée initiale. Une fois apparue, une chéloïde peut s'étendre lentement pendant des mois ou des années, et elle peut occasionner des douleurs ou des démangeaisons. Les chéloïdes peuvent être difficiles à traiter. Même après avoir été retirée par chirurgie, une cicatrice chéloïde peut se redévelopper au même endroit.

COMMENT FAUT-IL LES PRENDRE EN CHARGE ?

La prise en charge des chéloïdes s'effectue comme suit.



- 1 Recueillez les **antécédents médicaux** et réalisez un **examen gynécologique**.
- 2 **Inspectez** les organes génitaux de la patiente pour évaluer la taille et l'emplacement de la chéloïde.
- 3 **Si la chéloïde ne représente pas une source d'obstruction potentielle ni ne provoque d'autres difficultés**, comme une sensibilité au toucher ou des douleurs pendant les rapports sexuels, **expliquez** à votre patiente qu'elle peut être laissée en l'état.



NOTE POUR L'ORIENTATION :

- *S'il y a présence d'une chéloïde susceptible d'entraîner une obstruction ou d'autres difficultés, la femme doit être adressée à un spécialiste expérimenté dans le traitement des chéloïdes.*
- *La présence ou l'aspect d'une chéloïde peut être très gênant pour une femme, auquel cas il faudra envisager de l'orienter en vue d'une intervention chirurgicale pour raisons psychologiques*



IMPORTANT !

Certaines femmes peuvent voir leur fonction sexuelle changer après l'enlèvement de kystes ou de chéloïdes qui étaient en contact étroit avec le gland du clitoris ou ce qu'il en restait (17).



4.11 PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

La planification familiale est tout aussi appropriée pour les femmes victimes de MGF qu'elle l'est pour les autres femmes. Les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS peuvent être utilisés pour déterminer les méthodes contraceptives les plus adaptées à ces femmes (18).

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU MOMENT D'AIDER VOTRE PATIENTE À CHOISIR UNE CONTRACEPTION ADAPTÉE

- Il importe d'effectuer un examen gynécologique afin d'identifier le type de mutilation sexuelle et de vérifier qu'il n'existe pas de problèmes nécessitant des soins, en particulier des infections.
- Les femmes qui ont été infibulées peuvent avoir des difficultés à utiliser une méthode qui nécessite une insertion vaginale, comme les préservatifs féminins, un diaphragme, une cape cervicale, ou un dispositif intra-utérin (DIU). Elles peuvent également avoir des difficultés avec les préservatifs masculins.
- 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 (19).



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des informations détaillées et des conseils sur les méthodes contraceptives figurent dans la publication de l'OMS *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition* (18).



4.12 DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS POUR LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

Comme n'importe quelle autre femme, les femmes qui ont subi des MGF peuvent avoir été exposées aux virus du papillome humain (VPH) et courent donc le risque de développer un cancer du col de l'utérus. Ainsi, les femmes vivant avec des MGF devraient également passer un test de dépistage du cancer du col de l'utérus à intervalles réguliers.



VPH: Le virus du papillome humain (VPH) représente l'infection virale la plus courante de l'appareil reproducteur ; la plupart des gens sont infectés par ce virus à un moment ou à un autre de leur vie. Le cancer du col de l'utérus est causé par certains types de VPH qui sont transmis par contact sexuel (20).

PARLER DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS AVEC VOTRE PATIENTE

Prélever un échantillon de cellules du col pour le dépistage peut parfois être difficile si la patiente a subi une MGF de type III ou présente des cicatrices génitales étendues. De plus, certaines femmes peuvent ne rien savoir de la nécessité ou de la finalité du dépistage du cancer du col, et auront besoin dans ce cas d'une explication approfondie de la démarche avant de pouvoir y adhérer. Les éléments suivants pourront vous aider à expliquer l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus à votre patiente.

- 1 Utilisez un langage simple et clair pour expliquer la finalité et l'importance du dépistage du cancer du col. Faites venir une interprète si nécessaire.
- 2 Dites à la patiente que le col de l'utérus est la porte d'entrée de l'utérus par le vagin et que le test de dépistage du cancer du col est une méthode servant à détecter des cellules anormales sur le col. Dites-lui que grâce à la détection et à l'élimination de toutes les cellules anormales du col, on peut prévenir le cancer du col de l'utérus.
- 3 Invitez la patiente à poser des questions.
- 4 Notez toutes les informations cliniques pertinentes dans le dossier médical de la patiente.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Orientez-la en vue d'un dépistage du cancer du col.*



IMPORTANT ! *Le dépistage du cancer du col est un acte qui peut être un peu désagréable, mais il ne présente pas de risques et il ne devrait pas être douloureux.*

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ RÉALISANT UN DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



Présentez-vous systématiquement à votre patiente et expliquez ce que vous allez faire.



Demandez à la patiente si elle a déjà eu un dépistage du cancer du col dans le passé. Vous pouvez par exemple lui demander :

Vous a-t-on déjà fait dans le passé un test de dépistage du cancer du col ou un frottis de Papanicolaou ?

Votre expérience du dépistage du cancer du col ou du frottis de Papanicolaou dans le passé a-t-elle déjà été désagréable ? Si oui, pourriez-vous me dire pourquoi ce fut difficile pour vous ?



Il peut parfois être difficile ou impossible d'introduire le spéculum chez les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles.



Expliquez à la patiente que vous allez devoir réaliser un examen gynécologique pour déterminer si vous pouvez faire le test, et obtenez son accord pour réaliser cet examen.



Estimez la taille de l'orifice vaginal et le niveau de difficulté pour procéder au dépistage du cancer du col.



IMPORTANT ! *Toutes les femmes devraient bénéficier au moins une fois d'un dépistage des anomalies du col de l'utérus entre l'âge de 30 ans et l'âge de 49 ans, ou selon les directives en vigueur dans le pays (19).*



Procédez au dépistage du cancer du col si possible, mais rassurez la patiente quant au fait que la procédure pourra être interrompue si elle devient trop douloureuse.

- Si l'insertion du spéculum est possible, utilisez la plus petite taille disponible.
- L'application d'une petite quantité de lubrifiant sur les bords du spéculum pourra s'avérer utile.
- Indiquez à la patiente de faire appel à des techniques de relaxation, telles que la respiration profonde.



Si vous rencontrez des difficultés pour réaliser le dépistage, c'est peut-être le signe qu'une désinfibulation est nécessaire. Une fois que vous avez terminé le dépistage, parlez de la désinfibulation avec la patiente, et son mari/ partenaire le cas échéant.

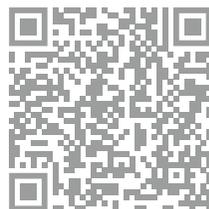


Si le dépistage du cancer du col n'est pas réalisable, n'insistez pas. Expliquez à la patiente pourquoi le test n'a pas été possible, et discutez des options de prise en charge, telles qu'une intervention de désinfibulation si la patiente présente une MGF de type III.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des informations détaillées et des conseils sur le dépistage du cancer du col de l'utérus figurent dans la publication de l'OMS *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles (20)*.



Bibliographie

1. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>, consulté le 23 novembre 2017).
2. Smith H, Stein K. Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. *Int J Gynecol Obstet.* 2017;136:60–64.
3. Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York (NY): Research, Action, and Information Network for Bodily Integrity of Women (RAINBO); 1999.
4. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret no. 13–2010. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010.
5. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *J Lower Gen Tract Dis.* 2016;20:126–30.
6. Abdulcadir J, Tille JC, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod Health.* 2017;14(1):22.
7. Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, Dubuisson JB, Vlastos AT. Clitoral Neuroma after Female Genital Mutilation/Cutting: A Rare but Possible Event. *J Sex Med.* 2012;9(4):1220–5.
8. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(6):1137–49.
9. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4:e006316. doi:10.1136/bmjopen-2014-006316.
10. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241592656/fr/>, consulté le 23 novembre 2017).
11. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf>, consulté le 1er décembre 2017).

12. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>, consulté le 1er décembre 2017).
13. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf>, consulté le 1er décembre 2017).
14. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf>, consulté le 1er décembre 2017)
15. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/, consulté le 13 décembre 2017).
16. Rouzi AA. Epidermal clitoral inclusion cysts: not a rare complication of female genital mutilation. *Hum Reprod.* 2010;25(7):1672-4.
17. Thabet SMA, Thabet ASMA. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res.* 2003;29(1):12-9.
18. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives - Cinquième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/, consulté le 18 avril 2018).
19. 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/fr/, consulté le 15 mars 2018).
20. La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles - Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/fr/>, consulté le 8 décembre 2017).
21. Denholm N. Female genital mutilation in New Zealand: understanding and responding. A handbook for health and child protection professionals working with women affected by FGM. Auckland: Refugee Health Education Programme, New Zealand Ministry of Health; 2004.



5

**PRODIGUER DES
SOINS AUX FEMMES
PRÉSENTANT DES
MGF PENDANT LA
GROSSESSE, LE TRAVAIL,
L'ACCOUCHEMENT
ET LE POST-PARTUM**

Après avoir lu ce chapitre, vous devriez être en mesure de :

- *Comprendre les raisons des risques obstétricaux associés aux MGF*
- *Élaborer un plan d'accouchement approprié dans un contexte de MGF*
- *Prendre en charge les complications courantes susceptibles de survenir pendant la grossesse du fait d'une MGF*
- *Utiliser les compétences appropriées en matière de recueil d'antécédents et d'examen physique pour :*
 - *évaluer le type de MGF (I, II, III ou IV)*
 - *identifier et prévenir les complications qui peuvent survenir pendant le travail, l'accouchement et le post-partum, susceptibles d'être liées à une MGF*
- *Comprendre comment prendre en charge le travail et l'accouchement chez les femmes victimes de MGF*
- *Comprendre les particularités de la prise en charge, pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, des femmes présentant une MGF de type III*
- *Savoir évaluer la nécessité d'une épisiotomie et déterminer quand pratiquer l'intervention*
- *Comprendre comment faire un suivi de la période post-partum, y compris des complications de l'accouchement*

Dans ce chapitre

5.1 RISQUES OBSTÉTRICAUX ASSOCIÉS AUX MGF

ÉVALUER

5.2
SOINS PRÉNATALS

5.3
PRISE EN CHARGE
DES COMPLICATIONS
LIÉES À LA GROSSESSE
ASSOCIÉES AUX MGF

5.4
ÉVALUATION, PENDANT
LA GROSSESSE, DES
FEMMES PRÉSENTANT
UNE MGF DE TYPE III

5.5
ÉVALUATION ET
PRISE EN CHARGE
DU TRAVAIL ET DE
L'ACCOUCHEMENT

5.6
LA PÉRIODE
POST-PARTUM CHEZ
LES FEMMES VIVANT
AVEC DES MGF

5.1 RISQUES OBSTÉTRICAUX ASSOCIÉS AUX MGF

Beaucoup de femmes ayant subi une MGF vivent une grossesse et un accouchement qui se passent bien. Cependant, il a été démontré que les MGF sont associées à un certain nombre de complications obstétricales, et que le risque est accru en présence des formes les plus sévères de MGF (à savoir, celles classées dans la catégorie des MGF de type III, également désignées par le terme d'« infibulation ») (1,2).

5.1.1 RISQUES OBSTÉTRICAUX ACCRUS AUXQUELS SONT EXPOSÉS LES FEMMES VICTIMES DE MGF ET LEURS BÉBÉS

Les femmes ayant subi des MGF courent un plus grand risque de (1,2,3):

- accouchement par césarienne
- hémorragies du post-partum (HPP)
- épisiotomie
- travail long ou difficile
- déchirures et lacérations obstétricales
- accouchement avec extraction instrumentale
- séjour hospitalier maternel prolongé.

Les nouveau-nés de femmes ayant subi des MGF courent un plus grand risque de :

- mortinaissance ou décès néonatal précoce
- asphyxie et réanimation du bébé à la naissance.

5.1.2 POURQUOI LES FEMMES AYANT SUBI UNE MGF COURENT UN PLUS GRAND RISQUE DE COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES ?

Bien que plusieurs complications obstétricales associées aux MGF puissent également survenir chez des femmes n'ayant pas subi l'intervention, les femmes victimes de MGF présentent souvent des affections particulières qui augmentent le risque de développer des complications pendant la grossesse et l'accouchement. Sont décrites ci-dessous quelques-unes de ces affections (4).

ORIFICE VAGINAL RÉTRÉCI

? *Pourquoi cela se produit-il ?*

Toutes les formes de MGF peuvent laisser des cicatrices dans la région vulvaire, qui peuvent rétrécir ou obstruer l'orifice vaginal. Les cicatrices peuvent être particulièrement importantes chez les femmes qui ont subi une MGF de type III. Dans certains cas, une infection et une inflammation contemporaines de la mutilation peuvent avoir entraîné des adhérences vulvaires susceptibles de rétrécir ou d'obstruer aussi l'orifice vaginal.

? *Quelles conséquences ?*

Pour prendre en charge correctement le travail, il faut pouvoir évaluer séquentiellement la dilatation du col de la patiente, et la présentation, la position et la descente du bébé. Si l'orifice vaginal est étroit, il sera difficile pour le soignant de procéder aux examens vaginaux permettant de bien évaluer la progression du travail, et pour la patiente, ces examens pourront être désagréables et douloureux. Sans la possibilité de surveiller le déroulement du travail, un travail qui ne progresse pas ne pourra pas être correctement repéré ou pris en charge. Pendant la grossesse, l'impossibilité de réaliser des examens vaginaux a également des répercussions sur la prise en charge de situations telles que les saignements vaginaux antepartum et l'avortement incomplet.

INFECTIONS RÉCIDIVANTES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR ET DE L'APPAREIL URINAIRE

? *Pourquoi cela se produit-il ?*

Les femmes vivant avec des MGF courent un plus grand risque de souffrir d'infections de l'appareil reproducteur et de l'appareil urinaire (5,6). Les affections qui entraînent le rétrécissement ou l'obstruction de l'orifice vaginal, telles que la présence de tissu cicatriciel, les adhérences vaginales ou l'infibulation chez les femmes vivant avec une MGF de type III, sont des facteurs contribuant aux infections récidivantes de l'appareil reproducteur et de l'appareil urinaire chez les femmes vivant avec des MGF.

? *Quelles conséquences ?*

Les infections de l'appareil reproducteur et de l'appareil urinaire peuvent entraver le déroulement normal de la grossesse et entraînent parfois un travail prématuré et un accouchement avant terme.

KYSTES D'INCLUSION ÉPIDERMOÏDES ET CHÉLOÏDES

? *Pourquoi cela se produit-il ?*

Les ablations dans la région génitale peuvent parfois amener les couches externes de la peau (l'épiderme) à se retrouver « enclavées » dans des couches plus profondes (le derme). Cela peut donner lieu à des kystes d'inclusion épidermoïdes. Les chéloïdes sont le résultat de la croissance excessive de tissu cicatriciel.

? *Quelles conséquences ?*

Ces affections peuvent être très gênantes pour la femme et entraîner éventuellement une obstruction de l'orifice vaginal pendant l'accouchement.

5.2 SOINS PRÉNATALS

Les soins prénatals, les soins qu'une femme reçoit pendant la grossesse, sont une occasion unique pour les dispensateurs de soins d'évaluer les femmes et de leur dispenser des soins, du soutien et des informations (7). Dans le cas des femmes vivant avec des MGF, c'est là une opportunité particulièrement importante.

5.2.1 ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DE L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACCOUCHEMENT

Les visites prénatales peuvent être les seules occasions où de nombreuses femmes interagissent avec le système de santé, et c'est pourquoi ces visites sont l'occasion idéale de proposer une évaluation, un soutien et des soins appropriés aux femmes qui ont vécu des mutilations sexuelles. Il s'agit par exemple de savoir si une femme a subi ou non une MGF et de quel type ; de soigner les complications sanitaires courantes des MGF susceptibles de survenir pendant la grossesse ; de discuter du risque éventuel de survenue de complications pendant le travail et l'accouchement et de mettre en place un plan d'accouchement adapté ; et de faire passer des messages de prévention pour la génération suivante.

C'est également un moment privilégié pour établir un bon contact et une relation de confiance avec la patiente de façon à pouvoir mieux comprendre ses besoins et assurer une communication positive (7) (se reporter aux informations plus approfondies sur la communication avec les patientes au sujet des MGF au chapitre 2). → 2

N'OUBLIEZ PAS : *Toutes les femmes enceintes doivent recevoir des soins prénatals appropriés, dispensés en temps voulu, qui respectent leur dignité (7). Un plan d'accouchement permettra à la fois au dispensateur de soins et à la patiente de planifier à l'avance l'accouchement, et garantira les meilleurs résultats sanitaires possibles pour la mère et pour l'enfant.*

QUE DOIS-JE ÉVALUER POUR ÉLABORER UN PLAN D'ACCOUCHEMENT ?

Les femmes enceintes provenant de communautés où les MGF sont traditionnellement pratiquées doivent recevoir des soins prénatals systématiques qui intègrent une évaluation supplémentaire avec les questions suivantes.

- 1 *La patiente a-t-elle subi une MGF (ou Quel est son statut vis-à-vis des MGF ?)*
- 2 *Quel type de MGF a-t-elle subi ?*
- 3 *De quelles affections souffre la patiente et sont-elles potentiellement liées à des MGF ?*

Vous pouvez évaluer ces aspects en recueillant les antécédents cliniques et en réalisant un toucher vaginal (voir sections 5.2.2 et 5.2.3).

IMPORTANT !

Un plan d'accouchement doit être adapté à chaque femme en particulier. Dans le cas des femmes victimes de MGF, pour élaborer un plan d'accouchement approprié, il est impératif d'évaluer le type de MGF qu'elle présente.

FOURNISSEZ ÉGALEMENT LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIRIEZ À N'IMPORTE QUELLE FEMME ENCEINTE

N'oubliez pas qu'en plus de dispenser à la patiente les soins particuliers dont elle pourrait avoir besoin du fait de son statut vis-à-vis des MGF, vous devez également lui fournir, pendant les visites prénatales, les mêmes informations que celles que vous fourniriez à n'importe quelle femme enceinte :

- la santé élémentaire pendant la grossesse ;
- l'importance d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse ;
- la supplémentation quotidienne en fer et en acide folique et autres compléments alimentaires selon le contexte ;
- les risques de la consommation de tabac (passée et présente) et de l'exposition à la fumée secondaire (tabagisme passif) pour la santé ;
- la santé sexuelle pendant la grossesse ;
- les soins pendant l'accouchement et le post-partum (y compris l'allaitement au sein) ;
- les différentes méthodes contraceptives après l'accouchement ;
- où obtenir un soutien psychologique ou social plus approfondi, si besoin (7).



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Vous trouverez des informations détaillées sur les soins prénatals dans les recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive (7).





5.2.2 RECUEILLIR LES ANTÉCÉDENTS CLINIQUES PENDANT LA GROSSESSE

Les femmes ayant subi une MGF peuvent parfois être anxieuses lorsqu'elles se rendent dans un dispensaire pour une visite prénatale. Par exemple, elles peuvent craindre 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. Cela peut nuire au dialogue entre la patiente et son soignant, et en conséquence, rendre la patiente encore plus anxieuse. Vous trouverez ci-après des suggestions pour bien interroger votre patiente sur ses antécédents cliniques pendant la grossesse.

Interrogez... ?

X N'interrogez pas tout de suite la patiente sur son statut vis-à-vis des MGF.

1 Il vaut mieux commencer par recueillir ses antécédents complets, en posant des questions générales sur sa santé physique et mentale, comme vous le feriez pour n'importe quelle femme enceinte consultant pour des soins prénatals. Cela lui permettra de se sentir plus à l'aise.

2 Un bon moment pour la questionner sur les MGF est celui où vous l'interrogez sur ses antécédents chirurgicaux ou génésiques. À ce moment-là, des questions telles que celles qui suivent pourront vous aider à amener le sujet :

Je sais que beaucoup de femmes de votre pays ont subi une forme ou une autre d'excision. Savez-vous si vous avez également été soumise à cette pratique ?

3 Faites en sorte que la femme se sente bien accueillie et respectée, et respectez son intimité et la confidentialité des informations qu'elle vous livre, à tout instant.

Quelles autres questions dois-je poser à une femme enceinte ayant subi une MGF ?

4 Si la patiente révèle qu'elle a subi une MGF, n'oubliez pas de l'interroger sur :

- ? les sécrétions vaginales, afin d'écartier la possibilité d'une infection active de l'appareil reproducteur ;
- ? les symptômes urinaires, par exemple combien de temps met la patiente à vider sa vessie et si cela lui fait mal, afin d'écartier la possibilité d'une infection ou d'une obstruction partielle des voies urinaires ;
- ? les complications qu'elle a déjà eues à l'occasion d'une grossesse et d'un accouchement antérieurs, comme un travail prolongé ou interrompu, une hémorragie du post-partum, ou une réanimation de son nouveau-né à la naissance ;
- ? des inquiétudes ou des craintes associées à la grossesse ou à l'accouchement, notamment des cauchemars ou des flashbacks ou reviviscences à propos de son excision ;
- ? une expérience passée de désinfibulation et/ou réinfibulation ;
- ? si elle a des questions particulières qu'elle aimerait poser.



5.2.3 RÉALISER UN EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Si la patiente révèle qu'elle a subi une MGF ou si elle n'en est pas sûre, assurez-vous qu'elle comprenne l'importance d'un examen gynécologique qui vous permettra de vérifier la présence d'affections spécifiques susceptibles de gêner un futur examen gynécologique ou un futur traitement par voie vaginale, ou d'être à l'origine de problèmes pendant le travail et l'accouchement. Vous trouverez ci-après des suggestions pour réaliser un examen gynécologique pendant une consultation prénatale.

AVANT DE COMMENCER L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Expliquez et rassurez...



- 1 **Veillez** à ce que la patiente se sente à l'aise et comprenne que vous allez réaliser un examen gynécologique.
- 2 **Demandez**-lui toujours sa permission.
- 3 **Expliquez**-lui comment et pourquoi on réalise un examen gynécologique. **Demandez**-lui si elle a des questions.
- 4 S'il y en a, **proposez**-lui un tissu ou un linge propre qu'elle pourra porter autour de la taille avant de s'allonger sur la table d'examen.

PENDANT L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE :

Identifiez le type de MGF...



- 5 Si possible, **identifiez** le type de MGF qu'elle a subi, le cas échéant.

Recherchez...



6

Recherchez la présence d'affections susceptibles de gêner les futurs examens vaginaux, ou d'entraîner des problèmes pendant la grossesse et l'accouchement.

- une infibulation (MGF de type III) ;
- un orifice vaginal étroit, des cicatrices ou des adhérences ;
- des signes d'infections de l'appareil reproducteur, tels que des sécrétions vaginales anormales ;
- des abcès ;
- des kystes d'inclusion épidermoïdes et des chéloïdes.

APRÈS L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE :

Discutez...



7

Faites part à la patiente des informations obtenues grâce à l'examen, et discutez d'un plan d'accouchement avec elle, et avec son mari/partenaire s'il y a lieu.

Enregistrez...



8

Dans l'optique de mettre en place un plan d'accouchement, il est très important de consigner clairement dans le **dossier** médical de la patiente le type de MGF qu'elle a subi. Voir à la section 5.2.4 des exemples d'illustrations.

IMPORTANT !

Même après un examen physique détaillé, il est parfois impossible de bien identifier le type exact de MGF qu'elle présente. Il sera alors très utile d'inclure un schéma simple de la région vulvaire qui décrit clairement les principales structures anatomiques et celles qui ont été enlevées ou lésées. Voir à la section 5.2.4 des exemples d'illustrations.

5.2.4 ENREGISTREMENT VISUEL DES MGF

L'identification et l'enregistrement des MGF peuvent parfois être difficiles, notamment lorsque l'ablation génitale d'une fillette ou d'une femme ne ressemble pas exactement à ce qui est décrit dans la typologie de l'OMS (voir chapitre 1, section 1.3). → 1.3

Si après avoir pratiqué un examen gynécologique, vous n'arrivez pas à déterminer exactement quel type de MGF votre patiente a subi, vous devez au moins inscrire qu'elle a subi une MGF (autrement dit, ses organes génitaux ne sont pas intacts, comme illustré à la Figure 5.1), et décrire les structures anatomiques qui ont été enlevées ou lésées. Procédez comme suit.

- 1 Commencez par faire un dessin simple des organes génitaux féminins dans le dossier médical de votre patiente (voir Figure 5.2).
- 2 En fonction des résultats de l'examen gynécologique, indiquez quelles sont les structures anatomiques qui ont été enlevées ou altérées en les annotant avec un stylo ou un crayon (voir les annotations en rouge sur les Figures 5.3, 5.4, 5.5 et 5.6).
- 3 Il vous est également conseillé de décrire les structures anatomiques sélectionnées, en les désignant (p. ex. « gland du clitoris » ou « petites lèvres ») ou en ajoutant quelques mots sur ce que montre votre dessin (à savoir, « prépuce et gland du clitoris enlevés » ou « grandes lèvres fermées »).

Les Figures 5.1-5.6 sont des exemples de schémas faits à la main qui illustrent certains types de MGF. Gardez à l'esprit que certaines fillettes ou certaines femmes peuvent présenter différentes formes de MGF et par conséquent, vous devez toujours faire vos propres croquis pour les mettre dans le dossier médical de la patiente, basés sur les résultats de l'examen gynécologique. Toutes les structures atteintes doivent être notées.

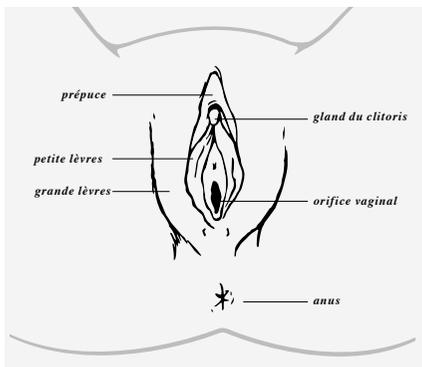


Figure 5.1 Représentation d'organes génitaux intacts

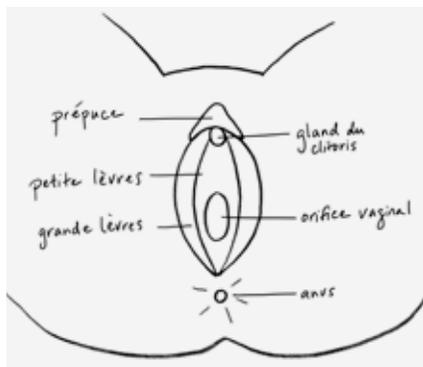


Figure 5.2 Dessin d'organes génitaux intacts

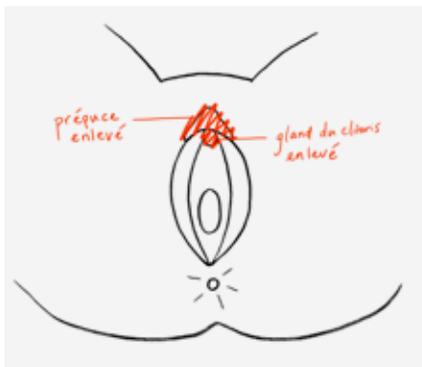


Figure 5.3 Type I : prépuce et gland du clitoris enlevés

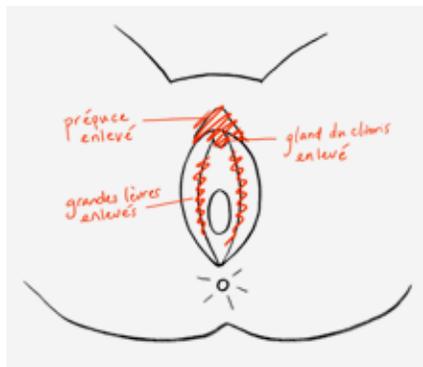


Figure 5.4 Type II : prépuce, gland du clitoris et grandes lèvres enlevés

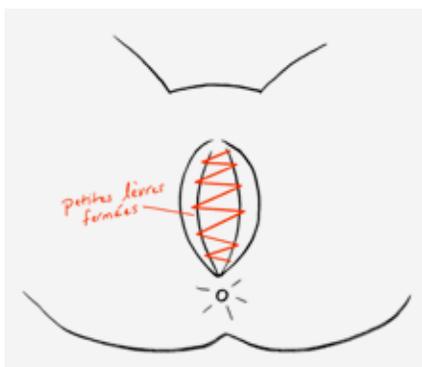


Figure 5.5 Type IIIa : petites lèvres fermées

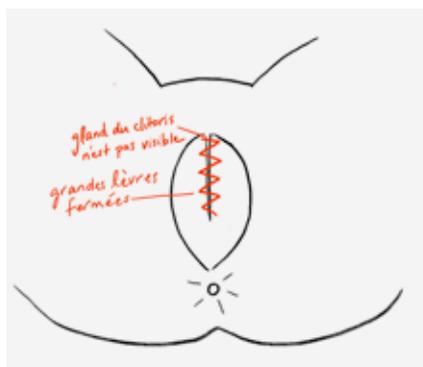


Figure 5.6 Type IIIb : grandes lèvres fermées



PRISE EN CHARGE

5.3 DES COMPLICATIONS LIÉES À LA GROSSESSE ASSOCIÉES AUX MGF

Il existe un certain nombre de complications sanitaires associées aux MGF qu'il faut repérer et prendre en charge si elles surviennent pendant la grossesse.

COMPLICATIONS LIÉES À LA GROSSESSE ASSOCIÉES AUX MGF

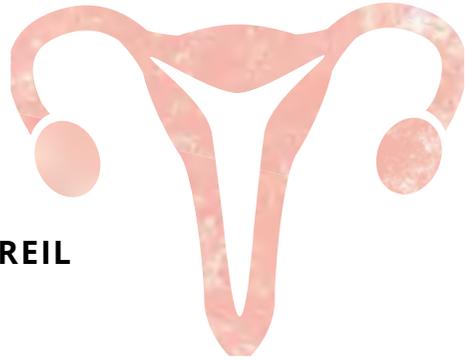
Il s'agit notamment des complications suivantes (4):

- Infections de l'appareil reproducteur
- Adhérences vulvaires
- Infections de l'appareil urinaire
- Abcès vulvaires
- Kystes d'inclusion épidermiques et chéloïdes
- Problèmes de santé mentale (voir chapitre 7). → 7



IMPORTANT!

Les conseils fournis dans ce chapitre compléteront les lignes directrices actuelles de l'OMS sur la prise en charge des complications spécifiquement liées à la grossesse (15).



5.3.1 INFECTIONS DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR

Les infections de l'appareil reproducteur, y compris certaines infections sexuellement transmissibles, peuvent souvent être asymptomatiques ; il est donc important que vous posiez des questions sur les signes et symptômes de ces diverses infections à chaque consultation prénatale ou si vous réalisez un toucher vaginal sur une patiente pour d'autres raisons (que ce soit pendant la grossesse ou non).

Les symptômes évocateurs d'une infection comprennent les sécrétions vaginales anormales, les démangeaisons au niveau de la vulve, les douleurs au bas-ventre, les douleurs à la miction, les petits saignements après un rapport sexuel, et la fièvre (8).

1 Si des services de laboratoire ou des tests de diagnostic rapide (TDR) sont disponibles, faites un écouvillonnage vaginal, ainsi qu'un écouvillonnage du col s'il y a lieu, pour dépister la présence d'une infection puis prescrivez ensuite un traitement en fonction de l'étiologie.

En l'absence de services de laboratoire ou de tests de diagnostic rapide, traitez la patiente sur la base des signes et symptômes (traitement syndromique) et conformément aux directives nationales.

2 En cas de diagnostic ou de suspicion d'une infection sexuellement transmissible, assurez la prise en charge du partenaire – demandez à la femme d'avertir son mari/partenaire et prescrivez-lui le même traitement.

En cas de suspicion de candidose ou de vaginose bactérienne, il n'y a pas besoin de traiter le mari/partenaire.

- 3** **Donnez des conseils** sur l'hygiène de la vulve (voir l'encadré ci-après relatif à la « Discussion sur l'hygiène correcte de la vulve »).



NOTE SUR LE SUIVI : *Informez la patiente que si les symptômes perdurent, elle devra revenir pour recevoir des soins.*

DISCUSSION SUR L'HYGIÈNE CORRECTE DE LA VULVE (4,9,10)

- Utilisez uniquement de l'eau propre, ou un savon doux et de l'eau propre.
- Évitez tous les produits parfumés ou les « produits lavants ».
- Lavez-vous uniquement « à l'extérieur » ; il n'y a pas besoin de se laver « à l'intérieur » (ne pas utiliser de douches vaginales).
- Si vous préférez utiliser un produit nettoyant, utilisez un nettoyant pour la peau sans savon, sans parfum ou un savon doux une fois par jour. Rincez abondamment.
- Essayez-vous de l'avant vers l'arrière.
- Séchez toujours soigneusement votre vulve après avoir lavé votre région génitale.

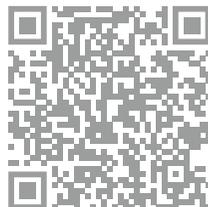


RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des informations détaillées sur l'évaluation et la prise en charge des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles, notamment des organigrammes simples pour aider les dispensateurs de soins à utiliser l'approche syndromique, figurent dans la publication de l'OMS *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur - Guide de pratiques essentielles (8)*.



- Des lignes directrices actualisées de l'OMS relatives au traitement des infections sexuellement transmissibles sont également disponibles pour la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis, et l'herpès (11-14).





5.3.2 ADHÉRENCES VULVAIRES

Les adhérences vulvaires apparaissent en raison d'une inflammation ou d'une infection qui a pu se produire au moment où la mutilation sexuelle a été pratiquée. Elles ont l'aspect d'un voile fin qui recouvre partiellement l'orifice vaginal.

1 **Enfilez des gants stériles.**

2 **Si les adhérences sont minces**, sous anesthésie locale, **effectuez une séparation franche** des adhérences en tirant délicatement les lèvres latéralement avec les doigts ou des écouvillons à extrémité en coton.

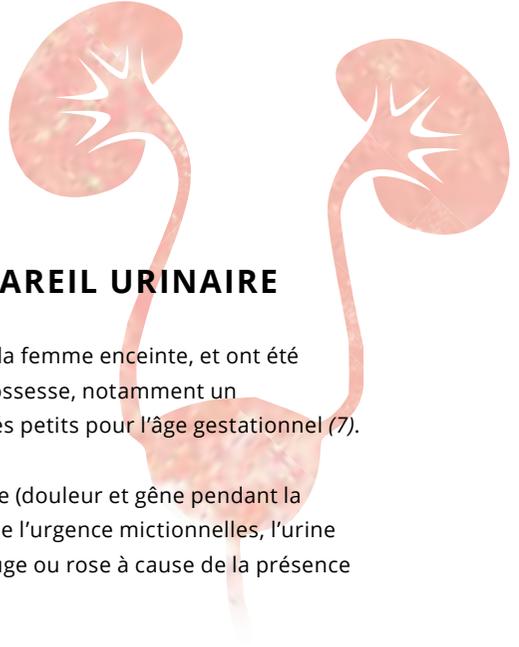


Les adhérences plus épaisses peuvent nécessiter une séparation chirurgicale sous anesthésie locale.

3 **Donnez des conseils** sur l'hygiène de la vulve (voir l'encadré relatif à la « Discussion sur l'hygiène correcte de la vulve » à la section 5.3.1).



NOTE SUR LE SUIVI : *Donnez à la patiente un rendez-vous de contrôle pour surveiller l'évolution de son état.*



5.3.3 INFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE

Les infections urinaires sont courantes chez la femme enceinte, et ont été associées à des issues défavorables de la grossesse, notamment un accouchement prématuré et des nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel (7).

Parmi les symptômes, on peut citer la dysurie (douleur et gêne pendant la miction), l'augmentation de la fréquence et de l'urgence mictionnelles, l'urine odorante, l'hématurie (urine qui apparaît rouge ou rose à cause de la présence de sang) et les douleurs pelviennes.

1 Si des services de laboratoire sont disponibles, faites analyser un échantillon d'urine avant de dispenser un traitement.

 **2** Administrez des antibiotiques conformément au protocole local (à savoir, les directives nationales ou le protocole de l'hôpital), qu'il y ait ou non des services de laboratoire disponibles.



NOTE SUR LE SUIVI : Informez la patiente que si les symptômes perdurent, elle devra revenir pour recevoir des soins.

5.3.4 ABCÈS VULVAIRES

Un abcès vulvaire est un amas de pus localisé qui a généralement l'allure d'une masse rouge et sensible au toucher dans la région génitale. Il est souvent douloureux et chaud.

- 1 Pour soulager la douleur et favoriser le drainage spontané de l'abcès, **de faire tremper la zone touchée** pendant 10-15 minutes dans de l'eau propre et chaude (p. ex. dans la baignoire), plusieurs fois par jour pendant trois ou quatre jours, si possible. Vous pouvez également recommander de maintenir une compresse chaude (coton ou gant imbibé d'eau chaude) contre la zone touchée.

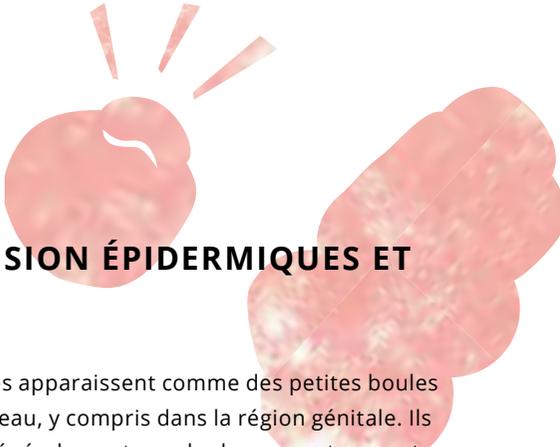


NOTE POUR L'ORIENTATION : Si l'abcès ne se draine pas spontanément, réalisez un drainage chirurgical ou orientez la patiente en vue d'un drainage chirurgical.

- 2 **Donnez des conseils** sur l'hygiène de la vulve (voir l'encadré relatif à la « Discussion sur l'hygiène correcte de la vulve » à la section 5.3.1).



NOTE SUR LE SUIVI : *Donnez à la patiente un rendez-vous de contrôle pour surveiller l'évolution de son état.*



5.3.5 KYSTES D'INCLUSION ÉPIDERMIQUES ET CHÉLOÏDES

Les kystes d'inclusion épidermiques apparaissent comme des petites boules dures qui se développent sous la peau, y compris dans la région génitale. Ils grossissent lentement et ne sont généralement pas douloureux, et ne sont souvent pas traités. Un traitement peut s'avérer nécessaire si le kyste s'infecte ou si, du fait de sa taille, il obstrue l'orifice vaginal. Les chéloïdes sont des cicatrices bombées qui se développent de manière excessive et peuvent devenir plus grandes que la zone de peau lésée initiale.

1 **Évaluez** la taille et l'emplacement du kyste ou de la chéloïde.



NOTE POUR L'ORIENTATION : S'ils sont volumineux ou situés dans une zone susceptible de provoquer une obstruction pendant le travail, orientez la patiente pour qu'elle accouche dans un hôpital équipé pour pratiquer les césariennes, dans le cas où cette intervention s'avèrerait nécessaire pour l'accouchement (4).

5.3.6 SI AUCUNE COMPLICATION N'EST OBSERVÉE OU SIGNALÉE

Lorsqu'aucune complication n'est observée ou signalée en lien avec une MGF de type I, II ou IV, il convient de procéder comme suit.

- 1 **Rassurez** la patiente sur le fait que son statut vis-à-vis des MGF n'entraînera probablement pas de complications pendant l'accouchement et invitez-la à poser toutes les questions qu'elle veut sur son excision ou tout autre sujet lié à sa grossesse ou sa santé reproductive et sexuelle.
- 2 **Parlez** avec elle du plan d'accouchement convenu.
- 3 **Continuez** les consultations prénatales comme d'habitude.



NOTE SUR LE SUIVI : *Pendant les visites de contrôle, demandez à la patiente si elle a besoin d'un soutien particulier.*



ÉVALUATION, PENDANT LA GROSSESSE, 5.4 DES FEMMES PRÉSENTANT UNE MGF DE TYPE III

Les femmes qui ont été infibulées (MGF de type III) courent un risque accru de complications obstétricales pendant l'accouchement à cause de l'obstacle qui couvre l'orifice vaginal (2). Ces femmes peuvent présenter des degrés variables de fermeture et un orifice vaginal de taille variable. Pour élaborer un plan d'accouchement approprié, il est important d'évaluer correctement une femme ayant subi une MGF de type III en commençant aussi tôt que possible pendant la prise en charge prénatale, à l'occasion de la première visite prénatale si possible.

