

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



Organisation
mondiale de la Santé

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



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

© Organisation mondiale de la Santé 2010

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé 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 lignes en pointillé 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'Organisation mondiale de la Santé, 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 dispositions voulues 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'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

Note de terminologie	v
I. Introduction	1
Code d'éthique médicale	1
Définition des mutilations sexuelles féminines	1
Types de mutilations sexuelles féminines	1
Les mutilations sexuelles féminines en tant que normes sociales	2
Définition de la « médicalisation »	2
Portée mondiale du problème des mutilations sexuelles féminines et de leur médicalisation	3
Reconnaissance du problème par la communauté sanitaire mondiale et les autorités nationales	4
Le fait d'inviter les professionnels de la santé à soutenir l'abandon des mutilations sexuelles féminines et à s'engager à ne pas les pratiquer est indispensable à l'élimination définitive de cette pratique	5
Stratégie mondiale contre la médicalisation des mutilations sexuelles féminines	5
II. Objectifs mondiaux – réalités mondiales	6
Réaffirmer les objectifs du Millénaire pour le développement	6
Mutilations sexuelles féminines et droits fondamentaux	7
III. Problèmes à résoudre	7
Raisons relatives à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines	7
Pourquoi y a-t-il une demande de médicalisation des mutilations sexuelles féminines	7
Pourquoi certains professionnels de la santé acceptent-ils de pratiquer des mutilations sexuelles féminines	8
Pourquoi certaines organisations soutiennent-elles la médicalisation	8
Pourquoi certains professionnels de la santé, particuliers et organisations, soutiennent-ils la réinfibulation	9

Raisons pour lesquelles il faut mettre fin à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines	9
Pourquoi doit-on mettre fin à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines	9
Pourquoi la réinfibulation doit-elle être prévenue	10
Difficulté de mettre fin à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines	10
Absence de protocoles, de manuels et de lignes directrices destinés à guider le personnel de santé	10
Insuffisance de la formation du personnel de santé et du soutien à celui-ci	11
Absence de participation du secteur local de la santé dans la prévention des mutilations sexuelles féminines	11
Absence de lois et de la volonté de poursuivre en justice	11
IV. Stratégie visant à accélérer les progrès	12
Ce que peuvent faire les professionnels de la santé et les autorités nationales	12
(a) Mobiliser la volonté politique et le financement	13
(b) Renforcer la compréhension et les connaissances du personnel de santé	14
(c) Créer des cadres de soutien en matière de législation et de réglementation	15
(d) Renforcer le suivi, l'évaluation et la responsabilité	17
V. Appel à l'action	18
Références	19

Note de terminologie

Les termes « mutilations sexuelles féminines » sont utilisés dans cette stratégie comme ils l'étaient dans les deux déclarations interinstitutions sur les mutilations sexuelles féminines (OMS 1997 et OMS 2008). Le terme « mutilations » souligne la gravité de l'acte. Certains organismes des Nations Unies utilisent les termes « mutilations sexuelles féminines/excision » où le terme supplémentaire « excision » est censé refléter l'importance qu'il y a à utiliser une terminologie dépourvue de tout jugement auprès des communautés qui procèdent à cet acte. Les deux expressions soulignent le fait que cette pratique viole les droits fondamentaux des filles et des femmes.



I. INTRODUCTION

01

Code d'éthique médicale

Selon la *Déclaration d'Helsinki* de l'Association médicale mondiale adoptée en 1964, la mission du médecin consiste à préserver la santé des personnes. Les professionnels de la santé qui procèdent à des mutilations sexuelles féminines violent le droit des filles et des femmes à la vie, le droit à leur intégrité physique et le droit à la santé. Ils violent également le principe éthique fondamental : « Ne pas nuire ».

02

Définition des mutilations sexuelles féminines

Les termes « mutilations sexuelles féminines » se réfèrent à toutes les procédures qui consistent à amputer en partie ou en totalité les organes féminins externes, ou à blesser les organes génitaux féminins pour des raisons autres que médicales.

03

Types de mutilations sexuelles féminines

Type I: ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). Sous-groupes : type Ia, retrait du capuchon du clitoris ou prépuce clitoridien seulement ; type Ib, retrait du clitoris avec le prépuce.

Type II: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision). Sous-groupes : type IIa, ablation des petites lèvres seulement ; type IIb, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, type IIc, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.

Type III: rétrécissement de l'orifice vaginal avec création d'une fermeture réalisée par la coupure et le repositionnement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation). Sous-groupes : type IIIa, ablation et repositionnement des petites lèvres ; type IIIb, ablation et repositionnement des grandes lèvres. La *réinfibulation* est couverte par cette définition : il s'agit d'une procédure pour recréer une infibulation, par exemple après l'accouchement lorsque la défibulation est nécessaire.

Type IV: non classé – toute autre procédure néfaste pour les organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple la ponction, le perçage, l'incision, le grattage et la cautérisation.

04

Les mutilations sexuelles féminines en tant que normes sociales

Les mutilations fonctionnent comme des conventions sociales auto-appliquées ou des normes sociales. Dans les sociétés où elles sont pratiquées, il s'agit de règles comportementales socialement respectées. Les familles et les particuliers continuent de les pratiquer parce qu'ils estiment que leur communauté s'attend à ce qu'ils le fassent. En cas de non-respect, ils craignent en outre de pâtir de conséquences sociales telles que la dérision, la marginalisation et la perte de statut. Même si les mutilations sont, de fait, violentes, elles ne sont pas considérées comme des actes de violence, mais comme une étape nécessaire pour permettre aux filles de devenir femmes et d'être acceptées, en même temps que le reste de la famille, par le groupe social auquel elles appartiennent.

Là où les mutilations sont largement abandonnées, il s'agit du résultat d'une approche qui renforce la valeur des droits fondamentaux et le soutien social partagé par les communautés. Cela a permis aux communautés d'explorer collectivement la situation et de se mettre d'accord sur les meilleurs moyens de respecter ces valeurs et a débouché sur l'abandon durable, à grande échelle, des mutilations ainsi que d'autres pratiques néfastes. Les professionnels de la santé, qui jouissent généralement d'un statut élevé dans les communautés, peuvent jouer un rôle essentiel dans ce processus en fournissant une information correcte sur les conséquences des mutilations et sur les avantages découlant de l'abandon de cette pratique.

05

Définition de la « médicalisation »

La « médicalisation » des mutilations sexuelles féminines se réfère aux situations dans lesquelles ces mutilations sont pratiquées par une catégorie ou une autre de personnel de santé, que ce soit dans un dispensaire public ou privé, à domicile ou ailleurs. Cela comprend également la procédure de réinfibulation à tout moment dans la vie d'une femme. Les définitions des mutilations sexuelles féminines et

de la médicalisation ont été adoptées pour la première fois dans le document *Les mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEF/UNFPA* [Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance/Fonds des Nations Unies pour la population] (1) publié par l'OMS en 1997, et réaffirmées en 2008 par 10 organismes des Nations Unies dans la déclaration *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions* (2).

06

Portée mondiale du problème des mutilations sexuelles féminines et de leur médicalisation

Dans les pays africains, on estime à plus de 90 millions le nombre de filles et de femmes âgées de plus de 10 ans qui ont été mutilées ; environ 3 millions de filles risquent de subir ces mutilations chaque année. La pratique des mutilations est signalée dans toutes les régions du monde, mais elle prévaut particulièrement dans 28 pays d'Afrique et certains pays d'Asie et du Moyen-Orient. Suite aux migrations internationales, cette pratique et ses conséquences néfastes concernent également un nombre croissant de femmes et de filles en Europe, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande (3).

Tout type de mutilation est une violation des droits essentiels des filles et des femmes. On sait que cette pratique est néfaste aux filles et aux femmes de nombreuses manières. L'ablation de tissus génitaux normaux et sains ou les dégâts occasionnés à ceux-ci interfèrent avec le fonctionnement naturel du corps et entraînent plusieurs conséquences immédiates et à long terme d'ordre physique, psychologique et sexuel (2,4).

Il est possible que, du fait que les mutilations ont été pendant des années abordées en tant que problème de santé et que la sensibilisation concernant ses conséquences sanitaires est en hausse, les gens se tournent de plus en plus vers le personnel de santé pour procéder à cette pratique, dans l'espoir que cela réduira le risque de complications diverses.

Une analyse récente des données existantes montre que, pour plus de 18 % de toutes les femmes et filles qui ont été soumises aux mutilations dans les pays pour

lesquels on dispose de données, c'est un soignant qui les a pratiquées. Il y a de grandes variations entre les pays, de moins de 1 % dans plusieurs pays à entre 9 % et 74 % dans six pays. Il faut approfondir les recherches pour estimer si ce phénomène s'observe également chez les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile issus de communautés qui pratiquent la mutilation. Les données disponibles donnent à penser que dans les pays qui comprennent des populations d'immigrants, la participation du personnel de santé concerne essentiellement la réinfibulation.

Les catégories de personnel de santé susceptibles de procéder à ces mutilations comprennent des médecins, des médecins adjoints, des cliniciens, des infirmières, des sages femmes, des accoucheuses traditionnelles formées et d'autres personnels chargés de fournir des soins de santé à la population, tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Certains agents de santé sont officiellement retraités, mais ils continuent de procéder à ces mutilations et de fournir divers services de santé.