EXAMINER, PENDANT LA GROSSESSE, LES FEMMES PRÉSENTANT UNE MGF DE TYPE III

Pendant une consultation prénatale, si la patiente vous dit pour la première fois, ou si vous en venez à soupçonner, qu'elle a subi une MGF de type III, et que cela n'a pas été consigné avant dans son dossier médical, un examen gynécologique de routine vous permettra alors de le confirmer.

L'objectif de cet examen gynécologique prénatal, qui devrait idéalement être réalisé pendant une première consultation prénatale, est de confirmer que la patiente a subi une MGF de type III et d'évaluer la taille de son orifice vaginal, et de détecter d'autres anomalies vulvaires ou complications sanitaires associées (par exemple, des kystes d'inclusion épidermiques et des chéloïdes, des abcès ou des adhérences vulvaires, des infections urinaires ou des infections génitales ; voir sections 5.1 et 5.3). → 5.1 → 5.3

Veillez à ce que la patiente comprenne la nécessité d'un examen gynécologique, et accepte qu'il soit pratiqué sur elle.



PRATIQUER UN EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE, PENDANT LA GROSSESSE, SUR DES FEMMES PRÉSENTANT UNE MGF DE TYPE III

Expliquez et rassurez...



- 1 **Demandez à la patiente la permission** de l'examiner avant de procéder à l'examen gynécologique.
- 2 Avant de commencer, **demandez** à la patiente si elle a déjà été enceinte et si c'est le cas, interrogez-la sur la façon dont elle a vécu son accouchement, car son expérience passée permettra de savoir si elle risque d'avoir des problèmes cette fois-ci.
- 3 **Ask** the woman to lie on her back on the examination table.

Recherchez...



- 4 Selon la taille de l'orifice vaginal, **évaluez** soigneusement l'élasticité du tissu avec votre index et votre majeur, ou à l'aide d'un écouvillon/coton-tige.

En général, si le méat urinaire est visible (c'est-à-dire s'il n'y a aucune obstruction en arrière de celui-ci), il n'y aura probablement pas de problèmes d'obstruction majeurs pendant l'accouchement.

N'OUBLIEZ PAS : *Un toucher vaginal (insertion d'un spéculum ou des doigts) n'est pas nécessaire pour confirmer l'infibulation, car cette mutilation peut s'identifier par simple inspection visuelle des organes génitaux externes.*

Discutez...



- 5 Une fois l'examen terminé, **communiquez** les résultats à la patiente ; cela l'aidera à comprendre pourquoi l'examen était nécessaire, quelles observations ont été faites, et pour quelles raisons ces informations sont utiles.

IMPORTANT !

Si votre évaluation montre que la femme a un orifice vaginal étroit à cause de son infibulation, vous devrez parler de la nécessité d'une désinfibulation avec elle, et avec son mari/partenaire, le plus tôt possible, le cas échéant (voir chapitre 6). → 6

Enregistrez...



- 6 **Notez** vos observations ! Faire un enregistrement visuel (dessin) de l'aspect de la vulve permettra d'éviter à la patiente des examens inutiles par la suite. La section 5.2.4 présente des exemples de schémas que vous pouvez utiliser. → 5.2

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE

5.5 DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

Les femmes présentant des MGF de type I, II et IV sans complications, et les femmes qui subissent une désinfibulation pendant la grossesse, auront toutes probablement un accouchement qui nécessitera une prise en charge classique.

En revanche, les femmes présentant une infibulation intacte (MGF de type III) et celles qui ont des cicatrices importantes sur les organes génitaux externes courent un plus grand risque de rencontrer des complications pendant l'accouchement, à la fois pour elles-mêmes et pour leurs bébés (voir section 5.1). → 5.1

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Les femmes présentant des MGF de type I, II et IV sans complications, et les femmes qui subissent une désinfibulation pendant la grossesse, auront toutes probablement un accouchement qui nécessitera une prise en charge classique.

En revanche, les femmes présentant une infibulation intacte (MGF de type III) et celles qui ont des cicatrices importantes sur les organes génitaux externes courent un plus grand risque de rencontrer des complications pendant l'accouchement, à la fois pour elles-mêmes et pour leurs bébés (voir section 5.1). → 5.1

RECOMMANDATION DE L'OMS

L'OMS recommande des soins de maternité respectueux – cela fait référence à des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement. (16)



5.5.1 ÉVALUATION INITIALE, PENDANT LE TRAVAIL, DES FEMMES PRÉSENTANT DES MGF

Procédez à un interrogatoire et à un examen physique comme vous le feriez pour n'importe quelle femme en travail.

Interrogez...



- 1 **Accueillez** la patiente et présentez-vous.
- 2 **Recueillez ses antécédents** cliniques en procédant à un interrogatoire de routine.
- 3 **Vérifiez si elle a subi une MGF et si oui, de quel type** (et/ou évaluez si elle a déjà eu une désinfibulation) en regardant son dossier de maternité ou les notes de cas ou, s'ils ne sont pas disponibles, en lui posant la question.
- 4 **Si elle a subi une MGF** et si elle a déjà été enceinte, **demandez-lui** si elle a eu des complications liées à sa mutilation sexuelle lors de ses grossesses précédentes.

IMPORTANT !

S'il s'agit du premier rendez-vous (autrement dit si elle n'est jamais venue pour une visite prénatale) et qu'elle présente une MGF de type III, parlez-lui le plus tôt possible de la nécessité d'une désinfibulation avant ou au moment de l'accouchement.



Examinez...



- 5 **Expliquez** à la femme que vous allez réaliser un examen physique.
- 6 **Faites un bilan général**, incluant les signes vitaux tels que la tension artérielle et la température corporelle.
- 7 **Procédez** à une inspection et une palpation de l'abdomen, en utilisant également les manœuvres de Leopold, et à une auscultation du fœtus.
- 8 **Palpez la vessie** (vérifier également que la vessie est vidée régulièrement).
- 9 **Examinez** les organes génitaux externes de manière approfondie en vue d'identifier le type de mutilation sexuelle. Évaluez en particulier l'étroitesse de l'orifice vaginal pour déterminer s'il permettra un accouchement normal par voie basse. *La procédure à suivre pour cette évaluation est décrite dans l'Encadré 5.1.*
- 10 **Si les résultats de l'évaluation indiquent que l'orifice vaginal est normal ou s'il permet un examen normal par voie vaginale**, alors l'examen par voie vaginale peut être effectué comme d'habitude.

Si l'orifice vaginal est étroit ou si la femme présente une MGF de type III, terminez l'examen et passez aux étapes suivantes.

Expliquez et rassurez...

- 11 Expliquez** les risques potentiels liés à l'étroitesse de l'orifice vaginal qui peuvent survenir pendant le travail et l'accouchement (voir section 5.1).
- 12 Informez** la patiente qu'une épisiotomie médio-latérale sera peut-être nécessaire pendant l'accouchement pour agrandir l'ouverture, et expliquez-lui soigneusement en quoi consiste cette intervention. **Rassurez**-la sur le fait que ce geste ne sera effectué qu'en cas d'absolue nécessité.

IMPORTANT !

La désinfibulation doit toujours précéder l'épisiotomie. Elle contribuera à élargir l'orifice vaginal, laissant ensuite la décision relative à l'épisiotomie avoir lieu comme pour n'importe quelle femme en travail.

- 13** Si la patiente présente une MGF de type III, et qu'une désinfibulation antepartum n'a pas été pratiquée et/ou si la patiente n'a pas été conseillée quant à l'intervention, **expl** → **6** lui qu'elle devra être désinfibulée et ce que cela implique (voir chapitre 6).

ENCADRÉ 5.1

Procédure pour effectuer une évaluation de l'orifice vaginal

- Expliquez à la patiente ce que vous allez faire et pourquoi un tel examen est nécessaire.
- Demandez-lui la permission d'examiner ses organes génitaux (à demander à chaque fois qu'un examen s'impose).
- Préparez le matériel nécessaire : un plateau avec un antiseptique, des écouvillons et des gants stériles.
- Demandez à la patiente de s'allonger sur le dos ; découvrez uniquement les parties du corps qui doivent être examinées.
- Lavez-vous les mains au savon et à l'eau. Enfilez les gants.
- Nettoyez les organes génitaux externes avec un écouvillon imbibé d'antiseptique.
- Demandez à la patiente de se détendre en inspirant profondément pendant que vous introduisez un doigt dans l'orifice vaginal.
- Essayez 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, essayez de le bouger de haut en bas, et de gauche à droite. S'il y a assez de place pour un deuxième doigt, essayez d'écarter les deux doigts et évaluez la résistance.
- Une fois l'évaluation terminée, couvrez la patiente et faites-lui part des informations obtenues grâce à l'examen.

5.5.2 CONTRÔLE DE LA PROGRESSION DU TRAVAIL

La prise en charge, pendant le travail, des femmes présentant des mutilations sexuelles est la même que pour toutes les autres femmes, sauf dans le cas d'une infibulation (MGF de type III), de la présence de nombreuses cicatrices, et/ou d'un orifice vaginal étroit.

- 1 **Observez** attentivement la patiente et surveillez régulièrement la progression du travail et les signes vitaux.
- 2 Si nécessaire, le travail peut être évalué au moyen d'autres paramètres tels que les contractions et la descente du bébé. Si besoin, la dilatation du col peut être évaluée par un examen par voie rectale.
- 3 **Notez** toutes les observations sur le partogramme.
- 4 **Donnez** à la patiente des **informations** claires et simples sur ce à quoi elle doit s'attendre pendant l'accouchement.

IMPORTANT !

Suivre la progression du travail peut être difficile chez les femmes victimes de mutilations sexuelles qui ont un orifice vaginal étroit du fait de la présence de tissus cicatriciels ou d'une MGF de type III. En particulier, il se peut que l'examen par voie vaginale soit impossible.

- !** **5** Dans le cas des femmes ayant un orifice vaginal étroit, **évaluez** l'orifice vaginal soigneusement et régulièrement pendant le travail afin de savoir s'il pourra s'élargir suffisamment pendant l'accouchement. La procédure à suivre pour évaluer l'orifice vaginal est décrite dans l'Encadré 5.1.
- 6** Si pendant l'évaluation, il est possible d'introduire un doigt, mais impossible d'élargir l'ouverture en raison de la résistance opposée par les tissus cicatriciels, **informez** la patiente qu'il sera nécessaire d'ouvrir l'orifice vaginal pendant l'accouchement en pratiquant une épisiotomie médio-latérale.
- 7** Si pendant l'évaluation, il est impossible d'introduire un doigt ni même le bout du doigt, dans le vagin, cela signifie que l'orifice vaginal est extrêmement étroit, correspondant à une MGF du type III. **Informez** la patiente qu'une désinfibulation s'impose, obtenez son consentement et pratiquez l'intervention dès que possible. La marche à suivre pour pratiquer une désinfibulation est décrite dans le chapitre 6. **→ 6**

IMPORTANT !

Si une désinfibulation intrapartum est nécessaire, l'intervention peut être pratiquée pendant la première phase du travail ou pendant l'accouchement. Une désinfibulation pendant la première phase du travail permettra de surveiller plus facilement la progression du travail.

5.5.3 ACCOUCHEMENT

ORIFICE VAGINAL ÉTROIT EN RAISON DE LA PRÉSENCE DE NOMBREUSES CICATRICES DUES À UNE MGF

Si les cicatrices dues à une MGF ont provoqué un rétrécissement de l'orifice vaginal (déterminé par une évaluation, décrite dans l'Encadré 5.1), il peut être nécessaire d'agrandir l'ouverture en pratiquant une épisiotomie médio-latérale.

Celle-ci est généralement pratiquée sous anesthésie locale, au maximum d'une contraction pendant la deuxième phase du travail, lorsque le bébé montre sa tête.

Généralement, le rétrécissement de l'orifice vaginal aura été détecté pendant l'examen physique au moment de l'évaluation initiale de toute femme victime de MGF en travail, ce qui se fait habituellement pendant la première phase du travail, et la patiente aura été informée à ce moment-là de la nécessité d'une épisiotomie.

Toutefois, si la patiente arrive en salle de travail alors qu'elle est déjà en deuxième phase, évaluez l'orifice vaginal (voir Encadré 5.1) et expliquez-lui qu'il est nécessaire d'agrandir l'ouverture en pratiquant une épisiotomie médio-latérale. Indiquez-lui quand et comment cette intervention sera pratiquée.

Elle ne devra pas être pratiquée avant que la tête du bébé touche le périnée !

ORIFICE VAGINAL ÉTROIT EN RAISON DE LA PRÉSENCE D'UNE MGF DE TYPE III (INFIBULATION)

La désinfibulation, si elle n'a pas été pratiquée pendant la grossesse ou pendant la première phase du travail, peut être pratiquée pendant l'accouchement.

À ce stade, l'incision pour l'ouverture de l'orifice vaginal devra être faite après l'administration d'un anesthésique local (ou une anesthésie péridurale), et au maximum d'une contraction pour limiter la douleur.

La suture de l'incision peut être différée jusqu'après l'accouchement.

Pour en savoir plus sur la façon de pratiquer une désinfibulation, se reporter au chapitre 6.  **6**

N'OUBLIEZ PAS :

La désinfibulation doit toujours précéder l'épisiotomie.

Une fois que la patiente aura été désinfibulée, elle pourra accoucher sans subir de déchirure du périnée. L'épisiotomie ne devrait être pratiquée que si la cicatrice due aux MGF a entraîné une inélasticité étendue de la zone entourant le vagin. Comme chez les autres femmes pendant l'accouchement, il ne faut pas pratiquer une épisiotomie de manière systématique (15).



5.6 LA PÉRIODE POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

La période post-partum (les jours et semaines qui suivent l'accouchement) est une phase critique dans la vie des femmes et des nouveau-nés (17). Il faut que le personnel soignant soit vraiment très conscient que certaines complications sanitaires liées aux MGF peuvent également survenir après l'accouchement.

5.6.1 COMPLICATIONS SANITAIRES LIÉES AUX MGF QUI PEUVENT SURVENIR APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Le personnel soignant doit rester vigilant quant aux problèmes suivants :

- ***hémorragies du post-partum*** sur un utérus atone, qui sont plus fréquentes après un travail prolongé ;
- ***perte de sang excessive et lésions des structures adjacentes***, telles que l'urètre et la vessie vers l'avant, et le rectum vers l'arrière, en raison de déchirures périnéales étendues ;
- ***rétention d'urine*** si l'urètre a été suturé par inadvertance pendant la réparation des déchirures ;
- ***lésions des structures adjacentes***, telles que l'urètre et la vessie si une incision (épisiotomie ou désinfibulation) a été mal réalisée ;
- ***infection des déchirures périnéales suturées*** qui peut entraîner une rupture des sutures et, dans les cas les plus graves, une septicémie ;
- ***déchirures périnéales étendues et/ou fistules vésico-vaginales ou fistules recto-vaginales*** – des complications qui peuvent toucher les femmes ayant une MGF de type III si une désinfibulation n'a pas été pratiquée ;
- ***problèmes psychologiques*** si l'accouchement a été difficile, notamment s'il a conduit à la perte du bébé.

Pour détecter ces problèmes, il est essentiel que la femme soit correctement évaluée après l'accouchement.



5.6.2 ÉVALUATION IMMÉDIATE DE LA PATIENTE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

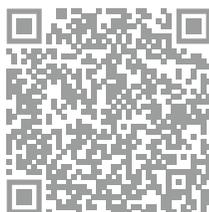
- 1** **Verifiez** si l'utérus s'est contracté en évaluant son tonus avec une palpation de l'abdomen.
- 2** **Si l'utérus ne s'est pas contracté :**
 - commencez un massage utérin ;
 - administrez des ocytociques – l'OMS recommande l'administration d'ocytocine par voie intraveineuse (IV) ou intramusculaire (IM) (10 UI, IV/IM) ;
- 3** **Examinez** soigneusement la région vulvaire pour détecter des déchirures, en veillant à bien examiner tout le pourtour de la vulve, y compris toutes les surfaces des grandes lèvres et des petites lèvres. Nettoyez si nécessaire pour faciliter l'inspection visuelle.
- 4** À l'aide d'un spéculum et avec un bon éclairage, **recherchez des déchirures** sur la paroi vaginale et le col utérin, en suturant toutes celles que vous trouvez.
- 5** **Assurez-vous** que les déchirures dans le vagin ou sur le col ne saignent plus à la fin de l'intervention.

Gardez vos gants stériles, changez-les si nécessaire.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Pour en savoir plus sur les modalités de prise en charge des hémorragies du post-partum, se reporter aux recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum (18).

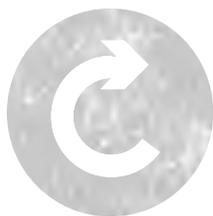




5.6.3 PRISE EN CHARGE, APRÈS L'ACCOUCHEMENT, D'UNE FEMME PRÉSENTANT UNE MGF

La prise en charge, au cours du post-partum, des femmes ayant subi des MGF est essentiellement la même que pour toute autre patiente. Cependant, les femmes qui ont subi une désinfibulation pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement peuvent avoir besoin de soins et d'un soutien psychologique supplémentaires pendant cette période. Vous pouvez par exemple procéder comme suit.

- 1 **Proposez des conseils et un soutien** pour l'aider à s'adapter aux modifications consécutives à la désinfibulation, et aussi pour la décourager de chercher à se faire réinfibuler après avoir quitté le centre de santé.
- 2 **Conseillez-lui** de porter des sous-vêtements amples pour atténuer la gêne due au frottement.
- 3 Si nécessaire, **offrez des conseils au mari/partenaire** également, de façon à lui faire prendre conscience de l'importance de ne pas refermer l'infibulation après son ouverture, et à l'aider à comprendre les modifications prévisibles pendant les rapports sexuels.
- 4 **Rappelez-lui** que l'activité sexuelle ne devrait être reprise que lorsque sa femme/partenaire se sentira prête et que la plaie aura eu le temps de cicatiser, en général 4 à 6 semaines après l'intervention chirurgicale.
- 5 Enfin, prenez le temps de **rassurer** la patiente en réaffirmant les raisons pour lesquelles la désinfibulation a été pratiquée, en insistant sur le fait que cela améliorera sa santé. Si besoin, **expliquez** tout cela au mari/partenaire et à la famille de la patiente.



5.6.4 SUIVI POST-PARTUM

- Comme toute autre patiente en période de post-partum, celles ayant subi des MGF doivent être conseillées au sujet de l'importance de :
- une bonne alimentation ;
 - l'hygiène personnelle, notamment le lavage des mains ;
 - les soins aux nouveau-nés, y compris l'allaitement au sein ;
 - l'espacement des naissances et la planification familiale (17).
- 2 Les différentes options contraceptives doivent être évoquées, et des méthodes de contraception doivent être fournies si demande en est faite. Pour en savoir plus sur les options contraceptives adaptées aux femmes vivant avec des MGF, voir chapitre 4. → 4
- 3 Toutes les femmes doivent être incitées à se déplacer dès que possible après l'accouchement. Elles devraient être encouragées à faire de l'exercice en douceur et à prendre le temps de se reposer pendant la période postnatale.
- 4 Dans les zones d'endémie palustre, les mères et les bébés devraient dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide.
- 5 Assurez à la patiente que vous êtes à sa disposition pour répondre à toutes les questions qu'elle pourrait se poser sur ses soins ou ceux du bébé, ou à ses préoccupations d'ordre sexuel ou sa détresse psychologique. Expliquez-lui qu'elle peut revenir vous voir à tout moment si elle devait à nouveau avoir des inquiétudes après sa sortie du centre de santé.

N'OUBLIEZ PAS :

La période post-partum est l'occasion idéale de plaider en faveur de la prévention des MGF !

Une femme ayant subi des MGF quel qu'en soit le type et qui donne naissance à une petite fille doit être informée des conséquences de faire exciser la fillette. Le mari/partenaire et les autres membres de la famille qui jouent un rôle important dans les décisions quant aux MGF devront également recevoir un conseil sur ces questions.

Bibliographie

1. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>, consulté le 23 novembre 2017).
2. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006;367(9525):1835–41.
3. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstet Gynecol Int*. 2014;542859. doi:10.1155/2014/542859.
4. 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/fr/, consulté le 23 novembre 2017).
5. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4(11):e006316. doi:10.1136/bmjopen-2014-006316.
6. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(6):1137–49.
7. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/, consulté le 23 novembre 2017).
8. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241592656/fr/>, consulté le 23 novembre 2017).
9. Van der Meijden WI, Boffa MJ, ter Harmsel WA, Kirtschig G, Lewis FM, Moyal-Barracco M et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(6):925–41. doi:10.1111/jdv.14096.

10. La toilette intime: ma santé de femme. Bruxelles, GAMS Belgique, 2017 (<http://gams.be/wp-content/uploads/2017/03/Gams-Toilette-intime2017WEB.pdf>, consulté le 23 novembre 2017).
11. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf>, accessed 1 December 2017).
12. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>, accessed 1 December 2017).
13. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf>, accessed 1 December 2017).
14. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf>, accessed 1 December 2017).
15. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, second edition. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf>, accessed 1 December 2017).
16. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>, consulté le 31 mars 2018).
17. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Genève, World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/, accessed 23 November 2017).
18. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/fr/, consulté le 23 novembre 2017).



LA DÉSINFIBULATION

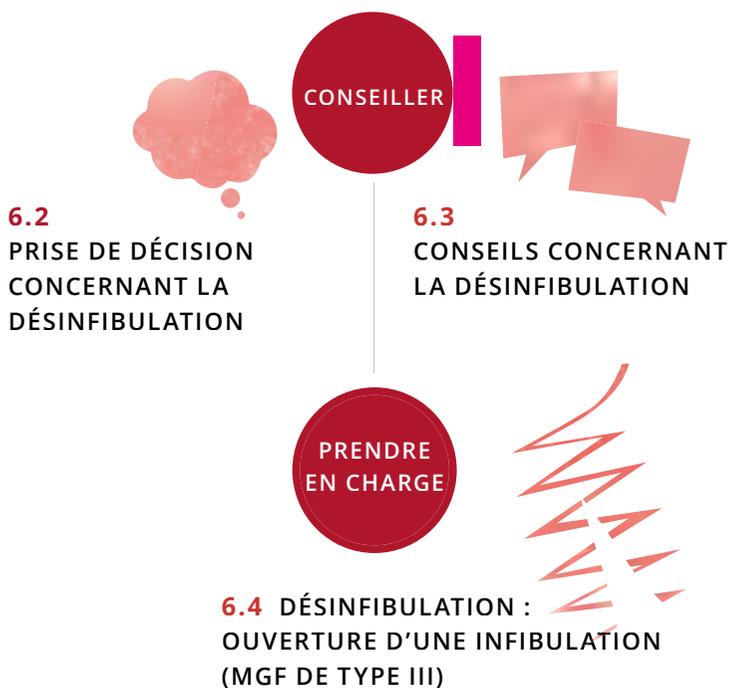
Après avoir lu ce chapitre, vous devriez être en mesure de :

- *Comprendre ce qu'est la désinfibulation, comment et quand pratiquer cette intervention, et le suivi nécessaire*
- *Reconnaître les indications et les contre-indications de la désinfibulation*
- *Comprendre comment apporter des conseils et des informations sur l'intervention à vos patientes et aux membres de leur famille, le cas échéant*
- *Comprendre les aspects psychologiques et physiologiques de la désinfibulation et comment les traiter*

Dans ce chapitre

POINTS
ABORDÉS

6.1 DÉSINFIBULATION : INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS CONSEILLER



6.1 DÉSINFIBULATION : INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

La désinfibulation est un acte chirurgical qui est l'inverse de l'infibulation, et qui consiste à sectionner la cicatrice qui obture l'orifice génital chez une fillette ou une femme ayant subi une MGF de type III. Elle est souvent nécessaire pour remédier aux complications sanitaires et à la souffrance, et pour permettre les rapports sexuels ou pour faciliter l'accouchement (1).

6.1.1 PARLER DE LA DÉSINFIBULATION AVEC LES FILLES ET LES FEMMES AYANT SUBI DES MGF

La nécessité d'une désinfibulation doit être discutée en détail avec les filles et les femmes qui ont subi des MGF.

Dans le cas des femmes enceintes ayant subi une MGF de type III, la nécessité de la désinfibulation doit être discutée en détail aussi tôt que possible pendant la période prénatale, pour permettre à la patiente de prendre une décision au sujet de l'intervention en toute connaissance de cause, et d'élaborer un plan d'accouchement adapté (voir chapitre 5, section 5.4).  [5.4](#)

RECOMMANDATION DE L'OMS

L'OMS recommande la désinfibulation pour prévenir et traiter des complications obstétricales chez les femmes vivant avec une MGF de type III ⁽¹⁾.



6.1.2 INDICATIONS D'UNE DÉSINFIBULATION

L'ouverture d'une infibulation est indiquée dans de nombreux cas.

On peut citer notamment :

-  **choix personnel de la patiente ;**
-  **pendant le deuxième trimestre de grossesse ou pendant le travail, pour permettre l'accouchement ;**
-  **pour faciliter les interventions gynécologiques nécessitant un examen manuel ou au spéculum ou un traitement par voie vaginale ;**
-  **pour traiter des problèmes tels que :**
 - rétention urinaire
 - infections rénales et/ou infections urinaires récidivantes
 - infections génitales récidivantes
 - problèmes menstruels, tels que hémocolpos et dysménorrhée (en particulier chez les adolescentes)
 - dyspareunie (rapports sexuels douloureux)
 - difficulté de pénétration lors des rapports sexuels
 - avortement incomplet
 - autres maladies gynécologiques telles que le cancer du col de l'utérus ;
-  **pour permettre une interruption de grossesse, si nécessaire ; et**
-  **pour l'utilisation de certaines méthodes contraceptives.**

6.1.3 CONTRE-INDICATIONS D'UNE DÉSINFIBULATION

On peut citer notamment :

-  refus de la patiente
-  un tissu cicatriciel qui ne peut pas être soulevé et sectionné.

6.2 PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LA DÉSINFIBULATION

Vous devez toujours fournir des informations complètes et proposer des services de conseil aux femmes avant une désinfibulation (ainsi qu'à leur mari/partenaire, le cas échéant). Idéalement, cette étape de conseil devrait avoir lieu avant ou pendant la grossesse, de façon à ce que la femme ait du temps pour décider en toute confiance et en toute connaissance de cause si et quand elle va subir l'intervention de désinfibulation.

CHOIX DU MOMENT POUR PRATIQUER LA DÉSINFIBULATION : UNE PRISE DE DÉCISION COLLABORATIVE

Si pendant l'évaluation prénatale, vous confirmez que la désinfibulation est nécessaire, vous devrez d'abord communiquer cette conclusion à la patiente, et ensuite parler avec elle des choix possibles concernant le moment de l'intervention. Il revient à la patiente de décider si elle veut subir cette intervention et quand. Les choix possibles pour le moment de l'intervention sont par exemple les suivants :

- ***la période antepartum***
(pendant la grossesse, de préférence pendant le deuxième trimestre)

OU

- ***la période intrapartum***
(pendant la première phase du travail ou pendant l'accouchement).

Les désinfibulations antepartum et intrapartum ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients (voir Encadrés 6.1 A et 6.1 B). Parlez-en à la patiente pour l'aider à prendre une décision éclairée.

RECOMMANDATION DE L'OMS

La désinfibulation antepartum ou intrapartum est recommandée pour faciliter l'accouchement chez les femmes vivant avec des MGF de type III, selon le contexte (1).

ENCADRÉ A

Désinfibulation pendant la grossesse (antepartum)



AVANTAGES

- Elle facilite plusieurs gestes médicaux nécessaires pendant la grossesse et le travail :
 - réaliser un toucher vaginal si besoin
 - obtenir des échantillons d'urine propres
 - procéder à des examens en cas d'infection vaginale, de rupture prématurée des membranes et de saignements vaginaux antepartum.
- Elle laisse du temps pour la cicatrisation avant l'accouchement.
- Elle donne à la femme du temps pour s'adapter aux modifications physiologiques consécutives à la désinfibulation (voir Encadré 6.3, section 6.3). → 6.3
- La patiente arrivera pour accoucher avec un orifice vaginal non obstrué.

INCONVÉNIENTS

- Elle impose de pratiquer une intervention chirurgicale mineure au cours de la grossesse.
- La patiente devra revenir au centre de santé pour un suivi postopératoire.
- Les femmes doivent être en mesure de se reposer et de prendre bien soin de la plaie pendant une semaine après l'intervention.

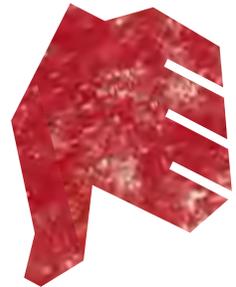


BOX 6.1 B***Désinfibulation pendant le travail
(intrapartum)*****AVANTAGES**

- Si la désinfibulation n'était pas conseillée ou n'a pas été pratiquée pendant la grossesse, cette option sera la seule occasion d'ouvrir l'infibulation chez une femme ayant une MGF de type III pour faciliter l'accouchement par voie basse sans obstruction.
- Elle facilite l'évaluation de la progression du travail, et facilite également les gestes médicaux nécessaires au cours de l'accouchement.

INCONVÉNIENTS

- L'environnement anatomique modifié pendant le travail, tel que l'œdème et la déformation des tissus, peuvent poser des difficultés au moment de pratiquer une désinfibulation intrapartum, notamment pour les professionnels de la santé les moins expérimentés (1).
- Il existe un risque de blesser le bébé pendant l'intervention.
- Face à la douleur des contractions qu'elle doit gérer pendant le travail, la femme peut avoir du mal à rester immobile pendant l'intervention de désinfibulation.
- Dans les cas où le travail progresse vite, on n'aura peut-être pas le temps de pratiquer la désinfibulation. La patiente risque alors de subir de sévères déchirures périnéales.



AUTRES FACTEURS

D'autres facteurs à prendre en compte lorsqu'on discute du meilleur moment pour la désinfibulation avec la patiente sont les suivants.

- Dans les situations où la patiente pourrait ne pas accoucher dans un établissement de soins de santé, incitez-la à se faire désinfibuler pendant la grossesse pour être sûr qu'elle aura subi cette intervention avant d'accoucher.
- Dans les établissements de soins de santé ayant un grand volume de patients, il peut être difficile de surveiller de près la progression du travail et de déterminer le bon moment pour pratiquer la désinfibulation ; dans ces cas-là, la désinfibulation antepartum sera préférable.

N'OUBLIEZ PAS :

Aux patientes qui préfèrent être désinfibulées pendant le travail ou l'accouchement plutôt que pendant la grossesse, il faudra conseiller d'accoucher en milieu hospitalier.

Inscrivez systématiquement la décision de la patiente dans son dossier médical.





IMPORTANT !

Si la patiente choisit d'être désinfibulée pendant la grossesse, il est préférable de réaliser l'intervention au cours du deuxième trimestre (entre la vingtième et la vingt-huitième semaine de grossesse).

De préférence, il vaut mieux ne pas pratiquer la désinfibulation au cours du premier trimestre parce que le risque d'avortement spontané est généralement plus élevé pendant cette période. Si la patiente avorte spontanément après une désinfibulation pratiquée au premier trimestre, elle pourra penser que c'est l'intervention qui a provoqué l'avortement. Cette situation pourrait alors faire véhiculer l'idée fausse que la désinfibulation est une intervention dangereuse (2).

6.3 CONSEILS CONCERNANT LA DÉSINFIBULATION

Toutes les femmes doivent recevoir des informations et du conseil avant une désinfibulation. Toutefois, si le temps manque pour parler de l'intervention chirurgicale en détail (par exemple, si une femme arrive au centre de santé alors qu'elle est déjà à un stade avancé du travail), vous devrez expliquer l'intervention au moment où vous pratiquerez la désinfibulation et ensuite donner des détails supplémentaires et les raisons après l'accouchement.

LISTE DE CONTRÔLE POUR UNE SÉANCE DE CONSEIL

1 *Trouvez un endroit tranquille et privé pour discuter.*

- ✓ Trouvez un endroit tranquille et privé pour discuter.
- ✓ **Si la patiente ne parle pas votre langue**, faites venir un interprète (voire chapitre 2, section 2.4). → 2.4
Assurez-vous que l'interprète lui convienne.

2 *Parler des conséquences de l'infibulation et des avantages de la désinfibulation*

- ✓ Commencez la séance en donnant à la patiente des renseignements sur les conséquences des MGF de type III en général, et sur leurs conséquences plus précisément sur la grossesse et l'accouchement.
- ✓ **Donnez** à la patiente des informations sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil reproducteur féminin. Faites-lui prendre conscience de la différence entre les organes génitaux normaux (non excisés) et ceux infibulés, et des modifications anatomiques auxquelles elle peut s'attendre. Si la patiente est d'accord, montre-lui des photos et des schémas qui peuvent aider à les décrire (voir section 1.3, chapitre 1, ou l'outil de travail I). → 1.3
- ✓ Informez sur les difficultés et les complications associées aux organes génitaux infibulés qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement, et sur l'importance de procéder à une ouverture de l'infibulation pour les éviter.

- ✓ Insistez sur les conséquences positives de la désinfibulation sur sa santé et sur la diminution des risques pour la santé du nouveau-né pendant l'accouchement (voir Encadré 6.2 ci-après).
- ✓ Informez la patiente du statut légal des MGF dans le pays où elle vit (et probablement où elle envisage d'accoucher).

ENCADRÉ 6.2

Parler des avantages de la désinfibulation

- ✓ Il sera plus facile de surveiller votre grossesse pour s'assurer que votre bébé se développe bien.
- ✓ En enlevant l'obstruction qui recouvre votre orifice vaginal, l'accouchement sera plus facile pour vous et votre bébé.
- ✓ L'urine et le sang menstruel s'écouleront hors de votre corps plus facilement et de manière moins douloureuse.
- ✓ Si vous ressentez des douleurs pendant les rapports sexuels, la désinfibulation pourra vous aider, vous et votre mari/partenaire, à avoir une activité sexuelle plus agréable pour tous les deux.

ENCADRÉ 6.3***Modifications physiologiques après la désinfibulation***

Après la désinfibulation, il faut s'attendre aux modifications physiologiques suivantes.

- L'urine coulera plus rapidement, en jet plus important.
- Les règles pourront sembler plus abondantes.
- Il peut y avoir une augmentation temporaire de la sensibilité de la région vulvaire.
- Il peut y avoir davantage de sécrétions vaginales et d'humidité pendant une partie du cycle menstruel.
- L'aspect de la région vulvaire peut changer (la zone apparaîtra d'une couleur plus rouge, semblable à celle de la bouche).
- Une ouverture vaginale plus large peut donner lieu à des sensations différentes pendant les rapports sexuels, pour la femme et pour son mari/partenaire.

Rassurez la patiente sur le fait qu'il est normal de sentir ces changements, en particulier au tout début après avoir été désinfibulée.

N'oubliez pas de parler des fausses croyances qui peuvent circuler sur la désinfibulation et rappelez à la patiente que la désinfibulation est sans effet sur son bébé pendant la grossesse.

3 *Donnez des informations sur l'intervention*

- ✓ **Expliquez** à la patiente comment se passe la désinfibulation et assurez-vous qu'elle a bien compris ce que l'intervention implique. Informez-la également que les bords des lèvres seront suturés séparément, et non resuturés ensemble. L'outil de travail III fournit un ensemble d'illustrations que vous pouvez utiliser lorsque vous expliquez l'intervention (les illustrations figurent aussi à la section 6.4). → 6.4
- ✓ **Expliquez** soigneusement à la patiente et à son mari/partenaire que la procédure entraînera l'ouverture complète des lèvres cousues, et informez-les que l'intervention ne devrait être réalisée qu'une seule fois (les demandes de « mini » désinfibulation devront être refusées).
- ✓ **Expliquez** que l'intervention sera pratiquée sous anesthésie locale et discutez des options d'analgésie postopératoires. Rassurez la patiente quant au fait que tous les efforts seront faits pour qu'elle ne ressente pas de douleur pendant ou après l'intervention (la désinfibulation ne fera pas aussi mal que la mutilation sexuelle initiale).

RECOMMANDATION DE L'OMS

Des informations préopératoires adaptées doivent être communiquées aux filles et femmes qui veulent subir une désinfibulation (1).

4 **Prévention de la réinfibulation**



Dans les pays où il existe des lois qui interdisent la réinfibulation, il est relativement simple de faire face aux demandes de refermeture de l'infibulation après ouverture, car vous pouvez simplement expliquer 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 poser un sérieux dilemme. Dans un tel cas, vous devez vous conformer aux directives de l'établissement ou de l'institution sanitaire. Toutefois, quelle que soit la législation concernant les MGF ou la réinfibulation, tout doit être fait pour décourager la pratique de la réinfibulation. Le conseil et l'éducation sur ce sujet vous aideront à atteindre ce but.

N'OUBLIEZ PAS : *Une femme, et parfois son mari/partenaire ou des membres de sa famille, demande parfois à être réinfibulée à l'issue de l'accouchement. C'est votre rôle, en tant que soignant, de fournir des informations sur les risques de la réinfibulation pour la santé et sur les avantages de ne pas se faire réinfibuler (1).*



Réinfibulation : Intervention consistant à rétrécir à nouveau l'orifice vaginal chez une femme qui a été désinfibulée. Si elle se pratique, elle est généralement pratiquée après un accouchement. Elle est également appelée « resuture ».

- ✓ **Rassurez** la patiente et **rappelez**-lui les avantages de la désinfibulation pour la santé, et insistez sur les risques de la réinfibulation (voir Encadrés 6.2 et 6.4).
- ✓ Veillez à bien tenir compte des sentiments de la patiente et de ses appréhensions concernant les organes génitaux désinfibulés. Par exemple, elle peut craindre les perceptions négatives de son mari à l'égard de la désinfibulation et les conséquences qui peuvent en découler pour son mariage ou son intimité sexuelle.
- ✓ Faites-lui bien comprendre que vous êtes disponible pour discuter de la question avec son mari/partenaire ou les membres de sa famille si besoin.

5 *Vaincre l'opposition d'une femme à la désinfibulation*

- ✓ **Rassurez** la femme en lui disant que vous êtes prêt à discuter de la situation avec son mari/partenaire et/ou n'importe qui d'autre de son choix. Il se peut qu'ils aient besoin d'informations supplémentaires ou qu'ils souhaitent en discuter également. Ils devraient être tenus informés au sujet de la désinfibulation, de l'importance de garder les organes génitaux ouverts, et des conséquences et des risques pour la santé de les refermer.
- ✓ **Si la patiente est inquiète à l'idée que son mari/partenaire ou sa famille soit en désaccord**, vous pouvez lui proposer de lui fournir un document expliquant les indications médicales de la désinfibulation ; cela pourrait l'aider à obtenir leur soutien.



Veillez à remplir complètement et précisément les dossiers et documents nécessaires. Rajoutez des notes indiquant que vous avez offert du conseil. Il est très important d'indiquer si la femme a pris une décision, quelle est cette décision et, si elle accepte d'être désinfibulée, qu'elle a donné son consentement pour l'intervention.

ENCADRÉ 6.4

Les risques de la réinfibulation

- ✓ La réinfibulation n'est jamais recommandée d'un point de vue médical.
- ✓ C'est une intervention douloureuse et inutile.
- ✓ Elle peut être à l'origine de graves problèmes de santé chez la mère pendant le post-partum – en particulier des douleurs, des infections et une obstruction du flux urinaire et des sécrétions vaginales – et lors des futures grossesses.
- ✓ Les enfants à naître lors de futures grossesses risquent de vivre un accouchement difficile.
- ✓ Elle est illégale dans plusieurs pays du monde.
- ✓ Elle constitue une violation des droits fondamentaux de la femme.



6.4 DÉSINFIBULATION : OUVERTURE D'UNE INFIBULATION (MGF DE TYPE III)

IMPORTANT! *L'ouverture d'une infibulation ne doit être pratiquée qu'après avoir dispensé des conseils approfondis et après avoir recueilli le consentement de la patiente (à moins qu'il s'agisse d'une situation d'urgence où la femme est déjà dans une phase avancée du travail ; voir section 6.3).* → 6.3

Si la femme est mariée ou en couple, il est important de conseiller également le mari/partenaire, aussi bien en couple que, si nécessaire, lui seul. Il est important d'aider les deux à faire face aux changements qui résulteront de l'intervention lors des rapports sexuels après la désinfibulation. Voir la section 6.3 pour en savoir plus sur le conseil relatif à la désinfibulation. → 6.3

6.4.1 PRÉPARATION DE LA PATIENTE POUR L'INTERVENTION

Expliquez...