07

Reconnaissance du problème par la communauté sanitaire mondiale et les autorités nationales

En 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA61.16 sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines, dans laquelle tous les États Membres sont convenus d'œuvrer en faveur de l'abandon de cette pratique, et de s'assurer qu'elle n'est pas accomplie par des membres de la profession médicale. L'OMS a d'abord condamné la médicalisation des mutilations en 1979, lors de la Première Conférence internationale sur les mutilations, tenue à Khartoum (Soudan). Ultérieurement, ce point a été réitéré dans une déclaration officielle de la position de l'OMS auprès de la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies en 1982 (5). La pratique de la médicalisation a été condamnée par l'Association médicale mondiale en 1993, puis par de nombreuses autres associations médicales professionnelles, y compris la International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), ainsi que par des organismes internationaux, des organisations non gouvernementales (ONG) et des gouvernements. Cette condamnation a été par la suite soulignée et réitérée dans la déclaration commune OMS/UNICEF/UNFPA contre les mutilations sexuelles féminines en 1997 (1). La condamnation de la médicalisation a été à nouveau soulignée dans la déclaration interinstitutions sur l'élimination des

mutilations sexuelles féminines qui a été cosignée par 10 organismes des Nations Unies en 2008. Par ailleurs, plusieurs organes de suivi des traités des Nations Unies, notamment le Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes, ont demandé aux pays d'éliminer la médicalisation des mutilations sexuelles féminines.

La plupart des gouvernements nationaux ont reconnu le problème de ces mutilations et de leur médicalisation. Plusieurs pays ont adopté une loi les interdisant et certains ont ajouté un article spécial sur les pénalités encourues si cette pratique est accomplie par un professionnel de la santé. De nombreux pays ont également adopté d'autres mesures importantes, y compris l'élaboration de plans d'action nationaux, l'inclusion des mutilations dans la formation du personnel de santé et une étroite coopération avec diverses parties travaillant sur le terrain, y compris les ONG nationales et internationales et les organismes internationaux.

08

Le fait d'inviter les professionnels de la santé à soutenir l'abandon des mutilations sexuelles féminines et à s'engager à ne pas les pratiquer est indispensable à l'élimination définitive de cette pratique

L'arrêt de la médicalisation des mutilations est un élément essentiel de l'approche holistique et fondée sur les droits de l'homme concernant l'élimination des mutilations sexuelles féminines, ainsi que l'ont souligné 10 organismes des Nations Unies dans la déclaration *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions* (2) et le groupe de travail des donateurs sur l'excision/mutilation génitale féminine dans la *Plate forme d'action pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine* (6). S'ils prennent position en faveur de l'abandon de cette pratique et s'ils s'abstiennent de la pratiquer, le personnel de santé contribuera à élargir le débat et à remettre en question cette pratique dans les communautés.

09

Stratégie mondiale contre la médicalisation des mutilations sexuelles féminines

Cette stratégie mondiale contre la médicalisation de ces mutilations a été élaborée en collaboration avec les principales parties prenantes, y compris les organisations

des Nations Unies et les organismes professionnels de la santé, les gouvernements nationaux et les ONG.

Cette stratégie vise un large public de responsables politiques gouvernementaux, de parlementaires, d'organismes internationaux, d'associations professionnelles, de dirigeants communautaires, de chefs religieux, d'ONG et d'institutions diverses. La partie I énonce la question ; la partie II met en rapport la question avec les objectifs et préoccupations au niveau mondial ; la partie III explique les raisons de la médicalisation, les raisons pour lesquelles elle ne doit pas se produire et les difficultés à aplanir ; et la partie IV décrit la stratégie, laquelle est basée sur les principes régissant les droits fondamentaux internationaux. L'adoption et la mise en œuvre de cette stratégie sont essentielles pour garantir l'élimination de toutes les formes de mutilation.

II. OBJECTIFS MONDIAUX – RÉALITÉS MONDIALES

10

Réaffirmer les objectifs du Millénaire pour le développement

Les objectifs du Millénaire pour le développement, issus de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies adoptée par 189 États Membres en 2000, constituent le cadre international actuel qui permet de mesurer les progrès accomplis vers le développement durable et l'élimination de la pauvreté. Pour atteindre cinq des huit objectifs – améliorer la santé maternelle ; réduire la mortalité de l'enfant ; combattre le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), le paludisme et diverses maladies ; mettre en place l'enseignement primaire universel ; et promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes –, l'élimination des mutilations sexuelles féminines est une contribution indispensable car ces mutilations affectent tous les aspects de la santé des filles et des femmes, et notamment leur santé sexuelle et génésique. Ainsi, on estime qu'il survient entre un et deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements chez les enfants nés de femmes ayant subi ces pratiques. Un autre exemple est que les conséquences sur la santé mentale et physique des mutilations peuvent empêcher les femmes de participer pleinement à la vie publique, ce qui les démunirait encore plus.

11

Mutilations sexuelles féminines et droits fondamentaux

Toute mutilation constitue une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes (7), et notamment : le droit à la non-discrimination pour des raisons de sexe ; le droit à la vie lorsque la pratique entraîne le décès ; le droit d'être à l'abri de la torture ou de traitements ou punitions cruels, inhumains ou dégradants ; et les droits de l'enfant. Les mutilations constituent également une violation du droit, pour la personne, d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, car elles endommagent des tissus génitaux sains et entraînent généralement de graves conséquences pour la santé physique et mentale des filles et des femmes. C'est sur la base des violations de ces droits fondamentaux que de nombreux pays ont désormais adopté des sanctions juridiques contre les mutilations.

Les communautés qui procèdent à ces mutilations considèrent généralement ces pratiques comme jouant un rôle important dans leurs traditions culturelles et leurs exigences sociales et comme faisant également partie de leurs devoirs religieux. Chez les populations de migrants, ces perceptions demeurent souvent valables, surtout lorsque ces populations s'établissent dans une société où les femmes ont davantage de liberté de choix, y compris sur le plan sexuel. Le droit de participer à la vie culturelle et la liberté de religion sont protégés par le droit international, mais la législation stipule également que la liberté de pratiquer ses traditions et croyances ne peuvent passer outre la protection des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des populations. Par conséquent, le droit de pratiquer des croyances religieuses et de suivre des traditions sociales et culturelles ne peut être évoqué pour justifier les mutilations.

III. PROBLÈMES À RÉSOUDRE

Raisons relatives à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines

12

Pourquoi y a-t-il une demande de médicalisation des mutilations sexuelles féminines

Si, dans la plupart des cas, les mutilations sont pratiquées par des tradipraticiens, les parents qui soumettent leur fille à ces pratiques préfèrent souvent qu'elles soient

accomplies par des professionnels de la santé s'ils pensent que cela peut réduire les risques associés à l'intervention. Cette demande accrue peut résulter d'une meilleure information au sujet des conséquences sanitaires néfastes desdites pratiques (8–11). On observe une tendance analogue en ce qui concerne la réinfibulation : ce sont souvent les femmes elles-mêmes ou des membres de leur famille qui demandent au personnel de santé de la pratiquer car ils estiment qu'elle présente moins de risques que si elle est accomplie par des tradipraticiens.

13

Pourquoi certains professionnels de la santé acceptent-ils de pratiquer des mutilations sexuelles féminines

La plupart des agents de santé qui le font appartiennent eux-mêmes à une communauté qui pratique ces mutilations. De ce fait, les raisons pour lesquelles ils acceptent de le faire sont souvent les mêmes que celles qui motivent les demandeurs. Par ailleurs, les études ont montré que, dans certains pays, certains agents estiment que ces mutilations sont médicalement indiquées pour la plupart des femmes, tandis que d'autres considèrent la pratique comme inoffensive. D'autres encore, qui eux mêmes ne favorisent pas ces mutilations, estiment quand même qu'il est de leur devoir d'appuyer la demande de mutilation émise par la patiente car cette demande est motivée sur un plan socioculturel. D'autres considèrent la médicalisation comme une forme de réduction des méfaits, car ils estiment que, ce faisant, ils contribuent à prévenir les dangers plus grands escomptés si cette démarche est accomplie par des tradipraticiens. Enfin, certains agents de santé sont également motivés par l'appât du gain financier que cela représente (9,10,12,13).

14

Pourquoi certaines organisations soutiennent-elles la médicalisation

La médicalisation des mutilations sexuelles féminines est, ou a été, soutenue par quelques organisations professionnelles, des organisations internationales humanitaires, des responsables gouvernementaux et des professeurs d'université. Ces partisans de la médicalisation estiment que cela peut contribuer à réduire les risques y relatifs, limiter l'étendue des mutilations, et soulager la douleur qui y est associée. Un autre argument courant est la croyance que cette médicalisation pourrait être une première étape vers l'abandon complet de la pratique (11).

15

Pourquoi certains professionnels de la santé, particuliers et organisations, soutiennent-ils la réinfibulation

Chez la femme qui a subi des mutilations de type III, la réinfibulation se réfère à la pratique qui consiste à suturer une nouvelle fois et par conséquent recréer une infibulation à la suite d'une procédure chirurgicale au cours de laquelle l'infibulation a été partiellement ou complètement ouverte, la plupart du temps pour faciliter l'accouchement. Certains professionnels de la santé estiment que, puisque la femme a déjà subi cette mutilation, la réinfibulation n'accroît pas les méfaits déjà occasionnés. D'autres estiment qu'il s'agit d'une nécessité médicale. Un autre argument est que, même si cette procédure recrée une vulve associée à une série de risques et de complications, y compris la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale, elle doit être accomplie si elle est attendue ou demandée par la femme, sa famille ou la communauté. L'argument final est que, puisque la réinfibulation est en général pratiquée sur des adultes consentants, elle est tout aussi légitime que n'importe quelle autre intervention chirurgicale concernant des adultes consentants. Par ailleurs, les agents de santé, même s'ils ne sont pas favorables aux mutilations, et notamment dans les pays qui reçoivent des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile, se sentent souvent mal préparés pour contrer la demande de réinfibulation des patientes (14,15) au moyen d'arguments adéquats sur le plan culturel.