- 1 Pour préparer la patiente (et son mari/partenaire le cas échéant), donnez des informations complètes et claires sur l'intervention et assurez-vous que la patiente a bien compris. Demandez-lui si elle a des questions.

Préparation du matériel et des fournitures

- 2 Préparer un plateau avec :
 - une paire de gants stériles
 - des compresses et des tampons antiseptiques
 - une paire de ciseaux Metzenbaum droits ou de ciseaux Mayo courbes (selon l'épaisseur du tissu)
 - une paire de ciseaux à sutures
 - une paire de pinces chirurgicales
 - un dilateur (si disponible)
 - deux clamps artériels
 - un porte-aiguille
 - des écouvillons stériles
 - une seringue de 10 ml et des aiguilles pour injection
 - un anesthésique local (comme la Lidocaïne)
 - du matériel de suture résorbable 3/0
 - des linges stériles/une toile chirurgicale
 - une solution antiseptique
 - un récipient pour déposer les instruments après usage.

6.4.2 L'INTERVENTION DE DÉSINFIBULATION

- 1 Demandez à la patiente de s'allonger sur le dos sur la table d'examen.
- 2 Lavez-vous les mains et enfiler des gants.
- 3 Découvrez les organes génitaux et nettoyez la région du périnée avec des tampons antiseptiques.
- 4 Commencez par palper la cicatrice pour repérer les structures sous-jacentes (méat urétral). Cela permettra de guider l'intervention.
- 5 Introduisez doucement l'index, ou à la fois l'index et le majeur, ou un dilateur, sous le capuchon de peau vers l'avant et soulevez légèrement la peau au niveau de la cicatrice (voir Figure 6.1).

Utilisez un savon désinfectant et de l'eau ou un antiseptique sans rinçage à base d'alcool pour l'hygiène des mains (2,3).

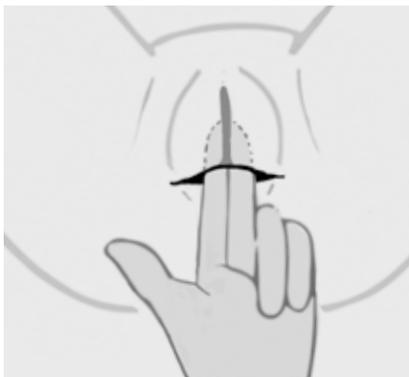


Figure 6.1

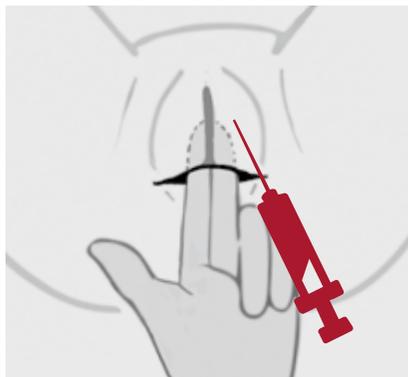


Figure 6.2

- 6** Faites une infiltration d'anesthésique local dans la zone à inciser, le long de la cicatrice et des deux côtés de celle-ci (si la patiente a bénéficié d'une anesthésie péridurale, il n'y a pas besoin d'administrer un anesthésique local) (voir Figure 6.2).
- 7** En gardant le doigt ou le dilateur sous la cicatrice, introduisez avec précaution les ciseaux devant votre doigt et coupez la cicatrice le long du doigt afin d'éviter de léser les tissus adjacents (ou le bébé, si l'intervention est pratiquée pendant l'accouchement) (voir Figures 6.3 et 6.4).

L'incision doit être réalisée en suivant la ligne médiane de la cicatrice et en se dirigeant vers le pubis jusqu'à découvrir le méat urétral.

N'incisez pas au-delà de l'urètre. Cela pourrait provoquer une hémorragie.



IMPORTANT ! *Veillez à ne pas endommager les organes qui se trouvent sous la cicatrice (urètre, petites lèvres et clitoris). Il est possible avec les MGF de type III de retrouver intacts les organes situés au-dessous de la cicatrice.*

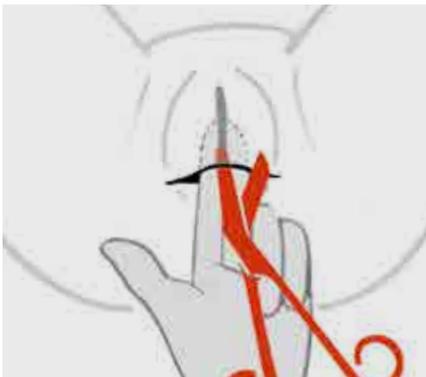


Figure 6.3

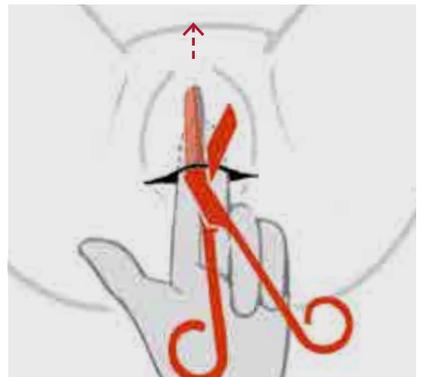


Figure 6.4

- 8 **Inspectez** les bords coupés pour détecter des saignements, et assurez l'hémostase si nécessaire. En général, le tissu cicatriciel, relativement peu vascularisé, ne saigne pas beaucoup.
- 9 **Suturez** les berges des plaies dans chacune des grandes lèvres séparément avec des points de suture individuels. Utilisez du matériel de suture résorbable, du catgut simple fin (3/0) pour assurer l'hémostase et empêcher la formation d'adhérences (voir Figures 6.5 et 6.6).
- 10 **Prescrivez** une analgésie par voie orale après l'opération.

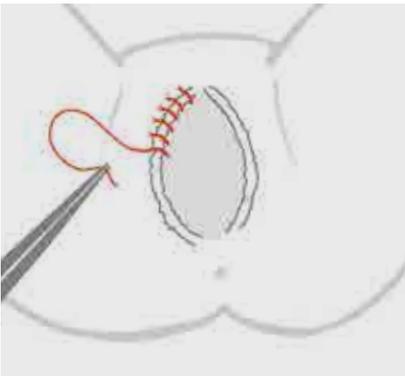


Figure 6.5



Figure 6.6

Désinfibulation intrapartum au cours du travail ou de l'accouchement

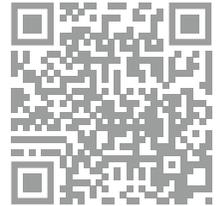


- L'incision doit être réalisée au maximum d'une contraction utérine pour réduire le plus possible la douleur, et après l'administration d'un anesthésique local.
- La suture des lèvres désinfibulées peut être différée jusqu'après l'accouchement.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Une vidéo en ligne de grande précision sur la désinfibulation est disponible à l'adresse suivante (4) : (Avec l'aimable autorisation du Dr Jasmine Abdulcadir)



6.4.3 SOINS POSTOPÉRATOIRES

Après la désinfibulation, la patiente restera au centre de santé pendant 2 à 4 heures, pour qu'un soignant puisse surveiller de près la survenue éventuelle de saignements et le niveau de douleur postopératoire de la patiente. À la sortie, la marche à suivre pour les soins postopératoires sera la suivante.

Analgésie...



- 1 **Prescrivez** une analgésie par voie orale conformément aux protocoles locaux.
- 2 De l'acétaminophène 500 mg, 3 fois par jour, peut être proposé aux femmes qui subissent une désinfibulation pendant la grossesse.
- 3 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. Suggérez à la patiente de prendre des bains de siège (un bain dans lequel on s'assoit dans de l'eau tiède salée) jusqu'à trois fois par jour, en se séchant ensuite avec précaution. On peut prescrire l'application d'une crème adoucissante pendant les deux premières semaines.

Informations et conseils...

- 4 **Indiquez** à la patiente et à son mari/partenaire que l'activité sexuelle ne devrait être reprise que lorsque la femme se sentira prête et que la plaie aura eu le temps de cicatriser, en général 4 à 6 semaines après l'intervention. Cela peut nécessiter plusieurs séances de conseil.

IMPORTANT! *Les séances d'information et de conseil concernant les questions sexuelles exigent beaucoup de tact et doivent être soigneusement adaptées aux besoins de la patiente et au contexte culturel.*

- 5 **Insistez** sur l'importance de l'hygiène vulvaire, et sur la nécessité de maintenir la vulve propre et sèche (voir l'Encadré relatif à la « Discussion sur l'hygiène correcte de la vulve » à la section 5.3.1). → 5.3
- 6 **Expliquez** combien il est important que les bords de la vulve restent séparés pour éviter l'apparition d'adhérences postopératoires.
- 7 **Si des sutures résorbables ont été utilisées, avertissez** la patiente qu'il est normal de voir et de sentir les points de suture dans la région vulvaire. Dites-lui que ces points n'ont pas besoin d'être enlevés, car ils disparaîtront tout seuls au bout d'une semaine.

NOTE SUR LE SUIVI : *Si possible, fixez un rendez-vous pour une visite de contrôle après une semaine, pour surveiller la cicatrisation. Vous pouvez également donner à la patiente la possibilité de venir au centre de santé pour faire soigner la plaie chaque jour pendant la première semaine, si possible.*

8 **Les visites à domicile** sont idéales, dans la mesure du possible, car la patiente et sa famille peuvent avoir besoin d'un soutien et de conseils supplémentaires pour s'adapter aux changements consécutifs à la désinfibulation et pour éviter les demandes de réinfibulation.

9 **Demandez** à la patiente si elle a d'autres questions.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Dans le cas où la patiente est orientée vers un établissement de santé différent pour y être suivie, vous devez fournir une note de recommandation claire au personnel médical qui assurera le suivi, de façon à garantir la continuité des soins.*

Bibliographie

1. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>, consulté le 23 novembre 2017).
2. 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/fr/, consulté le 23 novembre 2017).
3. Johnson C, Nour NM. Surgical techniques: defibulation of type III female genital cutting. *J Sex Med.* 2007;4(6):1544-7.
4. Abdulcadir J, Marras S, Catania L, Abdulcadir O, Petignat P. Defibulation: A visual reference and learning tool [video]. *J Sex Med.* 2018;15(4):601-611. (<https://www.youtube.com/watch?v=XRid7jIUzMY&t=3s>, accessed 19 April 2018.)



7

**SANTÉ MENTALE
ET MGF**

*Après avoir lu ce chapitre,
vous devriez être en mesure de :*

- *Comprendre pourquoi les MGF peuvent entraîner des problèmes et des troubles de santé mentale*
- *Comprendre le rôle du personnel soignant à l'égard de la santé mentale des femmes qui ont subi des MGF*
- *Réaliser une évaluation de la santé mentale dans le cadre des soins de routine dans n'importe quel contexte clinique*
- *Identifier les problèmes et troubles courants de santé mentale associés aux MGF*
- *Fournir un soutien psychologique immédiat aux filles et aux femmes qui ont subi des MGF et/ou connu des problèmes physiques en lien avec des MGF*
- *Discuter et décider des options de prise en charge avec votre patiente, et décider s'il est nécessaire ou non de l'orienter en vue d'un traitement ou d'un soutien plus approfondi.*

Dans ce chapitre

POINTS
ABORDÉS

7.1
L'IMPORTANCE DE
S'OCCUPER DE LA SANTÉ
MENTALE

7.2
PROBLÈMES ET TROUBLES
DE SANTÉ MENTALE ASSOCIÉS
AUX MGF

ÉVALUER

7.3 ÉVALUER LA SANTÉ MENTALE
FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

PRENDRE
EN CHARGE

7.4 SOUTIEN ET SOINS DE BASE EN SANTÉ MENTALE
POUR LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

ÉVALUER

7.5
ÉVALUATION APPROFONDIE
ET PRISE EN CHARGE
AVANCÉE DE TROUBLES
DE SANTÉ MENTALE
PARTICULIERS

PRENDRE
EN CHARGE

7.6
AUTRES PROBLÈMES DE
SANTÉ MENTALE

7.1 L'IMPORTANCE DE S'OCCUPER DE LA SANTÉ MENTALE

Les problèmes et les troubles de santé mentale sont courants dans la population générale. Selon les estimations, 30 % des adultes souffriront d'un trouble mental courant au cours de leur vie (anxiété, dépression ou état de stress post-traumatique [ESPT]) (1), et jusqu'à 50 % des patients qui consultent dans une structure de soins primaires peuvent avoir des problèmes de santé mentale (2).

Ce chapitre vous aidera à faire la distinction entre les signes des trois niveaux de détresse mentale : (i) détresse normale, (ii) problèmes de santé mentale (symptômes qui sont préoccupants sur le plan clinique et pour lesquels les gens peuvent rechercher de l'aide) et (iii) troubles de santé mentale.

LE RÔLE DES SOIGNANTS NON SPÉCIALISÉS

Pour les raisons évoquées ci-dessous, il est important que les problèmes et les troubles de santé mentale soient d'abord évalués et pris en charge par des soignants non spécialisés dans toutes les structures de soins de santé.

- Une approche holistique qui explore à la fois la santé physique et mentale d'une personne est la meilleure approche en matière de soins de santé.
- La recherche a montré qu'avec une courte formation, les soignants sont en mesure d'identifier et de prendre en charge les problèmes de santé mentale et d'améliorer la santé physique et mentale (3,4).
- Les gens sont plus à l'aise de recevoir de l'aide dans un établissement de soins de santé primaires parce que c'est beaucoup plus accessible et moins stigmatisant que d'aller dans un centre spécialisé (5).



Problèmes de santé mentale : Ce terme est utilisé pour désigner les difficultés psychologiques qui provoquent de la détresse et nécessitent du soutien, mais qui ne répondent pas aux critères d'un trouble.



Troubles de santé mentale : Ce terme désigne des groupes de symptômes plus sévères qui correspondent à un modèle communément reconnu et évoluent de manière prévisible (comme dans le cas des troubles physiques).



7.2 PROBLÈMES ET TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ASSOCIÉS AUX MGF

Pour les filles et les femmes qui subissent des MGF, l'excision peut être une expérience traumatisante pouvant laisser des marques psychologiques durables et nuire à leur santé mentale (6). Les MGF peuvent avoir des conséquences psychologiques négatives aussi bien à court qu'à long terme.

EFFETS DES MGF SUR LA SANTÉ MENTALE

La douleur, le choc et le recours à la force physique par ceux qui pratiquent l'intervention sont parmi les raisons citées pour lesquelles de nombreuses femmes décrivent les MGF comme un événement traumatisant (7). Les complications physiques et sexuelles susceptibles de survenir après une MGF peuvent également avoir des conséquences psychologiques négatives, tout comme les interventions chirurgicales visant à y remédier (8).

D'après les études, les MGF sont associées à toutes sortes de problèmes de santé mentale, dont certains pourraient être des réactions normales à des événements traumatisants. Parmi ceux-ci figurent l'irritabilité et la frustration, les reviviscences (flashbacks) et les cauchemars, la mauvaise estime de soi, la peur, les pensées paranoïaques (p. ex. la conviction erronée que... quelqu'un vous persécute ou essaie de vous nuire), les problèmes de sommeil, les tendances obsessionnelles compulsives (voir section 7.5.2), → 7.5 ainsi que les problèmes relationnels et les difficultés d'ordre psychosexuel, qui sont traités au chapitre 8 du présent manuel (8-11). → 8

Les études ont montré que les filles et les femmes victimes de MGF peuvent présenter des taux plus élevés de troubles de santé mentale (12,13), en particulier :

- **dépression**
- **troubles anxieux**
- **état de stress post-traumatique (ESPT)**
- **troubles somatiques (physiques) sans cause organique (p. ex. maux et douleurs).**

Les répercussions psychologiques des MGF n'ont pas été largement étudiées, mais ce que l'on sait, c'est qu'elles sont extrêmement variées. Les filles et les femmes victimes de MGF n'auront pas toutes des difficultés psychologiques. Leur réaction dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels :

- sociodemographic characteristics (i.e. culture, socioeconomic background, • les caractéristiques sociodémographiques (à savoir, culture, situation socio-économique, ethnie, éducation, âge) ;
- si la patiente vit dans sa communauté d'origine ou si elle est immigrée ;
- l'acceptabilité de la pratique dans la communauté et la société où elle vit ;
- les attitudes du personnel soignant ; et
- la légalité des MGF à l'endroit où elle vit.

Le personnel soignant devra comprendre le vécu d'une patiente, ses croyances et le contexte social dans lequel elle vit, pour trouver le meilleur moyen de parler avec elle des MGF, de l'aider à donner du sens à ce qu'elle ressent, et de l'informer et de la soutenir vis-à-vis du meilleur plan de prise en charge (13,14).



IMPORTANT! *Il est très important de ne pas considérer pathologiques la tristesse et l'anxiété normales chez les femmes qui ont subi une MGF. Elles sont autant susceptibles que n'importe qui d'autre d'éprouver toute la gamme des émotions en réaction aux événements de la vie. Par contre, il est important de reconnaître qu'elles ont vécu un événement traumatisant.*



VIGNETTE DE CAS 1

L'extrait qui suit montre la souffrance que peuvent endurer les femmes qui ont été excisées.

« Parce qu'il s'agit de sentiments et plus encore ; il s'agit de sexe. On ne peut pas partager ça avec d'autres personnes. On se sent affreusement gênée. C'est pour ça que les femmes excisées se retrouvent isolées, malades mentales ou folles. C'est soit ça, ou alors la femme s'arrête de parler ; elle n'ouvre plus la bouche. Et personne ne comprend pourquoi. Ça a l'air superficiel, mais c'est vraiment bien plus profond. La différence, c'est qu'une femme qui a été excisée culpabilisera pour les douleurs qu'elle ressent dues à l'excision. C'est tout ce que nous savons. Et comme nous avons honte, nous restons à la maison avec nos problèmes » (14).

– Mère érythréenne de sept enfants divorcée, vivant aux Pays-Bas.

ÉVALUER

7.3 LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

Une évaluation de la santé mentale est nécessaire pour toutes les femmes vivant avec des MGF, et devrait par conséquent faire partie de l'évaluation de routine réalisée par le personnel soignant pour les raisons suivantes :

- *Des problèmes physiques peuvent provoquer des problèmes mentaux, ou les aggraver.*
- *Des problèmes mentaux peuvent aggraver des problèmes physiques.*
- *Les femmes qui ont été soumises à des MGF ont vécu un événement traumatisant.*
- *Les patientes peuvent avoir des problèmes de santé mentale qui ne sont pas liés à des MGF.*
- *Les problèmes de santé mentale sont fréquents.*

Il n'est pas difficile pour un agent de santé d'inclure une évaluation de la santé mentale lors de l'anamnèse et l'examen clinique. Chaque jour, nous portons tout naturellement des jugements sur l'état mental des personnes que nous rencontrons, qu'il s'agisse d'amis ou d'étrangers, en observant les expressions de leur visage, le ton de leur voix et leur comportement. Par exemple, si quelqu'un a l'air triste ou en larmes, nous lui demanderions peut-être « Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? Vous avez l'air très triste. »

Ce chapitre s'appuiera sur ces capacités naturelles et vous aidera à appliquer une démarche structurée et systématique pour procéder à un examen de la santé mentale, d'une façon pouvant facilement être intégrée dans votre examen général sans prendre trop de temps (voir sections 7.3.1 et 7.3.2 pour une évaluation initiale et complète de la santé mentale, respectivement). → 7.3

De plus, ce chapitre fournira des informations claires sur la façon d'explorer les problèmes et les troubles de santé mentale, et de prendre les premières mesures pour y remédier si vous décidez qu'il y a effectivement quelque chose qui ne va pas (voir sections 7.4, 7.5 et 7.6). → 7.4 → 7.5 → 7.6

N'OUBLIEZ PAS : *Faites en sorte que votre patiente se sente à l'aise et assurez-la qu'en tant que soignant, votre rôle est de lui apporter soutien et soins.*

Pour obtenir des conseils détaillés sur la façon d'entamer une discussion portant sur les MGF, voir chapitre 2 : Communiquer avec les filles et les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines. → 2



7.3.1 ÉVALUATION INITIALE DE LA SANTÉ MENTALE

Vous pouvez facilement décider si votre patiente a besoin d'une évaluation complète de la santé mentale en suivant les étapes ci-après pendant l'anamnèse et l'évaluation de routine de sa santé générale.

Observez et écoutez...

- 1 **Observez et écoutez** avec attention votre patiente pendant que vous l'interrogez sur d'éventuels problèmes de santé associés aux MGF.
- 2 **Soyez à l'affût** de tout élément inhabituel dans son apparence, son comportement, son humeur et/ou son discours (voir ci-après).

APPARENCE ET COMPORTEMENT

- Est-ce qu'elle prend soin de son apparence ?
- Ses vêtements et ses cheveux sont-ils soignés ou en désordre ?
- Est-elle distraite ou agitée ?
- Est-elle nerveuse ou calme ?
- Voyez-vous des signes d'intoxication ou de mésusage de médicaments ?

HUMEUR

- Est-elle calme, en pleurs, en colère, anxieuse, très triste, sans expression ?

DISCOURS

- Est-elle silencieuse ?
- Parle-t-elle clairement ou avec difficulté, trop vite ou trop lentement ?
- Est-elle confuse quand elle parle ?

COGNITION

- Est-elle distraite ou désorientée ?

Interrogez... ?

- 3** Après avoir fini l'évaluation de sa santé générale, au cours de laquelle vous aurez fait quelques observations, **interrogez** directement votre patiente sur sa santé mentale, à l'aide de questions adaptées au contexte culturel sur ses pensées, ses perceptions et sa cognition (voir ci-après).

PENSÉES

- Est-ce qu'elle a des pensées autodestructrices ?
- Y a-t-il de mauvaises pensées ou de mauvais souvenirs qui reviennent sans cesse ?
- Voit-elle l'événement encore et encore dans son esprit ?

PERCEPTIONS

- Est-ce qu'elle voit, entend, sent ou ressent des choses que les autres ne peuvent pas voir, entendre, sentir ou ressentir ?

COGNITION

- A-t-elle des difficultés de concentration, d'attention ou de mémoire ?
- Sait-elle où elle se trouve, l'heure, la semaine, le mois, et le nom de personnes qui lui sont familières ?

- 4** **Renseignez-vous** sur son humeur, son comportement, ses relations avec les autres, son fonctionnement au quotidien, son sommeil, son appétit, son énergie, etc.

- 5** **Renseignez-vous** sur les plaintes somatiques sans cause organique, telles que les maux de tête ou le mal au dos (si cela n'a pas été déjà abordé lors d'une évaluation de sa santé générale).

Les exemples de questions en page suivante pourront vous aider à interroger votre patiente sur ces points.

Mis à part les problèmes de santé dont nous venons de parler, comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

Avez-vous l'impression de trop penser ? Vos pensées vous viennent-elles trop vite, ou trop lentement ?

Comment vous entendez-vous avec les autres personnes (p. ex., partenaire, membres de la famille, amis, collègues de travail) ?

Comment vous débrouillez-vous avec les tâches scolaires, professionnelles et ménagères ?

Avez-vous des maux de tête ou d'autres douleurs ?

Y a-t-il d'autres symptômes particuliers dont vous aimeriez me parler ? Par exemple, avez-vous des craintes ou des inquiétudes particulières, ou des pensées ou des expériences inhabituelles ou bouleversantes ?



Si vos observations ou les réponses de votre patiente à l'une des questions énumérées ci-dessus ou aux étapes précédentes vous inquiètent, votre patiente pourrait avoir un problème ou un trouble de santé mentale : **procédez à une évaluation complète de sa santé mentale de la manière décrite dans la section suivante.**

Rassurez...



- 6 **Rassurez** votre patiente quant au fait que les problèmes de santé mentale sont très courants dans la population générale, qu'il n'est pas rare que les femmes victimes de MGF éprouvent de la détresse et de la honte à ce sujet, et que souvent cette détresse est normale.
- 7 **Rappelez-lui** que vos échanges sont confidentiels, et qu'elle n'est pas jugée. Reconnaître les problèmes les rend plus faciles à résoudre. Cela peut l'aider à parler de sa détresse.



AVOIR SUFFISAMMENT DE TEMPS

Idéalement, l'anamnèse et l'évaluation initiale de la santé mentale se feront en une seule séance, alors veillez à ce qu'il y ait suffisamment de temps.

S'il n'y a vraiment pas assez de temps, alors il vaut mieux prendre un autre rendez-vous, au lieu de commencer une évaluation mentale et ne pas pouvoir la terminer. Parler des MGF et des problèmes psychologiques demande en effet du temps et de la sensibilité ; cela montre aussi à la patiente que vous la prenez au sérieux et que vous vous intéressez vraiment à ses problèmes.



7.3.2 ÉVALUATION COMPLÈTE DE LA SANTÉ MENTALE

Une évaluation complète de la santé mentale comprend les étapes suivantes.

1. Description du problème actuel
2. Antécédents de problèmes de santé mentale
3. Antécédents médicaux généraux
4. Antécédents familiaux de problèmes de santé mentale
5. Antécédents psychosociaux
6. Examen de l'état mental

1 *Description du problème actuel*

Si votre patiente a mentionné des symptômes qui vous préoccupent ou si vous avez observé quelque chose d'inhabituel chez elle au cours de votre examen initial (voir section 7.3.1), → 7.3 vous devrez demander plus de détails.

Il s'agit notamment de demander à la femme de vous expliquer d'après elle quand, pourquoi et comment les problèmes de santé mentale ont commencé, puis d'obtenir des renseignements plus détaillés sur ses symptômes. Vous pouvez par exemple lui demander :

Pouvez-vous m'en dire plus sur ces symptômes désagréables que vous ressentez ?

Aviez-vous des problèmes similaires avant la MGF ?

*Les symptômes ont-ils changé avec le temps ?
De quelle façon ?*

Les symptômes sont-ils déclenchés ou aggravés par des facteurs particuliers (comme le fait de penser aux relations sexuelles et à la grossesse) ?

Évitez-vous des situations pour empêcher l'apparition des symptômes ?

N'OUBLIEZ PAS :

Vous pouvez vous renseigner sur les symptômes et les problèmes associés à un événement traumatisant (comme une MGF) sans insister pour que votre patiente vous parle de l'événement réel.

Ne forcez pas votre patiente à discuter des détails de l'expérience de la MGF ou de tout autre événement traumatisant si elle ne le souhaite pas. Vous pouvez dire, par exemple :

J'ai cru comprendre que vous avez vécu une expérience qui était douloureuse et pénible. Si vous souhaitez en discuter plus en détail, vous pouvez le faire maintenant ou à tout autre moment, mais il n'est pas nécessaire d'en discuter si vous trouvez cela trop perturbant. Ce que j'aimerais comprendre aujourd'hui, c'est comment cette expérience vous affecte maintenant ? Provoque-t-elle des problèmes ou des symptômes ?

2

Antécédents de problèmes de santé mentale



Renseignez-vous sur les problèmes ou troubles de santé mentale que votre patiente a connus dans le passé, sur les hospitalisations connexes et sur les médicaments prescrits.



! *Risque de suicide et conduites autoagressives*

Recherchez les éventuelles pensées autoagressives et tentatives de suicide. Vous pouvez par exemple demander :

Qu'attendez-vous de l'avenir ?

Si elle semble sans espoir, posez-lui d'autres questions telles que :

Pensez-vous que la vie vaut la peine d'être vécue ?

Avez-vous déjà songé à vous faire du mal, ou vous êtes-vous déjà fait du mal délibérément ?

Avez-vous imaginé en finir avec la vie, ou avez-vous déjà essayé de mettre fin à votre vie ?

IDÉES FAUSSES COURANTES SUR LE SUICIDE

Certains agents de santé craignent que le fait de poser des questions sur le suicide n'incite une patiente à faire une tentative de suicide.

Au contraire, en parler diminue souvent l'anxiété de la patiente concernant ses idées suicidaires et l'aide à se sentir comprise.

ENCADRÉ 7.1***Risque imminent de suicide et d'autoagression*****Si votre patiente :**

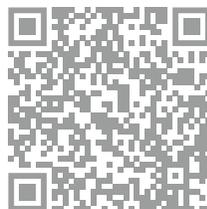
- a actuellement des pensées ou des projets au sujet de se suicider ou de se faire du mal
- OU
- a déjà eu des pensées ou des projets de suicide ou d'autoagression au cours du mois passé, ou des actes autoagressifs au cours de l'année passée, et si elle est maintenant extrêmement agitée, violente, en détresse ou peu communicative



ALORS il y a un risque imminent d'autoagression ou de suicide, et elle ne devrait pas être laissée seule. Dirigez-la immédiatement vers un spécialiste de la santé mentale ou vers un établissement de soins de santé d'urgence.

**RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES**

- Pour en savoir plus sur la façon de traiter les conduites autoagressives et les pensées suicidaires, reportez-vous au module concerné du Guide d'intervention du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées - Version 2.0.





Abus de substances psychoactives

Interrogez votre patiente sur sa consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives.

Les questions concernant l'alcool et les substances psychoactives peuvent être perçues comme sensibles et même insultantes. **Expliquez** à la patiente que ces questions font partie des évaluations de santé de routine et essayez de les poser sans porter de jugement et en respectant les sensibilités culturelles. Par exemple, vous pouvez dire :

J'ai besoin de vous poser quelques questions de routine dans le cadre de l'évaluation. Consommez-vous de l'alcool/du khat (ou toute autre substance connue pour être un problème dans la région) ? [Si oui] Combien par jour ou par semaine ?

Prenez-vous des cachets lorsque vous vous sentez stressée, bouleversée ou effrayée ? Y a-t-il quelque chose que vous consommez quand vous avez mal ? Prenez-vous des somnifères/cachets pour dormir ? [Si oui] Combien en prenez-vous par jour/par semaine ? Depuis quand ?

3

Antécédents médicaux généraux

Si le motif de consultation est un problème de santé mentale, il est tout aussi important d'inclure des questions sur la santé physique de la patiente et de procéder à un examen physique.

- **Renseignez-vous** sur les problèmes de santé physique, les interventions chirurgicales et la prise de médicaments.
- Obtenez une liste des médicaments pris actuellement. Interrogez sur les allergies aux médicaments.

4 *Antécédents familiaux de problèmes de santé mentale*

- **Demandez** à votre patiente si elle a des antécédents familiaux de problèmes ou de troubles de santé mentale.
- **Demandez** si quelqu'un dans la famille a eu des symptômes similaires ou a reçu un traitement pour un problème ou un trouble de santé mentale.

5 *Antécédents psychosociaux*

- **Si cela n'a pas déjà été fait lors de l'enregistrement ou de l'anamnèse de la patiente, recueillez des informations de base**, notamment sur son lieu de résidence, son niveau d'éducation, son historique professionnel, ses revenus financiers, ses antécédents et son statut migratoire, sa situation matrimoniale et le nombre et l'âge de ses enfants, ainsi que sur les personnes vivant dans son foyer et les conditions de vie dans ce dernier.
- **Renseignez-vous** sur les sources de stress actuelles, les stratégies pour y faire face et le soutien social. Vous pouvez par exemple demander :

Y a-t-il d'autres problèmes, soucis ou stress dans votre vie à l'heure actuelle ? Pourriez-vous m'en parler ?

Qu'avez-vous essayé de faire pour vous sentir mieux ? Cela vous a-t-il aidé ?

Avez-vous essayé de prendre des médicaments ? Si oui, de quelle sorte (avec ou sans ordonnance, à base de plantes) ? Quels effets ont-ils eus ?

À qui vous adressez-vous pour obtenir du soutien ? Les amis, la famille, les membres de la communauté vous aident-ils ?

- **Interrogez** sur le fonctionnement actuel à la maison et à l'école/au travail.

Comment ce problème affecte-t-il votre vie quotidienne et familiale ?

Comment ce problème vous affecte-t-il à l'école/au travail ou dans votre vie communautaire/sociale quotidienne ?



- Face à des petites filles ou des adolescentes, **demandez** si elles ont un parent ou un adulte qui prend soin d'elles, et interrogez-les sur la nature et la qualité de cette relation, et comment elles s'entendent à l'école et avec leurs amis. Si possible, demandez aux parents ou à l'adulte qui s'occupe d'elles si le comportement de l'enfant a changé récemment ; par exemple : Est-elle plus méchante ou collante ? Est-ce qu'elle se comporte comme une enfant plus jeune ?

6 *Examen de l'état mental*

L'examen de l'état mental (décrit à la section 7.3.1) peut déjà avoir été effectué en même temps que l'examen de santé générale, à moins que le problème qui amène à consulter concerne la santé mentale.

N'OUBLIEZ PAS : *Une évaluation complète de la santé mentale comprend toujours un examen de l'état mental, dont l'observation et l'écoute attentives constituent les principales composantes, combiné à quelques questions simples supplémentaires (se reporter aux renseignements figurant à la section 7.3.1).*



7.3.3 RÉSULTATS DES ÉVALUATIONS ET ÉTAPES SUIVANTES

Si, à la suite de vos évaluations initiale et complète, vous soupçonnez un problème de santé mentale, utilisez la section 7.4 « Soins de base en santé mentale pour les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines » pour vous aider à offrir une prise en charge et un soutien de base. → 7.4

Certaines patientes peuvent souffrir d'un trouble de santé mentale comme la dépression, l'anxiété ou l'état de stress post-traumatique (ESPT), et pourraient donc avoir besoin d'une évaluation plus approfondie et d'une prise en charge plus poussée, ce qui est traité à la section 7.5. → 7.5 Les informations présentées dans l'Encadré 7.2 à la page suivante vous aideront à décider si vous devez ou non soupçonner un trouble de santé mentale particulier et, dans l'affirmative, quelle partie de la section 7.5 vous fournira les conseils les plus pertinents sur l'évaluation et la prise en charge ultérieures. → 7.5

Pour de plus amples renseignements sur l'évaluation et la prise en charge des autres problèmes de santé mentale, reportez-vous à la section 7.6. → 7.6



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des détails sur l'évaluation et la prise en charge de tous les problèmes et troubles mentionnés aux sections 7.5 et 7.6, ainsi que sur d'autres problèmes de santé mentale courants, figurent dans le *Guide d'intervention du Programme d'action Comblar les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées (version 2.0)*, et dans le module *Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress (version 1.0)*.

ENCADRÉ 7.2***Où trouver de plus amples informations sur des troubles de santé mentale particuliers***

Si une patiente, quel que soit son âge, présente un ou plusieurs des symptômes ou caractéristiques énumérés, procédez à une évaluation plus approfondie pour le ou les troubles associés.

Tableau classique***Trouble possible***

- Symptômes physiques multiples et persistants sans cause évidente
- Faible énergie, fatigue, problèmes de sommeil
- Tristesse ou humeur dépressive persistante, anxiété
- Perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités habituellement agréables

DÉPRESSION

Pour en savoir plus,
voir section 7.5.1 → 7.5

- Sentiments excessifs de peur, d'inquiétude, d'irritabilité, de frustration et d'anxiété sans cause apparente
- Limitations dans les activités quotidiennes en raison de ces sentiments
- Évitement d'endroits particuliers en raison de ces sentiments

ANXIÉTÉ

Pour en savoir plus,
voir section 7.5.2 → 7.5

- Rêves effrayants, reviviscences (flashbacks) ou souvenirs envahissants d'un événement traumatisant
- Évitement délibéré de pensées, de souvenirs, d'activités ou de situations qui rappellent à la patiente l'événement traumatisant
- Sentiment d'hypervigilance face à une menace, et/ou réaction forte à des mouvements soudains inattendus (p. ex. être « extrêmement nerveux » ou « à fleur de peau/à cran »)

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

Pour en savoir plus,
voir section 7.5.3 → 7.5



7.4 SOUTIEN ET SOINS DE BASE EN SANTÉ MENTALE POUR LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

Le personnel soignant dans les structures de soins de santé primaires est le mieux placé pour fournir un soutien psychologique de base aux patientes qui présentent une détresse mentale quelconque (qu'il s'agisse d'une détresse normale, d'un problème de santé mentale ou d'un trouble de santé mentale). Les principales compétences requises sont l'empathie et la capacité d'écoute. Le simple fait que la patiente demande des soins indique un certain degré de confiance en vous en tant que dispensateur de soins, et laisse penser que la patiente sera réceptive aux conseils que vous lui donnerez.

SOUTIEN DE BASE EN SANTÉ MENTALE

Dans cette section, vous trouverez six techniques simples qui vous permettront d'offrir un soutien psychologique de base à vos patientes, notamment celles qui ont subi une MGF.

7.4.1 Proposer une psychoéducation

7.4.2 Diminuer les facteurs de stress actuels

7.4.3 Enseigner et encourager l'utilisation de techniques de diminution du stress

7.4.4 Augmenter la capacité d'adaptation positive

7.4.5 Encourager la participation active à des activités quotidiennes

7.4.6 Renforcer le soutien social

Vous trouverez également des conseils sur la façon d'apprendre à vos patientes à appliquer ces techniques lors de n'importe quelle consultation, même si vous n'avez pas diagnostiqué de problème de santé mentale et même si elles recherchent des soins de santé pour d'autres préoccupations ou symptômes.



7.4.1 PROPOSER UNE PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation fait référence au processus qui consiste à fournir de l'éducation et de l'information à ceux qui cherchent ou reçoivent des services de santé mentale, afin de les aider à mieux comprendre et affronter les problèmes de santé mentale. Il se peut que les gens s'inquiètent de discuter de leurs sentiments de détresse émotionnelle, et ce pour plusieurs raisons : ils peuvent craindre que cela indique une faiblesse de leur part, que les gens pensent qu'ils « deviennent fous », et qu'ils souffriront de la stigmatisation associée. Certaines personnes peuvent croire que leurs symptômes sont le résultat d'esprits ou d'un envoûtement et peuvent être timides à l'idée de discuter de ces croyances avec un professionnel de la santé. Les sentiments/symptômes de la patiente, ses croyances à leur sujet et/ou sa réticence à en parler sont susceptibles de causer une anxiété et un stress considérables.

En tant que première étape dans la fourniture d'un soutien de base, la psychoéducation est un moyen important de diminuer la détresse en discutant et en expliquant le(s) symptôme(s) et les options de traitement.



IMPORTANT ! *La psychoéducation doit être dispensée d'une manière respectueuse, dénuée de jugement et en tenant compte des préoccupations et des croyances de la patiente.*

LES TROIS ÉTAPES DE LA PSYCHOÉDUCATION

- 1 Demandez à votre patiente si elle comprend le problème.**
Pour amorcer la séance de psychoéducation, vous pouvez demander respectueusement à votre patiente quelle est sa propre compréhension du problème, de ses causes et des traitements possibles.
- 2 Donnez l'explication médicale possible du symptôme/problemème.**
Expliquez à votre patiente la nature du symptôme ou du trouble désagréable (mental ou physique).
- 3 Provide information about the best options for treatment.**
Lorsque vous présentez les options de traitement, insistez également sur la nécessité de respecter le traitement convenu et décrivez les résultats probables, y compris le temps nécessaire au rétablissement (voir les sections 7.5 et 7.6 pour en savoir plus sur des troubles particuliers).

→ 7.5 → 7.6



Si des médicaments sont prescrits pour un problème quelconque - mental ou physique - c'est une bonne occasion d'insister sur la nécessité de les prendre tels que prescrits, et de discuter des effets indésirables potentiels (à court et à long terme) et de la nécessité de les surveiller.

Si des médicaments ont été prescrits par un autre prestataire ou spécialiste, assurez-vous que ce dernier a évoqué ces renseignements et que la patiente les comprend.

Si d'autres prestataires de soins ou organismes doivent être impliqués, c'est le moment de s'assurer que chacun comprend le problème de la même manière et accepte le même plan.



7.4.2 DIMINUER LES FACTEURS DE STRESS ACTUELS

Les problèmes de santé mentale peuvent être plus graves chez les femmes qui vivent d'autres formes de stress, en particulier celles associées à la migration vers un autre pays (3), comme le chômage, l'isolement social, la pauvreté et le manque de maîtrise.