Raisons pour lesquelles il faut mettre fin à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines

16

Pourquoi doit-on mettre fin à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines

Les mutilations sexuelles féminines pratiquées par le personnel de santé, lesquelles sont mondialement reconnues comme une pratique néfaste et une violation des droits fondamentaux, représentent une brèche en matière de professionnalisme et de responsabilité éthique. Dans la plupart des pays, elles constituent également une violation de la loi.

La participation du personnel de santé à ces mutilations risque d'accorder une certaine légitimité à cette pratique. Elle donne l'impression qu'elle est bonne pour la santé ou du moins qu'elle est inoffensive. Cela peut contribuer encore plus à

l'institutionnalisation de cette dernière, en faire une procédure systématique et même encourager sa propagation à des groupes culturels qui actuellement ne la pratiquent pas. Par ailleurs, la médicalisation de ces mutilations peut inciter certains agents de santé à manifester un intérêt professionnel et financier pour la poursuite de cette pratique.

L'accomplissement de ces mutilations par le personnel de santé contribue à maintenir la pratique. Des mutilations médicalisées ne sont pas nécessairement plus inoffensives ou moins lourdes (13). Ce fait ignore également les complications à long terme de la pratique, y compris des complications d'ordre sexuel, psychologique et obstétrical qui sont associées aux mutilations, indépendamment de la qualification de la personne qui en est chargée. Enfin, il n'y a aucune preuve qui montre que la médicalisation de ces mutilations constitue une première étape vers leur abandon complet.

17

Pourquoi la réinfibulation doit-elle être prévenue

La réinfibulation reproduit, généralement plusieurs fois au cours de la vie d'une femme, le rétrécissement de l'introitus vaginal (annulé) de l'infibulation initiale. Elle recrée les mêmes problèmes de santé sur les plans gynécologique, sexuel et génésique, y compris les difficultés liées à l'accouchement et la nécessité de nouvelles interventions chirurgicales créées par l'infibulation initiale. Par conséquent, cela répète et accroît les souffrances infligées aux filles et aux femmes.

Difficulté de mettre fin à la médicalisation des mutilations sexuelles féminines

18

Absence de protocoles, de manuels et de lignes directrices destinés à guider le personnel de santé

Dans la plupart des pays, l'absence de politiques claires, de protocoles, de manuels et de lignes directrices destinés au secteur de la santé sur la façon de résoudre les problèmes liés aux mutilations sexuelles féminines et à leur médicalisation ne donne pas au personnel de santé les moyens voulus pour faire face à la demande émanant

des parents ou des membres de la famille concernant la mutilation des filles et à celle émise par des femmes adultes et leur famille immédiate relative à une réinfibulation. C'est encore plus le cas chez les agents de santé des pays qui reçoivent des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile venant de communautés pratiquant ces mutilations. La fourniture d'orientations est également importante dans les domaines où les mutilations ou la réinfibulation sont accomplies systématiquement.

19

Insuffisance de la formation du personnel de santé et du soutien à celui-ci

Seulement une poignée d'institutions qui forment le personnel de santé ont inclus des connaissances générales au sujet des mutilations dans leurs programmes d'étude. Dans la plupart des pays, les agents de santé signalent qu'ils n'ont pas les connaissances suffisantes au sujet de ces mutilations et des raisons d'y mettre fin, ni les connaissances techniques sur la façon de soigner les filles et les femmes qui souffrent de complications découlant de ces mutilations ou sur la façon de résister aux demandes de mutilation et de conseiller aux patientes d'abandonner cette pratique.

20

Absence de participation du secteur local de la santé dans la prévention des mutilations sexuelles féminines

Dans la plupart des pays où ces mutilations sont pratiquées, le secteur de la santé n'a qu'une participation limitée à la prévention de ces mutilations chez les filles et les femmes. La coopération systématique entre les principaux acteurs aux niveaux national et communautaire et le secteur de la santé est insuffisante.

21

Absence de lois et de la volonté de poursuivre en justice

Des lois contre les mutilations existent dans plus de la moitié des pays où elles sont pratiquées traditionnellement, ainsi que dans nombre des pays comptant des immigrants de pays qui ont cette tradition. Toutefois, le personnel de santé est rarement sanctionné pour les cas de mutilation, et rares sont les mesures

disciplinaires prises à l'encontre des institutions qui s'en chargent. Les mesures juridiques à elles seules débouchent souvent sur des procédures clandestines ou une désobéissance initiale, mais l'adoption d'un cadre juridique soutenant les droits fondamentaux des femmes et des filles est un élément important : un cadre qui comprend des mesures préventives destinées à promouvoir l'abandon de la pratique, ainsi que des mesures punitives contre ceux qui procèdent aux mutilations, s'avère efficace s'il est associé à des activités communautaires (16,17).

IV. STRATÉGIE VISANT À ACCÉLÉRER LES PROGRÈS

22

Ce que peuvent faire les professionnels de la santé et les autorités nationales

Les professionnels de la santé ne doivent pratiquer de mutilations d'aucune sorte et dans aucun contexte – et ils ne doivent pas non plus pratiquer la réinfibulation après l'accouchement ou dans aucune autre situation. Ils doivent soigner les filles et les femmes qui souffrent de complications liées à ces mutilations, y compris dispenser des soins particuliers durant l'accouchement aux femmes qui ont déjà subi ce genre de mutilation. Ils doivent conseiller les femmes qui souffrent de séquelles dues à ces mutilations et leur famille en leur disant de faire soigner les complications et les conséquences pour la santé mentale de cette pratique, leur déconseiller la réinfibulation et leur demander de refuser que l'on accomplisse ces pratiques sur leurs filles et d'autres femmes de la famille. Les professionnels de la santé doivent également se faire les défenseurs de l'abandon de cette pratique dans la communauté dans son ensemble. Lorsqu'ils soignent des femmes migrantes et dans les cas où les échanges linguistiques sont limités, ils doivent avoir recours à des interprètes culturels précisément informés sur les mutilations pour s'assurer que le conseil aux femmes et à leur famille est adéquat et respecte leurs croyances culturelles.

Au lieu d'accomplir des procédures qui nuisent à la santé des filles et des femmes et qui violent leurs droits essentiels, les professionnels de la santé doivent s'appuyer sur leurs compétences et leur autorité pour promouvoir les droits sanitaires et fondamentaux des filles et des femmes, y compris leurs droits à l'information, à l'intégrité physique, à la protection contre la violence, et à la santé.

Les pays doivent fixer des priorités et élaborer des plans d'action spécifiques en fonction de leur situation, dans le cadre d'un processus consultatif réunissant toutes les parties prenantes. Quatre activités très importantes sont recommandées :

- (a) Mobiliser la volonté politique et le financement ;
- (b) Renforcer la compréhension et les connaissances du personnel de santé ;
- (c) Créer des cadres de soutien en matière de législation et de réglementation ;
- (d) Renforcer le suivi, l'évaluation et la responsabilité.

23

(a) Mobiliser la volonté politique et le financement

La volonté politique et le financement sont nécessaires pour garantir l'élaboration et la mise en œuvre durable de politiques, de lignes directrices et de législations.

Les actions nécessaires dans ce domaine consistent à :

- (1) mettre en place un soutien solide en matière de sensibilisation pour soutenir l'abandon des mutilations sexuelles féminines, qui engage les dirigeants politiques, d'autres dirigeants, les parlementaires et les ministères publics ;
- (2) mobiliser et coordonner les efforts des principales parties prenantes pour soutenir une politique nationale contre la médicalisation des mutilations. Cela comprend des parlementaires, des professionnels de la santé, des experts juridiques, des groupes s'intéressant aux droits de l'homme, des ministères publics, des responsables politiques et des partis, des organisations professionnelles, des dirigeants religieux et communautaires, y compris les dirigeants des communautés migrantes, et diverses personnes d'influence ;
- (3) préconiser une planification, une budgétisation et des mesures à prendre par les principales parties prenantes, qui soient durables et coordonnées ;
- (4) préconiser la mise en place d'un partenariat public et privé durable et coordonné concernant le financement des programmes visant l'abandon des mutilations sexuelles féminines.

24

(b) Renforcer la compréhension et les connaissances du personnel de santé

Pour prévenir la médicalisation des mutilations, il faut s'assurer que l'ensemble du personnel de santé connaisse : les facteurs liés à la pratique des mutilations ; les raisons pour lesquelles celles-ci ne doivent pas être accomplies par le personnel de santé et la façon de résister aux demandes en la matière ; les moyens de reconnaître et de gérer les complications dues aux mutilations, et de dispenser des soins obstétricaux adaptés ; et la manière de conseiller les femmes et les familles au sujet des questions soulevées par les mutilations. Il faut mettre en place des lignes directrices, y compris une information médicale, éthique et juridique, par exemple comment conseiller et soigner les filles et les femmes ayant subi ces mutilations, y compris un service de conseil contre la réinfibulation. Les normes et pratiques discriminatoires profondément enracinées qui sous-tendent les mutilations, y compris les préoccupations sexuelles et les raisons religieuses fondamentales, doivent être étudiées, le cas échéant, lorsqu'on conçoit des programmes de formation et qu'on élabore des protocoles. Ces aspects sont encore plus pertinents lorsque la formation est destinée au personnel de santé des pays qui reçoivent des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile, car en règle générale, ils n'appartiennent pas au même milieu socioculturel que les patientes issues des communautés qui pratiquent ces mutilations.