1 *Discuter des facteurs de stress actuels avec votre patiente.*

Pour les explorer, vous pouvez poser des questions telles que :

Quelles autres inquiétudes avez-vous en ce moment ?

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus ?

Que faites-vous pour apaiser ces inquiétudes ?

2 **Donner des conseils sur les stratégies de gestion des problèmes.**

Une fois que d'autres facteurs de stress auront été identifiés, votre patiente pourra adopter des stratégies simples de gestion des problèmes pour l'aider à établir ses priorités et à composer avec les principaux facteurs de stress.

Pour ce faire, aidez votre patiente à suivre les cinq étapes suivantes (cette technique est également résumée dans l'Outil de travail IV).

A IDENTIFIER LE PROBLÈME PRINCIPAL



- Faites deux listes :
 - les problèmes qui sont résolubles, et
 - les problèmes qui ne peuvent pas être résolus.
- Choisissez le problème le plus important dans la liste des « résolubles ».
- Clarifiez le problème et décomposez-le en parties gérables.

B RÉFLÉCHIR ENSEMBLE

Aidez la patiente à élaborer des stratégies possibles pour résoudre le problème



- Y a-t-il des ressources qu'elle peut utiliser ?
- Y a-t-il des personnes ou des organismes qui peuvent l'aider ?
- Existe-t-il d'autres sources de soutien ?
- Quelles sont les compétences et les forces qu'elle possède et qu'elle peut utiliser pour régler le problème ?
- Encouragez-la à trouver des idées ; évitez de lui donner des conseils. Vous pouvez lui demander, par exemple : « Si une de vos amies avait ce problème, que lui conseilleriez-vous de faire ? »

C CHOISIR LA OU LES STRATÉGIE(S) À ESSAYER



- Laquelle serait la plus efficace ?
- Laquelle est la plus facile ?
- Laquelle peut-elle mettre en œuvre (par exemple en fonction de ses moyens financiers) ?

D PASSER À L'ACTION ET UTILISER LES STRATÉGIES



- Faites un programme détaillé avec votre patiente.
- Aidez-la à décider quelle stratégie elle essaiera en premier (si elle en a choisi plus d'une).
- Aidez-la à choisir les meilleurs moments et les meilleurs endroits pour mettre en œuvre la stratégie (par exemple, il peut être utile que les actions prévues coïncident avec des activités de routine).
- Discutez de ce dont elle aura besoin pour agir (p. ex. argent, transport, etc.).
- Parlez des obstacles possibles.
- Créez des rappels (par exemple, utilisez un calendrier/journal ou d'autres notes).

E FAIRE LE POINT SUR CE QUI S'EST PASSÉ (*Cette étape devrait faire l'objet d'une séance de suivi.*)

- Quelle stratégie a bien fonctionné ?
- Quels objectifs ont été atteints ?
- Que pourrait-on améliorer ?
- Quelles sont les prochaines étapes ?



N'oubliez pas :

D'une manière générale, ne donnez pas de conseils directs (p. ex. « Vous devriez faire X ! »), mais essayez plutôt d'encourager votre patiente à développer ses propres solutions (par exemple, « Que pensez-vous pouvoir essayer qui serait utile ? »).

Si cela n'est pas possible, envisagez de donner quelques suggestions ou idées (p. ex. : « Certaines personnes disent que X ou Y peut aider, qu'en pensez-vous ? »).



7.4.3 ENSEIGNER ET ENCOURAGER L'UTILISATION DE TECHNIQUES DE DIMINUTION DU STRESS

1 *Expliquez à votre patiente que le stress a un effet physique direct sur son corps*

Le stress et la peur produisent un messager chimique dans le corps appelé adrénaline. Il se répand partout dans votre corps et votre cerveau, les mettant dans un état d'alerte appelé « réaction de lutte ou de fuite », qui peut être utile ou même sauver des vies dans certaines situations (par exemple, quand nous sommes en danger et avons besoin de nous échapper ou d'agir pour éliminer le danger).

Mais cet état d'alerte n'est pas utile lorsque l'événement stressant est terminé. C'est comme si une alarme incendie continuait à sonner après que l'incendie s'est éteint. Il peut provoquer des tensions musculaires, des palpitations cardiaques, une hyperventilation (respiration rapide), des étourdissements et bien d'autres sensations physiques étranges, qui peuvent elles-mêmes augmenter aussi l'anxiété.

2 *Invitez votre patiente à essayer des techniques de diminution du stress*

Les deux principales techniques sont le ralentissement de la respiration et l'apprentissage de la relaxation musculaire (voir les instructions de l'Encadré 7.3). Ce sont deux techniques simples qui sont immédiatement efficaces pour réduire l'anxiété et la tension, de façon à ce que le corps retrouve son état normal. Si votre patiente est dans un état de grande détresse et d'agitation,

l'utilisation de ces techniques au début de la séance peut vous permettre de l'aider à réfléchir et à adopter d'autres stratégies, le cas échéant (voir section 7.4.2).



NOTE SUR LE SUIVI : *Les techniques de diminution du stress s'apprennent mieux en les pratiquant pendant la séance initiale et en les pratiquant régulièrement lors des séances de suivi, ainsi qu'en encourageant la pratique quotidienne à la maison, au besoin.*



Si votre patiente est un enfant, enseignez ces techniques à la personne qui s'occupe de l'enfant et à l'enfant ensemble. Cela contribuera également à réduire le stress de la personne qui s'occupe de l'enfant.

NOTE CULTURELLE



Votre patiente connaît peut-être déjà des techniques de relaxation traditionnelles de sa propre culture qu'elle trouve utiles. Si elles sont bénéfiques, encouragez votre patiente à les utiliser.

ENCADRÉ 7.3

Exercices pour aider à diminuer le stress

Ces exercices vous aideront à vous sentir calme et détendue. Vous pouvez les faire chaque fois que vous êtes stressée ou anxieuse ou quand vous n'arrivez pas à dormir. Après avoir appris à faire ces exercices, faites-les les yeux fermés.

A. TECHNIQUE DE LA RESPIRATION LENTE

- Dans cet exercice, l'attention que vous porterez à votre respiration et le ralentissement de votre respiration contribueront à atténuer le stress.
- Asseyez-vous sur une chaise, les pieds à plat sur le sol, ou asseyez-vous ou allongez-vous confortablement sur le sol.
- Détendez votre corps. Commencez par secouer vos bras et vos jambes, puis relâchez-les. Roulez vos épaules de l'avant vers l'arrière et balancez la tête d'un côté à l'autre.
- Placez vos mains sur vos genoux ou sur votre ventre. Pensez à votre respiration.
- Expirez lentement par la bouche jusqu'à ce que tout l'air soit sorti, et sentez votre ventre s'aplatir. Inspirez maintenant lentement et profondément par le nez, et sentez votre ventre se remplir comme un ballon.
- Continuez à respirer lentement de cette façon, en vous assurant que la respiration va jusqu'à votre ventre. Votre poitrine ne devrait pas bouger. Vous pouvez compter lentement 1-2-3 à chaque inspiration et 1-2-3 à chaque expiration.
- Continuez à respirer comme cela pendant environ deux minutes. Lorsque vous respirez, sentez la tension quitter votre corps.

B. TECHNIQUE DE LA RELAXATION MUSCULAIRE PROGRESSIVE

- Dans cet exercice, vous contractez puis relâchez différents muscles de votre corps.
- Allongez-vous à plat sur le dos. Si ce n'est pas possible, vous pouvez le faire en position assise.
- Commencez par vos orteils. Pliez les orteils et maintenez les muscles bien serrés. Ça risque de faire un peu mal. Inspirez profondément par le nez et comptez 1-2-3 tout en maintenant les muscles des orteils serrés. Ensuite, détendez vos orteils et expirez. Respirez normalement et sentez le relâchement dans vos orteils.
- Faites la même chose pour chaque partie de votre corps à tour de rôle. Chaque fois, inspirez profondément tout en contractant les muscles, comptez jusqu'à 3, puis relâchez et expirez lentement.
- Contractez les muscles de votre mollet... 1-2-3... maintenant relâchez.
- Contractez les muscles de votre cuisse.... 1-2-3... maintenant relâchez.
- À présent, le fessier. Serrez bien les fesses.... 1-2-3... maintenant relâchez.
- Contractez votre ventre... 1-2-3... maintenant relâchez.
- Serrez les doigts de vos mains pour former des poings... 1-2-3... maintenant relâchez.
- Pliez les bras au niveau des coudes et contractez bien vos bras, biceps et triceps... 1-2-3... maintenant relâchez tout.
- Poussez votre poitrine pour la contracter... 1-2-3... maintenant relâchez.
- Serrez vos omoplates ensemble... 1-2-3... maintenant relâchez.
- Haussez les épaules aussi haut que possible.... 1-2-3... maintenant relâchez.
- Contractez tous les muscles de votre visage.... 1-2-3... maintenant relâchez tout.
- À présent, baissez lentement votre menton vers votre poitrine. Lorsque vous inspirez, déplacez lentement et prudemment votre tête en faisant un cercle vers la droite, puis expirez en ramenant votre tête vers la gauche et en revenant vers votre poitrine. Faites-le trois fois. Maintenant, allez dans l'autre sens : inspirez en bougeant la tête vers la gauche et vers l'arrière, expirez en la ramenant vers la droite et vers le bas en direction de votre poitrine. Faites-le trois fois.
- Maintenant, amenez votre tête au centre. Remarquez comme vous vous sentez calme.



7.4.4 AUGMENTER LA CAPACITÉ D'ADAPTATION POSITIVE

ès une expérience traumatisante - notamment une MGF, une grossesse ou un accouchement difficile ou une intervention médicale ou chirurgicale - une fille ou une femme peut avoir du mal à reprendre ses activités normales. Encouragez-la à passer par de petites étapes simples. Parlez-lui de sa vie et de ses activités, en particulier des aspects qu'elle trouvait auparavant agréables.

Encouragez votre patiente à :

- **s'appuyer sur ses points forts et ses capacités** (p. ex. parler de ce qui va bien dans sa vie en ce moment, comme les matières dans lesquelles elle excelle à l'école ou les aspects du travail à la maison ou à l'extérieur de la maison qu'elle apprécie, et de la façon dont elle a surmonté des situations difficiles dans le passé) ;
- **poursuivre ses activités quotidiennes**, surtout celles qui étaient intéressantes ou agréables ;
- **entreprendre des activités relaxantes** pour réduire l'anxiété et la tension ;
- **respecter un horaire de sommeil régulier**, y compris dormir suffisamment (7 à 8 heures par nuit) et éviter de dormir trop longtemps ;
- **pratiquer une activité physique régulière** ;
- **avoir des contacts réguliers** avec les personnes dont elle apprécie la compagnie, et éviter de s'isoler ;
- **éviter l'automédication** ou la prise d'alcool ou de substances illégales pour essayer de se sentir mieux ;
- **reconnaître les pensées autoagressives** ou suicidaires et revenir dès que possible consulter si ces pensées surgissent (voir Encadré 7.1, section 7.3.2). → 7.3



7.4.5 ENCOURAGER LA PARTICIPATION ACTIVE AUX ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Lorsque les filles et les femmes se sentent déprimées ou anxieuses ou s'isolent ou se replient de plus en plus sur elles-mêmes, elles cessent souvent d'accomplir leurs activités quotidiennes normales, comme aller à l'école, aller travailler, sortir les enfants ou faire le ménage. Malheureusement, moins elles en font, moins elles ont envie de faire, et tout demande un plus grand effort. Un cercle vicieux peut se développer : l'inquiétude ou la tristesse entraîne le manque d'activité ou le désir de rester chez soi, qui à leur tour entraînent plus d'inquiétude et de tristesse, ou plus d'anxiété à l'idée de sortir. Il faut rompre ce cycle, en encourageant votre patiente à reprendre ses habitudes quotidiennes, même si elle n'en a pas envie.

- 1 **Expliquez**-lui qu'en y allant très progressivement pour recommencer ses activités, elle se sentira mieux et cela deviendra plus facile à chaque tentative.
- 2 **Encouragez** la à continuer le plus possible ses activités sociales, éducatives et professionnelles régulières.
- 3 Au besoin, **encouragez** votre patiente à poursuivre ses activités quotidiennes habituelles, comme quitter la maison pour aller acheter de la nourriture, prendre soin de son hygiène personnelle et de sa tenue vestimentaire, et s'occuper de ses enfants si elle en a.



7.4.6 RENFORCER LE SOUTIEN SOCIAL

Certaines femmes et filles qui ont subi des mutilations sexuelles déclarent qu'elles s'isolent et se replient davantage sur elles-mêmes. Ce comportement peut être associé à des sentiments de colère, de honte ou de culpabilité, en particulier s'il s'agit d'immigrées dans des communautés ou des milieux où elles ont pu être exposées à des campagnes médiatiques sur les dangers des MGF ou aux attitudes négatives d'agents de santé et de membres des communautés locales (13,14).

- 1 Aidez votre patiente à identifier les membres de sa famille, ses amis et les membres de sa communauté qui lui apportent leur soutien et leur confiance, et à réfléchir à la façon dont chacun peut participer. Vous pouvez par exemple lui demander :

Quand vous ne vous sentez pas bien, avec qui aimez-vous être ?

À qui vous adressez-vous pour obtenir des conseils ?

Avec qui vous sentez-vous le plus à l'aise pour partager vos problèmes ?



IMPORTANT ! Expliquez à votre patiente que, même s'il n'y a personne avec qui elle souhaite partager ce qui lui est arrivé, elle peut toujours rester en contact avec sa famille et ses amis. Passer du temps avec des gens dont elle apprécie la compagnie peut la distraire de sa détresse.

2 Aidez-la à identifier les activités ou les ressources sociales passées qui peuvent apporter un soutien psychosocial direct ou indirect. Il peut s'agir de réunions familiales, de visites chez les voisins, d'activités sportives, communautaires et/ou religieuses. Encouragez-la à y prendre part.

3 Avec l'autorisation de votre patiente, orientez-la vers d'autres ressources communautaires pour obtenir du soutien social. Les travailleurs sociaux, les gestionnaires de cas ou d'autres personnes de confiance dans la communauté peuvent aider à mettre la fille ou la femme en contact avec des ressources appropriées, par exemple :

- des centres communautaires, des groupes d'entraide et de soutien
- des activités génératrices de revenus et d'autres activités professionnelles
- une éducation formelle ou informelle
-  des activités structurées pour les enfants et les adolescents.



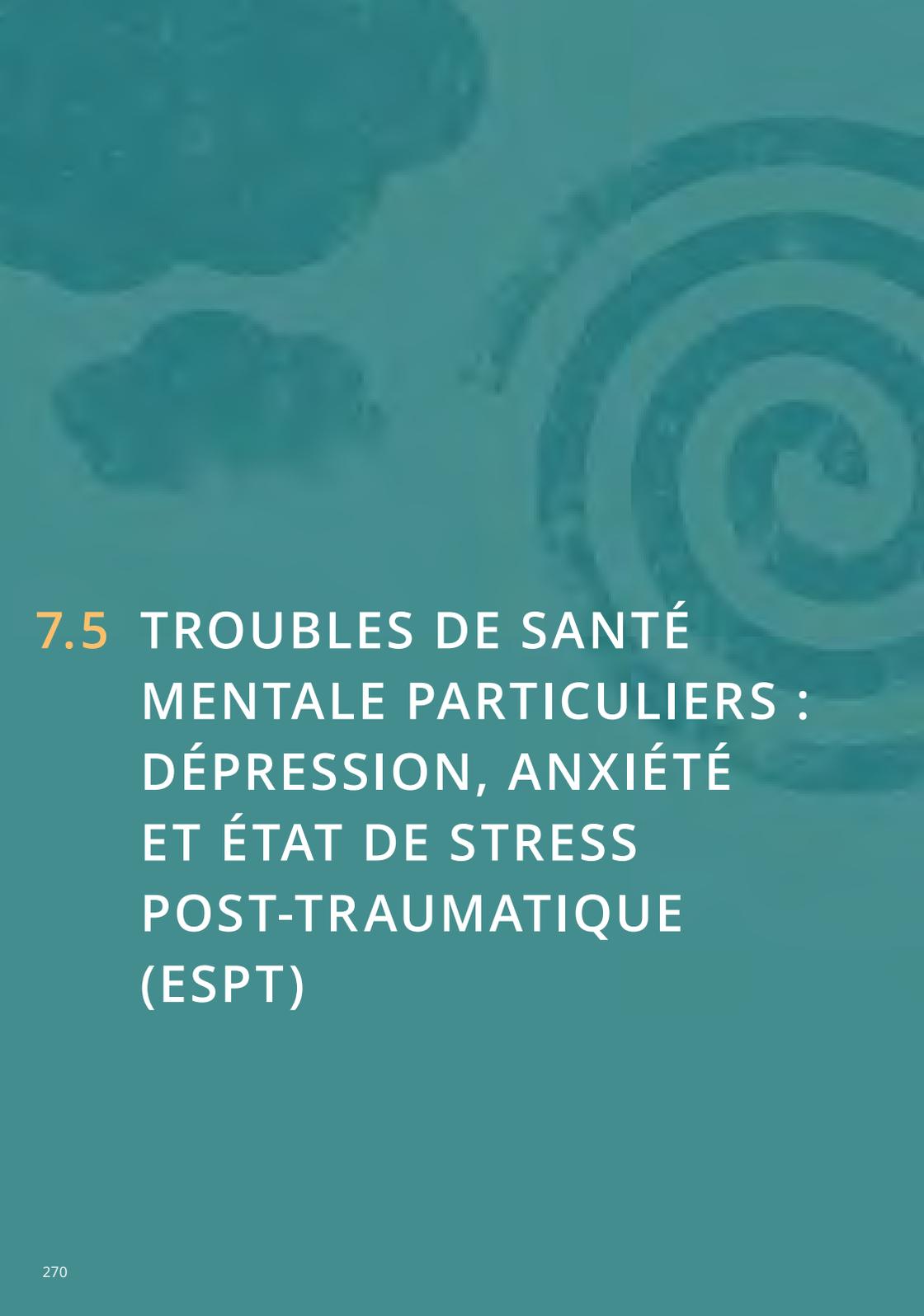
NOTE POUR L'ORIENTATION : *Lorsque vous orientez une patiente vers un autre lieu, une autre personne ou un autre organisme, aidez-la à accéder à ces ressources (p. ex. donnez-lui des indications pour se rendre à l'adresse en question, et des renseignements sur les heures d'ouverture et le numéro de téléphone) et remettez-lui une courte lettre de recommandation.*



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des conseils utiles plus détaillés, tant sur l'évaluation de la santé mentale que sur le soutien psychologique à fournir aux adultes en détresse, figurent dans la publication de 2018 de l'OMS intitulée *Gestion des problèmes Plus (PM+)* : *Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité (15)*.





7.5 TROUBLES DE SANTÉ MENTALE PARTICULIERS : DÉPRESSION, ANXIÉTÉ ET ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

La section 7.5 décrit plus en détail l'évaluation de la santé mentale et le soutien destinés aux patients présentant des signes et symptômes évocateurs de dépression, d'anxiété et d'ESPT. On estime que 30 % des adultes souffriront d'un de ces troubles courants de santé mentale au cours de leur vie (1).

Cette section a pour but d'aider les agents de santé à procéder à une évaluation plus approfondie, le cas échéant, après la mise en œuvre de la section 7.3, et à fournir des soins plus avancés que ceux qui étaient couverts à la section 7.4, si nécessaire. Ces trois troubles bien précis seront abordés tour à tour dans les sous-sections suivantes.

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE

7.5.1 LA DÉPRESSION

Cette section décrit plus en détail l'évaluation de la santé mentale et le soutien destinés aux patients qui présentent des signes et symptômes évoquant une dépression. Elle a pour but d'aider les agents de santé à procéder à une évaluation plus approfondie, le cas échéant, après la mise en œuvre de la section 7.3, et à fournir des soins plus avancés que ceux qui étaient couverts à la section 7.4, si nécessaire.

I. QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION ?

Il est normal de souffrir de tristesse en réaction à des événements bouleversants de la vie et à la perte. Cependant, si votre patiente a manifesté les symptômes suivants pendant une période prolongée, elle souffre alors peut-être d'un trouble de santé mentale courant appelé dépression.

La dépression est caractérisée par :

- tristesse persistante, humeur dépressive et/ou anxiété ;
- perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- symptômes physiques multiples et persistants sans cause apparente ;
- manque d'énergie, fatigue, et/ou problèmes de sommeil.

N'OUBLIEZ PAS :

Les femmes vivant avec des MGF peuvent être déprimées pour des raisons qui ne sont pas directement liées aux MGF. Par exemple, une femme enceinte sur six et une femme sur cinq venant d'accoucher sont susceptibles de souffrir d'un trouble mental périnatal (le plus souvent la dépression) (14). Une maladie physique prolongée et la douleur peuvent être associées à la dépression, et la dépression peut survenir chez certaines personnes sans aucune raison (surtout s'il y a des antécédents familiaux de ce problème).



II. ÉVALUATION POUR UNE DÉPRESSION

Évaluez votre patiente en commençant par les questions du groupe A, puis passez à B et C au besoin.

A

Symptômes principaux de dépression

Posez à votre patiente les deux questions suivantes :



#1 Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent sentie découragée, déprimée ou désespérée ?

#2 Au cours du dernier mois, avez-vous souvent eu peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?

B

Symptômes additionnels de dépression

Si la réponse est « oui » à au moins une des questions en A, demandez alors à votre patiente :



Au cours de ces deux dernières semaines, avez-vous remarqué chez vous...

- un sommeil perturbé ou qui dure trop longtemps ?*
- un changement important de l'appétit ou du poids (à la hausse ou à la baisse) ?*
- de la fatigue ou une perte d'énergie ?*
- une diminution de la capacité à vous concentrer sur vos tâches ?*
- de l'indécision ?*
- une agitation ou une nervosité physique ?*
- que vous parlez ou bougez plus lentement que d'habitude ?*
- un sentiment de désespoir face à l'avenir ?*
- un sentiment d'inutilité ou de culpabilité excessive ?*
- des pensées ou des actes suicidaires ?*

C *Fonctionnement au quotidien*

Si la réponse est « oui » à plusieurs éléments en B, demandez alors à votre patiente :



Comment vous débrouillez-vous dans votre vie quotidienne...

- ... avec votre famille et vos activités domestiques ?*
- ... avec vos activités sociales ?*
- ... au travail, à l'école ou dans d'autres domaines importants de votre vie ?*

Si votre patiente a répondu « oui » à au moins une question en A et à plusieurs éléments en B, et si elle éprouve des difficultés considérables dans l'un des domaines mentionnés en C, **elle souffre probablement de dépression.**



Toutefois, avant de poser le diagnostic de dépression et de prescrire un traitement, il importe d'écartier d'autres explications possibles. Assurez-vous de considérer les trois questions de la page suivante.

VOTRE PATIENTE POURRAIT-ELLE AVOIR DES ANTÉCÉDENTS D'ÉPISODE MANIAQUE ?

Votre patiente pourrait-elle avoir un autre problème de santé ?

Éliminez toute affection physique qui pourrait ressembler à la dépression ou l'exacerber : anémie, malnutrition, hypothyroïdie, accident vasculaire cérébral et effets secondaires de la consommation de médicaments ou de substances psychoactives (p. ex. changements d'humeur liés à la prise de stéroïdes).

Votre patiente pourrait-elle avoir des antécédents d'épisode maniaque ?

Un épisode maniaque antérieur est probable si plusieurs des symptômes suivants sont survenus simultanément, ont duré au moins une semaine et ont été sévères au point d'entraver de façon significative les activités quotidiennes ou de nécessiter une hospitalisation libre ou sous contrainte :

- mauvaise humeur et/ou irritabilité ;
- réduction du besoin de sommeil ;
- augmentation de l'activité, sentiment d'énergie décuplée, ou élocution rapide
- comportement impulsif ou irresponsable (tel que frénésie de jeu ou d'achat, prise de décisions importantes sans planification) ;
- perte d'inhibitions sociales normales conduisant à des comportements inappropriés ;
- pensées qui défilent, tendance à être facilement distrait ;
- estime de soi démesurée.

NOTE POUR L'ORIENTATION : *S'il y a des antécédents d'épisode maniaque, l'épisode de dépression actuel fait probablement partie des manifestations d'un autre trouble appelé trouble bipolaire, et votre patiente doit être prise en charge différemment. Adressez-la à un spécialiste de la santé mentale.*



Votre patiente pourrait-elle présenter une réaction normale à une MGF ou à un autre événement pénible ?

Si votre patiente a subi une perte ou un deuil ou a vécu un événement traumatisant (notamment une MGF) au cours des six derniers mois, il est plus probable qu'elle ait une réaction normale à un événement perturbant plutôt qu'une dépression. Elle tirera toujours profit des techniques de soutien psychologique décrites à la section 7.4. → 7.4



Mais elle devra quand même être traitée pour dépression si l'un des symptômes suivants est présent :

- idées suicidaires
- sentiment d'inutilité
- élocution ou mouvements plus lents qu'à l'accoutumée
- symptômes psychotiques (entendre des voix ou avoir des croyances inhabituelles)
- antécédents de trouble dépressif modéré à sévère.



III. PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION

Si, après avoir suivi les étapes ci-dessus, vous concluez que votre patiente souffre de dépression, passez aux points suivants.

Assurer une psychoéducation sur la dépression

Reportez-vous à la section 7.4.1 pour une description sommaire et les grandes lignes de la psychoéducation. → 7.4

Incluez les points suivants dans l'explication que vous donnez à votre patiente.

- 1 La dépression est un problème très courant, qui peut toucher n'importe qui.
- 2 Avoir une dépression ne signifie pas que l'on est faible ou paresseux.
- 3 Les attitudes négatives des autres à l'égard d'une personne de mauvaise humeur (par exemple, « Tu devrais être plus forte », « Ressaisis-toi ! ») peuvent s'expliquer par le fait que la dépression n'est pas un trouble « visible » (contrairement à une blessure physique ou une cicatrice), et par l'idée fausse selon laquelle les gens dépressifs peuvent facilement contrôler leur dépression par la seule force de la volonté.
- 4 Les personnes souffrant de dépression ont tendance à avoir une opinion négative d'elles-mêmes, de leur vie et de leur avenir. Les filles et les femmes qui ont subi une MGF peuvent éprouver des sentiments particuliers de honte, de culpabilité et/ou d'inutilité. Ces sentiments sont injustifiés, mais lorsque la fille ou la femme est déprimée, ils peuvent s'exacerber, amenant la fille ou la femme à se replier sur elle-même et à s'isoler. Expliquez à la patiente que ces sentiments et ces opinions négatifs et son estime de soi devraient s'améliorer lorsque sa dépression sera prise en charge.

- 5 Le traitement prend du temps ; il lui faudra probablement quelques semaines avant d'en ressentir les effets positifs.

6 *Informez votre patiente que, même si c'est difficile, elle doit essayer de réaliser le plus possible des choses suivantes pour l'aider à améliorer son humeur.*

- ✓ Continuer à participer à des activités qui étaient auparavant agréables.
- ✓ Maintenir des horaires réguliers de coucher et de lever.
- ✓ Être aussi active que possible sur le plan physique.
- ✓ Manger régulièrement malgré les changements d'appétit.
- ✓ Passer du temps avec des amis et des membres de la famille en qui l'on a confiance.
- ✓ Participer le plus possible à la vie communautaire et à d'autres activités sociales.

! **Si elle remarque qu'elle a des pensées autoagressives ou suicidaires, il ne faut pas qu'elle y donne suite. Elle doit le dire à une personne de confiance et revenir consulter immédiatement** (voir Encadré 7.1, section 7.3.2). → 7.3

Encourager et aider votre patiente à réduire et à affronter les facteurs de stress, et à renforcer son soutien social

7 Reportez-vous aux techniques de soutien psychologique de base décrites aux sections 7.4.2-7.4.5. → 7.4



NOTE POUR L'ORIENTATION : *En cas de suspicion d'un trouble dépressif et si des thérapeutes qualifiés et supervisés sont disponibles, envisagez d'orienter votre patiente vers une intervention psychologique :*

- *thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*
- *thérapie interpersonnelle (TIP)*
- *techniques de conseil centrées sur la résolution de problèmes*
- *activation comportementale.*

Traitement pharmacologique



Envisagez la prescription d'antidépresseurs seulement si :

- vous avez assuré une psychoéducation et offert un soutien psychologique comme suggéré, mais cela n'a pas aidé ;
- les traitements psychologiques plus avancés énumérés ci-dessus ont échoué ou ne sont pas disponibles ; et
- vous avez été formé à leur utilisation ou vous pouvez adresser votre patiente à une personne ayant reçu une telle formation.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

De plus amples informations sur ces approches sont disponibles dans les publications suivantes de l'OMS :

- *Gestion des problèmes Plus (PM+)* : Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité (15);
- *Group interpersonal therapy (IPT) for depression* (16); et
- *Penser sain : un manuel de prise en charge psychosociale de la dépression périnatale* (17).

Plus de détails sur l'évaluation et la prise en charge de la dépression, y compris les traitements pharmacologiques, peuvent être consultés dans le *Guide d'intervention mhGAP, version 2.0* (détails dans la bibliographie figurant à la fin de ce chapitre).



ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE DU

7.5.2 TROUBLE ANXIEUX

Cette section vous montrera comment reconnaître les symptômes d'anxiété sévères qui peuvent compromettre le fonctionnement au quotidien et aussi comment reconnaître certains des troubles anxieux courants. Ensuite, elle décrit la prise en charge initiale qui peut être assurée dans tous les cas. Elle a pour but d'aider les agents de santé à procéder à une évaluation plus approfondie, le cas échéant, après la mise en œuvre de la section 7.3, et à fournir des soins plus avancés que ceux couverts à la section 7.4, si nécessaire. → 7.3 → 7.4

I. QU'EST-CE QUE L'ANXIÉTÉ ?

Les troubles anxieux sont un groupe de troubles de santé mentale caractérisés par des sentiments d'anxiété et de peur, parmi lesquels le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique, les phobies, le trouble d'anxiété sociale, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Comme pour la dépression, les symptômes peuvent varier de légers à sévères (18).

Des sentiments accrus de peur, d'inquiétude, d'irritabilité, de frustration, d'anxiété et des symptômes obsessionnels, ainsi que des symptômes d'ESPT (voir section 7.5.3) ont tous été signalés chez les femmes ayant subi des MGF (2,3,4,6).

IMPORTANT !

L'inquiétude, la peur et l'anxiété sont des sentiments normaux qui peuvent survenir chez n'importe qui en réponse à des situations ou des événements effrayants ou inquiétants. Cependant, lorsque de tels sentiments sont excessifs, sont présents la plupart du temps, ou surviennent sans déclencheur apparent et interfèrent avec les activités quotidiennes ou le fonctionnement quotidien, ils peuvent relever d'un trouble anxieux. Les troubles anxieux surviennent chez les femmes victimes de MGF pour en général les mêmes raisons que la dépression. Souvent, les deux troubles coexistent.





II. ÉVALUATION POUR DES TROUBLES ANXIEUX

Évaluez votre patiente en commençant par les questions du groupe A, puis passez à B et C au besoin.

A

Symptômes principaux d'anxiété

Posez à votre patiente les trois questions suivantes :



#1 Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous sentie nerveuse, anxieuse ou à fleur de peau la plupart du temps ?

#2 Au cours des deux dernières semaines, avez-vous constaté que, la plupart du temps, vous n'arrivez pas à cesser de vous inquiéter ?

#3 Vous arrive-t-il d'éviter certains endroits ou certaines activités, et cela vous cause-t-il des problèmes ?

B

Symptômes additionnels d'anxiété

Si la réponse est « oui » à au moins une des questions en A, recherchez alors les symptômes suivants.



Avez-vous remarqué chez vous...

- **des troubles somatiques (physiques) sans cause organique** (p. ex. battements cardiaques rapides/palpitations, sensation de suffocation, étourdissements, tremblements, maux de tête, fourmillements sur les membres ou le visage) ?

- **des sentiments négatifs** (p. ex. sentiment que quelque chose de terrible va arriver, peur constante) ?
- **des pensées négatives** (p. ex. trop vous inquiéter de vos problèmes ou de votre santé ; penser que vous allez mourir, perdre le contrôle ou devenir folle ; penser sans arrêt à la même pensée angoissante malgré les efforts pour arrêter) ?
- **un changement de comportement** (p. ex. éviter les endroits ou les situations qui vous angoissent, éviter la socialisation, des problèmes de sommeil) ?

C

Fonctionnement au quotidien

Si la réponse est « oui » à n'importe lesquels des symptômes énumérés en B, demandez alors à votre patiente :



Comment vous débrouillez-vous dans votre vie quotidienne...

... avec votre famille et vos activités domestiques ?

... avec vos activités sociales ?

... au travail, à l'école ou dans d'autres domaines importants de votre vie ?

Si votre patiente a répondu « oui » à au moins une question en A et qu'elle présente n'importe lesquels des symptômes énumérés en B, et si ces symptômes nuisent à sa vie et l'empêchent de mener ses activités quotidiennes normales (comme l'indiquent ses réponses en C), **elle souffre probablement de symptômes d'anxiété sévères ou d'un trouble anxieux (voir Encadré 7.4).**

ENCADRÉ 7.4

Quelles sont les différentes formes de troubles anxieux ?

LE TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ (TAG)

Chez de nombreuses personnes atteintes, l'anxiété est généralisée, non spécifique et non ciblée. Souvent, la personne n'arrive pas à attribuer son anxiété à des peurs ou à des situations bien précises, mais le sentiment général d'inquiétude a quand même un fort impact sur son fonctionnement quotidien.

DES TROUBLES ANXIEUX PARTICULIERS :

Chez d'autres personnes, l'anxiété prend une forme plus spécifique. Il existe trois formes courantes de troubles anxieux spécifiques.

1. Les crises de panique

Sentiment soudain et écrasant de peur que quelque chose de terrible se produise, associé à de sévères symptômes physiques d'anxiété (quand on respire beaucoup plus vite que d'habitude à cause de la peur, il se produit des changements dans la chimie du sang qui entraînent des symptômes physiques). **Les crises de panique ne durent habituellement que quelques minutes, mais elles peuvent aboutir à des phénomènes d'évitement et des phobies vis-à-vis de situations qui pourraient les déclencher.**

2. Les phobies

Peurs spécifiques et exagérées liées à des situations spécifiques, telles que la promiscuité (les endroits bondés), la vue du sang, les hauteurs, ou des peurs liées à des objets ou à des animaux comme les araignées ou les serpents.

Une personne phobique se donne beaucoup de mal pour éviter d'être exposée à cette situation ou à cet objet ; dans les cas d'atteinte sévère, elle peut éviter de quitter la maison.

3. Les troubles obsessionnels compulsifs

Affections dans lesquelles une personne a des pensées répétées (obsessions) ou fait des choses à répétition (compulsions) même si elle sait que ces pensées et ces actions sont insensées ou inutiles.

Les obsessions et les compulsions peuvent devenir si sévères et fréquentes qu'elles finissent par affecter la concentration et le fonctionnement normal de la personne, et peuvent mener à la dépression.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Dans le domaine des soins de santé primaires, la tâche la plus importante lorsqu'on est face aux trois troubles anxieux susmentionnés est d'assurer la prise en charge initiale (voir la sous-section iv ci-dessous et la section 7.4) et une orientation-recours vers d'autres services si nécessaire et si possible.* → 7.4



IMPORTANT !

Les symptômes d'anxiété et de dépression sont souvent présents en même temps. Les femmes atteintes de l'une ou l'autre ou des deux peuvent ne présenter que des symptômes physiques (p. ex. douleurs thoraciques, étourdissements, courbatures et/ou douleurs) et peuvent hésiter à parler de leurs pensées et de leurs sentiments, par embarras ou par peur. Après avoir exclu chez votre patiente toute cause organique de ses symptômes physiques (voir section 7.6), → 7.6 il est important de chercher encore à savoir si elle est déprimée ou anxieuse.



III. PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ

Qu'une personne souffre ou non d'un trouble anxieux, si ses symptômes d'anxiété sont à l'origine d'une détresse importante (d'après votre évaluation suivant les étapes de la section précédente), il convient de suivre les conseils de prise en charge suivants.

Assurer une psychoéducation sur l'anxiété

Reportez-vous à la section 7.4.1 pour une description sommaire et les grandes lignes de la psychoéducation. → 7.4

Pour l'anxiété, incluez les points suivants dans l'explication que vous donnez à votre patiente.

- 1 Les symptômes d'anxiété sont très courants. La peur et les réactions corporelles qui l'accompagnent - cœur qui bat la chamade, respiration rapide, etc. - peuvent être très utiles pour nous aider à faire face au danger dans certaines situations. De même, le fait de s'inquiéter peut parfois aider à résoudre les problèmes et nous permettre d'éviter le danger.
- 2 Cependant, des problèmes surgissent lorsque ces sentiments et ces comportements deviennent envahissants dans des situations où ils ne sont pas nécessaires. Par exemple, le cœur peut battre vite alors que l'on se trouve dans un endroit sûr.
- 3 La réaction du corps à la peur est bien réelle. La patiente n'est pas en train d'imaginer ses symptômes physiques. Ils sont le résultat du système d'alarme du corps (voir section 7.4.3). → 7.4

- 4** Le traitement consiste à apprendre à identifier les situations et/ou les pensées qui déclenchent l'anxiété et à utiliser des techniques de diminution du stress, en particulier à ces moments-là (voir section 7.4.3). 7.3). → 7.4
- 5** Le traitement prend du temps ; il faudra généralement quelques semaines avant d'en ressentir les effets positifs.

PRATIQUE QUOTIDIENNE

La pratique quotidienne de ces techniques de diminution du stress réduira également l'anxiété.

6 *Informez votre patiente que, même si c'est difficile, elle doit essayer de réaliser le plus possible des choses suivantes pour l'aider à se sentir moins anxieuse.*

- ✓ Continuer à participer à des activités qui étaient auparavant agréables.
- ✓ Maintenir des horaires réguliers de coucher et de lever.
- ✓ Être aussi active que possible sur le plan physique.
- ✓ Manger régulièrement malgré les changements d'appétit.
- ✓ Passer du temps avec des amis et des membres de la famille en qui l'on a confiance.
- ✓ Participer le plus possible à la vie communautaire et à d'autres activités sociales.

! **Si elle remarque qu'elle a des pensées autoagressives ou suicidaires, il ne faut pas qu'elle y donne suite. Elle doit le dire à une personne de confiance et revenir consulter immédiatement** (voir Encadré 7.1, section 7.3.2). → 7.3

Encourager et aider votre patiente à réduire et à affronter les facteurs de stress, et à renforcer son soutien social

7 Reportez-vous aux techniques de soutien psychologique de base décrites aux sections 7.4.2-7.4.5. → 7.4

NOTE POUR L'ORIENTATION : *En cas de suspicion d'un trouble anxieux sévère et si des thérapeutes qualifiés et supervisés sont disponibles, envisagez d'orienter votre patiente vers une intervention psychologique, qui donne de bons résultats pour ces troubles :*

- *thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*
- *techniques de conseil centrées sur la résolution de problèmes.*

Pharmacologie

  **NE PAS prescrire de benzodiazépines ou d'antidépresseurs pour un trouble anxieux ou une détresse aiguë.** L'Encadré 7.5 donne des directives pour une utilisation à court terme dans des cas exceptionnels d'insomnie.

N'OUBLIEZ PAS :

La psychoéducation est le principal pilier de la prise en charge de l'anxiété. Dès lors que votre patiente sera en mesure de comprendre le lien entre ses peurs et ses réactions corporelles, l'anxiété suscitée par ses symptômes physiques devrait diminuer et lui permettre d'explorer les peurs sous-jacentes.

IV. PRISE EN CHARGE DE SYMPTÔMES PARTICULIERS DE L'ANXIÉTÉ

INSOMNIE ET HYPERVENTILATION

Si votre patiente présente des symptômes spécifiques d'insomnie ou d'hyperventilation, qu'il y ait ou non un trouble, considérez respectivement les points suivants.

Insomnie

- 1 Expliquez** que les problèmes de sommeil (insomnie) sont courants lorsque l'on est anxieux ou stressé.
- 2 Recherchez et traitez** les éventuelles causes environnementales de l'insomnie (p. ex. le bruit).
- 3 Explore and address** les éventuelles causes physiques de l'insomnie (p. ex. la douleur physique). **Donnez des conseils** pour une bonne hygiène du sommeil, notamment des habitudes de sommeil régulières (p. ex. horaires réguliers pour aller se coucher et pour se réveiller), et le fait d'éviter le café, la nicotine et l'alcool en fin de journée ou avant d'aller se coucher. Insistez sur le fait que l'alcool perturbe le sommeil.
- 4 S'il y a lieu**, déconseillez l'installation et l'utilisation de dispositifs de technologie de l'information et de la communication (TIC) (p. ex. téléphone, ordinateur) dans l'espace consacré au repos. Expliquez que la lumière émise par tous ces dispositifs perturbe le sommeil.

ENCADRÉ 7.5

Utilisation de benzodiazépines dans des cas exceptionnels d'insomnie

Les benzodiazépines peuvent provoquer une accoutumance. Ne les utiliser que pour un traitement de courte durée et dans des cas exceptionnels d'insomnie. Les benzodiazépines ne doivent pas être utilisées pour les autres symptômes d'anxiété, de dépression, de stress aigu ou d'ESPT.

Dans des cas exceptionnels, chez l'adulte, lorsque les techniques de soutien psychologique ou de diminution du stress ne sont pas réalisables ou efficaces pour traiter une insomnie perturbant gravement les activités quotidiennes, on peut envisager un traitement de courte durée (3-7 jours) par benzodiazépines (par exemple, diazépam 2-5 mg/jour ou lorazépam 0,5-2 mg/jour). Dans ces cas-là, les précautions suivantes doivent être prises.

- Vérifier les interactions médicamenteuses avant de prescrire du diazépam.
- Les benzodiazépines peuvent ralentir la respiration. Une surveillance régulière peut s'avérer nécessaire.
- Surveiller fréquemment les effets indésirables lors de l'utilisation de ce médicament chez les personnes âgées.
- **NE PAS prescrire de benzodiazépines aux enfants ou adolescents.**
- Avoid this medication in women who are pregnant or breastfeeding.
- Benzodiazepines should not be used for insomnia caused by bereavement in adults or children.



IMPORTANT ! Il s'agit d'une solution temporaire à un problème de sommeil extrêmement sévère. Les effets indésirables courants des benzodiazépines comprennent la somnolence et la faiblesse musculaire.



L'hyperventilation comme symptôme d'un trouble panique

- 1 Écartez et prenez en charge les autres causes possibles. Procédez systématiquement aux examens médicaux nécessaires pour identifier les causes physiques possibles, telles qu'une maladie pulmonaire.
 - 2 Si aucune cause physique n'est identifiée, rassurez la personne en lui disant que l'hyperventilation (respiration rapide) fait partie de la réaction de lutte ou de fuite, qui se déclenche lors d'une crise de panique ou lorsque nous sommes stressés, et qu'il est peu probable que ce soit un problème médical grave.
 - 3 Soyez calme et éliminez les sources potentielles d'anxiété dans la mesure du possible (p. ex. un parent trop anxieux qui accompagne la patiente). Aidez votre patiente à retrouver une respiration normale en utilisant la technique de respiration lente (voir Encadré 7.3, section 7.4.3) et enseignez-lui cette méthode pour qu'elle puisse l'utiliser selon ses besoins. → 7.4
- X** NE PAS recommander de respirer dans un sac en papier.

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE

7.5.3 L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

Cette section décrit plus en détail l'évaluation de la santé mentale et le soutien destinés aux patients qui présentent des signes et symptômes évoquant un ESPT. Elle a pour but d'aider les agents de santé à procéder à une évaluation plus approfondie, le cas échéant, après la mise en œuvre de la section 7.3, et à fournir des soins plus avancés que ceux couverts à la section 7.4, si nécessaire. → 7.3 → 7.4

I. QU'EST-CE QUE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT) ?

L'ESPT est un trouble anxieux qui peut survenir lorsqu'une personne qui a vécu une expérience terrifiante, douloureuse et bouleversante se retrouve à revivre cet événement de façon répétée dans son esprit sous forme de cauchemars ou de flashbacks. Parce qu'il s'agit d'expériences désagréables, la personne peut aussi éviter les situations ou les lieux qui déclenchent des souvenirs de l'événement et, en même temps, elle peut être constamment attentive à tout indice de danger ou risque que l'événement se reproduise. Il est tout à fait normal d'avoir ce genre de sentiment et de se comporter de cette façon dans les semaines qui suivent immédiatement un événement bouleversant. Cependant, lorsque cette situation persiste pendant plus d'un mois et nuit à la capacité normale de fonctionnement de la personne, il est probable qu'elle présente un ESPT ou des symptômes d'ESPT, comme dans cette vignette de cas, par exemple.



VIGNETTE DE CAS 2

LA FEMME : « *Mon médecin de famille est un homme, et je n'ai pas envie de lui montrer mes parties intimes. Cela signifie qu'il faut tout expliquer encore une fois, et c'est quelque chose que je n'ai absolument pas envie de faire. Je ne veux pas que l'on me fasse me rappeler de la douleur.* »

L'ENQUÊTEUR : « *Qu'est-ce que cela vous fait de vous rappeler de la douleur ?* »

LA FEMME : « *Je commence à trembler de partout, et tous les souvenirs me reviennent. Je ne peux rien faire pendant les jours qui suivent, et tout ce que je veux, c'est dormir* »

Femme somalienne de 35 ans vivant aux Pays-Bas (14)



II. ÉVALUATION POUR L'ESPT

Les femmes qui ont subi des expériences traumatisantes peuvent ne pas présenter de symptômes spécifiques de l'ESPT. Elles peuvent initialement consulter pour des problèmes davantage non spécifiques, tels que :

- problèmes de sommeil (p. ex. manque de sommeil) ;
- irritabilité, humeur anxieuse ou dépressive persistante ; et
- troubles somatiques multiples et persistants sans cause organique (p. ex. maux de tête, cœur battant) (voir section 6.6). 

Les femmes qui se présentent dans un établissement de soins de santé avec ces difficultés devraient toujours bénéficier d'un interrogatoire plus poussé pour savoir si les symptômes caractéristiques de l'ESPT énumérés ci-dessous sont présents. Certaines femmes peuvent présenter directement un ou plusieurs des symptômes énumérés ci-dessous.

Symptômes principaux d'ESPT

Pour poser un diagnostic d'ESPT, les trois doivent être présents.

1 *Symptômes de reviviscence*

La patiente présente des souvenirs répétés et non souhaités d'un événement traumatique, comme s'il se reproduisait ici et maintenant (p. ex., rêves effrayants, flashbacks ou souvenirs intrusifs de l'événement, accompagnés d'une réaction intense de peur ou d'horreur).

2 *Symptômes d'évitement*

La patiente évite délibérément les pensées, les souvenirs, les activités ou les situations lui rappelant l'événement traumatique (par exemple, elle évite de parler de l'événement ou de revenir à l'endroit où l'événement a eu lieu).

3 **Symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente**

La patiente présente un comportement exagéré de préoccupation et de vigilance envers le danger ou réagit fortement aux mouvements soudains inattendus (p. ex. elle est « extrêmement nerveuse », sursaute facilement, ou est « à fleur de peau »).

Si ces symptômes se manifestent dans les premières semaines suivant un événement traumatisant comme une MGF, cela peut faire partie de la réaction normale aux événements traumatisants. Il ne s'agit pas d'un trouble, mais d'une réaction aiguë au stress. Les techniques de soutien psychologique de base décrites à la section 7.4 peuvent contribuer à l'atténuer.



IMPORTANT! Si ces trois symptômes ont persisté pendant plus d'un mois après l'événement traumatique et s'accompagnent de difficultés dans le fonctionnement au quotidien, alors la patiente souffre d'un ESPT.

Voici des exemples de questions exploratoires :

Certaines jeunes femmes qui ont vécu une expérience semblable à la vôtre constatent qu'elles en rêvent. Est-ce que cela vous arrive aussi ?

Dans certaines situations, elles ont l'impression que l'événement se reproduit. Est-ce que cela vous arrive aussi ?

Vous arrive-t-il d'éviter des situations ou des conversations qui vous rappellent ce qui s'est passé ?

Vous sentez-vous plus nerveuse ou sur le qui-vive que ce qui paraît normal ?

IMPORTANT!

Pour les femmes victimes de MGF, la présence de n'importe lesquels des facteurs de risque suivants signifie qu'il est particulièrement important d'effectuer une évaluation plus approfondie pour l'ESPT.

- *La femme a subi une MGF de type III (infibulation).*
- *Elle se souvient clairement de l'excision.*
- *Aucun anesthésique n'a été utilisé pendant l'intervention.*
- *Elle a des problèmes de santé physique associés à la MGF.*
- *Elle a reçu des informations sur les MGF et les risques associés (en particulier dans les communautés d'immigrés).*
- *La MGF a eu lieu à un âge plus avancé (14).¹*

¹ Les deux derniers points de cette liste ne signifient pas que les MGF doivent être pratiquées à un plus jeune âge, ni qu'il ne doit pas y avoir de campagnes d'information contre les MGF. Ils suggèrent qu'il faut faire preuve d'une plus grande prudence et d'une plus grande sensibilité dans le traitement de ces questions.

L'ESPT ET D'AUTRES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE PEUVENT COEXISTER

Cherchez toujours à savoir si votre patiente souffre également de dépression (voir section 7.5.1) ou d'anxiété (voir section 7.5.2).

Vérifiez s'il y a des pensées suicidaires ou des problèmes de consommation ou d'abus de médicaments ou d'alcool (voir l'Encadré 7.1 à la section 7.3, et reportez-vous aux sections concernées du *Guide d'intervention mhGAP, version 2.0*, pour des conseils sur la prise en charge ; voir les détails dans la bibliographie à la fin du présent chapitre). → 7.3

Certaines femmes peuvent présenter un ou deux symptômes post-traumatiques persistants, tels que des flashbacks et des conduites d'évitement, sans avoir le trouble complet (c'est-à-dire les trois symptômes principaux et les difficultés de fonctionnement au quotidien pendant plus d'un mois). Ces patientes tireront quand même profit des suggestions de prise en charge présentées à la page suivante.



III. PRISE EN CHARGE DE L'ESPT

Si, après avoir suivi les étapes indiquées dans la section ci-dessus, vous concluez que votre patiente souffre d'un ESPT, passez aux quatre points suivants.

Assurer une psychoéducation sur l'ESPT

Reportez-vous à la section 7.4.1 pour une description sommaire et les grandes lignes de la psychoéducation. → 7.4

Pour l'ESPT, incluez les points suivants dans l'explication que vous donnez à votre patiente.

- 1 Beaucoup de gens se rétablissent d'un ESPT avec le temps, sans traitement. Un traitement accélérera néanmoins le processus de rétablissement.
- 2 Les personnes en ESPT ont souvent l'impression de continuer à courir un danger ; elles peuvent donc être extrêmement tendues. Elles sursautent facilement (sont « extrêmement nerveuses ») ou surveillent en permanence tout risque de danger.
- 3 Les personnes en ESPT revivent de façon répétée des souvenirs indésirables de l'événement traumatisant. Lorsque l'événement leur revient en mémoire, elles peuvent ressentir des émotions comme la peur ou l'horreur semblables à celles qu'elles ressentaient lorsque l'événement s'est réellement produit. Elles peuvent aussi faire des rêves effrayants.
- 4 Les personnes en ESPT essaient d'éviter tout ce qui leur rappelle l'événement. En effet, les rappels peuvent déclencher des flashbacks et les sentiments de peur et d'horreur qui les accompagnent. Dans le cas des MGF, il peut s'agir d'éviter les rapports sexuels, une grossesse ou toute intervention chirurgicale. Ce comportement d'évitement peut causer des problèmes dans la vie des femmes. Le traitement peut les aider.

- 5 Paradoxalement, essayer d'éviter de penser à quelque chose revient généralement à y penser davantage.
- 6 S'il y a lieu, expliquez que les personnes en ESPT peuvent parfois souffrir d'autres troubles physiques et mentaux, comme des courbatures et des douleurs dans le corps, un manque d'énergie, de la fatigue, de l'irritabilité et des idées noires.

7 *Informez votre patiente que, même si c'est difficile, elle doit essayer de réaliser le plus possible des choses suivantes.*

- ✓ Poursuivre ses activités quotidiennes normales, dans la mesure du possible.
- ✓ Maintenir des horaires réguliers de coucher et de lever.
- ✓ Être aussi active que possible sur le plan physique.
- ✓ Parler à des personnes de confiance de ce qu'elle ressent ou de ce qui s'est passé, mais uniquement lorsqu'elle s'y sent prête.
- ✓ Entreprendre des activités relaxantes afin de réduire l'anxiété et la tension.
- ✓ Éviter de consommer de l'alcool ou des médicaments pour surmonter les symptômes de l'ESPT.

! **Si elle remarque qu'elle a des pensées autoagressives ou suicidaires, il ne faut pas qu'elle y donne suite. Elle doit le dire à une personne de confiance et revenir consulter immédiatement** (voir Encadré 7.1, section 7.3.2). → 7.3

Encourager et aider votre patiente à réduire et à affronter les facteurs de stress, et à renforcer son soutien social

8 Reportez-vous aux techniques de soutien psychologique de base décrites aux sections 7.4.2-7.4.5.  **7.4**

NOTE POUR L'ORIENTATION : *En cas de suspicion d'un ESPT et si des thérapeutes qualifiés et supervisés sont disponibles, envisagez d'orienter votre patiente vers une intervention psychologique :*

- *thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou de groupe post-traumatique (TCC-PT) ;*
- *thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires).*

Consulter un spécialiste de la santé mentale (si disponible)

 S'il n'y a personne ayant reçu une formation en TCC ou en EMDR ou si la patiente court un risque imminent de suicide ou d'autoagression, consultez un spécialiste de la santé mentale.

NOTE SUR LE SUIVI : *Prenez un deuxième rendez-vous sous deux à quatre semaines, puis des rendez-vous ultérieurs en fonction de l'évolution du trouble.*

RECOMMANDATION DE L'OMS

Une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) devrait être envisagée pour les filles et les femmes vivant avec une mutilation sexuelle féminine et présentant des symptômes évocateurs des troubles anxieux, de la dépression ou de l'état de stress post-traumatique (ESPT) (12).

La TCC peut être envisagée si :

- *un diagnostic psychiatrique de trouble anxieux, de dépression ou d'ESPT a été posé, et*
- *il y a un soignant compétent (c'est-à-dire qualifié et supervisé) disponible pour dispenser cette thérapie.*

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE

7.6 D'AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Beaucoup de femmes victimes de MGF peuvent souffrir de symptômes particuliers qui touchent leurs émotions (p. ex. humeur dépressive, anxiété, irritabilité), leurs pensées (p. ex. rumination, mauvaise concentration) ou leur comportement (p. ex. inactivité, repli sur soi, isolement, conduites d'évitement), mais elles peuvent continuer à fonctionner au jour le jour et à mener leurs activités normales. Certaines de ces femmes, en revanche, peuvent présenter des symptômes somatiques, tels que des douleurs chroniques, qui n'ont aucune cause physique ou organique connue. Ces symptômes peuvent être révélateurs d'un trouble émotionnel moins sévère (p. ex. formes légères de dépression, d'anxiété ou d'état de stress post-traumatique [ESPT]) ou ils peuvent relever d'une détresse normale (c'est-à-dire aucun trouble).



7.6.1 ÉVALUATION POUR D'AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Il est essentiel de suivre les deux étapes suivantes avant de procéder à la prise en charge des symptômes de la patiente.

- 1 Exclure les troubles plus sévères en suivant toutes les directives sur l'évaluation de la santé mentale fournies à la section 7.5 du présent chapitre. → 7.5
- 2 Exclure les causes organiques telles que les maladies cardiaques ou arthritiques en effectuant un examen physique complet.



7.6.2 PRISE EN CHARGE DE LA DÉTRESSE MENTALE ET DES MANIFESTATIONS SOMATIQUES SANS CAUSE ORGANIQUE

- X NE PAS** prescrire de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs (sauf sur avis d'un spécialiste).
- X NE PAS** prescrire des injections de vitamines ou d'autres traitements inefficaces.

Dans tous les cas, réduire le stress et renforcer le soutien social. Suivre les conseils indiqués dans la section 7.4. → 7.4

En particulier, veillez à :

- diminuer les facteurs de stress psychosociaux actuels (section 7.4.2)
- enseigner et encourager l'utilisation de techniques de diminution du stress (section 7.4.3)
- renforcer le soutien social (section 7.4.5) → 7.4

Gérer les attentes de votre patiente, lui fournir des explications possibles et lui offrir du soutien

Procédez comme suit.

- 1 Informez** votre patiente qu'aucune affection physique ou maladie grave n'a été décelée qui explique entièrement le ou les symptômes somatiques présentés. **Montrez** que les résultats des analyses sont normaux.

- 2 Évitez de prescrire d'autres analyses ou examens à moins qu'il y ait une indication médicale claire, par exemple des signes vitaux perturbés. Si un examen supplémentaire est néanmoins prescrit, modérer les attentes démesurées en annonçant à votre patiente que le résultat sera probablement normal.
- 3 **Si votre patiente insiste pour obtenir des investigations supplémentaires,** expliquez que les examens non justifiés peuvent être nocifs parce qu'ils génèrent d'inutiles inquiétudes et effets indésirables.
- 4 Assurez-la que vous reconnaissez que les symptômes sont réels et ne sont pas imaginés, et qu'il est toujours important de prendre en charge des symptômes qui sont source de détresse.
- 5 **Demandez** à la fillette ou à la femme comment elle explique la cause de ses symptômes, et ce qui la préoccupe. Ceci peut vous donner des indices sur l'origine de sa souffrance, vous aider à construire une relation de confiance, et augmenter son observance du traitement.
- 6 **Expliquez** que la souffrance émotionnelle/le stress provoquent souvent des sensations corporelles, comme des maux de ventre, des tensions musculaires, etc. Recherchez et discutez des liens possibles entre les émotions, le stress ou les émotions qu'elle ressent, et les symptômes.
- 7 **Encouragez** l'adaptation positive et la poursuite (ou la reprise progressive) des activités du quotidien (voir sections 7.4.4 et 7.4.6). → 7.4
- 8 **N'oubliez pas** de l'aider à réduire le stress et à renforcer le soutien social (voir sections 7.4.2, 7.4.3, 7.4.5). → 7.4





7.6.3 PRISE EN CHARGE DU STRESS AIGU CHEZ LES PATIENTES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES SOMATIQUES

Si la fillette ou la femme consulte peu de temps après avoir subi une MGF, ou présente des complications secondaires dues à une MGF, ou si elle a récemment subi un traitement pour une MGF qui a été pénible ou l'a bouleversée, ses symptômes somatiques peuvent être une manifestation de stress aigu. Dans de tels cas, en plus des points de la section 7.6.2 ci-dessus, faites également ce qui suit.

X **NE PAS** forcer la fillette ou la femme à parler de ce qui s'est passé.

Lui expliquer les points suivants.

- 1 Les gens ont souvent des réactions à la suite d'événements traumatisants ou bouleversants. Les réactions varient fortement d'une personne à une autre et peuvent changer au cours du temps.
- 2 Parmi ces réactions, il y a les symptômes somatiques (tels que les palpitations, les maux de tête, d'autres douleurs ou courbatures, les troubles gastriques) et les symptômes émotionnels et comportementaux (tels que les troubles du sommeil, la tristesse, l'anxiété, l'irritation, et l'agressivité).
- 3 Ces sentiments peuvent être exacerbés ou resurgir si quelque chose rappelle l'événement stressant ou si un nouveau facteur de stress apparaît.

- 4 Dans la plupart des cas, les symptômes diminuent avec le temps, surtout si la personne peut se reposer, bénéficie d'un soutien social et utilise des stratégies et des techniques visant à diminuer le stress (voir section 7.4). → 7.4
- 5 En cas de suspicion d'un état de stress post-traumatique (ESPT), suivre la prise en charge figurant à la section 7.5.3. → 7.5

Bibliographie

1. S. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476–93.
2. MaGPIe Research Group. Psychological problems in New Zealand primary health care: a report on the pilot phase of the Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe). *N Z Med J.* 2001;114(1124):13–6.
3. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera SM, Pian J et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(11):CD009149.
4. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017;13(1):149–81.
5. The WHO MIND Project, Wonca Working Party on Mental Health. Integrating mental health services into primary health care. *Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet No. 3.* Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/services/3_MHintoPHC_Infosheet.pdf, accessed 6 March 2018).
6. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret no. 13-2010. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010.
7. Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines. Dans : Organisation mondiale de la Santé. *Santé sexuelle et reproductive* [Site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/fr/, consulté le 6 février 2018).
8. Mulongo P, Hollins Martin C, McAndrew S. The psychological impact of female genital mutilation/cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *J Reprod Infant Psychol.* 2014;32(5):469–85.
9. Mahmoudi O, Hosseini E. Psychosexual complications of female genital mutilation for couples: a comparative study. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2017;20(4):135–40.
10. Andro A, Cambois E, Lesclingand M. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc Sci Med.* 2014;106:177–84.

11. Kizilhan JI. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in northern Iraq. *Eur J Psychiatry*. 2011;25(2):92-100.
12. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/fr/>, consulté le 6 février 2018).
13. Smith H, Stein K. Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136(Suppl 1):60-4.
14. Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethn Health*. 2012;17(6):677-95.
15. Gestion des problèmes Plus (PM+) : Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité. (Version générique expérimentale 1.1). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275831/WHO-MSD-MER-16.2-Rev.1-fre.pdf?ua=1>, consulté le 7 février 2018).
16. World Health Organization (WHO), Columbia University. Group interpersonal therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva: WHO; 2016 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en, accessed 8 February 2018).
17. Penser sain : un manuel de prise en charge psychosociale de la dépression périnatale (version générique d'essai sur le terrain par l'OMS 1.0). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276960/WHO-MSD-MER-15.1-fre.pdf?ua=1>, consulté le 8 février 2018).
18. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>, accessed 8 March 2018)

Références bibliographiques

Dans tout le chapitre 7, les ressources suivantes ont été utilisées.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Common mental health problems: identification and pathways to care: Clinical guideline [CG123]. London: NICE; 2011 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>, accessed 5 February 2018).

Patel V. Where there is no psychiatrist: a mental health care manual (Books Beyond Words). London: The Royal College of Psychiatrists; 2003.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle - Manuel clinique (version mise à l'essai sur le terrain). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>, consulté le 5 février 2018).

Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées (version 2.0). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274363/9789242549799-fre.pdf?ua=1>, consulté le 5 février 2018).

Organisation mondiale de la Santé, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress - Module Guide d'intervention mhGAP (version 1.0). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (https://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/fr/, consulté le 5 février 2018).

Organisation mondiale de la Santé, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Guide d'intervention humanitaire mhGAP : Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (https://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/fr/, consulté le 5 février 2018).



SANTÉ SEXUELLE ET MGF

Après avoir lu ce chapitre, vous devriez être en mesure de :

- *Comprendre ce que sont la santé sexuelle et la sexualité*
- *Comprendre l'importance de fournir des soins et un soutien en matière de santé sexuelle aux femmes vivant avec des MGF*
- *Comprendre la réponse sexuelle de la femme et les structures anatomiques qu'elle met en jeu*
- *Reconnaître les facteurs qui influencent le bien-être sexuel des femmes*
- *Reconnaître les conséquences des MGF sur la santé sexuelle*
- *Effectuer une évaluation de première ligne de la santé sexuelle et du bien-être des femmes vivant avec des MGF*
- *Vous renseigner sur la santé sexuelle et en discuter avec vos patientes qui vivent avec des MGF*
- *Offrir des soins et un soutien de première ligne en matière de santé sexuelle aux femmes vivant avec des MGF*
- *Comprendre quand les femmes qui ont subi une MGF devraient se voir proposer une chirurgie vulvaire et une reconstruction du clitoris*

Dans ce chapitre

POINTS
ABORDÉS

8.1 COMPRENDRE LA SANTÉ SEXUELLE

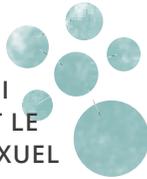
8.2
LA RÉPONSE
SEXUELLE DE LA
FEMME



8.3
STRUCTURES ANATOMIQUES
IMPLIQUÉES DANS LA RÉPONSE
SEXUELLE DE LA FEMME



8.4
FACTEURS QUI
INFLUENCENT LE
BIEN-ÊTRE SEXUEL
DES FEMMES



8.5
CONSÉQUENCES
DES MGF SUR LA
SANTÉ SEXUELLE



ÉVALUER

PRENDRE
EN CHARGE

8.6
SE PRÉOCCUPER DE LA
SANTÉ SEXUELLE ET DU
BIEN-ÊTRE SEXUEL DES
FEMMES VIVANT AVEC
DES MGF



8.7
ÉVALUER LA SANTÉ
SEXUELLE ET LE BIEN-ÊTRE
SEXUEL DES FEMMES
VIVANT AVEC DES MGF



8.8
SOUTIEN ET SOINS
DE PREMIÈRE LIGNE
EN SANTÉ SEXUELLE
POUR LES FEMMES
VIVANT AVEC DES MGF



8.9
CHIRURGIE
VULVAIRE ET
RECONSTRUCTION
DU CLITORIS



8.1 COMPRENDRE LA SANTÉ SEXUELLE

La santé sexuelle peut être définie comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité » (1). Cette définition indique également qu'une vie sexuelle équilibrée ne saurait être réduite à l'absence de maladies ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence (1).

POURQUOI LA SANTÉ SEXUELLE EST-ELLE IMPORTANTE ?

La santé sexuelle est importante pour les raisons suivantes.

- Toutes les femmes et tous les hommes ont le droit d'accomplir et d'exprimer leur sexualité et de jouir d'une bonne santé sexuelle (2).
- Le fonctionnement sexuel d'une personne est étroitement lié à sa qualité de vie ; ils peuvent s'influencer mutuellement de façon positive ou négative (3).
- L'activité sexuelle est intimement liée à l'attachement : certaines hormones libérées lors de l'activité sexuelle favorisent un lien fort entre les partenaires sexuels (4).
- Le fait de ressentir des sentiments d'amour et de désir, et d'avoir des rapports sexuels peut réduire le stress chez les femmes et les hommes (5).

Dans le cas des femmes vivant avec des MGF, elles ont été victimes d'une pratique qui endommage les structures anatomiques directement impliquées dans la réponse sexuelle de la femme. Cette situation peut altérer la santé et le bien-être sexuels d'une femme (6).

LES FEMMES QUI ONT SUBI DES MGF N'AURONT PAS TOUTES DES PROBLÈMES DE SANTÉ SEXUELLE.

Toutefois, les soignants doivent être informés des risques et des problèmes potentiels afin de pouvoir répondre comme il convient aux besoins de cette population en matière de soins de santé, y compris la santé sexuelle.

8.2 LA RÉPONSE SEXUELLE DE LA FEMME

La sexualité est un aspect central de la personne humaine (1). Notre sexualité se caractérise par la façon dont nous ressentons, pensons ou agissons de manière sexuelle (7). Elle est le reflet de l'interaction de plusieurs éléments, parmi lesquels le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, et l'orientation sexuelle des personnes ; leur sens particulier de l'érotisme, du plaisir, et de l'intimité ; ainsi que la reproduction (1).

Les êtres humains vivent et expriment la sexualité de différentes manières, par exemple lorsqu'ils pensent à une situation sexuelle ou lorsqu'une femme et son mari s'étreignent, s'embrassent et partagent d'autres expressions de l'amour. La sexualité peut être influencée par plusieurs facteurs (voir Tableau 8.1 à la section 8.4) (1). → 8.4

DÉCRIRE LA RÉPONSE SEXUELLE DE LA FEMME

La réponse sexuelle féminine est une série de changements qui se produisent dans le cerveau et le corps d'une femme pendant l'excitation et l'activité sexuelles (8,9).

Elle a d'abord été décrite à l'aide d'un modèle linéaire comprenant quatre phases : désir sexuel, excitation sexuelle, orgasme et résolution (8) (voir Encadré 8.1). Ce modèle a évolué au cours des dernières années pour intégrer l'idée que les femmes ne vivent pas toutes ces quatre phases. Par exemple, une femme peut ne pas éprouver de désir sexuel, mais elle peut quand même choisir de s'engager dans une activité sexuelle pour ressentir une proximité émotionnelle avec son mari ou son partenaire, ou elle peut éprouver du désir et de l'excitation, et peut ressentir une satisfaction sexuelle mais pas d'orgasme.

Des modèles plus récents de la réponse sexuelle féminine prennent en compte le fait que la sexualité féminine est l'intégration de facteurs biologiques et psychologiques. Il s'agit notamment de l'attirance, des stimuli sexuels, de l'excitation, du plaisir sexuel, et d'un sentiment de satisfaction physique, émotionnelle et relationnelle (10).

Plus important encore, pour qu'une femme perçoive sa réponse sexuelle, elle doit savoir « écouter » son corps (4). Et pour que ses réponses biologiques soient perçues comme agréables, une femme doit avoir des émotions et des pensées positives au sujet de la relation sexuelle (4). Enfin, pour que ces réactions biologiques se transforment en excitation agréable, la femme a besoin d'un temps suffisant pour les apprécier ; chaque femme a son propre rythme.



ENCADRÉ 8.1

GLOSSAIRE DE TERMES SUPPLÉMENTAIRES SUR LA SANTÉ SEXUELLE

On utilise fréquemment les termes suivants lorsqu'on parle de santé sexuelle.

Sexe: Désigne les caractéristiques biologiques définissant l'être humain comme étant une femme ou un homme. Généralement utilisé dans de nombreuses langues, le terme « sexe » est souvent utilisé pour signifier « activité sexuelle », mais dans le contexte des discussions sur la sexualité et la santé sexuelle, la définition ci-dessus est préférable (1).

Désir sexuell'érotisme : Un état ou un sentiment d'inclination vers l'intimité sexuelle.

Excitation sexuelle : Un état de sensibilité sexuelle à la stimulation des sens (vue, odorat, ouïe, goût ou toucher).

Plaisir: Un sentiment positif de jouissance ou de satisfaction (physique et/ou psychologique).

Intimité: Une relation émotionnelle et/ou physique étroite avec soi-même ou avec une autre personne.

Orgasme: Le paroxysme de l'excitation sexuelle.

N'OUBLIEZ PAS :

Toutes les femmes et tous les hommes ont le droit d'accomplir et d'exprimer leur sexualité et de jouir d'une bonne santé sexuelle (2).





8.3 STRUCTURES ANATOMIQUES IMPLIQUÉES DANS LA RÉPONSE SEXUELLE DE LA FEMME

La réponse sexuelle féminine fait intervenir de multiples parties du corps et du cerveau. Par exemple, pendant l'excitation sexuelle, la fréquence cardiaque et la tension artérielle d'une femme commencent à s'élever et l'apport sanguin aux organes génitaux augmente. Un certain nombre de changements impliqués dans la réponse sexuelle féminine se produisent dans la région génitale, en particulier la vulve.

La vulve de la femme comprend plusieurs structures anatomiques qui interviennent dans la réponse sexuelle féminine. Une ou plusieurs de ces structures peuvent être lésées par les MGF. Les structures anatomiques impliquées dans la réponse sexuelle féminine et qui sont potentiellement altérées par les MGF sont décrites dans les pages suivantes.

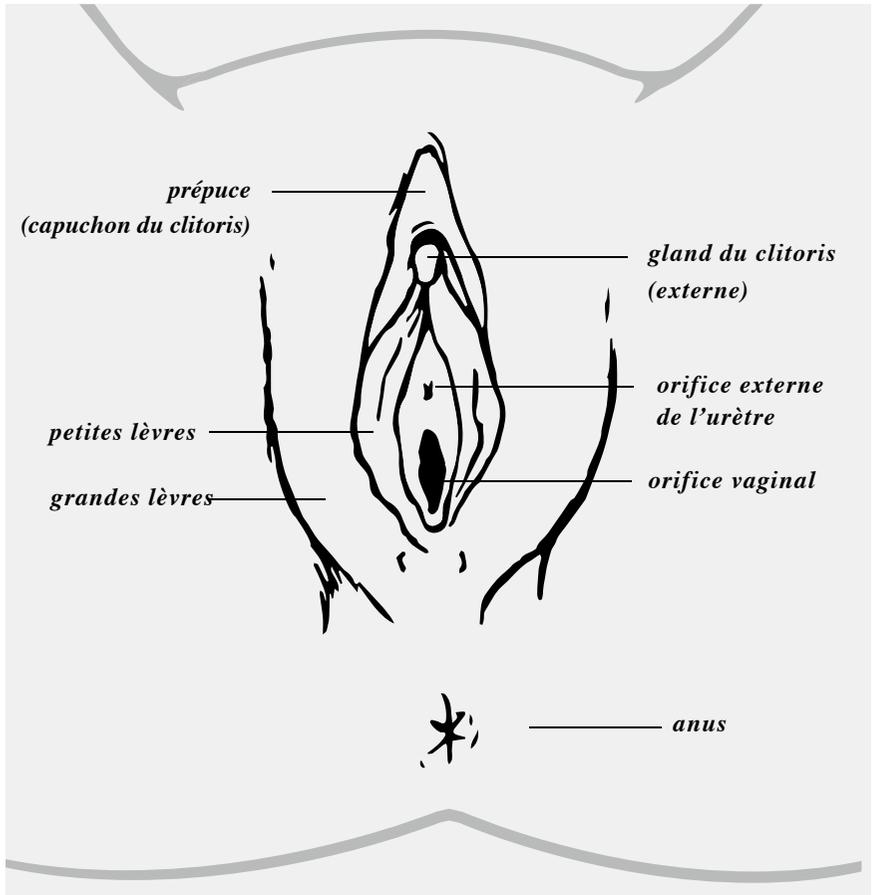


Figure 8.1 Structures anatomiques de la vulve de la femme

Grandes lèvres : Les grandes lèvres subissent une congestion lors de l'excitation sexuelle, ce qui entraîne une augmentation de la sensibilité locale.

Petites lèvres : Ces fins replis de peau, riches en terminaisons nerveuses et en vaisseaux sanguins, subissent également un gonflement important lors de l'excitation sexuelle, entraînant une sensibilité accrue.

Orifice de l'urètre : Lors de l'excitation sexuelle, la sensibilité de cette structure augmente en raison de la congestion des tissus environnants.

Vagin et orifice vaginal : Le vagin est un organe extensible qui ressemble à un canal. Les femmes peuvent, volontairement et involontairement, contracter leurs muscles périnéaux et relâcher ou resserrer l'ouverture vaginale pendant l'intimité sexuelle.

Clitoris: Le clitoris est un organe en forme de boomerang situé sous la symphyse pubienne. Sa fonction est de procurer du plaisir sexuel à la femme. Au plan anatomique, le clitoris a des structures externes et internes.

- **La partie externe (visible) du clitoris – le gland du clitoris –** est recouverte en partie ou en totalité par le capuchon clitoridien et le repli antérieur des petites lèvres. Le gland du clitoris contient du tissu érectile et est rempli de terminaisons nerveuses libres (deux fois plus que dans le gland masculin). Lors de l'excitation sexuelle, le gland du clitoris s'engorge et sa sensibilité augmente.

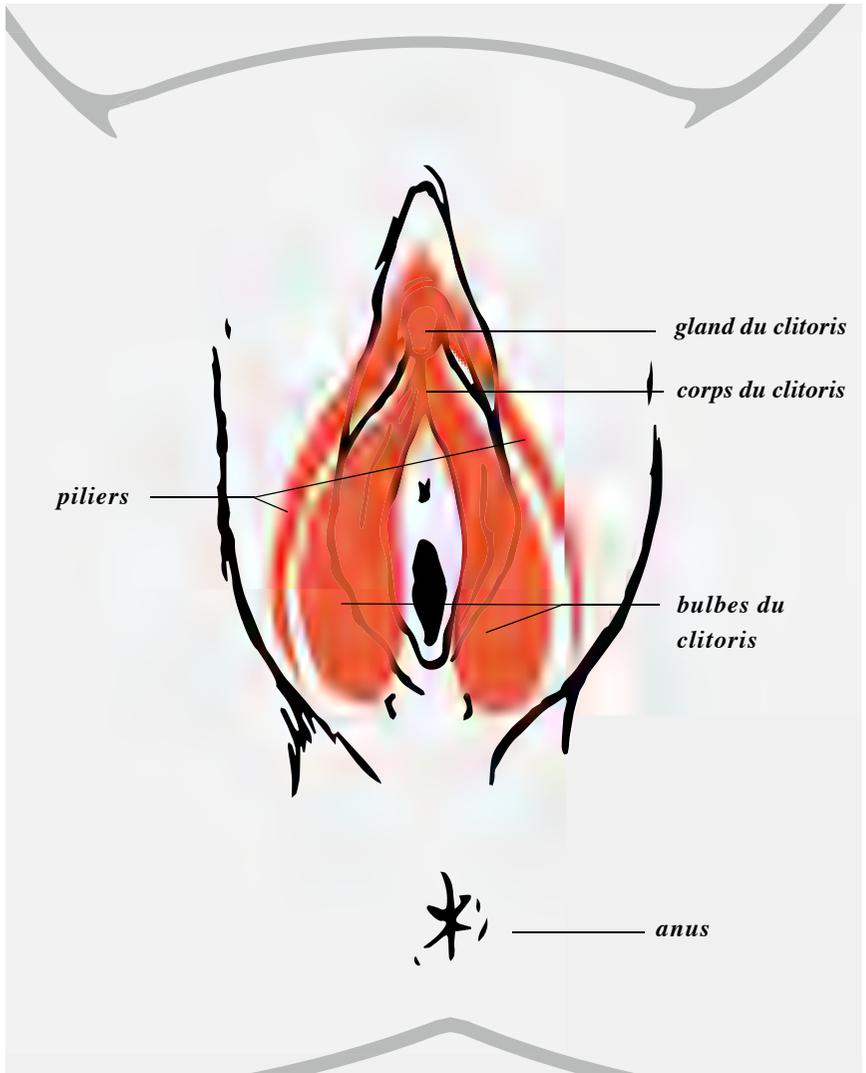


Figure 8.2 Structure anatomique du clitoris

- **La partie interne du clitoris** est composée du « corps » et des « piliers » et se trouve à l'intérieur du corps de la femme. Les piliers sont constitués de tissu érectile. Au contact des piliers, se trouvent les bulbes vestibulaires ; les piliers et les bulbes entourent les deux côtés de l'orifice vaginal (voir Figure 8.2). Pendant l'excitation sexuelle, les piliers et les bulbes gonflent eux aussi et voient leur sensibilité augmenter.



IMPORTANT ! *Les MGF n'altèrent que la partie externe (visible) du clitoris - le gland du clitoris. Les piliers et une partie du corps du clitoris restent intacts sous la cicatrice. Leur fonction sexuelle reste également intacte (11).*

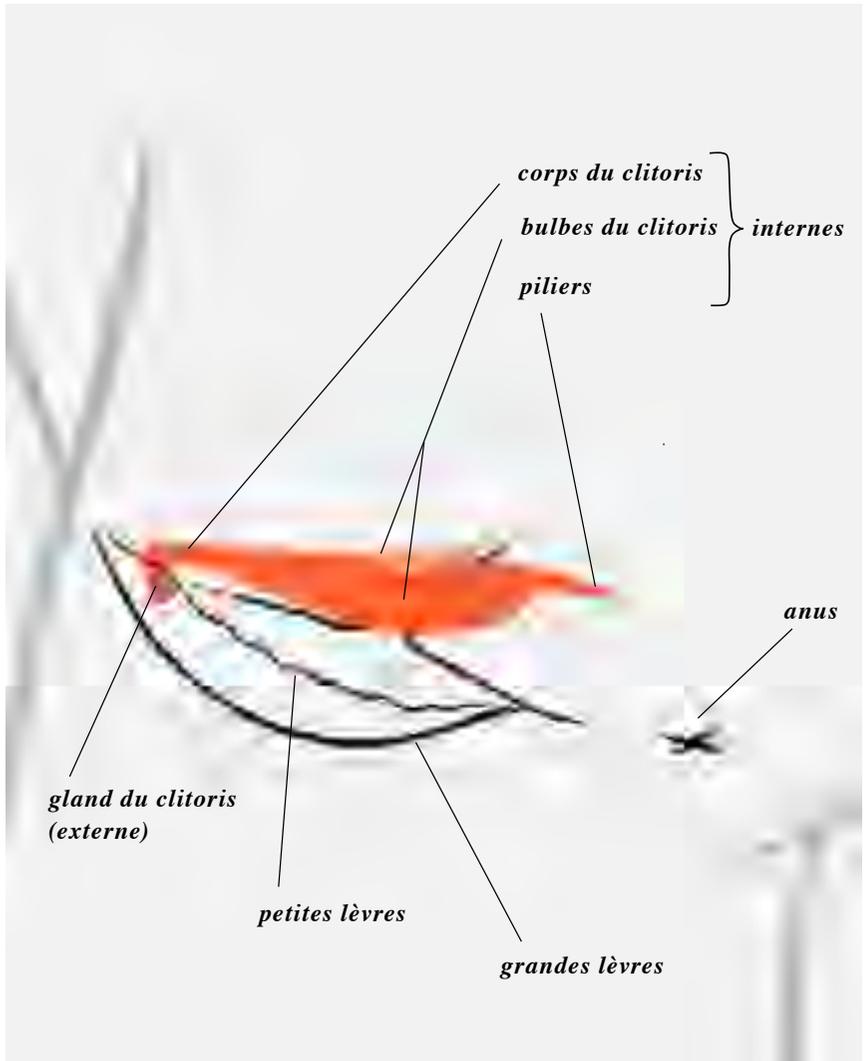


Figure 8.3 Structure anatomique du clitoris en vue de profil



8.4 FACTEURS QUI INFLUENCENT LE BIEN-ÊTRE SEXUEL DES FEMMES

QUATRE CATÉGORIES DE FACTEURS

Le bien-être sexuel des femmes est influencé par de nombreux facteurs, qui peuvent être regroupés en quatre catégories.



Le Tableau 8.1 à la page suivante récapitule ces facteurs. En tant que dispensateur de soins de santé, il est très important d'avoir ces facteurs à l'esprit lors du recueil des antécédents en matière de santé sexuelle.

TABLEAU 8.1

Facteurs qui influencent la santé et le bien-être sexuels

FACTEURS BIOLOGIQUES ⁽¹²⁾

Facteur

(et exemples)

Effet sur la santé

sexuelle de la femme

MALADIES SYSTÉMIQUES

- *Toute infection systémique (p. ex. grippe, gastro-entérite)*
- *Maladies chroniques (p. ex. diabète)*

Lorsqu'une femme est malade et ne se sent pas bien, il est probable qu'elle soit moins intéressée par les rapports sexuels.

MALADIES LOCALES

- *Infections de l'appareil reproducteur*
- *Abcès vulvaire*
- *Névrome clitoridien*

Les maladies locales dans la région génitale peuvent causer de la douleur et de l'inconfort dans cette région.

LÉSIONS GÉNITALES

- *Déchirures du périnée après l'accouchement*
- *MGF*

La lésion ou la cicatrice génitale peut causer de la douleur et de l'inconfort pendant les rapports sexuels.

LÉSIONS CORPORELLES

- *Fractures osseuses*
- *Rétablissement après une intervention chirurgicale*

Si une femme a été opérée et a mal ailleurs dans le corps, elle ressentira probablement moins le désir sexuel, l'excitation et l'orgasme.

MÉDICAMENTS

- Antidépresseurs

Les antidépresseurs peuvent altérer le désir sexuel ou l'excitation sexuelle.

VARIATIONS HORMONALES NATURELLES

- Allaitement
- Ménopause

Les femmes qui allaitent ou qui sont ménopausées éprouvent parfois moins de désir sexuel et peuvent souffrir de sécheresse vaginale.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX

- Pilules contraceptives, injections ou implants pour le contrôle des naissances

Certaines femmes peuvent connaître une baisse de désir sexuel lorsqu'elles utilisent des méthodes contraceptives hormonales.



FACTEURS INTERPERSONNELS

Facteur
(et exemples)

Effet sur la santé sexuelle de la femme

PROBLÈMES CONJUGAUX OU RELATIONNELS

- Mariage difficile
- Mariage forcé

Les problèmes conjugaux ou relationnels actuels ou antérieurs peuvent avoir des répercussions négatives sur les expériences sexuelles. Ils sont souvent la cause d'une insatisfaction sexuelle.



TABLEAU 8.1 SUITE...

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES (6,9,13,14,15)

Facteur

(et exemples)

Effet sur la santé sexuelle de la femme

CONVICTIONS PERSONNELLES PRÉJUDICIALES EN LIEN AVEC LA SEXUALITÉ

- « Les rapports sexuels sont sales »
- « Les femmes vivant avec une MGF ne peuvent pas apprécier le sexe »

Les convictions personnelles peuvent avoir une influence considérable sur la façon dont une femme perçoit la sexualité et peuvent interférer avec sa capacité d'apprécier les rapports sexuels.

IMAGE NÉGATIVE DU CORPS

- N'aime pas certaines parties ou caractéristiques du corps
- Sentiment d'être « incomplète » chez les femmes vivant avec des MGF

Ces sentiments négatifs peuvent nuire à l'image que la femme a d'elle-même, ce qui peut nuire à la relation qu'elle a avec son mari ou son partenaire.

PROBLÈMES ET TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

- Dépression, anxiété
- Faible estime de soi

Lorsqu'une femme ne se sent psychologiquement pas bien, il est probable qu'elle soit moins intéressée par les rapports sexuels.

ÉVÉNEMENTS STRESSANTS DE LA VIE

- Problèmes financiers
- Désaccords avec la famille ou la communauté

Les inquiétudes peuvent empêcher les femmes d'apprécier les rapports sexuels.



EXPÉRIENCES TRAUMATISANTES PASSÉES

(en lien ou non avec une MGF)

- *Sexual violence*
 - *The event of FGM*
-

La douleur et la peur ressenties lors d'événements traumatisants antérieurs peuvent parfois être réactivées lorsque l'intimité sexuelle est amorcée ou même proposée.

FACTEURS SOCIOCULTURELS (6,16,17)

Facteur

(et exemples)

PRATIQUES ET CROYANCES SOCIOCULTURELLES PRÉJUDICIALES SUR LA SEXUALITÉ

- « *Le plaisir sexuel de l'homme est plus important que le plaisir sexuel de la femme* »
 - « *Le sexe est plus agréable pour les hommes si une femme est 'sèche'* »
-

Effet sur la santé sexuelle de la femme

Certaines croyances socioculturelles ne valorisent pas le plaisir sexuel féminin, permettant alors difficilement à une femme d'apprécier librement les relations sexuelles, tandis que certaines pratiques peuvent être nuisibles pour la santé d'une femme et causer de l'inconfort et de la douleur pendant les relations sexuelles.



8.5 CONSÉQUENCES DES MGF SUR LA SANTÉ SEXUELLE

Les données montrent que par rapport aux femmes qui ne sont pas sexuellement mutilées, les femmes qui ont été excisées ont plus tendance à présenter :

- *une dyspareunie (douleur pendant les rapports sexuels)*
- *une baisse de la satisfaction sexuelle*
- *une baisse du désir sexuel (6).*

DE QUELLE FAÇON LES MGF PEUVENT-ELLES ALTÉRER LA SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES QUI ONT SUBI LA PRATIQUE ?

Les MGF impliquent l'ablation de tissus sexuellement sensibles, tels que la partie externe du clitoris, les petites lèvres et/ou les grandes lèvres. Cette amputation peut réduire les sensations sexuelles chez certaines femmes. La douleur pendant les rapports sexuels peut être présente avec différents types de MGF du fait du rétrécissement vaginal et de l'infibulation (MGF de type III), d'un tissu cicatriciel douloureux ou d'un névrome clitoridien post-traumatique. De plus, si une femme ressent de la douleur pendant ses relations sexuelles, elle se sentira probablement anxieuse et stressée à chaque fois qu'elle vivra ou anticipera une intimité sexuelle.

IMPORTANT !

Les organes génitaux féminins ne sont pas les seuls déterminants de la réponse sexuelle féminine. Le bien-être sexuel des femmes vivant avec des MGF, comme celui des autres femmes, est influencé par une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques, socioculturels et interpersonnels, tels que décrits dans le Tableau 8.1. Ce serait une erreur de supposer que tous les problèmes de santé sexuelle dans cette population sont liés à l'excision.



Dans le cas des femmes vivant avec des MGF, les facteurs suivants peuvent également influencer leur santé et leur bien-être sexuels.



EXPÉRIENCES SEXUELLES NÉGATIVES RÉPÉTÉES

Si une femme a éprouvé à plusieurs reprises de la douleur ou une absence de plaisir sexuel pendant les rapports sexuels, elle peut considérer que c'est normal ou qu'il n'est pas possible d'améliorer ses expériences sexuelles.

CONVICTIONS PERSONNELLES EN LIEN AVEC LA SEXUALITÉ

La sexualité est souvent influencée par des croyances enracinées dans des facteurs personnels et socioculturels. Ces croyances peuvent avoir une influence considérable sur la façon dont une personne perçoit la sexualité, et peuvent parfois empêcher une femme d'apprécier les rapports sexuels.



L'Encadré 8.2 dresse une liste des fausses croyances les plus répandues sur la sexualité féminine.



ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS ANTÉRIEURS

Tout acte de rapport sexuel forcé, ou l'événement de la mutilation sexuelle en soi, peut être très traumatisant pour une femme. La douleur et la peur ressenties lors de ces événements traumatisants peuvent parfois être réactivées lorsque l'intimité sexuelle est amorcée ou même proposée (18).

ÉMOTIONS NÉGATIVES LIÉES AUX MGF

Certaines femmes qui ont subi une MGF développent des émotions négatives à l'égard de l'intervention, et une image corporelle négative par rapport à leurs propres organes génitaux. Dans ce cas, la femme peut se sentir mal à l'aise si son mari ou son partenaire voit ses organes génitaux ; elle peut avoir honte d'avoir subi une MGF.



PROBLÈMES CONJUGAUX/ RELATIONNELS LIÉS AUX MGF

Parfois, les difficultés de santé sexuelle liées aux MGF peuvent empêcher les couples de développer une vie sexuelle équilibrée et épanouissante (p. ex., douleur sexuelle chronique, refus d'avoir des rapports sexuels, peur de l'intimité, colère). Cette situation peut causer beaucoup de frustration et de tristesse chez l'un ou l'autre des partenaires ou chez les deux, et peut nuire à la relation du couple.

ENCADRÉ 8.2

Exemples de fausses croyances sur la sexualité féminine

Les femmes qui vivent avec des MGF ne sont pas capables de ressentir de désir sexuel, d'excitation ou de plaisir.

FAUX

La douleur pendant les rapports sexuels est normale.

FAUX

Une femme doit toujours accepter les exigences sexuelles de son mari/partenaire.

FAUX

Le corps d'une femme est honteux.

FAUX

Les femmes ne devraient pas exprimer de désir ou de plaisir sexuel.

FAUX

La seule raison d'avoir des rapports sexuels est de devenir enceinte.

FAUX

Seul le clitoris peut donner du plaisir sexuel à une femme.

FAUX

Le corps d'une femme appartient à son mari/partenaire.

FAUX

Parler de sexualité est inconvenant et sale.

FAUX

Les femmes qui n'ont pas été excisées ont une libido excessive.

FAUX

Une femme qui a été excisée est plus fidèle à son mari/partenaire.

FAUX



Les femmes ayant subi une MGF peuvent-elles avoir une vie sexuelle équilibrée ?

Oui, elles peuvent. Les femmes qui vivent avec des MGF et qui éprouvent des difficultés en matière de santé sexuelle peuvent acquérir l'information et les compétences nécessaires pour mener une vie sexuelle satisfaisante et agréable avec l'aide de services d'éducation et de soutien en santé sexuelle.

FAITS ESSENTIELS :

- Un clitoris externe intact n'est pas le seul déterminant du bien-être ou du plaisir sexuel féminin.
- Une grande partie du clitoris n'est pas excisée pendant la MGF et reste sous le tissu cicatriciel. D'autres structures impliquées dans la réponse sexuelle féminine peuvent également rester intactes. Par conséquent, même si le clitoris externe a été excisé, avec des soins et un soutien adéquats en matière de santé sexuelle, les femmes vivant avec des MGF peuvent avoir des relations sexuelles satisfaisantes et atteindre l'orgasme (11).
- Les facteurs émotionnels, psychologiques, socioculturels et interpersonnels jouent également un rôle important dans le bien-être sexuel et peuvent être améliorés par des soins et un soutien en santé sexuelle adéquats (19).

- Certaines études menées auprès de femmes vivant avec des MGF ont souligné qu'elles déclarent avoir des orgasmes et du plaisir sexuel (14,20).
- Avec une bonne relation interpersonnelle et une communication ouverte, les couples peuvent apprendre à avoir des relations sexuelles satisfaisantes malgré les MGF.



8.6 SE PRÉOCCUPER DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DU BIEN-ÊTRE SEXUEL DES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

De nombreux soignants disent ne pas engager de conversations sur les problèmes de santé sexuelle ou de sexualité parce qu'ils n'ont pas les compétences essentielles pour traiter ces questions. Et pourtant, il a été constaté que la communication entre soignants et patients au sujet de la santé sexuelle a un impact positif sur la santé sexuelle des femmes (21,22).



Pourquoi les soignants devraient-ils parler de santé sexuelle et de sexualité avec les femmes vivant avec des MGF ?

L'expression sexuelle est un élément normal et sain du comportement humain. Cependant, de nombreux soignants ne se sentent pas prêts à parler de santé sexuelle et de sexualité avec leurs patientes à cause de la nature délicate du sujet et/ou de leur manque de formation adaptée. Le personnel soignant devrait pourtant se renseigner sur la santé sexuelle et la sexualité des patientes pour les raisons suivantes.

- ✓ La sexualité est une composante naturelle de l'expérience et du comportement humains (1).
- ✓ Une vie sexuelle équilibrée ne se résume pas à l'absence de maladies ou d'infirmités. La santé sexuelle exige également une approche positive et respectueuse de la sexualité, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres (1).
- ✓ Les femmes trouvent souvent difficile ou honteux de parler ou de poser spontanément des questions sur leurs problèmes de santé sexuelle. Certains peuvent penser que parler de sexe n'est « pas décent » ou quelque chose que « seules les prostituées font ». Ces croyances les amènent à garder le silence.
- ✓ Les résultats de la recherche indiquent que les femmes apprécient généralement l'occasion qui leur est offerte de discuter de santé sexuelle lorsqu'un dispensateur de soins engage la conversation à ce sujet dans le cadre d'une consultation de soins de santé (21,23).
- ✓ Il a été démontré que le dialogue entre soignants et patients améliore le bien-être sexuel des femmes (21,22,24).

- ✓ Beaucoup de femmes considèrent leurs difficultés sexuelles comme étant « normales » et les acceptent dès lors que d'autres femmes de la communauté ont dit qu'elles les connaissent aussi.
- ✓ Toutes les femmes n'ont pas accès à l'éducation et à l'information en matière de santé sexuelle.
- ✓ Certaines femmes vivant avec des MGF croient que l'excision les prive de tout accès au plaisir sexuel et n'ont donc jamais exploré ou développé les capacités de leur corps à obtenir des sensations agréables (25).
- ✓ Ces dernières années, Internet est devenu une source d'information facilement accessible sur le sexe et la sexualité. Malheureusement, une grande partie de l'information disponible est peu réaliste et souvent dégradante pour les femmes (pornographie) (26).

Pour toutes ces raisons, les dispensateurs de soins ont un rôle important à jouer dans l'éducation des femmes en matière de santé sexuelle et dans la diffusion d'informations correctes et de messages positifs (26).

NOTE CULTURELLE

Dans certaines cultures, il peut être difficile ou excessivement gênant - pour les deux parties - qu'un soignant de sexe masculin discute de problèmes de santé sexuelle avec une patiente. Dans ce cas, l'orientation vers un soignant de sexe féminin peut être une option appropriée, si elle existe.

Les soignants non spécialisés peuvent-ils offrir un soutien et des soins en matière de santé sexuelle aux femmes vivant avec des MGF ?

En tant que soignant non spécialiste des soins de santé sexuelle, vous n'êtes pas censé dispenser une thérapie sexuelle approfondie. Votre rôle est essentiellement d'écouter et de vous renseigner sur les préoccupations de la patiente en matière de santé sexuelle et lui offrir un soutien et des soins de première ligne en lui fournissant des renseignements essentiels et des suggestions utiles (27,28,29). Les compétences les plus importantes à maîtriser consistent à savoir écouter, poser des questions, faire preuve d'empathie et répondre de façon constructive à des problèmes spécifiques ; elles font toutes partie des compétences fondamentales en matière de conseil demandées aux dispensateurs de soins pour aider les femmes à trouver des solutions à leurs problèmes.

Si vous entamez une conversation sur le sujet, votre patiente se sentira probablement autorisée et encouragée à partager son vécu. Vous pourrez alors la rassurer en lui disant que malgré le fait que les MGF peuvent effectivement affecter sa santé sexuelle, vous pouvez lui permettre de trouver des solutions et l'aider à améliorer son bien-être sexuel. La section 8.7 vous fournira les renseignements et les compétences de base nécessaires à cet effet. → 8.7

8.6.1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES À L'INTENTION DES SOIGNANTS LORS DE LEURS DISCUSSIONS SUR LA SANTÉ SEXUELLE AVEC LES PATIENTES

Voici quelques principes généraux à respecter lorsque vous discutez de santé sexuelle avec vos patientes.

- ✓ Abordez la consultation avec une **attitude positive** ; cela aidera votre patiente à se sentir accueillie et à l'aise.
- ✓ **Respectez toujours les opinions de la patiente** pendant la conversation et ne portez pas de jugement ; en matière de sexualité, il existe de grandes variations individuelles et culturelles (25).
- ✗ **Évitez d'utiliser des mots qui peuvent sembler porter un jugement**, comme « pourquoi », lorsque vous posez des questions. Par exemple, au lieu de demander « Pourquoi l'intimité sexuelle ne vous intéresse pas ? », demandez : « Quelles sont les raisons, par exemple, qui font que vous vous sentez moins intéressée par les relations sexuelles avec votre mari/partenaire ? »
- ✓ Il est normal pour une femme d'être réservée, embarrassée, méfiante et même stressée lorsqu'elle parle de sa santé sexuelle. Vous pouvez **favoriser la confiance** en garantissant la confidentialité, en garantissant la protection de sa vie privée, et en lui assurant que la discussion est confidentielle. Par exemple, vous pouvez dire :

Je sais qu'il n'est pas facile de parler d'un sujet aussi intime, mais tout ce dont nous parlons restera confidentiel.



Soyez patient et respectez la capacité de la femme à s'exprimer et à partager des informations sur sa vie intime dans ses propres termes et avec ses propres mots.



NE la forcez **PAS**.



Aidez vos patientes à trouver leurs propres solutions. Ce sont leurs propres souhaits qui doivent déterminer le plan de soins. Il est important que vous respectiez leurs décisions et que vous ne fassiez pas pression sur elles.

8.6.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

NOTE POUR L'ORIENTATION



- *Les soignants ont l'obligation d'adresser les patientes à un autre soignant s'ils estiment que leurs propres limites morales, éthiques ou professionnelles sont dépassées.*
- *En cas de rapports sexuels non consentis ou de violence sexuelle, expliquez qu'il s'agit d'une violation des droits d'une personne et que personne ne mérite d'être traité de cette façon. Si possible, orientez les patientes vers d'autres services.*



IMPORTANT ! *Un conjoint ou un partenaire ne devrait participer à une séance de consultation sur la santé sexuelle que s'il y va de l'intérêt thérapeutique de la patiente et seulement si elle est d'accord.*



ÉVALUER LA

8.7 SANTÉ SEXUELLE ET LE BIEN-ÊTRE SEXUEL DES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF



8.7.1 ENGAGER LA CONVERSATION

Cette étape consiste à « briser la glace » en incitant la patiente à se sentir à l'aise de parler de la santé sexuelle et de la sexualité.

Quand et comment... ?

- 1 Inclure une question sur ces sujets au cours de l'anamnèse de routine vous aidera à repérer les femmes qui pourraient éprouver des difficultés en matière de santé sexuelle. Cela peut se faire lors de n'importe quelle consultation de soins de santé avec votre patiente, qu'il s'agisse de votre premier contact ou d'un contact ultérieur avec elle.
- 2 Insérez la question au milieu d'autres questions de routine, pas à part et pas en la posant en premier lors d'une consultation.
- 3 **Soyez attentif au choix de vos mots et à votre langage corporel** lorsque vous posez des questions sur les expériences sexuelles et la santé sexuelle. Il doit être clair pour votre patiente que vous êtes à l'aise de discuter du sujet et que vous n'êtes pas gêné ; cela contribuera à la mettre à l'aise.



Le fait de fournir de la documentation à lire sur la santé sexuelle, notamment en lien avec les MGF (p. ex. des brochures ou des dépliants placés à un endroit stratégique dans la salle de consultation ainsi que dans la salle d'attente) peut parfois aider les femmes à poser des questions sur leurs problèmes potentiels de santé sexuelle.



Renseignez-vous et rassurez...



4

Commencez par assurer à votre patiente que poser ces questions fait partie de la routine des soins de santé.

Par exemple, vous pourriez dire :

J'interroge toutes mes patientes sur leur santé sexuelle, car celle-ci fait partie de leur santé générale ; est-ce que je peux vous poser quelques questions ?

Je sais que certaines femmes vivant avec des MGF peuvent avoir des problèmes de santé sexuelle ; avez-vous des préoccupations d'ordre sexuel dont vous aimeriez parler ?

Est-ce que vous et votre partenaire éprouvez des difficultés sexuelles ?

5

Posez des questions complémentaires pour vous renseigner un peu plus sur les éventuelles difficultés sexuelles, s'il y a lieu.

Si vous ne comprenez pas parfaitement les termes utilisés par votre patiente pour parler des questions de santé sexuelle, il est préférable de clarifier ce qu'elle veut dire plutôt que de faire des hypothèses.



8.7.2 DISCUTER PLUS EN DÉTAIL

Si votre patiente vous dit qu'elle a des problèmes de santé sexuelle ou qu'elle éprouve des difficultés en matière de santé sexuelle, vous pouvez procéder à un bref interrogatoire pour recueillir ses antécédents de santé sexuelle.

Assurez-vous de poser des questions sur les points suivants.



AVOIR SUFFISAMMENT DE TEMPS *Il ne faut pas précipiter les discussions sur les questions liées à la sexualité. Parfois, plusieurs consultations seront nécessaires. Assurez-vous d'avoir assez de temps pour donner des explications bien claires et répondre à toutes les questions que pourrait se poser la patiente.*

Interrogez... ?

- 1 **Renseignez-vous** sur les facteurs médicaux, socioculturels, psychologiques et interpersonnels qui peuvent avoir une incidence sur la santé et le bien-être sexuels de votre patiente.
 - Utilisez le Tableau 8.1 pour orienter votre discussion et votre évaluation de base.
 - Il peut être approprié de recommander un examen médical ciblé et des tests de laboratoire pour déterminer la cause du problème, si une cause biologique est soupçonnée.

Posez des questions sur des détails spécifiques aux MGF ?

- 2 **Établissez** le type de mutilation sexuelle féminine qui a été pratiqué sur votre patiente. Demandez à votre patiente si elle connaît l'étendue de la mutilation. Pour en savoir plus sur la manière de poser des questions sur les MGF, voir le chapitre 2. → 2
- 3 **Déterminez** si votre patiente a des problèmes de santé éventuellement liés aux MGF qui pourraient avoir un impact sur le fonctionnement sexuel (p. ex. tissu cicatriciel, kystes ou chéloïdes dans la région génitale, infections génitales). Lorsque vous posez des questions sur les problèmes de santé éventuellement liés aux MGF, vous pouvez utiliser des schémas sur les différents types de MGF et les structures anatomiques (voir Figures 8.1, 8.2 et 8.3/Outils de travail I et V).

Renseignez-vous et rassurez...

- 4 Si besoin, **expliquez**-lui qu'un examen gynécologique pourrait vous aider à déterminer le type de MGF qu'elle a et à diagnostiquer toute affection qui pourrait être responsable de ses difficultés sexuelles. Pour plus de détails sur la façon de pratiquer un examen gynécologique, voir les chapitres 3 et 4. → 3 → 4
- 5 Utilisez à nouveau les schémas après l'examen gynécologique externe pour expliquer ce que vous avez trouvé.

Parlez des pratiques d'hygiène intime...

Souvent, ces pratiques ne sont pas abordées lors de l'anamnèse, alors qu'elles peuvent avoir un impact important sur la santé sexuelle des femmes.

- 6 **Demandez** à la patiente à quelle fréquence elle nettoie sa région génitale ; quels produits elle utilise ; et si elle utilise des produits pour rendre sa région génitale « plus sèche » (comme des herbes, de la craie, de l'eau de Javel ou des produits corrosifs pour empêcher la lubrification et garder le vagin « plus resserré » pour le plaisir de son mari ou partenaire). Par exemple, vous pouvez dire :

J'aimerais vous poser quelques questions sur votre hygiène personnelle.

À quelle fréquence lavez-vous vos parties intimes ?

Quels produits utilisez-vous sur votre région génitale et pour quelles raisons

Pour en savoir plus sur l'hygiène correcte de la vulve, voir section 5.3.1 au chapitre 5. → 5

Posez des questions sur les croyances personnelles au sujet de la sexualité ?

- 7 Demandez respectueusement à la patiente quelles sont ses croyances en matière de sexualité. Vous pourriez lui demander :

Que pensez-vous de la sexualité ?

Que dit votre communauté à ce sujet ?

Qu'en dit votre partenaire ?

Avez-vous déjà eu une discussion sur la sexualité en couple et/ou avec un membre de votre famille ?

IMPORTANT ! *Ne jugez pas les croyances personnelles de votre patiente au sujet de la sexualité, même si elles sont incorrectes. Vous pouvez plutôt profiter de l'occasion pour fournir des renseignements factuels, clarifier des renseignements erronés et répondre aux questions que votre patiente pourrait se poser.*

Si vous avez vérifié que votre patiente éprouve en effet des difficultés dans le domaine de la santé sexuelle, vous devrez passer à une phase de  **8.8** en charge (voir section 8.8).



8.8 SOUTIEN ET SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ SEXUELLE POUR LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

Si vous avez établi que votre patiente a des problèmes de santé sexuelle ou éprouve des difficultés d'ordre sexuel, voici quatre étapes simples que vous pouvez suivre pour l'aider à améliorer sa santé et son bien-être sexuels - même si vous n'êtes pas un spécialiste en santé sexuelle.

- 8.8.1 Prendre en charge les problèmes de santé qui peuvent nuire à la santé et au bien-être sexuels de votre patiente**
- 8.8.2 Fournir des informations essentielles sur la santé sexuelle et la sexualité**
- 8.8.3 Se renseigner sur la relation qu'elle entretient avec son mari ou partenaire**
- 8.8.4 Diffuser des idées positives sur la sexualité**



8.8.1 PRENDRE EN CHARGE LES PROBLÈMES DE SANTÉ QUI PEUVENT NUIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE SEXUELS DE VOTRE PATIENTE

Si, au cours de la consultation et de l'examen gynécologique, vous constatez la présence d'affections qui provoquent une obstruction de l'orifice vaginal ou qui pourraient provoquer de la douleur et de l'inconfort sexuel, traitez-les comme il convient ou demandez à la femme de revenir pour recevoir des soins supplémentaires.

Parmi ces affections, on peut citer :

- l'infibulation chez les femmes présentant une MGF de type III (pour en savoir plus sur la façon de dispenser des conseils sur la désinfibulation, voir le chapitre 6) ; ➔ 6
- les kystes douloureux ou obstructifs et les chéloïdes dans la région génitale ;
- les adhérences vulvaires ;
- le névrome clitoridien ;
- les abcès vulvaires ; et
- les infections de l'appareil reproducteur ou urinaire.

Vous trouverez des informations sur les modalités de prise en charge de ces affections aux chapitres 4 et 5 de ce manuel. ➔ 4 ➔ 5



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si nécessaire, orientez-la en vue d'une prise en charge plus approfondie.*



8.8.2 FOURNIR DES INFORMATIONS ESSENTIELLES SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET LA SEXUALITÉ

Les femmes qui vivent avec une MGF ignorent parfois l'impact physique exact de la mutilation sur leur corps ou le type de mutilation sexuelle qu'elles ont subi. Elles peuvent aussi avoir certaines croyances ou fausses informations sur la sexualité qui les empêchent d'apprécier l'aspect sexuel de leur relation avec leur mari ou partenaire. Fournir aux femmes des informations essentielles sur la santé sexuelle et la sexualité, y compris sur leur anatomie et la réponse sexuelle féminine, et les aider à se sentir autorisées à parler de sexualité avec leur mari ou partenaire, peut contribuer de manière substantielle à améliorer la santé et le bien-être sexuels des femmes.

Invitez votre patiente à discuter de ces sujets comme décrit dans les pages suivantes.



QUELQUES OUTILS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE UTILES PENDANT LA CONSULTATION :

- *Des schémas des différents types de MGF (Outil de travail I)*
- *Des schémas étape par étape de la procédure de désinfibulation (Outil de travail III)*
- *Des schémas du clitoris entier (parties externes et internes) (Outil de travail IV)*
- *Un miroir*

ANATOMIE ET RÉPONSE SEXUELLE FÉMININE CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC DES MGF

1 Commencez la conversation en reconnaissant l'impact potentiel des MGF sur la réponse sexuelle de la femme (puisque l'excision altère des tissus génitaux sexuellement sensibles).

Pour que la confiance se développe entre une femme et son soignant, il est important de la mettre à l'aise, d'éviter de porter des jugements et de garantir la protection de la vie privée et la confidentialité.

2 À l'aide d'images (Figures 8.1, 8.2 et 8.3 ou Outil de travail V), expliquez-lui quelles structures anatomiques sont impliquées dans la réponse sexuelle féminine et leur fonction (reportez-vous aux informations des sections 8.2 et 8.3). → 8.2 → 8.3

3 Sur la base des résultats de l'examen gynécologique, **montrez** à votre patiente une illustration du type de MGF qu'elle a subi, et **expliquez** quelles structures génitales ont été excisées ou modifiées.

4 **Montrez**-lui une image du clitoris (Figures 8.2 et 8.3) et expliquez-lui que son clitoris interne est toujours présent sous le tissu cicatriciel et qu'il a le potentiel de lui procurer du plaisir sexuel.

5 **Rappelez**-lui que la réponse sexuelle de la femme est influencée par de nombreux facteurs, pas seulement par l'anatomie ou la biologie (voir Tableau 8.1).

6 Expliquez-lui que certains des facteurs qui influent sur sa santé sexuelle peuvent être modifiés, ce qui pourra contribuer à améliorer son bien-être sexuel. Encouragez-la à identifier et à intervenir sur les facteurs qu'elle peut changer. Par exemple, elle peut :

- demander un soutien psychologique si elle connaît des problèmes de santé mentale comme la dépression ou l'anxiété ;
- demander un traitement adéquat si elle connaît d'autres problèmes de santé ; et
- adopter une approche proactive face aux choses qui peuvent interférer avec les moments d'intimité avec son mari ou son partenaire.

! **7 Encouragez** la femme à utiliser l'approche de résolution de problèmes décrite au chapitre 7 et dans l'Outil de travail IV pour identifier les facteurs qu'elle pourrait changer pour améliorer son bien-être sexuel. → **7**

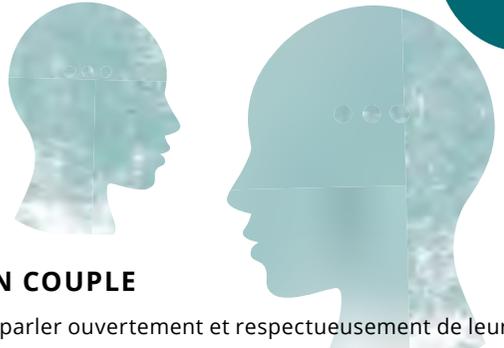
8 S'il y a lieu, discutez de l'hygiène de la vulve avec votre patiente et rappelez-lui qu'une utilisation excessive de produits ou de pratiques d'hygiène intime peut nuire à la protection naturelle du vagin et être source d'inconfort, d'irritation et de douleur dans la région génitale, surtout pendant les rapports sexuels, ce qui peut augmenter le risque d'infections génitales.

9

Si elle souffre d'une sécheresse vaginale sévère, vous pouvez lui suggérer d'utiliser un lubrifiant à base d'eau pendant les rapports sexuels.

N'OUBLIEZ PAS :

Insistez, dans la mesure du possible, sur le fait que les femmes qui vivent avec une MGF sont capables de ressentir du plaisir sexuel.



PARLER DE SEXUALITÉ EN COUPLE

Lorsque les couples apprennent à parler ouvertement et respectueusement de leur sexualité, les deux partenaires peuvent partager leurs attentes, leurs besoins et ce qu'ils aiment ou n'aiment pas. Une bonne communication contribue à améliorer le bien-être sexuel des deux membres du couple et renforce également leur relation.

- 1 Commencez par reconnaître que parler de sexualité peut parfois être difficile dans un couple, mais qu'il est possible d'établir **une bonne communication** si le couple est ouvert à cela.
- 2 Demandez à la femme si elle pense pouvoir parler de sexualité avec son mari ou son partenaire. Si elle pense que c'est possible, vous pouvez **l'encourager** à :
 - trouver un moment où son mari ou son partenaire est détendu, puis amener le sujet de la sexualité dans la conversation ;
 - dire à son mari ou partenaire qu'avoir une bonne relation sur le plan sexuel peut aussi avoir des répercussions positives sur son bien-être sexuel à lui ; et
 - trouver un endroit privé dans la maison (ou ailleurs) où elle et son mari ou partenaire peuvent parler de sexualité, améliorer leur intimité et peut-être pratiquer des choses qu'ils aiment faire comme se toucher, se caresser et s'embrasser.



8.8.3 SE RENSEIGNER SUR LA RELATION QU'ELLE ENTRETIENT AVEC SON MARI OU PARTENAIRE

Dans certains cas, les femmes peuvent être victimes de violence ou de maltraitance dans leur relation. Une vie sexuelle épanouissante et le bien-être sexuel sont pratiquement hors d'atteinte pour une femme qui souffre de violence domestique ou de maltraitance sexuelle, ou qui subit un mariage difficile. Bien qu'il s'agisse d'un sujet délicat, il est essentiel de discuter avec une patiente de ses préoccupations concernant sa relation de couple dans le cadre de la prise en charge de ses difficultés en matière de santé et de bien-être sexuels.

1 Pour amorcer la discussion, vous pourriez lui demander :

Quelle est la qualité de la relation que vous entretenez avec votre mari/partenaire en général ?

Comment vous entendez-vous avec votre mari/partenaire ?

2 Assurez-vous d'écouter attentivement, sans porter de jugement, puis de donner une réponse empathique.

NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si vous soupçonnez ou confirmez que votre patiente est confrontée à un problème de violence, aidez-la à obtenir les renseignements nécessaires et orientez-la vers d'autres services et du soutien social, au besoin.*



IMPORTANT !

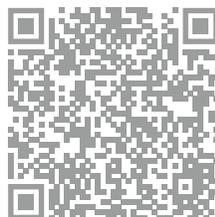
Ne soulevez jamais la question de la violence d'un partenaire à moins que la patiente soit seule.

Si vous la questionnez au sujet de la violence, utilisez un langage pertinent et adapté à la culture et à la communauté dans laquelle vous travaillez (il se peut que certaines femmes n'aient pas les mots « violence » et « maltraitance »). Employez les mots que les femmes elles-mêmes emploient.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des détails sur l'appui de première ligne à fournir en cas de violence exercée par un partenaire intime figurent dans la publication de l'OMS intitulée Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : Manuel clinique (30).





8.8.4 DIFFUSER DES IDÉES POSITIVES SUR LA SEXUALITÉ

Si, au cours de la consultation, vous établissez que votre patiente a certaines croyances sur la sexualité qui peuvent avoir une influence négative sur son bien-être sexuel, vous pouvez faire passer les messages positifs suivants qui pourront contribuer à clarifier ces croyances et à présenter la sexualité sous un jour plus positif (1,31).

- 1 La sexualité est un aspect **important et naturel** de la personne humaine. Ce n'est pas quelque chose de honteux ou de sale.
- 2 Toutes les femmes et tous les hommes ont le **droit** d'accomplir et d'exprimer leur sexualité et de jouir d'une vie sexuelle équilibrée.
- 3 Toutes les femmes, excisées et non excisées, peuvent ressentir de la curiosité pour leur corps, et ressentir le désir d'être caressées et de vivre une intimité physique. Ces sentiments sont tout à fait **sains et naturels**. Le fait d'avoir subi une MGF ne signifie pas qu'une femme ne peut ou ne doit pas les ressentir.
- 4 Les femmes vivant avec des MGF qui éprouvent des difficultés sexuelles peuvent apprendre, avec **un soutien et des soins** appropriés, à mener une vie sexuelle épanouie.
- 5 La façon dont une personne vit sa sexualité évolue et change avec le temps et l'expérience. Beaucoup de choses peuvent être **apprises et pratiquées**, qui peuvent conduire à une amélioration du bien-être sexuel.

N'OUBLIEZ PAS :

Pendant la consultation, prêtez attention aux réactions de la femme. Certaines réagiront avec surprise, d'autres feront écho aux informations dont vous avez discuté en partageant leurs propres expériences, pensées, sentiments et croyances. Respectez les réactions de chaque femme, mais vérifiez toujours que la femme a bien compris ce qui a été discuté. En cas de doute, vous pouvez poser quelques questions sur un sujet bien précis qui a été évoqué. Vous pouvez par exemple lui demander :

Pensez-vous que cette information peut vous être utile ?

Que pensez-vous de ce dont nous avons discuté ?

Voulez-vous que l'on en parle davantage ?

Si la patiente ne répond pas à ces sollicitations, n'insistez pas.
Certaines femmes ont besoin de temps avant de se sentir prêtes à aborder le sujet de la sexualité. Faites savoir à votre patiente qu'elle peut revenir vous voir en prenant un rendez-vous lorsqu'elle sera prête.



8.8.5 EXPLORATION PLUS APPROFONDIE FACULTATIVE DE LA CONSCIENCE ET DU BIEN-ÊTRE SEXUELS DES FEMMES

De temps en temps, il arrive qu'une patiente demande des renseignements supplémentaires sous forme de suggestions concrètes pouvant l'aider à mieux comprendre comment améliorer sa santé et son bien-être sexuels. L'exploration et la pratique de la « conscience sexuelle » peuvent aider la femme à mieux comprendre sa réponse sexuelle, ce qui peut l'aider, elle et son mari ou partenaire, à apprécier leur relation sexuelle. Il s'agit de suivre une démarche permettant d'explorer et de découvrir ses préférences sexuelles : ce qu'elle aime et ce qu'elle n'aime pas pendant l'intimité sexuelle. Voici quelques suggestions que vous pouvez faire à votre patiente si elle le demande.

1

Pour prendre davantage conscience de sa sexualité, une femme peut commencer par explorer ses pensées sur l'intimité sexuelle (« explorer sa tête ») et ses sensations corporelles (« explorer son corps »).

- « **Explorer sa tête** » consiste à découvrir et à identifier son mode de pensée et ses sentiments au sujet de la sexualité. Pour mettre cela en pratique, demandez-lui de réfléchir à l'énoncé suivant plus tard à la maison, lorsqu'elle aura du temps seule : « J'ai un rôle à jouer et la capacité de m'épanouir dans une belle relation sexuelle avec mon mari/partenaire ».
- « **Explorer son corps** » consiste à se familiariser avec ses propres sensations corporelles. Pour mettre cela en pratique, demandez-lui de réfléchir à l'énoncé suivant plus tard à la maison, lorsqu'elle aura du temps seule : « Je peux guider mon mari/partenaire pendant l'intimité sexuelle vers des parties de mon corps où j'aime être touchée, embrassée et caressée. »

2 Une femme peut pratiquer la conscience sexuelle seule et avec son mari ou partenaire.

- **Seule :** Encouragez-la, lorsqu'elle a quelques moments tranquilles à elle, à réfléchir et à identifier ce qu'elle aime pendant l'intimité sexuelle. Cela peut l'aider à être plus consciente de sa réponse sexuelle. Vous pouvez suggérer par exemple :

Pensez à des choses ou à des images auxquelles vous aimez penser avant ou pendant l'intimité sexuelle. Gardez celles-ci à l'esprit pendant l'intimité sexuelle.

Explorez les sensations que vous ressentez lorsque vous touchez doucement différentes parties de votre corps, y compris les bras, le cou ou le ventre et même la région génitale. Essayez de mettre des mots sur ces ressentis.

- **Avec son mari ou partenaire :** Suggérez-lui de trouver des moyens pour communiquer ses préférences à son mari ou à son partenaire pendant l'intimité sexuelle. Vous pouvez dire par exemple :

Utilisez des encouragements verbaux et rassurez votre mari ou votre partenaire pour qu'il sache ce que vous aimez, si vous êtes à l'aise de le faire.

Chaque fois que vous et votre mari ou partenaire commencez à avoir une intimité sexuelle, vous pouvez débiter par des attouchements non génitaux (comme des baisers et des caresses), puis lentement, une fois que vous êtes détendue et à l'aise, vous pouvez passer à des rapports sexuels.



8.8.5 CLÔTURE ET SUIVI

Avant de mettre fin à la séance, vous ferez un bref résumé de ce qui s'est dit et vérifierez si la femme a bien tout compris et si elle a d'autres questions ou demandes à formuler. Demandez à la femme si elle aimerait revenir pour un rendez-vous de suivi afin de discuter plus en détail d'un point ou d'un autre.

Vous pouvez aussi l'inviter à partager avec son mari ou son partenaire ce qu'elle a appris. Vous pouvez dire par exemple :

Les maris/partenaires ont également souvent des incertitudes à propos du plaisir sexuel des femmes. Ils aimeraient souvent en savoir plus. Que diriez-vous d'en parler à votre mari/partenaire ?

N'insistez pas si elle préfère ne pas en parler avec son mari ou son partenaire. C'est à elle d'en décider !



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si des services de santé sexuelle spécialisés sont disponibles, vous pouvez orienter votre patiente en vue d'une thérapie sexuelle plus poussée, si besoin.*

N'OUBLIEZ PAS :

Ne proposer des séances supplémentaires que si :

- *vous vous sentez à l'aise et prêt à dispenser ces séances ;*
- *vous avez le temps de le faire ; et*
- *la femme est disposée à participer à des séances supplémentaires.*

En cas de barrières linguistiques, faites appel si possible à un interprète de sexe féminin certifié (ne demandez pas à un ami ou à un membre de la famille de la femme de traduire).



8.9 CHIRURGIE VULVAIRE ET RECONSTRUCTION DU CLITORIS

Les femmes qui ont subi une MGF n'ont pas toutes besoin d'une chirurgie vulvaire. Cette chirurgie est indiquée pour les femmes qui présentent des complications sévères des MGF, telles que des tissus cicatriciels douloureux et/ou des kystes et chéloïdes symptomatiques qui, en raison de leur taille, provoquent une gêne ou une douleur persistante ou des lésions dans la région génitale ou une gêne ou des douleurs lors des rapports sexuels (voir plus de renseignements dans le chapitre 4). → 4

CHIRURGIE DE RECONSTRUCTION DU CLITORIS

La reconstruction du clitoris est une intervention chirurgicale qui vise à reconstruire les tissus clitoridiens et/ou labiaux des femmes ayant subi une MGF. Les données disponibles indiquent que la chirurgie reconstructrice du clitoris peut atténuer les douleurs clitoridiennes chroniques ainsi que les symptômes de dyspareunie chez les femmes qui ont subi une excision ou une lésion du tissu clitoridien en raison d'une MGF (32). Cependant, il existe peu de preuves quant à la sécurité et à l'efficacité de ce geste chirurgical pour améliorer la santé sexuelle des femmes, certaines d'entre elles voyant les résultats cliniques liés à la sexualité s'aggraver après la reconstruction. Les femmes consultant pour une chirurgie reconstructrice du clitoris devraient en être informées (33).

Des preuves supplémentaires montrent que lorsque les femmes victimes de MGF se voient offrir des soins psychosexuels multidisciplinaires, y compris du conseil sexuel, lorsqu'elles envisagent une chirurgie de reconstruction du clitoris, elles décident souvent de ne pas subir l'intervention et se disent rassurées à la suite de ces conseils (18). Par conséquent, il est important de souligner que le bien-être sexuel des femmes ne passe pas forcément par une intervention chirurgicale et que ce type d'intervention n'est peut-être pas la bonne réponse pour toutes les femmes (34). Si une chirurgie est envisagée, elle devrait l'être dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, incluant des soins médicaux, psychologiques et sexologiques (18,34,35).

Dans le cas des femmes asymptomatiques vivant avec une MGF qui demandent une intervention chirurgicale, la prise en charge de ces cas devrait de préférence commencer par la procédure la moins invasive possible (32).



IMPORTANT ! *La désinfibulation améliore la santé et le bien-être des femmes qui ont subi une MGF de type III, et permet les rapports sexuels (s'ils ne sont pas possibles) et facilite l'accouchement et la miction. Les données montrent également qu'après la désinfibulation, les femmes rapportent une amélioration générale de leur vie sexuelle, une diminution de la douleur pendant les rapports sexuels et même une augmentation du plaisir sexuel (14).*

N'OUBLIEZ PAS :

Les femmes qui vivent avec des MGF et qui éprouvent des difficultés en matière de santé sexuelle peuvent acquérir l'information et les compétences nécessaires pour mener une vie sexuelle satisfaisante et agréable avec l'aide de services d'éducation et de soutien en santé sexuelle.

Bibliographie

1. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/, accessed 27 March 2018).
2. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-healthhuman-rights-law/en/, accessed 27 March 2018).
3. Trudel G. Les dysfonctions sexuelles. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2010.
4. Lopès P, Poudat F-X. Manuel de sexologie. Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson, 2013.
5. Esho T. An exploration of the psycho-sexual experiences of women who have undergone female genital cutting: a case of the Maasai in Kenya. *Facts Views Vis ObGyn*. 2012;4(2):121–32.
6. Berg RC, Denison E. Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Policy*. 2012;9(1):41–56.
7. Mahmoudi O, Hosseini E. Psychosexual complications of female genital mutilation for couples: a comparative study. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2017;20(4):135–40.
8. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown; 1966.
9. Kaplan HS. The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions. New York (NY): Brunner/Mazel; 1974.
10. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):51–65.
11. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi Demicheli F, et al. Sexual anatomy and function in women with and without genital mutilation: a cross-sectional study. *J Sex Med*. 2016;13(2):226–37.
12. Bancroft J. Biological factors in human sexuality. *J Sex Res*. 2002;39(1):15–21.
13. Del Mar Sanchez-Fuentes M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *Int J Clin Health Psychol*. 2014;14:67–75.

14. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *J Sex Med.* 2007;4(6):1666–78.
15. Magied AA, Ahmed SM. Sexual experiences and the psychosexual effect of female genital mutilation (FGM) or female circumcision (FC) on Sudanese women. *Atlantis: A Women's Studies Journal. Feminist Knowledge Network.* 2003;Special Issue 1:25–30 (reproduced with permission; originally published in the *Ahfad Journal*, 2002, vol.19, No.1).
16. Esho T, Enzlin P, Van Wolputte S, Temmerman M. Female genital cutting and sexual function: in search of an alternate theoretical model. *African Identities.* 2010;8(3):221–35.
17. Gruenbaum E. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: research findings, gaps, and directions. *Cult Health Sex.* 2005;7(5):429–41.
18. Antonetti-N'Diaye E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015, 44(9): 862–9.
19. El-Defrawi MH, GalalLotfy, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation and its psychosexual impact. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):465–73.
20. Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slinger TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *Br J Obstet Gynaecol.* 2002;109:1089–96.
21. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, Powell JA. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril.* 2003;79:572–6.
22. Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. *Sex Reprod Menopause.* 2004;2(4):199–203.
23. Sexual health fundamentals: talking with patients about sexuality and sexual health. Association of Reproductive Health Professionals; 2010 (https://www.arhp.org/uploadDocs/SHF_Talking.pdf, accessed 27 March 2018).
24. Farnam F, Pakzohar M, Mirmohamadali M, Mahmoodi M. Effect of sexual education on sexual health in Iran. *Sex Educ.* 2008;8(2):159–68.
25. Beltran L, Fall S, Antonetti-N'Diaye E. Excision: entre clinique et droits humains. *Sexologies.* 2015, 24: 122-7.

26. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe : un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes. Cologne, OMS Bureau régional pour l'Europe et BZgA, 2010.
27. Davis S, Taylor B. From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In: Davis S, editor. *Rehabilitation: the use of theories and models in practice*. Edinburgh: Elsevier; 2006.
28. Rostamkhani F, Ozgoli G, Khoei EM, Jafari F, Majd HA. Effectiveness of the PLISSIT-based counseling on sexual function of women. *Adv Nurs Midwifery*. 2012;22(76):1–9.
29. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. *J Sex Med*. 2014;11(11):2679–89.
30. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle - Manuel clinique Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>, consulté le 27 mars 2018).
31. Mutilations sexuelles – déconstruire les idées reçues. Bruxelles, GAMS Belgique, 2016 (http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC-MGF_Idees-recues_web.pdf, consulté le 27 mars 2018).
32. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/fr/>, consulté le 27 mars 2018).
33. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sorbye IK, Vangen S. Reasons for and experiences with surgical interventions for female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. *J Sex Med*. 2017;14(8):977-90.
34. De Schrijver L, Leye E, Merckx M. A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(4):269–75.
35. Abdulcadir, J, Tille JC, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod Health*. 2017;14:22.



CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES



Après avoir lu ce chapitre, vous devriez être en mesure de :

- *Comprendre quelles sont les normes éthiques pour les professionnels de la santé en ce qui concerne les MGF*
- *Comprendre pourquoi le personnel de santé ne devrait jamais pratiquer de MGF*
- *Reconnaître pourquoi il est important d'avoir des lois qui traitent des MGF*
- *Discuter des lois existantes avec vos patientes*
- *Comprendre ce que l'on entend par « protection de l'enfant » dans le contexte des MGF*
- *Comprendre les principes directeurs de la prestation de soins adaptés aux enfants*
- *Comprendre ce que signifie « l'obligation de signaler les MGF »*
- *Déterminer si une fille court le risque de subir ou a pu subir une MGF*
- *Reconnaître le rôle du personnel de santé dans le processus de demande d'asile pour des motifs liés aux MGF*
- *Fournir des soins aux filles et aux femmes qui ont subi ou risquent de subir des MGF dans des situations de conflit, d'urgence ou de crise humanitaire*

Dans ce chapitre

POINTS ABORDÉS

9.1
L'ÉTHIQUE
PROFESSIONNELLE ET LA
MÉDICALISATION DES MGF



9.2
LES MGF ET
LA LOI



9.3
PROTECTION DE
L'ENFANT ET MGF

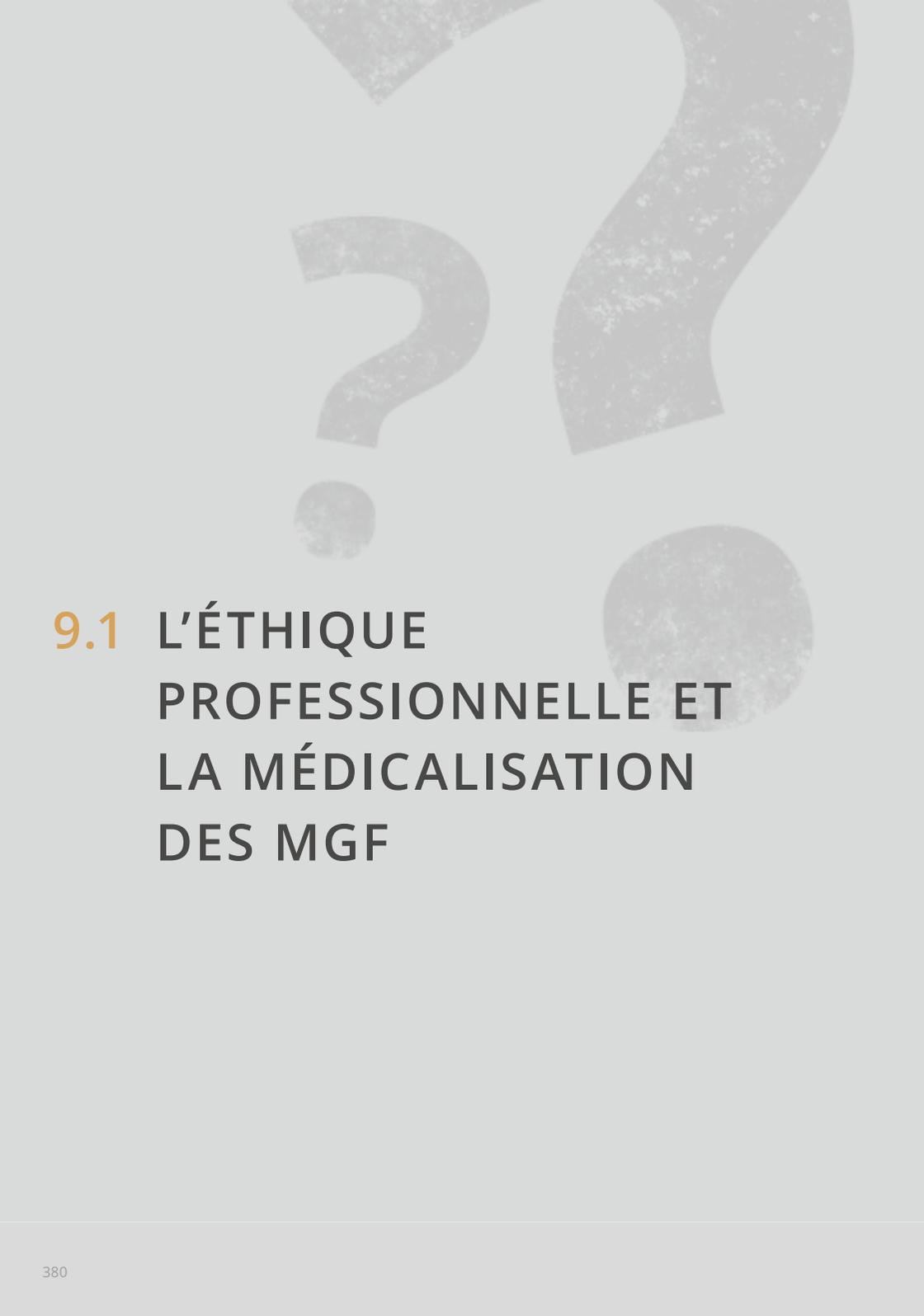


9.4
MGF ET
ASILE



9.5
LES MGF DANS LES
SITUATIONS DE CONFLIT,
D'URGENCE OU
DE CRISE HUMANITAIRE





9.1 L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE ET LA MÉDICALISATION DES MGF



Qu'est-ce que l'éthique professionnelle ?

L'éthique professionnelle est une norme ou un principe moral qui guide la conduite des personnes qui travaillent dans leur profession respective. Pour ceux qui travaillent dans le domaine de la médecine ou des soins de santé, il s'agit par exemple de préserver la confidentialité et de faire preuve de respect à l'égard des patients en tant qu'individus, quelles que soient leur origine culturelle, leur situation socioéconomique ou leur religion (1). L'éthique ne repose pas sur des lois. La plupart des pays ont un organisme de réglementation ou un ordre professionnel qui régit l'exercice de la médecine, des soins obstétricaux et des soins infirmiers, afin de s'assurer que les normes éthiques de chaque profession sont respectées. Au niveau international, des associations telles que le Conseil international des infirmières (ICN) et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) réglementent la pratique des infirmières et sages-femmes.



Médicalisation des MGF : Ce terme fait référence aux situations dans lesquelles les MGF (y compris la réinfibulation) sont pratiquées par une catégorie ou une autre de personnel de santé, que ce soit dans un dispensaire privé ou public, à domicile ou ailleurs, à n'importe quel moment de la vie d'une femme.

Les personnels de santé qui pratiquent les MGF violent-ils leur code d'éthique professionnelle ?

Les MGF pratiquées par du personnel de santé sont contraires aux principes fondamentaux de la déontologie médicale. Lorsque les MGF sont pratiquées par du personnel de santé, on parle aussi dans ce cas de « médicalisation des MGF » ; les soignants qui acceptent de pratiquer les MGF violent le principe ou devoir déontologique fondamental de la médecine, à savoir la non-malfaisance (« ne pas nuire »), et le principe fondamental de dispensation de soins de santé de la meilleure qualité possible (2).



Bienfaisance : Ce mot signifie l'acte de faire le bien ou la qualité d'être bon, gentil ou charitable envers les autres. Dans le cadre médical, il s'agit d'actions qui servent au mieux les intérêts et favorisent le bien-être des patients.



Non-malfaisance : Cela signifie éviter de faire du mal ou de blesser les autres. Dans le domaine médical, ce concept est concrétisé par l'expression « ne pas nuire ».



Si la pratique des MGF constitue une violation de l'éthique médicale professionnelle, pourquoi certains soignants acceptent-ils de pratiquer des MGF ?

Ces dernières années, la proportion d'actes de mutilations sexuelles féminines commis par du personnel de santé qualifié (médecins, infirmières, sages-femmes et autres agents de santé qualifiés) a augmenté. Les partisans de la médicalisation des MGF affirment souvent qu'en faisant pratiquer les MGF par un agent de santé qualifié et/ou en les pratiquant dans un environnement hygiénique dans un établissement de santé, les complications peuvent être réduites. D'autres personnels de santé affirment qu'ils acceptent de pratiquer une MGF lorsqu'on leur en fait la demande parce qu'ils ont le sens du devoir envers la communauté et la culture locale. Pourtant, les MGF ne sont pas sans risque, même lorsqu'elles sont pratiquées dans des conditions stériles, et de plus, l'ablation ou la détérioration de tissus génitaux sains n'apporte aucun bénéfice pour la santé et peut au contraire avoir des conséquences négatives à court et à long terme (3).

Dans certaines communautés, le personnel de santé peut penser que les MGF sont un devoir religieux. Pourtant, il n'y a aucune mention des MGF dans les principaux textes religieux. Qui plus est, dans les communautés pratiquant l'islam, plusieurs éminents savants ont souligné que les quelques hadiths (une parole ou une action attribuée au prophète Mahomet) qui parlent des MGF n'ont pas d'isnâd (chaîne de transmission) authentique et ne sont donc pas fiables comme preuve que les MGF sont un devoir religieux (4).

La prévention des MGF ou la demande d'abandon des MGF constituent-elles une violation du droit d'une fille ou d'une femme de pratiquer sa culture ?

Les MGF sont considérées par le système international des droits de l'homme comme une discrimination fondée sur le sexe et un acte de violence, ainsi que comme une violation des droits de l'enfant lorsqu'elles sont pratiquées sur une fille âgée de moins de 18 ans. La pratique des MGF ne saurait être justifiée par des motifs historiques, traditionnels, religieux ou culturels, parce qu'elle est nocive et violente et qu'elle viole le droit des filles et des femmes à l'intégrité physique.

N'OUBLIEZ PAS : *Le droit de participer à la vie culturelle ne protège pas la pratique des MGF.*

IMPORTANT !

Le personnel de santé ne devrait jamais pratiquer de MGF.

L'OMS, d'autres agences des Nations Unies et des organismes professionnels internationaux tels que l'ICM, l'ICN et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) se sont tous déclarés opposés à la médicalisation des MGF et ont indiqué que les MGF ne devraient jamais, sous aucun prétexte, être pratiquées dans des établissements de santé ou par des professionnels de la santé.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Des détails sur les décisions islamiques relatives aux MGF figurent dans la publication de l'UNICEF, *Excision (MGF) : entre utilisation incorrecte de la science et compréhension erronée de la doctrine* (4).



9.2 LES MGF ET LA LOI

Reconnaissant que les MGF constituent une violation d'un certain nombre de droits humains (voir le chapitre 1 pour en savoir plus sur les droits humains violés par cette pratique), de nombreux pays ont adopté des lois nationales contre les MGF qui en font un acte criminel et donc passible de poursuites judiciaires. Tandis que certains pays ont créé des lois spécifiques interdisant les MGF, d'autres utilisent les lois existantes relatives aux agressions ou à la maltraitance des enfants comme un moyen de criminaliser les MGF. → 1

9.2.1 L'IMPORTANCE DES LOIS SUR LES MGF ET CE QUE LE PERSONNEL DE SANTÉ DOIT SAVOIR

Il est important d'avoir des lois qui pénalisent les MGF pour les raisons suivantes.

- Les lois qui pénalisent les MGF aident les personnels de santé à justifier leur opposition à la pratique et leur donnent une bonne raison de ne pas pratiquer l'intervention, même si on leur en fait la demande.
- Les lois, complétées par des actions d'éducation et de sensibilisation du public adaptées à la culture, peuvent décourager ceux qui souhaitent poursuivre cette pratique, et peuvent mener à son abandon (2).
- Les mesures juridiques aident à soutenir les personnes et leurs familles qui ont abandonné la pratique ou qui souhaitent l'abandonner.
- Les pays qui adoptent, mettent en œuvre et appliquent une législation sur les MGF affirment leur engagement à mettre fin à cette pratique et à défendre les droits humains des filles et des femmes (5).
- Au niveau communautaire, une loi rappelle aux filles, aux femmes et à leur famille que les filles et les femmes ont droit à l'intégrité physique et qu'il existe une protection juridique contre les MGF adaptée et pertinente.

Le personnel de santé devrait connaître les faits suivants au sujet du statut légal des MGF.

- Il peut exister dans le pays des lois applicables, et le personnel de santé doit se tenir informé de ces lois et de leurs implications pour la fourniture de soins de santé.
- Le personnel de santé est tenu d'informer les patientes et leurs familles que les MGF sont une pratique contraire à l'éthique qui ne peut pas être prônée ni pratiquée par les professionnels de la santé.
- Alors que la pratique des MGF est illégale dans de nombreux pays, la fourniture de soins de santé aux filles et aux femmes qui ont subi l'intervention n'est pas illégale ; en fait, elle est nécessaire. Refuser de soigner ces filles et ces femmes peut avoir de graves répercussions négatives sur leur santé et leur bien-être.
- La désinfibulation est une intervention médicalement indiquée pour les filles et les femmes présentant une MGF de type III. Le consentement éclairé de la femme ou, dans le cas d'une mineure, de ses parents ou de son tuteur, doit être obtenu avant de procéder à l'intervention.
- La réinfibulation n'est jamais indiquée d'un point de vue médical. Quelle que soit la législation concernant les MGF ou la réinfibulation dans le pays, tout doit être fait pour décourager la pratique de la réinfibulation. Voir le chapitre 6 pour de plus amples renseignements sur les conseils à prodiguer contre la réinfibulation.  

N'OUBLIEZ PAS :

Les MGF constituent une violation des droits humains dont les filles et les femmes doivent être protégées, qu'un pays ait ou non une loi spécifique interdisant les MGF, y compris dans les endroits où elle est considérée comme une tradition culturellement valorisée.



9.2.2 PARLER DE LA LOI AVEC VOS PATIENTES

Toutes les patientes n'auront pas entendu parler des lois sur les MGF. Les personnels de santé, en tant que membres respectés de la communauté, peuvent saisir l'occasion d'une consultation médicale pour sensibiliser les gens aux MGF et aux éventuelles lois en vigueur pour protéger les filles et les femmes contre les MGF, et pour informer les patientes et leurs familles sur les implications de la violation de ces lois. Cela peut s'avérer particulièrement nécessaire lorsque vous êtes en contact avec l'un ou les deux parents d'une fillette qui risque, d'après vos soupçons, de subir une MGF, ou si vous recevez une demande pour pratiquer une MGF ou une réinfibulation. Dans de telles circonstances, les dispensateurs de soins ont l'obligation professionnelle d'expliquer les lois existantes à la fillette ou à la femme et aux membres de sa famille (6).



IMPORTANT ! *Les personnels de santé sont obligés de se tenir informés de l'existence et du contenu de toute législation interdisant les MGF dans le pays où ils travaillent, et ils doivent respecter la loi et les autres réglementations pertinentes.*

Voici quelques suggestions pour vous aider à discuter de la loi avec vos patientes.

- ✓ Lorsque vous démarrez la consultation, qui peut avoir pour objet n'importe quel problème de santé, **ne commencez pas par discuter directement de la loi sur les MGF avec votre patiente et les membres de sa famille** ; cela pourrait être perçu comme intimidant, ce qui pourrait nuire à la consultation et miner vos rapports avec votre patiente. Tout d'abord, répondez à toutes les préoccupations de santé qui ont amené votre patiente à consulter.
- ✓ Lorsqu'un bon moment se présente pendant la consultation pour soulever la question de la législation sur les MGF, vous pouvez entamer la discussion en demandant à la femme, ou aux parents de la fillette, s'ils savent qu'il existe des lois en vigueur pour protéger les filles et les femmes contre les MGF. S'ils ne le savent pas, utilisez un langage clair et simple pour expliquer ce que disent ces lois et comment elles prévoient de protéger la santé et le bien-être des filles et des femmes.
- ✓ Expliquez que ceux qui enfreignent la loi en prenant part à la décision de pratiquer une MGF peuvent être punis, même si la communauté soutient la pratique.
- ✓ Insistez sur le fait que les soignants qui pratiquent les MGF - et dans certains pays, la réinfibulation - risquent d'être suspendus d'exercice de la médecine et de devoir faire face à des accusations criminelles.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Envisagez de diriger la famille vers des services d'aide juridique pour des renseignements plus détaillés si nécessaire et si possible.*



9.3 PROTECTION DE L'ENFANT ET MGF

Les mutilations sexuelles féminines sont souvent pratiquées sur les jeunes filles et les adolescentes ainsi que sur les nourrissons (7). Bien que les membres des communautés qui soutiennent les MGF ne les considèrent pas comme un acte de violence, cette pratique est considérée comme une forme de violence et une violation des droits d'une fillette et de son intégrité physique. Elle est également considérée comme une violation du droit d'une fille à être protégée, parce qu'elle est pratiquée sur des mineures qui ne peuvent pas donner leur consentement et qui peuvent être incapables de résister ou de refuser cette pratique.



IMPORTANT : *Il est de votre responsabilité de vous tenir au courant des dernières informations sur les réglementations et les services de protection de l'enfance dans le pays où vous travaillez, y compris les éventuelles lignes directrices existantes sur l'orientation vers des services de protection de l'enfance, s'ils sont disponibles.*

9.3.1 SOINS ADAPTÉS AUX ENFANTS

Le personnel de santé a un rôle important à jouer pour protéger les filles contre les MGF et soutenir les parents qui souhaitent abandonner cette pratique. Tous les soignants doivent prendre en compte les besoins et le bien-être des enfants, y compris les soignants qui prennent en charge des patients adultes.

Voici des principes qui doivent vous guider pour dispenser des soins adaptés aux enfants (8).

- ✓ Tous les enfants ont le droit d'être protégés contre la maltraitance et la négligence.
- ✓ Les enfants sont des individus avec des droits - ne pas exercer une discrimination injuste à l'encontre d'un enfant pour quelque raison que ce soit.
- ✓ Toujours approcher les enfants avec beaucoup de sensibilité, en reconnaissant leur vulnérabilité.
- ✓ Ne jamais blâmer l'enfant.
- ✓ Les enfants ont le droit d'être impliqués dans leur propre prise en charge - cela inclut le droit de recevoir des informations adaptées à leur niveau de maturité et de compréhension, le droit d'être entendus et le droit de participer aux décisions importantes les concernant, en fonction de leur capacité de développement.

9.3.2 OBLIGATION DE SIGNALER LES MGF

L'obligation de signaler les MGF signifie que les dispensateurs de soins doivent signaler à un organisme approprié (tel que les services de protection de l'enfance, les services sociaux ou la police) si, au cours de l'exercice de leur profession, ils soupçonnent ou confirment qu'une fille âgée de moins de 18 ans :

- ✓ court le risque de subir une MGF, ou
- ✓ a subi une MGF.



Protection de l'enfant : Comprend des mesures visant à prévenir la violence, l'exploitation ou la maltraitance des enfants et à y répondre, y compris les pratiques traditionnelles préjudiciables, telles que les MGF et le mariage des enfants. La protection de l'enfance exige que les enfants vivent à l'abri de la violence et de la discrimination (7).



Obligation de signalement : Dans certains pays, le signalement des MGF est une obligation, ce qui signifie que le personnel de santé est légalement tenu de signaler si une fille de moins de 18 ans risque de subir une MGF ou a subi une MGF.

N'OUBLIEZ PAS :

En procédant au signalement, vous ne prenez pas la décision finale sur la meilleure façon de protéger une fille ; c'est le rôle des services à l'enfance de l'autorité locale et, au bout de compte, des tribunaux.

Même s'il s'avère finalement que la fille n'est pas menacée d'excision, le signalement sera justifié tant que vos inquiétudes sont honnêtes et raisonnables (8).



IMPORTANT : *Vous n'avez pas besoin d'être certain qu'une fille est exposée au risque de MGF pour faire un signalement. Si vous soupçonnez qu'une fille risque d'être victime d'une MGF ou qu'elle souffre en raison d'une MGF, les conséquences négatives potentielles de ne pas signaler cette information seront, dans la grande majorité des cas, beaucoup plus graves que tout préjudice causé par le fait de partager vos inquiétudes (8).*

9.3.3 REPÉRER LES FILLES EXPOSÉES AU RISQUE DE MGF

Comment puis-je savoir si une fille risque de subir ou a récemment subi une MGF ?

Les dispensateurs de soins doivent impérativement connaître les signes physiques, psychologiques et comportementaux possibles qui peuvent être présents chez une fille qui a subi une MGF ou une fille risquant d'être victime de cette pratique. Vous devez également savoir où orienter la fille si un examen est nécessaire pour évaluer son état de santé et ses autres besoins.

SIGNES INDIQUANT QU'UNE FILLE POURRAIT ÊTRE EXPOSÉE AU RISQUE DE MGF

- Elle ou un frère ou une sœur vous demande de l'aide ; un parent ou un autre membre de la famille vous dit qu'il se peut qu'une MGF soit pratiquée sur la fille ; ou la fille vous informe qu'elle doit subir une « intervention spéciale » ou qu'elle doit être « reconnue comme femme » ou qu'elle va « devenir comme ma sœur ou ma mère ».
- Il y a suspicion ou connaissance d'un mariage forcé. En plus de traiter ce cas, il convient également de faire attention au risque de MGF dès lors que la fille vient d'une communauté qui pratique traditionnellement les MGF.
- Il y a eu des échecs répétés pour amener la fille à se présenter aux services de santé et de protection sociale ou à collaborer avec ces services (par exemple pour se rendre à des rendez-vous de soins de santé), ou la mère de la fille est très réticente à l'idée de soumettre sa fille à un examen gynécologique.
- Elle est retirée de l'école pour permettre des vacances prolongées, ou elle parle d'un voyage prévu à l'étranger ou dans la communauté de sa famille où les MGF sont largement pratiquées.

- ✓ Son père ou sa mère, ou les deux, sont issus d'une communauté ou d'un groupe ethnique connu pour pratiquer les MGF.
- ✓ Vous entendez mentionner une MGF au cours d'une conversation par la jeune fille, les membres de sa famille ou ses amis proches.
- ✓ Sa sœur, sa mère ou sa cousine d'un âge similaire ont été excisées.
- ✓ Ses parents expriment des opinions qui soutiennent la pratique.
- ✓ Si une femme qui vient d'accoucher (et/ou son mari ou un autre membre de sa famille) demande qu'elle soit réinfiltrée après l'accouchement, son bébé peut également courir le risque de subir une MGF, si ce bébé est une fille.

SIGNES INDIQUANT QU'UNE FILLE PEUT RÉCEMMENT AVOIR SUBI UNE MGF (9)

- Elle a du mal à marcher, à s'asseoir ou à se tenir debout.
- Elle passe plus de temps que d'habitude aux toilettes et a des difficultés à uriner.
- Elle a des problèmes vésicaux ou menstruels fréquents et/ou inhabituels.
- Elle revient après une longue absence de l'école, en présentant des changements d'humeur ou de comportement (par exemple, elle est repliée sur elle-même ou déprimée).
- Elle est particulièrement réticente à l'idée de se soumettre à des examens médicaux normaux.
- Elle a demandé de l'aide ou des conseils, mais n'a pas été explicite au sujet des MGF, par embarras ou par peur.

ENCADRÉ 9.1

Plan de sécurité pour les filles exposées au risque de MGF : création d'un répertoire local des services de protection de l'enfance

En tant que soignant, afin de protéger comme il se doit les filles exposées au risque de MGF, il est de votre devoir de vous renseigner sur les éventuelles réglementations existantes en matière de signalement des MGF (et sur les directives et protocoles professionnels en rapport), ainsi que sur tout service d'aide à l'enfance existant. Même dans les structures où des règlements, des protocoles et des services officiels ne sont pas disponibles, vous pouvez créer un répertoire local de tous les services connus de protection et de soutien de l'enfance. Dans ce répertoire, il devrait y avoir :

- *le type de service proposé*
- *le nom et l'adresse de l'institution fournissant le service*
- *le(s) nom(s) et les coordonnées de contact de la ou des personnes responsables*
- *les heures et les jours d'ouverture.*

9.3.4 EXAMEN MÉDICAL D'UNE FILLE RISQUANT DE SUBIR OU AYANT SUBI UNE MGF

L'examen médical d'une fille (c'est-à-dire une mineure âgée de moins de 18 ans) qui risque de subir ou a subi une MGF doit être effectué conformément aux procédures nationales de protection de l'enfance et conformément à la réglementation ou aux normes médicales nationales. Normalement, cet examen sera réalisé par un professionnel médical ou médico-légal spécialisé, tel qu'un personnel de santé ayant une formation médico-légale ou un médecin légiste, qui a de l'expérience dans les cas de MGF. Avant de procéder à l'examen, il faut toujours obtenir le consentement éclairé de la fille et de ses parents/tuteurs légaux, ou des autorités nécessaires (10).



IMPORTANT ! *Veillez vous référer à l'organe qui règlemente votre profession et au ministère ou département de la santé du pays pour connaître les règles et règlements concernant le signalement et l'enregistrement des cas connus ou présumés de MGF dans le pays où vous travaillez.*



9.4 MGF ET ASILE

Cette section a pour but de fournir des informations au personnel médical travaillant dans des pays qui accueillent des personnes présentant une demande d'asile fondée sur les MGF. Les demandes peuvent être présentées par les parents au nom de leurs filles, et par les filles et les femmes adultes en leur propre nom.

Les MGF sont reconnues comme une violation des droits humains par les lois internationales et régionales sur les droits de la personne, et constituent une forme de violence fondée sur le genre qui inflige de graves préjudices, tant mentaux que physiques, aux filles et aux femmes. Elles sont également considérées comme une forme de persécution en vertu de la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés (11). En outre, les MGF violent le droit de l'enfant d'être protégé contre les pratiques néfastes. Ainsi, une personne peut demander l'asile et obtenir le statut de réfugié si elle est susceptible d'être soumise à une MGF ou si elle a été forcée de subir l'intervention. Un parent peut également demander l'asile pour une fille exposée au risque de MGF (12).

9.4.1 DEMANDER L'ASILE POUR DES MOTIFS LIÉS AUX MGF

La demande d'asile pour des motifs liés aux MGF est possible dans différentes situations. Ceux qui peuvent être en mesure de demander l'asile pour ces motifs comprennent (11,12):

- ✓ les filles (non accompagnées ou séparées de leur famille) et les femmes qui cherchent à se protéger d'une menace de MGF ;
- ✓ les filles et les femmes qui ont déjà subi une MGF et qui cherchent à se faire désinfibuler ou à se protéger contre une réexcision ou une réinfibulation à l'occasion d'un mariage ou à l'accouchement ;
- ✓ les femmes vivant avec une MGF qui ont subi une chirurgie de reconstruction génitale ou une désinfibulation (souvent à l'étranger) et qui craignent d'être à nouveau excisées ou réinfibulées si elles retournent dans leur pays d'origine ;
- ✓ les parents qui cherchent une protection internationale pour protéger leurs filles contre les MGF ;
- ✓ les femmes qui subissent des pressions de la part de leur famille et/ou de leur communauté dans leur pays d'origine pour exciser leurs filles, mais qui refusent de le faire ; et
- ✓ les militants (femmes et hommes) qui sont persécutés pour leurs opinions et leur engagement à mettre fin aux MGF dans leur pays d'origine.

9.4.2 RÔLE DU PERSONNEL DE SANTÉ DANS LES DEMANDES D'ASILE

Dans le monde globalisé d'aujourd'hui, les dispensateurs de soins dans divers contextes peuvent se trouver face à des patientes qui ont subi ou risquent de subir une MGF, et qui demandent l'asile au motif de cette pratique. C'est le rôle du personnel de santé de fournir un soutien et des soins à ces demandeurs d'asile et, très important, d'identifier les filles et les femmes vulnérables très tôt. Pourtant, il existe un certain nombre d'obstacles qui empêchent de bien répondre aux vulnérabilités et aux besoins de protection spécifiques de ces femmes et de ces filles. En particulier, la communication et la divulgation d'informations peuvent être très difficiles, entravées par les obstacles énumérés dans l'Encadré 9.2.

Obstacles à la communication dans le contexte des demandes d'asile

-  Souvent, les nouveaux demandeurs d'asile ne parlent pas la langue du pays où ils se trouvent.
-  Les MGF sont généralement un sujet tabou dont beaucoup de filles et de femmes ne veulent pas parler, ou dont elles se sentent extrêmement mal à l'aise de parler, car il peut s'agir de révéler une expérience traumatisante ou une expérience qu'elles considèrent honteuse et qu'elles veulent cacher.
-  Les filles et les femmes peuvent avoir des difficultés à aborder le sujet des MGF en raison de leur méfiance à l'égard des figures d'autorité et/ou du manque d'éducation.
-  Elles peuvent également souffrir d'un état de stress post-traumatique (ESPT) ou d'autres problèmes ou troubles de santé mentale.
-  Certaines filles et femmes qui demandent l'asile ne voient pas les MGF comme une violation de leurs droits et n'ont pas conscience de l'impact des MGF sur leur santé.
-  Les personnels soignants des pays d'accueil ne connaissent souvent pas bien les MGF, ni la procédure de demande d'asile. Cette méconnaissance peut les conduire à avoir des idées préconçues erronées, comme croire que les MGF ne sont pas un problème pour ces filles et ces femmes (ou familles) parce que cette pratique fait partie de leur culture, ou que les parents éduqués devraient être en mesure de protéger leurs filles contre cette pratique (12).

Pour surmonter ces obstacles, une des étapes essentielles consiste à veiller à ce que les personnels soignants soient bien informés sur les MGF et la procédure de demande d'asile dans le pays où ils travaillent. Lorsque vous dispensez des soins de santé aux demandeurs d'asile, en tant que soignant, vous devez impérativement vous assurer de faire ce qui suit (12,13).

- 1 Tenez-vous bien informé des conséquences des MGF sur la santé et du statut légal de l'intervention dans le pays d'accueil, et discutez-en avec votre patiente.** Vous aiderez ainsi les filles et les femmes à comprendre qu'elles ont été (ou risquent d'être) victimes de violence, ce qui peut leur donner un motif pour solliciter une protection au titre de l'asile. Cela pourra également aider à éviter les MGF chez d'autres membres de la famille.
- 2 Informez de ses droits la femme qui demande l'asile** – le droit de demander des soins médicaux et de santé mentale appropriés et le droit de demander l'asile en tant que victime ou victime potentielle de violence fondée sur le genre.
- 3 Donnez à la femme qui demande d'asile des informations sur la procédure d'asile dans une langue qu'elle peut comprendre,** car la procédure est quelque chose de nouveau pour la plupart d'entre elles, et de très complexe. Comprendre la procédure d'asile les préparera à devoir témoigner devant les autorités compétentes - une étape importante de la procédure d'asile.
- 4 Faites appel à des interprètes qualifiés, si nécessaire – de préférence des femmes** – qui peuvent fournir une traduction fidèle au cours de la consultation. Voir chapitre 2. → 2



5 Lorsque vous devez prescrire un traitement, prenez connaissance de la liste des médicaments ou des actes chirurgicaux effectivement couverts par les autorités d'asile du pays où vous travaillez. Les traitements qui ne sont pas considérés comme essentiels et urgents ne sont généralement pas remboursés.

6 Lorsque vous vous occupez d'une enfant non accompagnée qui sollicite une protection au titre de l'asile, assurez-vous que les techniques d'entretien et l'évaluation de la crédibilité sont adaptées à une mineure. Si nécessaire, adressez l'enfant à des professionnels spécialisés.



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si vous ne pouvez pas assurer sa prise en charge, adressez la fille ou la femme à un professionnel de la santé qui est en mesure de fournir des soins médicaux ou psychologiques et un traitement appropriés, au besoin.*

7 Tenez-vous informé des services existants qui offrent des conseils juridiques aux immigrés, et orientez les filles et les femmes vers ces services. Les spécialistes de l'immigration seront en mesure d'expliquer plus en détail la manière dont les arguments en faveur de l'asile en lien avec les MGF doivent être présentés. Cela dépendra des règles et des règlements à l'appui des lois de chaque pays sur l'immigration.

9.4.3 EXAMENS MÉDICAUX ET CERTIFICATS MÉDICAUX EN LIEN AVEC LES MGF

EXAMEN MÉDICAL

Dans certains cas, il peut être nécessaire de procéder à un examen médical, incluant un examen gynécologique, avec le consentement de la patiente, pour évaluer les problèmes de santé physique liés aux MGF afin de fournir un traitement et des soins adéquats. Les dispensateurs de soins devront savoir que les renseignements recueillis peuvent être exigés à titre de preuve médicale dans le cadre de la procédure d'asile.



DANS LE CAS DES ENFANTS

Une attention particulière doit être accordée aux enfants (filles) qui pourraient demander l'asile pour des motifs liés aux MGF. Comme indiqué à la section 9.3.2, les dispensateurs de soins doivent signaler à une autorité de protection de l'enfance compétente s'ils soupçonnent ou confirment qu'une fille est exposée au risque de subir ou a subi une MGF. Il est important de noter que l'aspect d'une vulve normale chez les filles prépubères peut conduire à un faux diagnostic de MGF si le soignant n'est pas habitué à examiner les enfants. Dans certains pays, seuls les médecins ou les pédiatres ayant une formation médico-légale ou les médecins légistes peuvent délivrer des certificats médicaux relatifs aux MGF pour les filles de moins de 18 ans (voir section 9.3.4 pour de plus amples informations sur l'examen des filles).



Les renseignements suivants seront consignés pendant l'examen :

- ✓ **description des organes génitaux externes et du type de MGF identifié, à l'aide de la classification de l'OMS ;**
- ✓ **toute autre cicatrice sur le périnée ou à l'intérieur des cuisses (p. ex. brûlures de cigarettes) ;**
- ✓ **toute complication de santé liée aux MGF ;**
- ✓ **tout problème médical supplémentaire constaté au cours de l'examen gynécologique.**

Ces renseignements devront être inclus dans un certificat médical s'il y a lieu (voir page suivante).



NOTE POUR L'ORIENTATION : *Si la fille ou la femme a été victime de torture et a plusieurs cicatrices sur le corps, adressez-la à un médecin ou à un autre professionnel de la santé (p. ex. une infirmière) ayant une formation médico-légale ou à un médecin légiste pour un examen plus poussé (14).*

PRÉPARER UN CERTIFICAT MÉDICAL EN LIEN AVEC UNE MGF

Certaines autorités qui gèrent les requêtes des demandeurs d'asile fourniront aux professionnels de la santé des formulaires médicaux qui doivent être remplis conformément à leurs instructions spécifiques et leur être renvoyés pour traitement. Cependant, il arrive parfois que de tels formulaires médicaux n'existent pas, et que le professionnel de la santé doive préparer un certificat médical (c'est-à-dire une lettre officielle signée et tamponnée contenant les informations énumérées à la page précédente) et envoyer celui-ci aux autorités. Dans ce cas, il est important d'inclure les détails énumérés à la page précédente, qui auront été notés lors de l'examen médical ; cela aide à caractériser les MGF comme une forme continue de persécution (15).



Dans le cas des filles et des jeunes femmes qui demandent à être protégées contre les MGF, les autorités d'asile peuvent demander un certificat médical attestant l'intégrité de leurs organes génitaux externes. L'examen médical d'une fille à de telles fins devrait toujours être effectué conformément aux procédures nationales de protection de l'enfance et conformément à la réglementation ou aux normes médicales nationales (voir la section 9.3.4 pour de plus amples informations sur l'examen des filles). → 9.3

Un rapport psychologique décrivant les conséquences psychologiques des MGF (qui sont souvent associées à d'autres formes de violence) peut venir étayer le certificat médical. Ces documents seront préparés par un professionnel formé pour dispenser des soins psychologiques.



9.5 LES MGF DANS LES SITUATIONS DE CONFLIT, D'URGENCE OU DE CRISE HUMANITAIRE

Le personnel de santé travaillant dans des situations de conflit, d'urgence ou de crise humanitaire peut se trouver en contact avec des communautés ou des populations déplacées qui pratiquent les MGF. Dans ces situations, on peut également rencontrer des personnes ou des groupes déplacés issus de communautés qui ne pratiquent normalement pas les MGF, mais qui ont commencé à y recourir après avoir migré vers des régions où elles sont pratiquées.

DISPENSER DES SOINS DE SANTÉ DANS LES SITUATIONS DE CONFLIT, D'URGENCE OU DE CRISE HUMANITAIRE

Dans ces situations, assurez-vous que les services de santé :

- ✓ se trouvent idéalement à distance de marche de l'endroit où vivent les communautés, et dans un endroit sûr ;
- ✓ sont ouverts et disponibles aux heures de la journée où les filles et les femmes peuvent s'y rendre ;
- ✓ comportent un espace privé pour les consultations et les examens ; et
- ✓ disposent d'interprètes ou ont accès à d'autres dispositions pour surmonter les obstacles liés à la langue et à la communication (pour de plus amples informations sur le travail avec les interprètes, voir le chapitre 2). → 2

NOTE CULTURELLE



Soyez conscient de l'existence de possibles contraintes culturelles, telles que le fait que les filles qui ne sont pas mariées ou qui ont moins d'un certain âge peuvent ne pas être autorisées à accéder aux services de santé reproductive, ou le fait que leur présence dans ces services (si d'autres la constatent) peut faire l'objet de remarques ou de critiques et avoir des conséquences négatives pour elles. L'organisation de séances d'information sur la santé reproductive dans les écoles peut contribuer à surmonter ces obstacles pour les filles adolescentes.

COMMENT LE PERSONNEL DE SANTÉ DANS LES SITUATIONS DE CONFLIT, D'URGENCE ET DE CRISE HUMANITAIRE PEUT MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES FILLES ET LES FEMMES QUI ONT SUBI DES MGF (16)

- 1 Informez-vous, ainsi que les autres membres du personnel de santé, sur la question de savoir si les MGF sont pratiquées ou non par les communautés locales et déplacées.** Il est important que vous connaissiez des détails tels que le type le plus courant de MGF, l'âge typique de l'excision et la prévalence estimée de la pratique.
- 2 Informez-vous sur les lois locales relatives aux MGF et sur vos obligations en matière de signalement en tant que soignant, en vertu de ces lois.** Voir la section 9.3.2 pour plus d'informations sur l'obligation de signaler les MGF. → 9.3
- 3 Si possible, familiarisez-vous avec les protocoles locaux de prise en charge des MGF, et assurez-vous qu'ils sont disponibles pour toute l'équipe médicale.**
- 4 S'il n'existe pas de protocoles et de directives sur les MGF, identifiez d'autres soignants qui ont de l'expérience dans la prise en charge des filles et des femmes victimes de MGF et réfléchissez à la possibilité d'organiser un atelier ou une séance d'information pour l'équipe médicale** en utilisant les informations contenues dans ce manuel afin de leur apprendre les besoins sanitaires fondamentaux de cette population et la manière d'améliorer la qualité des soins.
- 5 Veillez à ce que le statut des filles et des femmes vis-à-vis des MGF et leur type de MGF soient systématiquement enregistrés dans leurs dossiers médicaux.**



N'OUBLIEZ PAS :

Toutes les recommandations sur le traitement, les soins et la protection contre les MGF fournies dans ce manuel s'appliquent dans les situations de conflit, d'urgence et de crise humanitaire, tout comme dans d'autres contextes.

Bibliographie

1. 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/fr/, consulté le 15 mars 2018).
2. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (UNCEA), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour les femmes (UNIFEM), Organisation mondiale de la Santé (OMS). Éliminer les mutilations sexuelles féminines - Déclaration interinstitutions : HCDH, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/>, consulté le 15 mars 2017).
3. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/fr/>, consulté le 15 mars 2018).
4. Excision (MGF) : entre utilisation incorrecte de la science et compréhension erronée de la doctrine. Résumé exécutif. Le Caire, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2013 (https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/MGF_Entre_utilisation_incorrecte_de_la_science_et_comprehension_erronee_de_la_doctrine.PDF, consulté le 15 mars 2018).
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour les femmes (UNIFEM), Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Conseil international des infirmières (ICN), Institute of Medicine (IOM), Association internationale des femmes médecins (MWIA), Confédération mondiale de physiothérapie (WCPT), World Medical Association (WMA). Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/fr/, consulté le 15 mars 2018).

6. Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York (NY): Research, Action, and Information Network for Bodily Integrity of Women (RAINBO); 1999.
7. Fiches d'information sur la protection de l'enfant. New York (NY), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2006 (https://www.unicef.org/french/publications/files/Fiches_d_information_sur_la_protection_de_l_enfant.pdf, consulté le 15 mars 2018).
8. Protecting children and young people: the responsibilities of all doctors. Manchester, United Kingdom: General Medical Council; 2012 (https://www.gmc-uk.org/Protecting_children_and_young_people___English_1015.pdf_48978248.pdf, accessed 15 March 2018).
9. Female genital mutilation: a guide for health care professionals. York, United Kingdom: National Health Service (NHS) England – Yorkshire and the Humber; 2016 (<https://www.england.nhs.uk/north/wp-content/uploads/sites/5/2016/01/fgm-hp-guide.pdf>, accessed 15 March 2018).
10. Regional guidelines on collaboration between actors involved in cases of child victims and child witnesses of crime. Application of protective measures for child victims/witnesses of crime involved in criminal proceedings. Amman, Jordan: UNICEF Regional Office for the Middle East and North Africa; 2017 (<https://www.unicef.org/mena/reports/guidlinescollaboration-between-actors-involved-cases-child-victims-and-witnesses-crime>, accessed 20 March 2018).
11. Division de la protection internationale, Section de la politique de protection et des conseils juridiques. Note d'orientation sur les demandes d'asile relatives aux mutilations génitales féminines. Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), 2009 (<http://www.refworld.org/docid/4a0c28492.html>, consulté le 15 mars 2018).
12. Novak-Irons F, Flamand C, Foldes P, Martz F, Petitpas E, Nelles J, et al. Les MGF et l'asile en Europe. Oxford, Royaume-Uni, Centre d'études sur les réfugiés, 2015 (FMR 49 ; <http://www.refworld.org/docid/5566c7f74.html>, consulté le 15 mars 2018, version française consultable à l'adresse <https://www.intact-association.org/images/analyses/MGF.pdf>).
13. FGM in EU asylum directives on qualification, procedures and reception conditions. END FGM Network Guidelines for Civil Society. End FGM European Network; 2016 (http://www.endfgm.eu/editor/files/2017/03/End_FGM_Asylum_Guide.pdf, accessed 15 March 2018).
14. Protocole d'Istanbul. Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Série sur la formation professionnelle N°8 Rév.1 Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), 1999 (<https://www.refworld.org/docid/4638aca62.html>, consulté le 15 mars 2018).

15. Nowak M. Promotion et protection de tous les droits de l'homme, civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement : Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Genève, Conseil des droits de l'homme, 2008 (A/HRC/7/3 ; <http://www.refworld.org/docid/47c2c5452.html>, consulté le 15 mars 2018).
16. Groupe de travail du Comité permanent interorganisations sur les sexospécificités et l'intervention humanitaire. Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Genève, Comité permanent interorganisations , 2005 (<https://www.refworld.org/docid/439474c74.html>, consulté le 15 mars 2018).

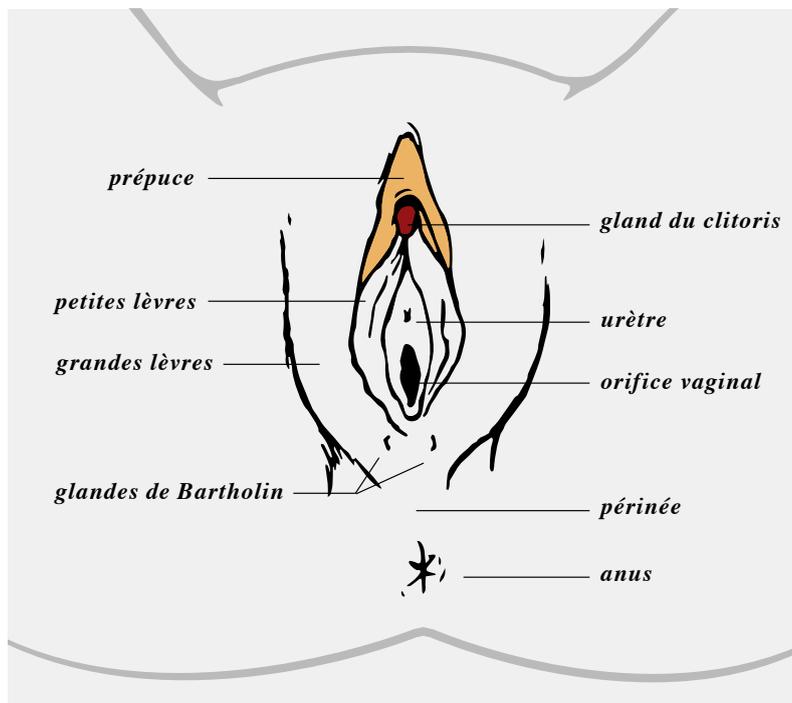
CLASSIFICATION DES MGF

L'OMS classe les MGF en quatre types, tels qu'indiqués sur les schémas suivants.



TYPE I

Ablation partielle ou totale du gland du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)

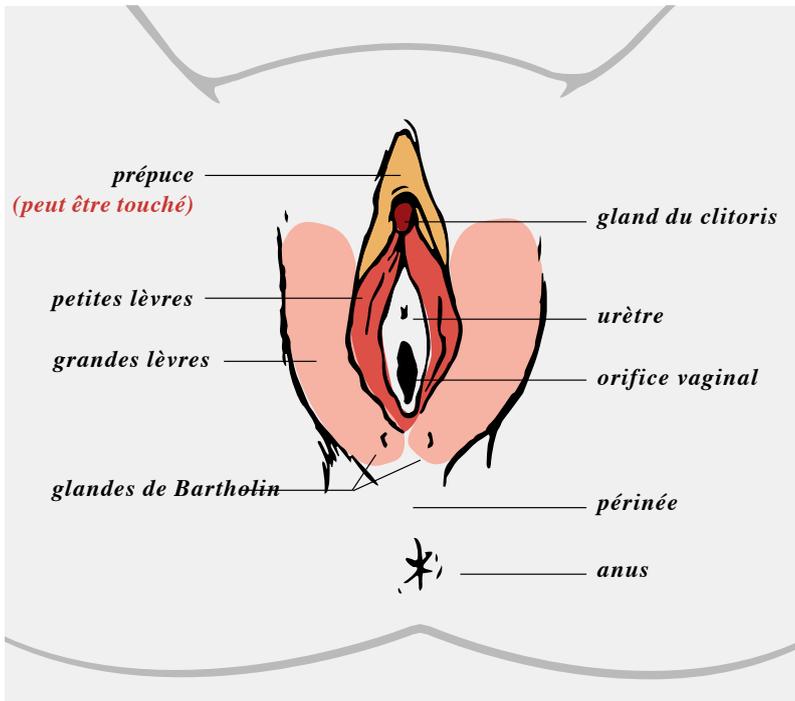


■ **Type Ia** : ablation du prépuce/capuchon clitoridien (circoncision)

■ + ■ **Type Ib** : ablation du gland du clitoris et du prépuce (clitoridectomie)

TYPE II

Ablation partielle ou totale du gland du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)



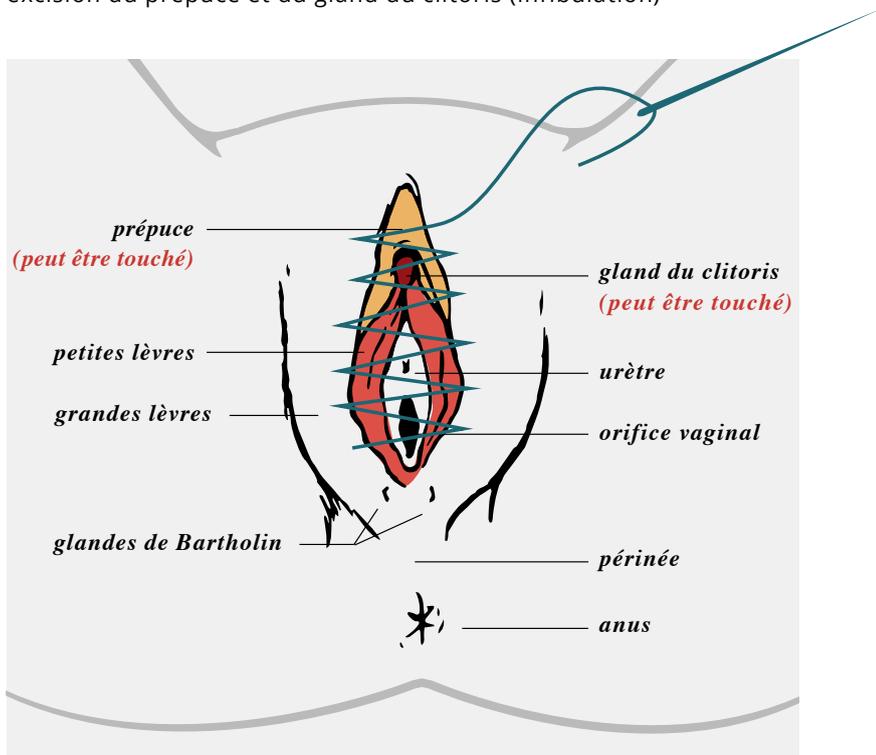
Type IIa : ablation des petites lèvres uniquement

Type IIb : ablation partielle ou totale du gland du clitoris et des petites lèvres (*le prépuce peut être touché*)

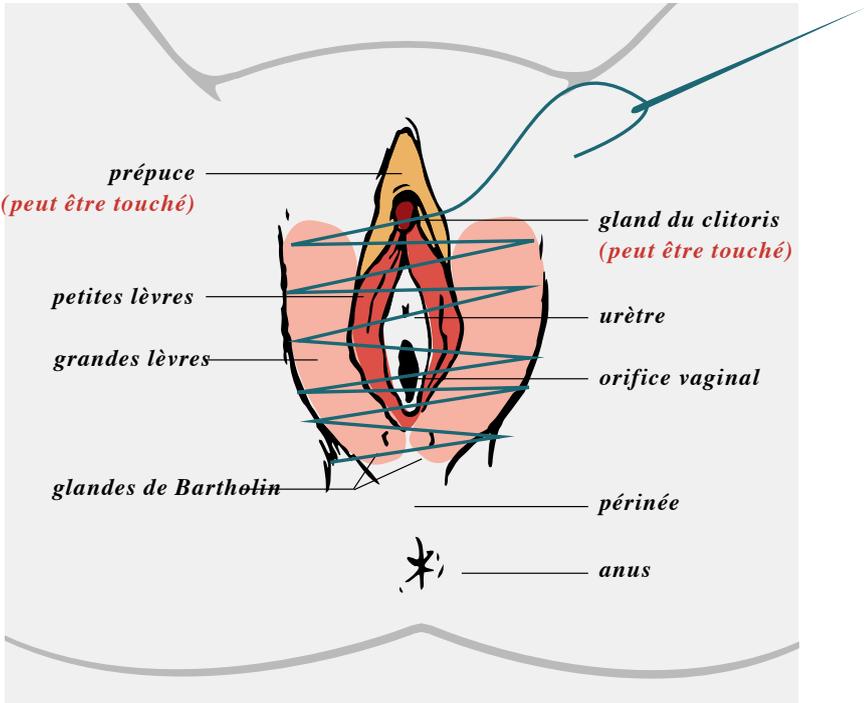
Type IIc : ablation partielle ou totale du gland du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres (*le prépuce peut être touché*)

TYPE III

Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du prépuce et du gland du clitoris (infibulation)



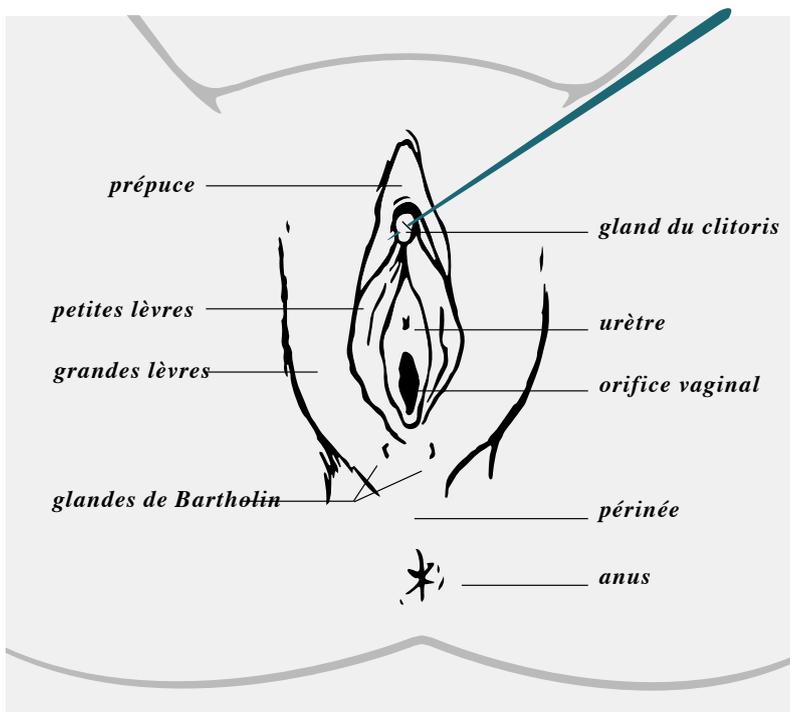
Type IIIa : ■ + ■ + ■ + accolement des petites lèvres



Type IIIb : ■ + ■ + ■ + ■ + accollement des grandes lèvres

TYPE IV

Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non médicales, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation



ENREGISTREMENT VISUEL DES MGF

L'identification et l'enregistrement des MGF peuvent parfois être difficiles, notamment lorsque l'ablation génitale d'une fille ou d'une femme ne ressemble pas exactement à ce qui est décrit dans la typologie de l'OMS.

Si après avoir pratiqué un examen gynécologique, vous n'arrivez pas à déterminer exactement quel type de MGF votre patiente a subi, vous devez au moins inscrire qu'elle a subi une MGF (autrement dit, ses organes génitaux ne sont pas intacts, comme illustré à la Figure 1), et décrire les structures anatomiques qui ont été enlevées ou lésées.

Les Figures 1-6 sont des exemples de schémas faits à la main qui illustrent certains types de MGF. Gardez à l'esprit que certaines filles ou certaines femmes peuvent présenter différentes formes de MGF et par conséquent, vous devez toujours faire vos propres croquis pour les mettre dans le dossier médical de la patiente, basés sur les résultats de l'examen gynécologique. Toutes les structures atteintes doivent être notées.



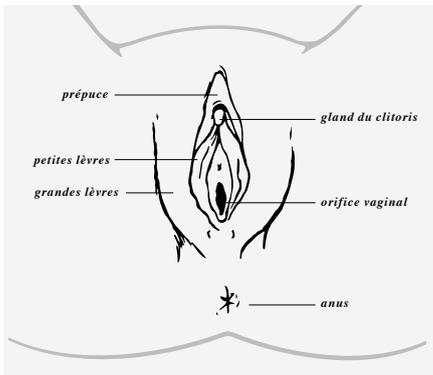


Figure 1 Représentation d'organes génitaux intacts

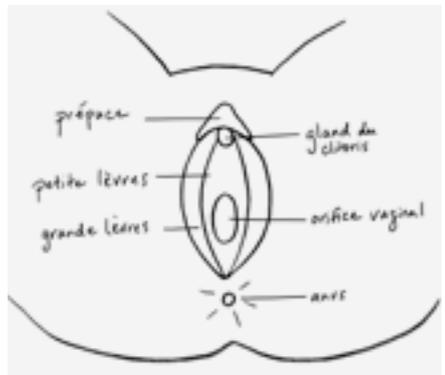


Figure 2 Dessin d'organes génitaux intacts

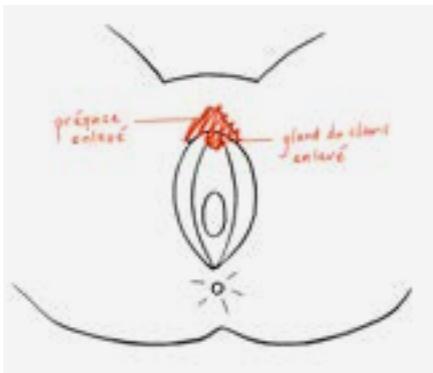


Figure 3 Type I : prépuce et gland du clitoris enlevés

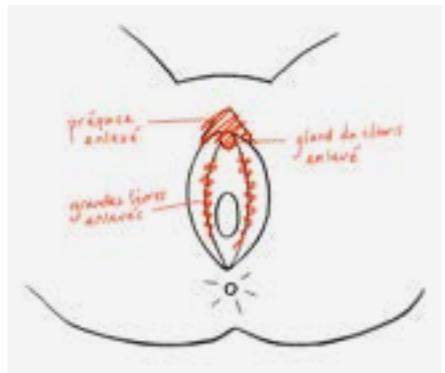


Figure 4 Type II : prépuce, gland du clitoris et grandes lèvres enlevés

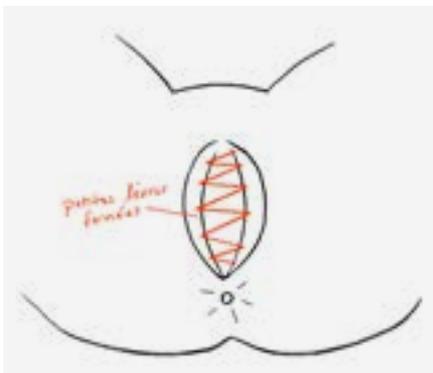


Figure 5 Type IIIa : petites lèvres fermées



Figure 6 Type IIIb : grandes lèvres fermées

THE DEINFIBULATION PROCEDURE

IN PREPARATION FOR THE PROCEDURE

Explain...

- 1 In order to prepare the woman (and her husband/partner if appropriate), give clear and full information about the procedure and make sure she has understood. Ask the woman if she has any questions (see Chapter 6). → 6

Preparation of equipment and materials

- 2 Prepare a tray with:
 - a pair of sterile gloves
 - antiseptic swabs and dressings
 - a pair of straight Metzenbaum scissors or curved Mayo scissors (depending on the thickness of the tissue)
 - a pair of suture scissors
 - a pair of surgical tweezers
 - a dilator (if available)
 - two artery forceps
 - a needle holder
 - sterile swabs



- 10-ml syringe and needles for injection
- local anaesthetic (such as Lidocaine)
- 3-0 absorbable suturing material
- sterile towel/surgical cloth
- antiseptic solution
- a receptacle for used instruments.

THE DEINFIBULATION PROCEDURE

- 1 Ask the woman to lie on her back on the examining table.
- 2 Wash your hands and put on gloves. *Use medicated soap and water or alcohol-based hand-rub for hand hygiene.*
- 3 Expose the genitalia and clean the perineal area with antiseptic swabs.
- 4 Start by palpating the scar tissue in order to identify underlying structures (urethral meatus). This will help guide the procedure.
- 5 Gently introduce your index finger or both your index and middle fingers – or a dilator – under the hood of skin anteriorly and slightly lift the scar tissue (see Figure 1).
- 6 Infiltrate local anaesthetic into the area where the cut will be made, along and on both sides of the scar (if the woman has received epidural anaesthesia there is no need to administer local anaesthetic) (see Figure 2).





Figure 1

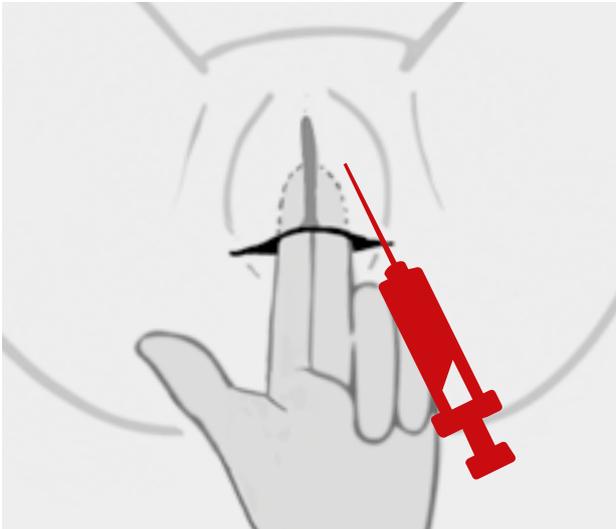


Figure 2

- 1 With your finger or dilator under the scar, carefully introduce the scissors in front of your finger and cut the scar alongside your finger to avoid injury to the adjacent tissues (or to the baby, if the procedure is done during childbirth) (see Figures 3 and 4).

The cut should be made along the mid-line of the scar towards the pubis to expose the urethral opening.

Do not incise beyond the urethra. Extending the incision forward may cause haemorrhage.



Take care not to cause injury to the structures underneath the scar (urethra, labia minora and clitoris). It is possible with type III FGM to find these structures below the scar intact.

- 2 Inspect the cut edges for bleeding points and perform haemostasis if needed. Generally speaking, there is little bleeding for the relatively avascular scar tissue.
- 3 Suture the raw edges separately with individual stitches. Use fine 3-0 plain, absorbable suturing material to secure haemostasis and prevent adhesion formation (see Figures 5 and 6).
- 4 Prescribe oral analgesia following the deinfibulation.

IMPORTANT!

Opening up an infibulation should only be done after the woman has been thoroughly counselled and has given consent (unless it is an emergency situation when the woman is already in advanced labour). See Chapter 6.

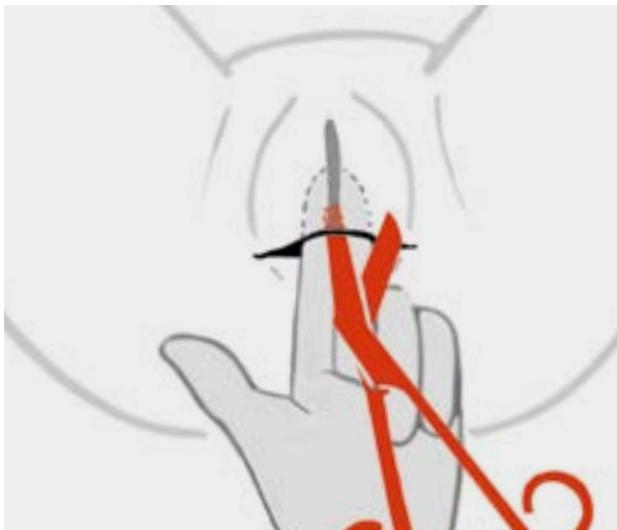


Figure 3

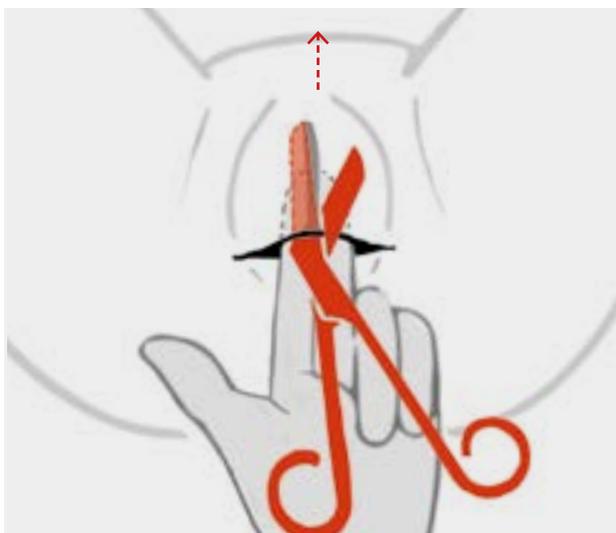


Figure 4

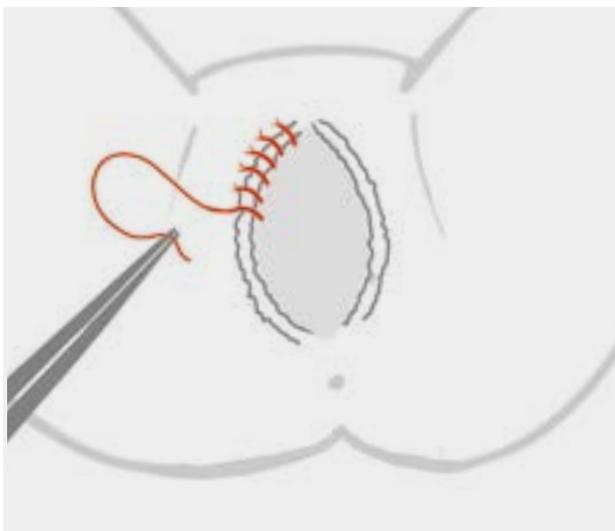


Figure 5



Figure 6

GESTION DES PROBLÈMES EN CINQ ÉTAPES

Vous pouvez aider votre patiente à gérer ses problèmes en la guidant à travers les cinq étapes suivantes :

1 IDENTIFIER LE PROBLÈME PRINCIPAL

- Faites deux listes :
 - les problèmes qui sont résolubles, et
 - les problèmes qui ne peuvent pas être résolus.
- Choisissez le problème le plus important dans la liste des « résolubles ».
- Clarifiez le problème et décomposez-le en parties gérables.



2 RÉFLÉCHIR ENSEMBLE

Aidez la patiente à élaborer des stratégies possibles pour résoudre le problème

- Y a-t-il des ressources qu'elle peut utiliser ?
- Y a-t-il des personnes ou des organismes qui peuvent l'aider ?
- Existe-t-il d'autres sources de soutien ?
- Quelles sont les compétences et les forces qu'elle possède et qu'elle peut utiliser pour régler le problème ?
- Encouragez-la à trouver des idées ; évitez de lui donner des conseils. Vous pouvez lui demander, par exemple : « Si une de vos amies avait ce problème, que lui conseilleriez-vous de faire ? »



3 CHOISIR LA OU LES STRATÉGIE(S) À ESSAYER



- Laquelle serait la plus efficace ?
- Laquelle est la plus facile ?
- Laquelle peut-elle mettre en œuvre (par exemple en fonction de ses moyens financiers) ?

4 PASSER À L'ACTION ET UTILISER LES STRATÉGIES



- Faites un programme détaillé avec votre patiente.
- Aidez-la à décider quelle stratégie elle essaiera en premier (si elle en a choisi plus d'une).
- Aidez-la à choisir les meilleurs moments et les meilleurs endroits pour mettre en œuvre la stratégie (par exemple, il peut être utile que les actions prévues coïncident avec des activités de routine).
- Discutez de ce dont elle aura besoin pour agir (par ex. argent, transport, etc.).
- Parlez des obstacles possibles.
- Créez des rappels (par exemple, utilisez un calendrier/journal ou d'autres notes).

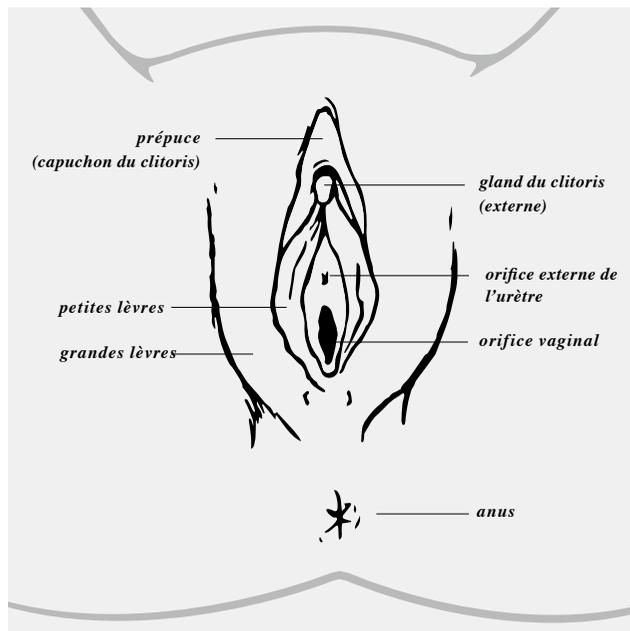
5 FAIRE LE POINT SUR CE QUI S'EST PASSÉ (Cette étape devrait faire l'objet d'une séance de suivi.)

- Quelle stratégie a bien fonctionné ?
- Quels objectifs ont été atteints ?
- Que pourrait-on améliorer ?
- Quelles sont les prochaines étapes ?



Source: Adapté de Gestion des problèmes Plus (PM+) : Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité. (Version générique expérimentale 1.1). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

SCHÉMAS DES ORGANES GÉNITAUX FÉMININS



La vulve de la femme comprend plusieurs structures anatomiques qui interviennent dans la réponse sexuelle féminine. Une ou plusieurs de ces structures peuvent être lésées par les MGF.

Figure 1 : Structures anatomiques de la vulve de la femme



Le clitoris est un organe en forme de boomerang situé sous la symphyse pubienne. Sa fonction est de procurer du plaisir sexuel à la femme. Sur le plan anatomique, le clitoris possède à la fois des structures externes (le gland du clitoris) et des structures internes (le corps du clitoris et les piliers) ; ces derniers sont situés à l'intérieur du corps de la femme.

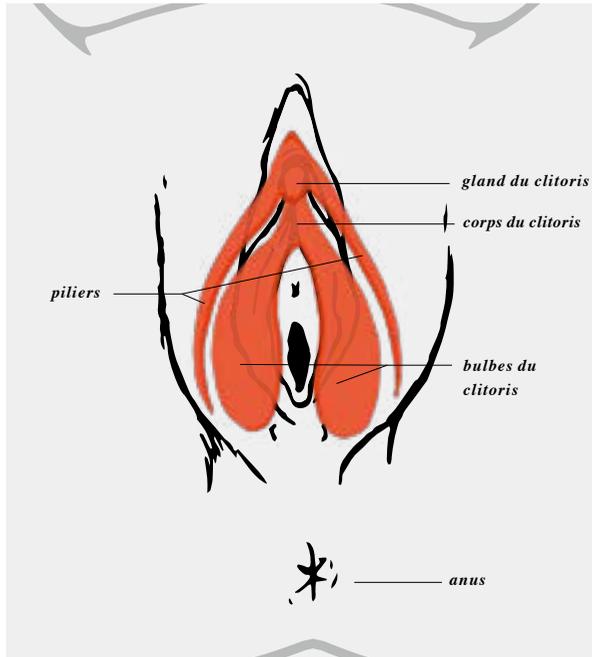


Figure 2 : Structure anatomique du clitoris

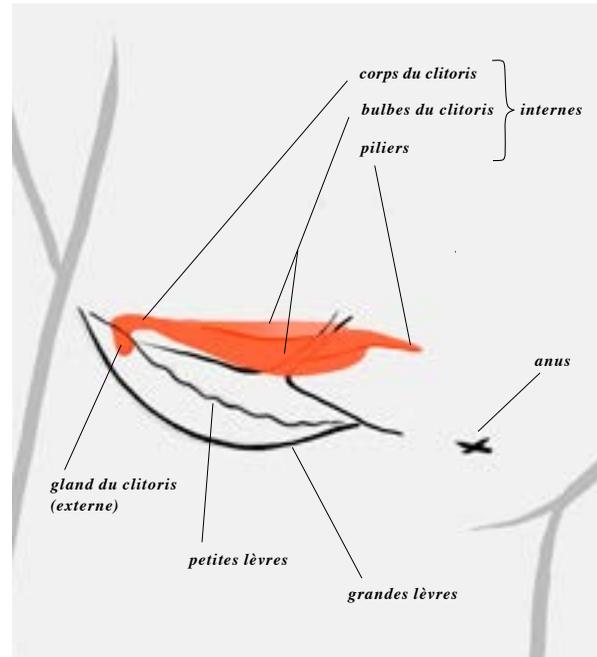


Figure 3 : Structure anatomique du clitoris en vue de profil



Pour plus d'informations,
veuillez contacter :

Département Santé et
Recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
CH1211 Genève 27
Suisse

Telecopie : +41 22 791 4171

Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978-92-4-000241-8



Organisation
mondiale de la Santé