La formation doit également couvrir la nature conventionnelle sociale de la pratique pour permettre au personnel de santé d'apprécier comment la médicalisation va renforcer la convention sociale et perpétuer les dommages, et comment le personnel de santé peut jouer un rôle essentiel pour aider les communautés qui pratiquent les mutilations à abandonner cette tradition et éliminer de façon permanente le risque de dégâts futurs.

Les mesures nécessaires à prendre dans ce domaine sont :

- (1) Les autorités nationales compétentes doivent élaborer des lignes directrices nationales à l'intention des diverses catégories de personnel de santé sur la façon de traiter les questions liées aux mutilations, et notamment comment soigner les complications et comment résister aux pressions visant à lui faire accomplir toutes formes de mutilations, y compris la réinfibulation ;

- (2) Il faut insérer des modules de formation sur les mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'étude préalables et en cours d'emploi, y compris des cours de recyclage et des mises à jour à l'intention de toutes les catégories de personnel de santé, à savoir les infirmiers(ères), les sages femmes et les médecins, ainsi que divers agents de santé de terrain. La formation générale peut comprendre des renseignements sur les facteurs liés à la pratique, à la prévalence, aux motivations et aux tendances concernant les mutilations ; sur la façon d'identifier et de traiter les complications ; et sur la manière de conseiller les particuliers, les familles et les communautés au sujet des risques sanitaires et des traitements possibles relatifs aux complications dues aux mutilations et à la réinfibulation ;
- (3) Il faut, au niveau communautaire, intégrer la formation du personnel de santé à d'autres activités communautaires favorisant l'abandon des mutilations sexuelles féminines.

25

(c) Créer des cadres de soutien en matière de législation et de réglementation

Les États doivent adopter, mettre en œuvre et faire respecter la législation propre aux mutilations sexuelles féminines, afin d'affirmer l'engagement qu'ils ont pris de faire cesser cette pratique et de garantir les droits fondamentaux des femmes et des filles, ou bien il faut faire respecter la législation en vigueur en l'absence de législation propre aux mutilations, telle que les lois relatives à la protection de l'enfance et les lois pénales relatives aux dommages corporels. Pour éviter toute désobéissance et s'opposer au passage de la pratique dans la clandestinité, il est important de veiller à ce que toutes les mesures juridiques tiennent compte du degré d'acceptation sociale de ladite pratique et de les inclure dans une initiative plus large visant à englober les activités directes destinées à donner aux communautés concernées les moyens d'abandonner les mutilations.

Les mesures nécessaires à prendre dans ce domaine sont les suivantes :

- (1) Les professionnels de la santé doivent être informés sans retard au sujet des droits fondamentaux et des perspectives éthiques, des conséquences néfastes des mutilations et du fait que la pratique des mutilations, y compris la

réinfibulation, leur donne une responsabilité tant sur le plan civil que sur le plan pénal. Il faut incorporer des lignes directrices éthiques sur les mutilations dans le programme de formation du personnel de santé ;

- (2) Le ministère de la santé et les organismes de réglementation professionnelle doivent publier une déclaration politique commune contre la médicalisation des mutilations ; de plus, les législations et politiques et/ou l'application des législations et politiques en vigueur doivent étudier le rôle des professionnels de la santé dans l'élimination des mutilations et interdire la pratique de tout type de mutilation, y compris la réinfibulation ;
- (3) Une formation sur les moyens de traiter la médicalisation des mutilations doit également être fournie au personnel juridique, ainsi qu'au personnel chargé de l'application des lois et de la sécurité ;
- (4) Les organisations professionnelles doivent adopter et diffuser des normes claires condamnant la pratique de tout type de mutilations et publier des lignes directrices fermes auprès de leurs membres afin qu'ils ne procèdent pas à de telles mutilations, ne les acceptent pas et ne les encouragent pas. Cela doit être étayé par l'application de sanctions strictes à l'encontre des praticiens qui violent ces normes et lignes directrices ;
- (5) Le fait de pratiquer des mutilations sexuelles féminines, dont la réinfibulation, doit donner lieu à des sanctions d'ordre juridique et professionnel. Il faut appliquer aux praticiens agréés le maximum des sanctions pénales qui s'appliquent à quiconque pratique ces mutilations. Il faut éventuellement suspendre les praticiens coupables ou leur retirer leur agrément dans le cas où ils se livrent à des mutilations ;
- (6) Il faut enseigner aux femmes et aux filles leurs droits fondamentaux et leur donner les moyens d'accéder aux solutions juridiques précisées par la loi pour prévenir les mutilations. Elles doivent avoir le droit d'entamer des poursuites au civil pour demander compensation aux praticiens ou pour se protéger de la mutilation. Chaque fois que possible, les professionnels de la santé doivent offrir leur aide en fournissant des preuves venant étayer la plainte de la jeune fille ou de la femme soumise à ces mutilations.

26

(d) Renforcer le suivi, l'évaluation et la responsabilité

Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour améliorer les approches du personnel de santé par rapport aux mutilations sexuelles féminines et pour affiner les plans visant à promouvoir l'abandon de cette pratique. La participation du gouvernement est essentielle pour le recueil des données et l'élargissement des mécanismes nationaux de contrôle.

Les mesures nécessaires à prendre dans ce domaine sont les suivantes :

- (1) Suivre la formation du secteur de la santé et mettre en œuvre les enseignements tirés ;
- (2) Élaborer des mécanismes pour accroître la responsabilisation aux niveaux de l'établissement et du district ;
- (3) Recueillir systématiquement des données sur les mutilations sexuelles féminines (par exemple les dossiers prénatals) ;
- (4) Surveiller les personnes ayant procédé à des mutilations, et notamment les mesures législatives prises à leur rencontre ;
- (5) Intégrer les mutilations, dont la réinfibulation, dans les systèmes de suivi et d'évaluation en vigueur dans le pays (santé sexuelle et génésique, VIH/sida, violence à l'encontre des femmes, recueil des données démographiques et des données issues des enquêtes sanitaires) ;
- (6) Faire rapport aux organes créés en vertu d'instruments des Nations Unies relatifs aux droits fondamentaux et à d'autres organismes régionaux et internationaux relatifs aux droits fondamentaux ;
- (7) Institutionnaliser les mécanismes de retour d'informations auprès des communautés.

V. APPEL À L'ACTION

27

Tous les professionnels de la santé prononcent un serment conforme au serment d'Hippocrate et font d'autres déclarations selon lesquelles il ne faut pas nuire au patient. Ils doivent connaître et respecter les aspects des mutilations sexuelles féminines liés à la santé et aux droits fondamentaux et s'abstenir de soutenir ou d'accomplir toute forme de mutilation.

Les gouvernements doivent créer un cadre de soutien juridique et éducatif avec des lignes directrices et des politiques nationales correspondantes susceptibles de guider les travaux de toutes les catégories de personnel de santé, y compris l'établissement de rapports, les méthodes de suivi et la fourniture du budget nécessaire pour décourager la médicalisation des mutilations sexuelles féminines dans le cadre général d'une élimination totale de cette pratique. Ils doivent également s'assurer que les professionnels de la santé reçoivent une formation générale, acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour soigner les filles et les femmes souffrant de complications provoquées par les mutilations et renforcent leur capacité d'agir en tant que défenseurs de l'abandon de la pratique.

Références

1. *Les mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEF/UNFPA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997. <http://dosei.who.int/uhtbin/cgiirsi/eHOYKoePMw/10830405/9>.
2. *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions, HCDH, HCR, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf.
3. *Ending female genital mutilation. A strategy for the European Union institutions*. Dublin, Amnesty International.
4. Berg RC, Denison EM-L, Fretheim A. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review*. Report. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2010.
5. *Les Mutilations sexuelles féminines : aperçu du problème*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998. <http://dosei.who.int/uhtbin/cgiirsi/c8d596MAp6/10830405/9>.
6. Le Groupe de travail des donateurs sur l'excision/mutilation génitale féminine. *Plate-forme d'action pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)*. New York, UNICEF, 2008. http://www.unifem.org/attachments/products/PlatformForActionFGM-C_fra.pdf.
7. Résolution A/RES/48/104. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. en: Quarante-huitième session des Nations Unies Assemblée générale, 23 février 1994. <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/06/pdf/N9409506.pdf?OpenElement>.
8. Toubia NF, Sharief EH. Female genital mutilation: have we made progress? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 82:251-261.
9. Christoffersen-Deb A. "Taming tradition": medicalized female genital practices in western Kenya. *Medical Anthropology Quarterly*, 2005, 19(4):402-418.

10. Njue C, Askew I. *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya. Frontiers final report*. Washington, Population Council, 2004.
11. Shell-Duncan B. The medicalization of female “circumcision”: harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science and Medicine*, 2001, 52(7):1013-1028.
12. Refaat A. Medicalization of female genital cutting in Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2009, 15(6):1379.
13. Budiharsana M. *Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women’s health rights*. Jakarta, Population Council, 2004.
14. Serour G. The issue of reinfibulation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010, 109(2):93-96.
15. *Mutilations sexuelles féminines : prévention et prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines : principes directeurs à l’intention des infirmières et sages-femmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.18_fre.pdf.
16. Shell-Duncan B, Hernlund Y. Are there “stages of change” in the practice of female genital cutting? Qualitative research findings from Senegal and The Gambia. *African Journal of Reproductive Health*, 2006, 10:57-71.
17. Ako MA, Akweongo P. The limited effectiveness of legislation against female genital mutilation and the role of community beliefs in Upper East Region, Ghana. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17(34):47-54.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et Recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, CH1211 Genève 27, Suisse

Télécopie : +41 22 791 4171

Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth