



ÉTUDE À MÉTHODES MIXTES  
EXPLORANT LES CONNAISSANCES,  
LES ATTITUDES ET LES PRATIQUES  
DES PROFESSIONNELS/LLES DE  
SANTÉ EN MATIÈRE DE  
MUTILATION GÉNITALE FÉMININE  
EN CASAMANCE, SÉNÉGAL

Casamance, Sénégal 2019  
Rapport final

## INFORMATION

© Wassu Gambia Kafo

Fundación Wassu – Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Projet financé par: Garapenerako Lankidetzaren Euskal Agentzia /  
Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo (Agence Basque de  
Coopération au Développement)

### Chercheure Principale :

Prof. Adriana Kaplan Marcusán

### Chercheurs associés :

Laura Munoz

Fatou Ndow

Marie Alix le Charles

Crédits photo : Jordi Tomàs Aguilera, 2018.



# TABLE DES MATIÈRES

|  |           |  |           |
|--|-----------|--|-----------|
| <b>ACRONYMES</b>   | <b>3</b>  | <b>2.4 Pratiques des professionnels de la santé concernant les MGF</b>             | <b>26</b> |
| <b>INTRODUCTION</b>  | <b>4</b>  | <b>2.5 Médicalisation des MGF</b> .....  | <b>29</b> |
| Contexte.....  | 4         | <b>2.6 Résultats qualitatifs</b> .....   | <b>31</b> |
| <b>1. MÉTHODOLOGIE</b>   | <b>6</b>  | <b>3. DISCUSSION ET CONCLUSIONS</b>  | <b>37</b> |
| 1.1 Population.....  | 6         | 3.1 Leçons apprises.....   | 40        |
| 1.2 Définition de l'étude.....   | 6         | <b>4. RECOMMANDATIONS</b>  | <b>41</b> |
| 1.3 Échantillonnage - CAP - <i>Quantitatif</i> .....                       | 6         | 4.1 Évaluation et gestion.....   | 41        |
| 1.4 Procédure de collecte des données – <i>Quantitative</i> .....          | 8         | 4.2 Fourniture de conseils et d'un soutien psychosocial.....                       | 41        |
| 1.5 Saisie, nettoyage et analyse des données - <i>Quantitatif</i> .....    | 9         | 4.3 Une formation complète.....  | 41        |
| 1.6 Échantillonnage - Entretiens qualitatifs.....                          | 10        | 4.4 Intégration des MGF dans le programme académique -<br>Formation préalable..... | 42        |
| 1.7 Procédure de collecte des données – <i>Qualitatif</i> .....            | 10        | 4.5 Élaboration d'un manuel de référence.....                                      | 42        |
| 1.8 Considérations éthiques.....   | 11        | 4.6 Documentation et recherche.....  | 42        |
| 1.9 Obtenir un consentement averti.....                                    | 11        | 4.7 Médicalisation.....  | 42        |
| 1.10 Saisie, nettoyage et analyse des données – <i>Qualitatif</i> .....    | 11        | <b>RÉFÉRENCES</b>  | <b>43</b> |
| <b>2. RÉSULTATS</b>  | <b>12</b> |  |           |
| 2.1 Caractéristiques sociodémographiques.....                              | 12        |  |           |
| 2.2 Connaissance des professionnels de la santé concernant les<br>MGF..... | 15        |  |           |
| 2.3 Attitudes des professionnels de la santé face aux MGF.....             | 19        |  |           |

# ACRONYMES

---

|               |   |
|---------------|---|
| <b>ANSD</b>   | Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie |
| <b>CAP</b>    | Connaissances, Attitudes et Pratiques                   |
| <b>CER</b>    | Comité d'Éthique de la Recherche                        |
| <b>FNUAP</b>  | Le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA)   |
| <b>MGF</b>    | Mutilation Génitale Féminine                            |
| <b>OMS</b>    | L'Organisation Mondiale de la Santé                     |
| <b>UAZ2</b>   | Université Assane Seck de Ziguinchor                    |
| <b>UCAD</b>   | Université Cheikh Anta Diop                             |
| <b>UFR-2S</b> | Unité de Formation et de Recherche                      |
| <b>UNICEF</b> | Fonds des Nations unies pour l'enfance                  |
| <b>WGK</b>    | Wassu Gambia Kafo                                       |

# INTRODUCTION

---

## Contexte

Dans le monde, on estime que plus de 200 millions de femmes ont subi une forme quelconque de mutilation génitale féminine (MGF), également connue sous le nom de mutilation génitale féminine ou MGF (1). Les preuves médicales montrent que cette pratique n'a aucun avantage pour la santé et interfère avec les fonctions naturelles du corps des filles et des femmes (2). À court terme, les MGF peuvent provoquer des saignements excessifs, des douleurs intenses, un choc, une septicémie, une transmission du VIH, des problèmes urinaires, des conséquences psychologiques telles qu'un traumatisme et, dans les cas les plus dramatiques, la mort. Les conséquences à long terme sur la santé comprennent des douleurs chroniques, un dysfonctionnement du système urogénital (infection des voies urinaires et des voies reproductives, des problèmes de miction, des chéloïdes, des troubles menstruels), ainsi que des risques obstétricaux et périnataux, des troubles sexuels et des problèmes psychologiques (2).

Dans de nombreux contextes, les professionnels de la santé tels que les sages-femmes, les infirmières et les médecins (gynécologues, obstétriciens, etc.) sont confrontés aux conséquences à court et à long terme des mutilations génitales féminines dans leur vie quotidienne. Cependant, de nombreux prestataires de soins de santé ont une connaissance limitée des MGF et des compétences limitées pour prévenir et gérer ses complications. (2,3). Souvent, les professionnels de la santé reçoivent peu ou pas de formation sur le traitement des MGF, les soins et leurs conséquences. Étant donné que les professionnels de

la santé sont à l'avant-garde des MGF, ils ont souvent la responsabilité d'informer les autorités en cas de MGF.

De plus, on sait peu de choses sur les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des MGF. Il en va de même pour leurs compétences dans la gestion des complications et la prévention (3). À ce jour, les études qui ont évalué les connaissances, les attitudes et les pratiques (études CAP) des professionnels de la santé sur le continent africain n'ont impliqué que quelques pays, dont l'Égypte (4), la Gambie (9,10), le Nigéria (6,7) et Soudan (8). Un examen systématique des CAP des professionnels de la santé en Europe et en Afrique montre que leur connaissance des conséquences de la pratique et leurs points de vue sur la médicalisation varient considérablement (3).

Au même temps, le risque de médicalisation augmente (Kenya) (12) et des études récentes suggèrent que les MGF sont de plus en plus pratiquées par les professionnels de la santé (sages-femmes, infirmiers et médecins) (1). La législation sénégalaise interdit la pratique des MGF par la communauté et en particulier par les professionnels de santé (15).

Bien que de nombreuses études sur les mutilations génitales féminines aient été réalisées au Sénégal, aucune ne traite en profondeur des connaissances, des attitudes et des pratiques des professionnels de la santé et des enseignants de sciences de la santé. Aucune donnée n'est disponible à ce sujet. La Casamance est l'une des régions du Sénégal où la prévalence des MGF est la plus élevée, avec près de 75% des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF <(60,5% dans la région de Ziguinchor, 84,2% dans la région de Sédhiou et 80,7% dans la région de Kolda) (14). La majorité de ces femmes, 58,4%, ont subi une mutilation

## INTRODUCTION

de type II (1) selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On estime également que 45% des filles de moins de 14 ans en Casamance ont subi une forme de MGF, dont 1,8%, une infibulation (type III) (13).

Le but de cette étude a été de comprendre les connaissances et le positionnement des professionnels de santé en Casamance sur les mutilations génitales féminines.

Les objectifs spécifiques de l'étude ont été les suivants:

- Comprendre les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé concernant les MGF.
- Connaître les pratiques des professionnels de santé face aux conséquences sanitaires des mutilations génitales féminines.
- Comprendre l'approche des professionnels de la santé pour prévenir la pratique chez les filles.
- Comprendre les réponses et les pratiques des professionnels de la santé à la demande de pratiquer les MGF (médicalisation).
- Comprendre les connaissances des professionnels de santé sur la loi interdisant les MGF au Sénégal.



*Crédits photo: Wassu Gambia Kafo*

# 1. MÉTHODOLOGIE

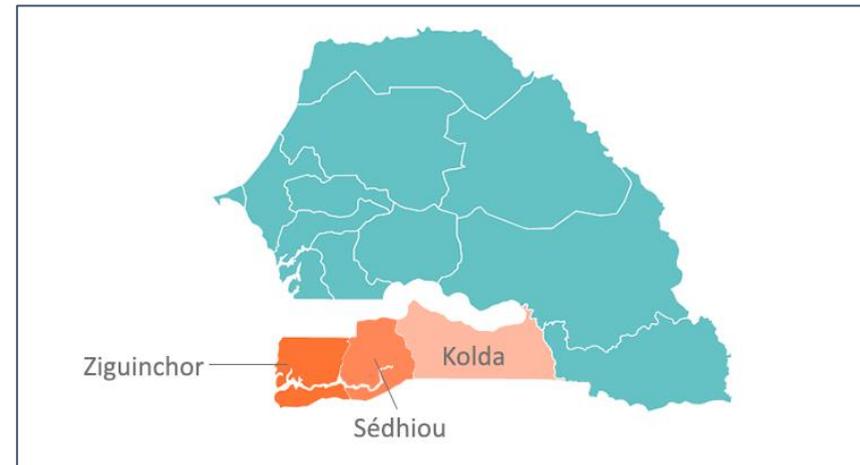
## 1.1 Population

La population cible de l'enquête CAP est l'ensemble des professionnels du système de santé publique des trois régions de Casamance impliqués dans la prise en charge des complications de santé dues aux MGF. Ainsi, des médecins (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues), des sages-femmes et des infirmières d'État ont participé à l'étude, ainsi que des infirmières auxiliaires travaillant dans les centres de santé et les hôpitaux publics de Casamance. Les autres professionnels de la santé (pharmaciens, techniciens dentaires / ophtalmiques, etc.) et les agents de santé communautaire ont été exclus de l'étude.

## 1.2 Définition de l'étude

Pour atteindre l'objectif proposé, une étude descriptive transversale a été conçue pour examiner les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des professionnels de santé de la Casamance concernant les MGF. Basée sur une méthode mixte, elle comprend une composante quantitative (enquête CAP) et une composante qualitative (entretiens individuels approfondis). Cette dernière vise à approfondir les conclusions tirées de l'analyse quantitative. L'étude a été réalisée dans les trois régions administratives de la Casamance (Ziguinchor, Sédhiou et Kolda) au cours du deuxième trimestre 2019.

Illustration 1: Régions de Casamance, Sénégal



## 1.3 Échantillonnage - CAP - Quantitatif

La composante quantitative de l'étude a consisté à collecter des informations auprès des médecins, sages-femmes et infirmières d'État (y compris les assistants/es) en Casamance, sur la base d'une enquête "face à face". Les entretiens structurés ont été menés en français par des enquêteurs recrutés et formés localement, et un coordinateur.

La collecte des données a commencé en avril 2019 et terminée en juin 2019. Une fois les enquêteurs formés, une étude pilote a été menée en Casamance afin d'ajuster le questionnaire si nécessaire.

Sur la base des chiffres les plus récents publiés par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) 2017, la population concernée par l'étude s'élève à 501 professionnels de santé dont 337

## 1. MÉTHODOLOGIE

professionnels de santé sont l'échantillon représentatif minimum comme le montre le calcul ci-dessous:

Tableau 1: Population totale et échantillon de professionnels de la santé

| Profession / Région               | Ziguinchor | Sédhiou   | Kolda      | Total      |
|-----------------------------------|------------|-----------|------------|------------|
| Docteurs                          | 20         | 9         | 19         | 48         |
| Sages-femmes d'État               | 47         | 28        | 112        | 187        |
| Infirmières d'État                | 64         | 23        | 102        | 189        |
| Autres (i.e. assistant infirmier) | 43         | 17        | 17         | 77         |
| <b>Total</b>                      | <b>174</b> | <b>77</b> | <b>250</b> | <b>501</b> |

Afin de déterminer l'échantillon représentatif minimum par région (n), la formule suivante a été appliquée:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Où:

- N = Population totale.
- $Z_{\alpha}$  = niveau de confiance selon la distribution normale centrée réduite (pour un niveau de confiance à 95%,  $z = 1.96$ ).
- p = proportion estimée de la population présentant la caractéristique (si inconnue, utiliser  $p = 0.5$ )
- q = 1 - p (ici  $1 - 0.05 = 0.95$ )
- d = marge d'erreur admissible (ici 5%)

Ainsi, pour une population totale de 501 professionnels, avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, 337 professionnels de santé devaient être interrogés:

Tableau 2: Population totale et échantillon de professeurs

|                       | Ziguinchor | Sédhiou | Kolda | Total |
|-----------------------|------------|---------|-------|-------|
| Population totale (n) | 174        | 77      | 250   | 501   |
| Échantillon (n)       | 120        | 65      | 152   | 337   |
| Échantillon (%)       | 35.6%      | 19.2%   | 45.1% | 100%  |

L'étude vise à obtenir des informations globales sur les CAP des professionnels de santé en Casamance et ne cherche pas à comparer les CAP selon les différentes catégories socioprofessionnelles. Cependant, des quotas seront appliqués lors de la sélection des participants en

## 1. MÉTHODOLOGIE

fonction du poids des 4 catégories socioprofessionnelles (CSP) identifiées:

Tableau 3: Population totale échantillonnée

| Région                            | Ziguinchor | Sédhiou   | Kolda      | Total      |
|-----------------------------------|------------|-----------|------------|------------|
| Docteurs                          | 14         | 8         | 12         | 34         |
| Sages-femmes d'État               | 32         | 24        | 68         | 124        |
| Infirmières d'État                | 44         | 19        | 62         | 125        |
| Autres (i.e. assistant infirmier) | 30         | 14        | 10         | 54         |
| <b>Total</b>                      | <b>120</b> | <b>65</b> | <b>152</b> | <b>337</b> |

Sur la base de la liste des structures publiques de la région (hôpitaux, centres de santé et postes de santé), les sites visités ont été sélectionnés à l'avance en fonction:

- De leur caractère urbain ou rural, se référant à la commune comme zone urbaine. Ainsi, l'environnement urbain est composé de toutes les localités érigées en tête lieu de commune, quel que soit le nombre d'habitants.
- The taux d'urbanisation dans la région. Compte tenu d'un taux d'urbanisation en Casamance de près de 32% selon les données

ANDS pour 2015, les enquêteurs auront tendance à visiter, si possible, 2/3 des sites en zone rurale et 1/3 en zone urbaine.

### 1.4 Procédure de collecte des données – Quantitative

Les questionnaires ont été administrés par trois (3) enquêteurs sénégalais qui sont des professionnels de la santé et ont suivi une formation de 5 jours avant l'étude. La formation a porté sur des questions liées aux mutilations génitales féminines, à la méthodologie de recherche et à l'application pratique de la procédure de collecte de données.

Selon la mise à disposition par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale d'une liste exhaustive des professionnels de santé travaillant dans les structures publiques des trois régions de Casamance, les personnes interrogées ont été préalablement identifiées. Une autre option a consisté à les sélectionner directement sur le terrain selon une méthode "en chaîne" après consultation et autorisation du supérieur hiérarchique du site concerné. Les professionnels de santé ont donc été visités sur leur lieu de travail et interrogés sur place après ces consultations.

Les questionnaires ont pris environ 40 à 50 minutes et a ont administrés de deux manières:

- questionnaire auto-administré: le participant remplit lui-même le questionnaire;
- l'intervieweur est à sa disposition en cas de doute;

## 1. MÉTHODOLOGIE

- interview: les intervieweurs posent les questions, remplissent le document et demandent au participant de le signer après la relecture.

Dans les deux cas, le questionnaire a été administré en français après obtention du consentement signé par la personne interrogée (**voir Considérations éthiques**).

De plus, des entretiens individuels ont été menés avec des professionnels identifiés lors de la phase d'enquête CAP. Une fois leur intérêt et leur accord pour participer à cette deuxième étape de l'étude confirmés, un rendez-vous a été pris à leur convenance pour mener l'entretien en dehors de leurs heures de consultation et où il a été plus pratique pour eux de s'exprimer (en milieu de travail ou autre). Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du participant, qui a été informé à l'avance et a signé un formulaire de consentement.

### 1.5 Saisie, nettoyage et analyse des données - Quantitatif

Les données ont été codifiées, saisies et nettoyées avant l'analyse par une équipe de consultants. La première étape a consisté à créer le questionnaire dans le logiciel EpiData / Epi Info. Pour la deuxième étape, les opérateurs spécialisés dans la saisie des données de l'équipe de consultants se sont chargés de saisir manuellement les réponses des questionnaires en papier dans la base de données créée dans le logiciel. Les données ont été saisies deux fois pour éviter les erreurs et nettoyées pour garantir la qualité.

L'analyse s'est concentrée principalement sur les paramètres suivants; connaissances et besoins de formation sur les MGF, attitudes et pratiques concernant les MGF au niveau individuel et communautaire, données sur la médicalisation, obstacles à son abandon et interventions préventives et acteurs de la prévention.

La gestion des données a été effectuée par le chercheur principal. Un biostatisticien a effectué l'analyse statistique. Une stricte confidentialité a été maintenue ainsi que l'anonymat des participants au cours des différentes phases de traitement et d'analyse des données et de la préparation du rapport d'étude.

Les données collectées ont d'abord été soumises à une analyse descriptive univariée des principales variables sociodémographiques: âge, sexe, ethnie, région d'origine, etc. Pour établir les résultats en relation avec les "connaissances", les "attitudes" et les "pratiques", les taux de prévalence (proportion) exprimés en pourcentage ont été calculés avec un intervalle de confiance à 95%.

Des analyses bivariées ont été menées pour détecter les différences de «connaissances», «attitudes» et «pratiques» entre les professionnels de la santé selon leur niveau, leur groupe ethnique et leur sexe. Ces relations ont été testées avec des tests Chi2 ou le test Fisher exact, le cas échéant.

Les données ont été analysées à l'aide de SPSS 25.

## 1. MÉTHODOLOGIE

### 1.6 Échantillonnage - Entretiens qualitatifs

Les participants aux entretiens individuels approfondis ont été identifiés sur la base des caractéristiques suivantes:

- i. Région (Ziguinchor/Sédhiou/Kolda)
- ii. Profession (médecin/sage-femme)
- iii. Travaille dans hôpital (zone urbaine) ou un centre de santé (zone rurale)

### 1.7 Procédure de collecte des données – Qualitatif

Les entretiens individuels approfondis combinent observation et dialogue ouvert, et offrent la possibilité d'approfondir certains aspects de l'enquête CAP. Du fait que les données collectées sont à petite échelle, elles ne peuvent pas être considérées comme représentatives de l'ensemble de la population enquêtée. Néanmoins, elles donnent accès à un niveau de compréhension plus fine des connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé et de leurs difficultés quotidiennes, et enrichissent les informations de l'enquête CAP.

#### 1.7.1 Entretiens individuels approfondis:

Sur la base d'un guide d'entretien semi-directif, les informations recueillies lors des entretiens approfondis ont permis de contextualiser les résultats quantitatifs en permettant une meilleure compréhension des enjeux auxquels sont confrontés les professionnels de santé au

quotidien, ainsi que de leurs connaissances, attitudes et pratiques concernant les MGF.

Dans chaque région, un entretien approfondi a été mené avec un médecin dans un hôpital ou un centre de santé et une sage-femme ou une infirmière d'État dans un centre de santé.

#### 1.7.2 Guide d'entretien:

Le guide d'entretien comprend une cinquantaine de questions sur les MGF liées aux CAP. Elles sont destinées à stimuler la discussion sur les thèmes suivants:

- Connaissance des MGF, de ses conséquences sur la santé, des raisons invoquées pour la pratique, du lien avec la religion, etc.
- Importance culturelle de la pratique.
- Tabous qui pourraient influencer les opinions sur la pratique et l'abandon.
- Connaissance du cadre juridique.
- Implication des hommes dans le débat
- Attitudes envers la poursuite des MGF.
- Stratégies pour la prévenir (y compris le rôle que les professionnels de la santé et les chefs religieux peuvent jouer).
- Pratique des MGF dans la famille / le ménage, pratique sur leurs propres filles et sur d'autres enfants (médicalisation).
- Discrimination à l'égard des filles qui ne subissent pas de MGF.
- La médicalisation de la pratique.

## 1. MÉTHODOLOGIE

### 1.8 Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et du Conseil national pour la recherche en santé (CNRS) du Sénégal avant la mise en œuvre des activités de recherche. Une procédure a été mise en place pour protéger la confidentialité des participants.

Aucune information identifiable (par exemple, nom, prénom, numéro de téléphone, etc.) qui puisse relier les données à une personne n'a été collectée auprès des participants. Lors de l'inclusion et de l'obtention du consentement éclairé, les participants ont reçu un code anonyme. Toutes les données électroniques ont été enregistrées sur un ordinateur protégé par mot de passe et toutes les données papier ont été stockées dans un endroit sûr sur place, a assuré, mais les coordinateurs de l'étude. Les questionnaires étant codifiés, la base de données est donc totalement anonyme et sécurisée.

La confidentialité et l'anonymat des participants ont été maintenus tout au long de l'étude et ils ont été informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment s'ils le souhaitaient.

#### 1.8.1 Risques et avantages potentiels:

Les risques pour les participants à l'étude ont été minimisés autant que possible. Étant donné que la question des MGF reste relativement taboue, les participants peuvent avoir peur de s'exprimer par crainte de représailles sociales. Cependant, comme les participants ont été informés qu'ils étaient libres de quitter cette étude à tout moment, il n'y a pas eu de risque significatif à long terme.

### 1.9 Obtenir un consentement averti

Le consentement écrit a été obtenu après avoir lu la fiche d'information expliquant le but de l'étude et la procédure (voir formulaire de consentement averti) et une fois que le répondant a confirmé qu'il avait compris tous les détails. Le participant a eu l'occasion de poser des questions. Les enquêteurs ont suivi les directives éthiques européennes pour les projets FP7 et les directives de l'American Anthropological Association.

#### 1.10 Saisie, nettoyage et analyse des données – *Qualitatif*

Une fois les entretiens individuels transcrits, les transcriptions ont été soigneusement codées. L'utilisation du logiciel NVivo Qualitative Data Analysis (QSR International Pty Ltd. Cardigan UK), a facilité la décomposition en unités de sens de l'entretien de groupe (décontextualisation / codage) permettant une analyse thématique du discours des participants.

Pour l'analyse, le principe d'abduction a été utilisé, combinant l'analyse inductive à partir de données de terrain et des thèmes pertinents de la littérature anthropologique sur les MGF. Les thèmes émergents ont été classés et référencés.

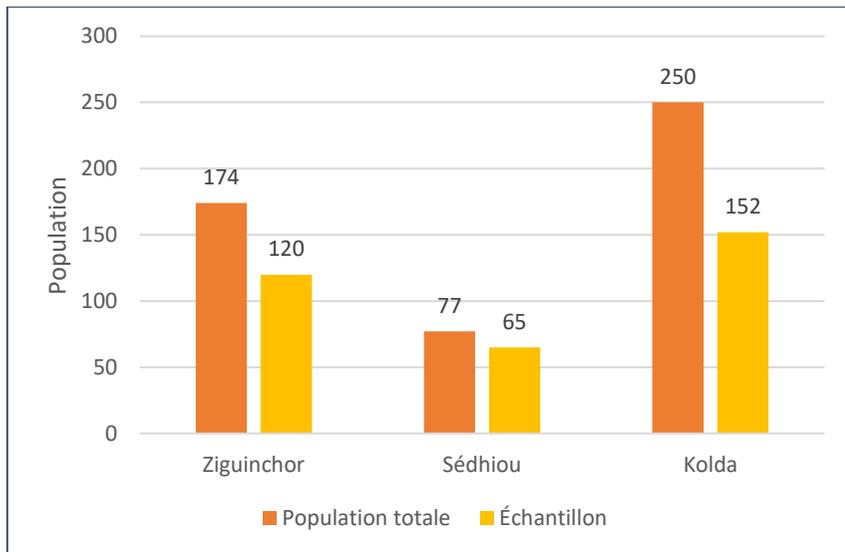
## 2. RÉSULTATS

### 2.1 Caractéristiques sociodémographiques

#### 2.1.1 Nombre de participants:

Dans cette étude, un total de 339 professionnels de la santé a été interrogés en Casamance entre avril et juin 2019 sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des MGF. La taille estimée de l'échantillon étant n = 339 professionnels de la santé, le total de la taille estimée de l'échantillon a été atteint.

Figure 1: Nombre de professionnels de la santé interrogés par taille d'échantillon et population totale



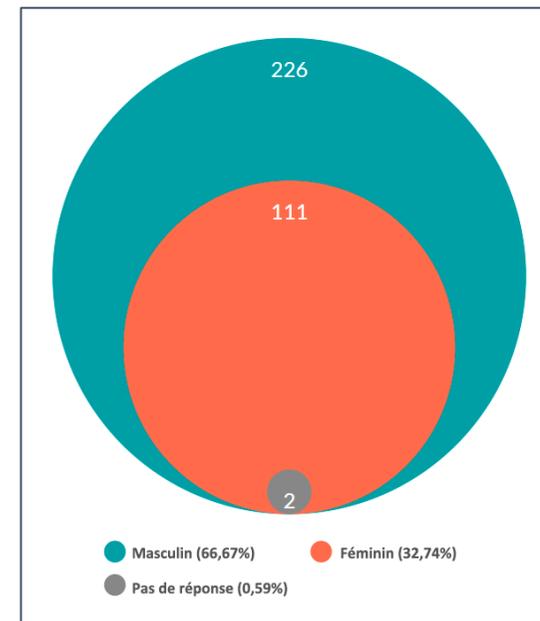
#### 2.1.2 Âge:

L'âge moyen des professionnels de santé interrogés a été de 33,4 ans (écart type: 5,9 ans). L'âge de 29 professionnels de la santé (8,5%) est inconnu car ils ne l'ont pas renseigné.

#### 2.1.3 Sexe:

La majorité des professionnels de la santé répondants ont été des hommes n = 226 (66,6%). Les femmes interrogées ont représenté n = 111 (32,7%).

Figure 1: Sexe des professionnels de la santé

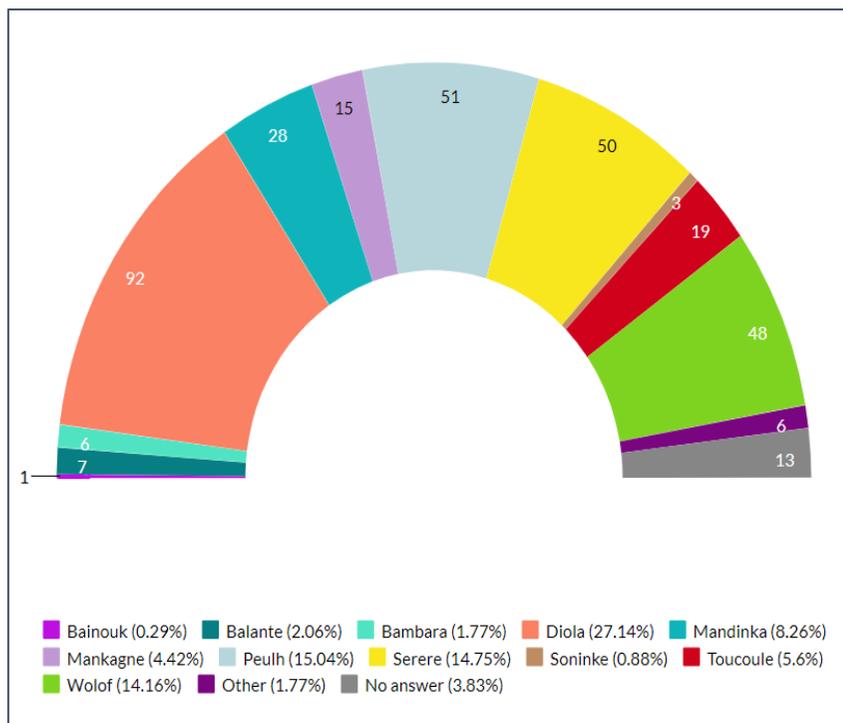


## 2. RÉSULTATS

### 2.1.4 Ethnïcité:

La majorité des professionnels de santé ont été des Diola qui ont représenté 27% des répondants. 15% des répondants ont été des Sérère, 15% des Peulh et 14% des Wolof.

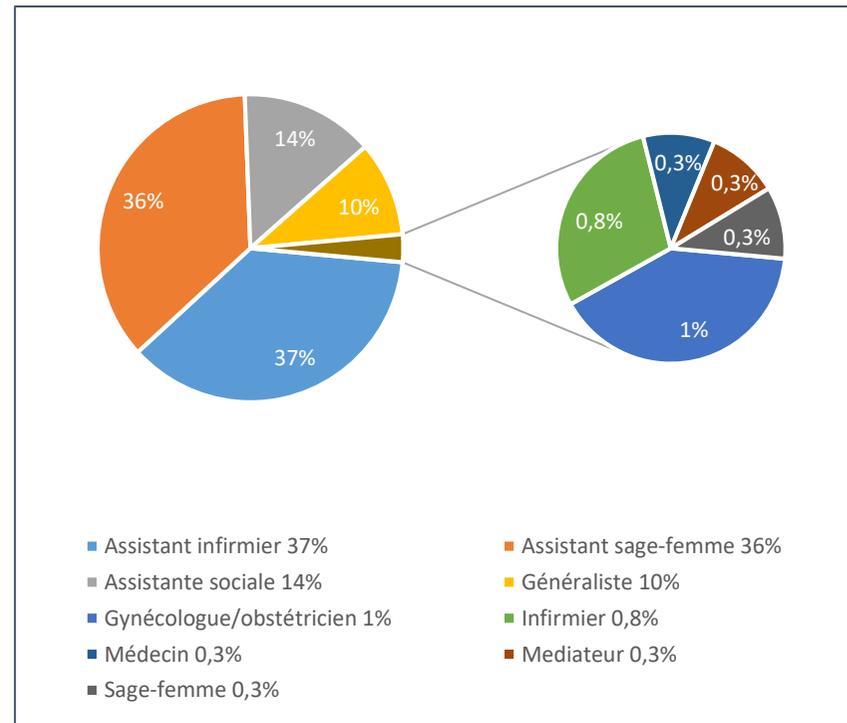
Figure 3: Ethnïcité des professionnels de santé en Casamance



### 2.1.5 Spécialisation des professionnels de la santé:

Parmi les répondants interrogés, la majorité a été composée d'infirmières (36%) et de sages-femmes (37%). Il y a eu également 10% de médecins et 14% d'infirmières auxiliaires.

Figure 4: Pourcentage de spécialisation des professionnels de la santé

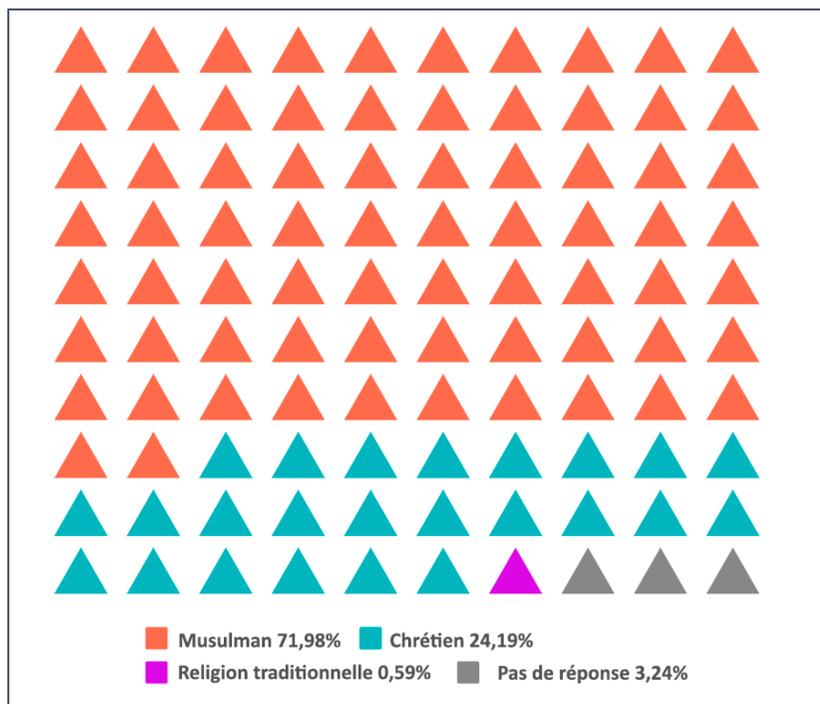


## 2. RÉSULTATS

### 2.1.6 Religion:

La religion de la majorité des professionnels de la santé interrogés a été 72% musulmane, suivie par 24% chrétienne et 1% religion traditionnelle.

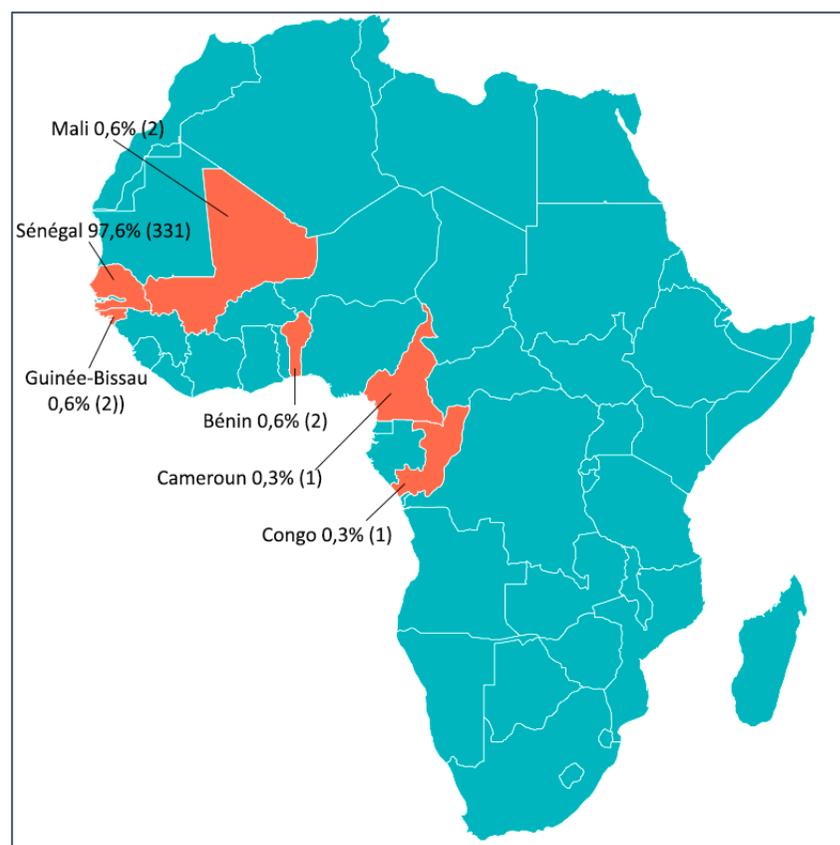
Figure 5: Pourcentage de religions des professionnels de la santé



### 2.1.7 Pays d'origine:

Alors que 97,6% des professionnels de la santé interrogés sont d'origine sénégalaise, les autres répondants étaient du Bénin, de la Guinée-Bissau, du Cameroun, du Congo et du Mali.

Illustration 2: Pourcentage de professionnels de la santé par pays d'origine



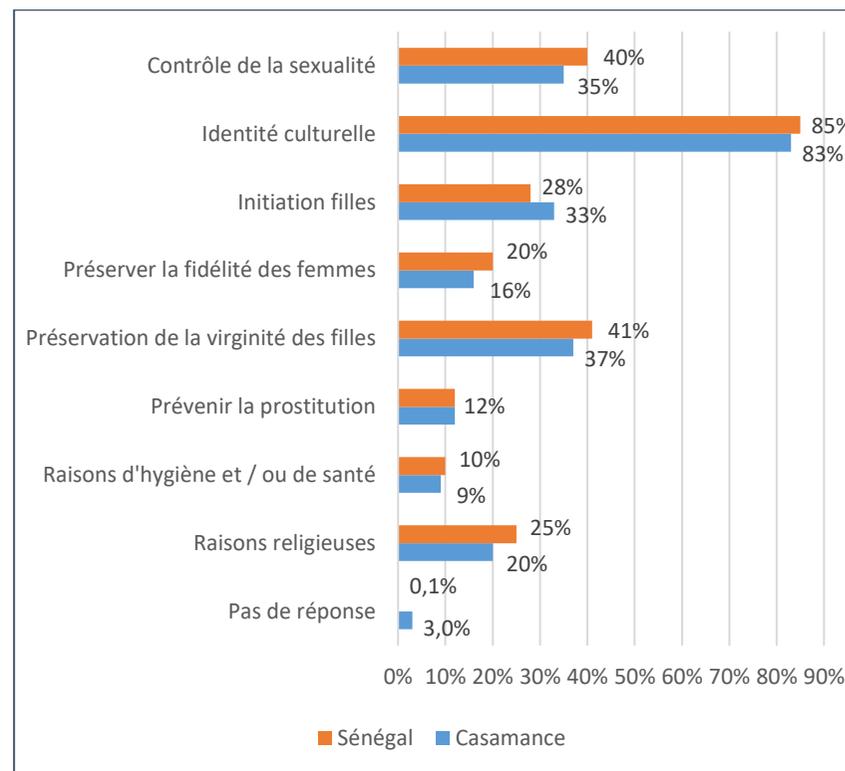
## 2. RÉSULTATS

### 2.2 Connaissance des professionnels de la santé concernant les MGF

Les connaissances sur les mutilations génitales féminines sont cruciales pour comprendre les raisons sous-jacentes de la position d'un individu vis-à-vis de la pratique, car divers facteurs contribuent à leurs opinions. Cette étude a exploré les connaissances des professionnels de la santé en cadrant les questions dans le contexte socio-culturel des MGF en Casamance et au Sénégal. La connaissance du professionnel de la santé a été étudiée en posant une série de questions concernant a.) Les justifications de la pratique, b.) Les contextes socioculturels et la prise de conscience de ses conséquences sur la santé.

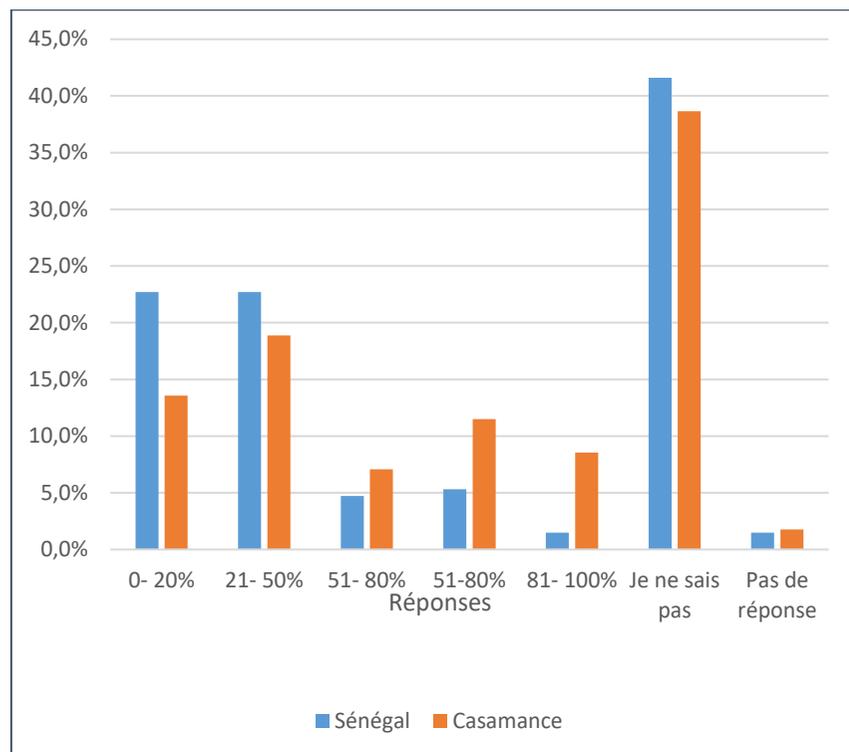
Les professionnels de santé ont été interrogés sur les différentes raisons pour lesquelles les MGF sont pratiquées au Sénégal et en Casamance, le répondant devant connaître la différence entre région et pays. Les répondants ont déclaré que; identité culturelle (85%), contrôle de la sexualité (42%) et préservation de la virginité des filles (41%) sont les raisons les plus importantes. Les autres raisons invoqués par moins de 40% des professionnels de la santé, sont telles que les raisons de santé, les raisons religieuses et la prévention de la prostitution

Figure 6: Pourquoi les MGF sont pratiquées au Sénégal et en Casamance?



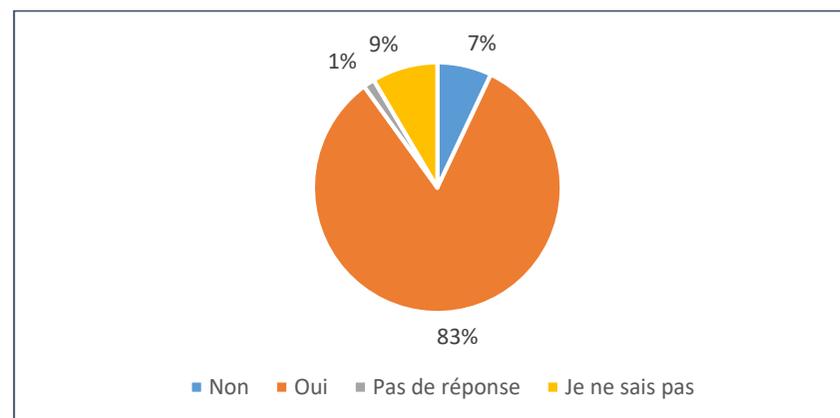
## 2. RÉSULTATS

Figure 7: A votre avis, dans quelle mesure est présente la pratique de l'excision au Sénégal?



Les professionnels de la santé ont ensuite été interrogés sur la question de savoir si les MGF constituaient une violation des droits de l'homme; 82,9% des professionnels de la santé interrogés déclarent que les MGF sont une violation des droits de l'homme, 7,1% pensent que les MGF ne le sont pas et 8,6% ne le savent pas.

Figure 8: Violation des droits humains et MFG



Interrogés sur les lois spécifiques interdisant les MGF au Sénégal, les professionnels de la santé ont démontré une bonne connaissance car 77% des interrogés ont déclaré qu'il existe une loi spécifique interdisant les MGF au Sénégal. 6,2% ont déclaré qu'il n'y avait pas de loi spécifique interdisant les MGF et 15,6% ne savaient pas. La majorité des professionnels de la santé qui ne savaient pas qu'il existe une loi interdisant les MGF étaient des femmes, mais ce résultat n'est pas été statistiquement significatif.

Tableau 4: Loi interdisant les MGF



|  | Oui   | Non  | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-------|------|----------------|----------------|
|  | 77,0% | 6,2% | 15,6%          | 1,2%           |

## 2. RÉSULTATS

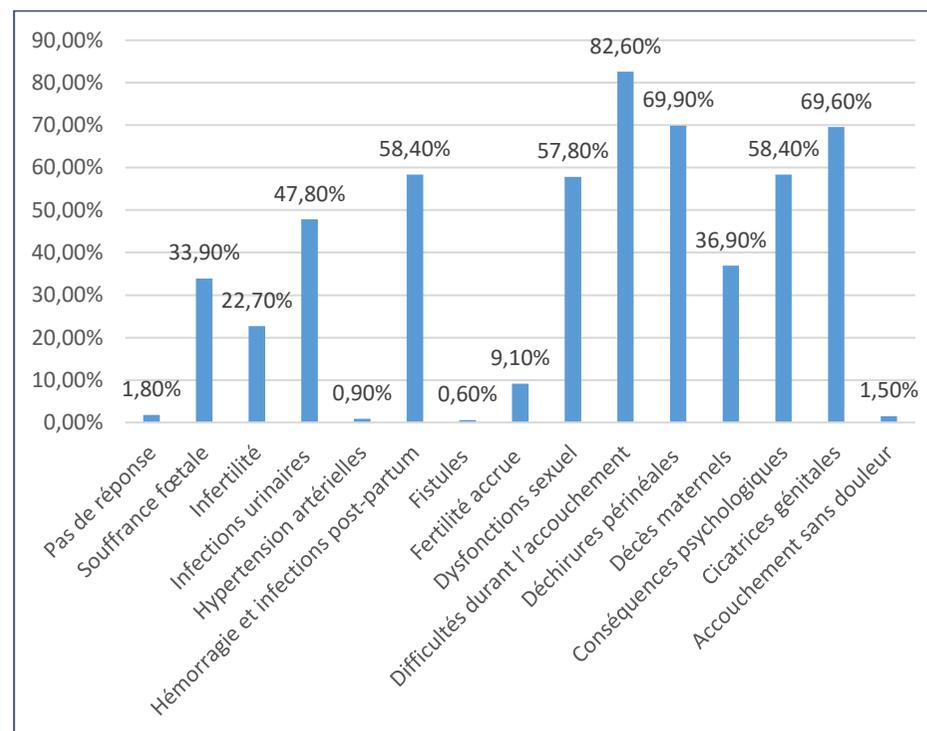
Lors de l'évaluation de la sensibilisation du professionnel de la santé aux conséquences sur la santé des MGF, 95,9% des interrogés pensent que les MGF ont des conséquences sur la santé et ont pu les énumérer. Un petit nombre a déclaré qu'il n'y avait aucune conséquence sur la santé (1,2%) et 1,8% ne savaient pas. La majorité a déclaré que les conséquences sont des difficultés lors de l'accouchement à 82,6%, des cicatrices génitales et des difficultés lors de l'accouchement à 69,9%.

Tableau 5: Les MGF ont-elles des conséquences sur la santé?



|  | Oui   | Non  | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-------|------|----------------|----------------|
|  | 95,9% | 1,2% | 1,8%           | 1,2%           |

Figure 9: Conséquences des MGF sur la santé



La majorité des professionnels de la santé avaient une bonne connaissance de l'impact des MGF sur la santé mentale des femmes, puisque 81,7% ont déclaré que les MGF pouvaient avoir un impact sur la santé mentale des femmes. 7,4% ont déclaré que cela ne pouvait avoir aucun impact sur la santé mentale des femmes et 8,3% ne savaient pas.

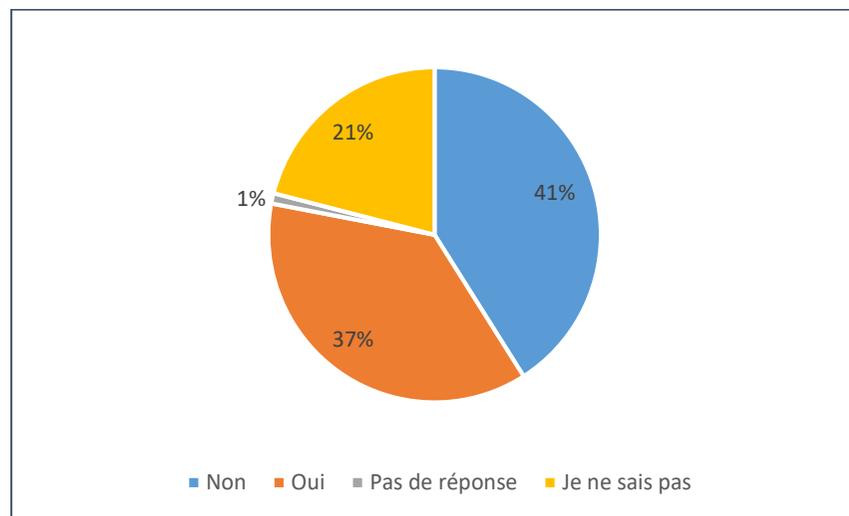
## 2. RÉSULTATS

Tableau 6: MGF et santé mentale des femmes/filles par des professionnels de la santé



|  | Oui   | Non  | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-------|------|----------------|----------------|
|  | 81,7% | 7,4% | 8,3%           | 2,7%           |

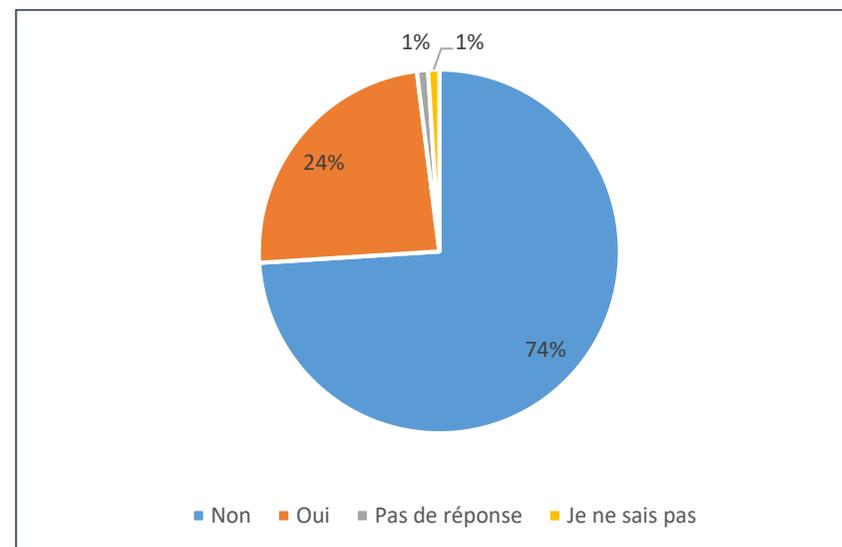
Figure 10: Membres de la communauté pratiquant les MGF



On a également demandé aux répondants si l'un des membres de leur famille avait été excisée. 33% des professionnels de la santé interrogés ont déclaré que les membres de leur famille ont pratiqué les MGF. 56%, la majorité, ont déclaré qu'ils n'ont pas été et 11% ne savaient pas ou n'ont pas répondu. Parmi ceux qui ont déclaré que des membres de leur famille avaient été excisées, la majorité, 27%, appartenait à l'ethnie Diola. Ceci est statistiquement significatif,  $p < 0,05$ .

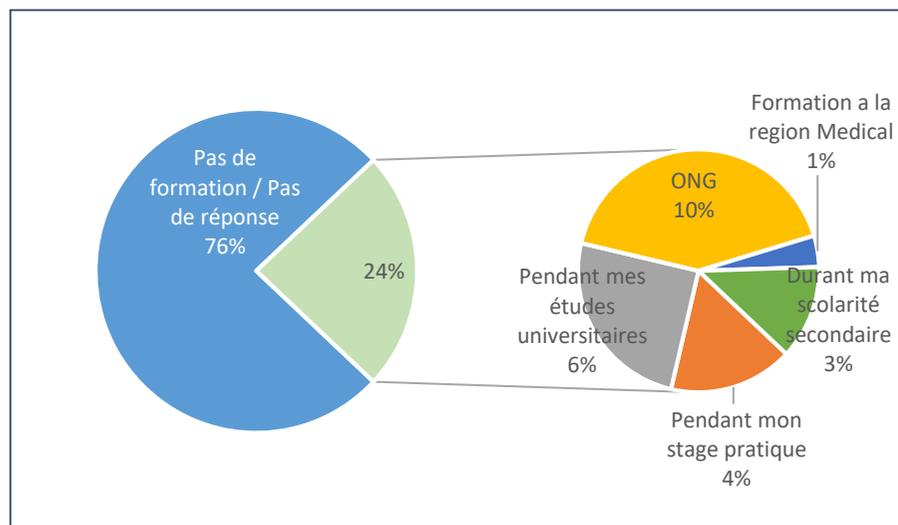
Au total, 24% des professionnels de la santé interrogés ont déclaré qu'ils avaient reçu une formation en MGF, 74% ont répondu par la négative et 4,5% ne savaient pas ou n'ont pas répondu. 10% des professionnels de la santé ont été formés par ONG, 6% pendant leurs études universitaires et 4% pendant leurs stages.

Figure 11: Ont reçu une formation sur les MGF



## 2. RÉSULTATS

Figure 12: Contexte dans lequel ils ont suivi la formation



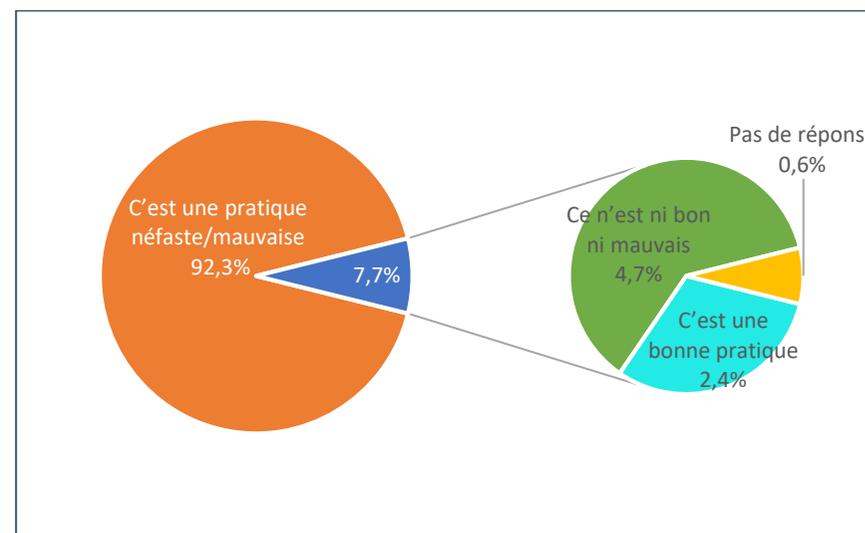
### 2.3 Attitudes des professionnels de la santé face aux MGF

L'étude a inclus des questions qui visaient à explorer les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des MGF. Il s'agit des croyances et les intentions concernant la pratique, les préférences individuelles, la poursuite de la pratique, les stratégies de prévention et leurs perceptions des attentes sociales.

Lorsque le professionnel de la santé a été interrogé sur son opinion sur la pratique, 92,3% des interrogés ont déclaré que la MGF est une mauvaise / nuisible pratique, 4,7% ont déclaré qu'elle n'est ni bonne ni mauvaise et 2,4% ont déclaré que c'est une bonne pratique, comme il est indiqué sur la figure 14.

L'analyse interethnique a montré que parmi les 2,4% qui ont déclaré que la MGF est une bonne pratique, 14% étaient Ballante, 4% Mandinka, 6% Peulh et 5% Toucouleur mais les différences n'étaient pas statistiquement significatives ( $p = 0,150$ ).

Figure 13: Opinion sur les MGF



On a ensuite demandé aux professionnels de la santé s'ils considéraient les MGF comme un sujet tabou. Parmi les répondants, 53,2% des professionnels de la santé interrogés ont déclaré que les MGF sont un sujet tabou, 34,8% pensent que ce n'est pas un sujet tabou et 9,1% ne le savaient pas. L'analyse interethnique montre que sur les 34,8% qui pensent que ce n'est pas tabou, 29% ( $n = 34$ ) sont d'origine diola, suivis par Peulh, Serer et Wolof.

## 2. RÉSULTATS

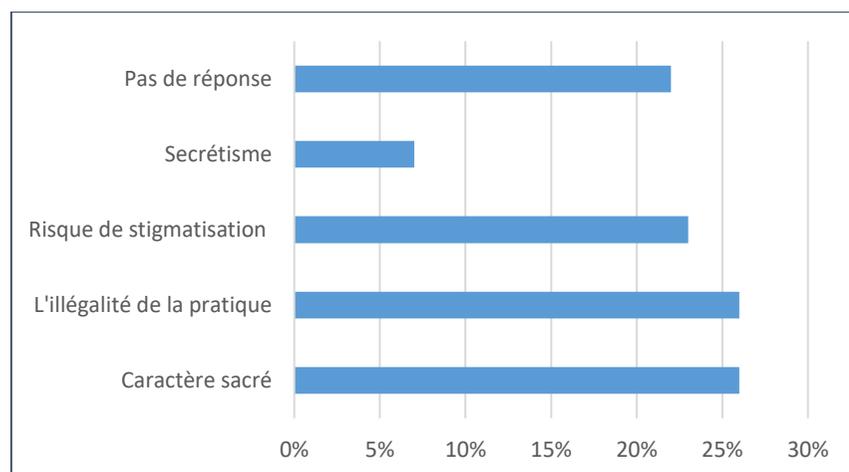
Tableau 7: Les MGF comme sujet tabou



|  | Oui   | Non   | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-------|-------|----------------|----------------|
|  | 53,7% | 34,8% | 9,1%           | 2,4%           |

En ce qui concerne les raisons pour lesquelles les MGF sont un sujet tabou, les professionnels de la santé interrogés ont déclaré que les raisons pour lesquelles les MGF sont tabou comprennent l'illégalité de la pratique (26%), le risque de stigmatisation (23%), le caractère sacré de la pratique (26%) et le secret de la pratique (7%). Les autres n'ont pas répondu (22%).

Figure 14: Raisons pour lesquelles les MGF sont tabou



De plus, 6,2% des professionnels de santé ont déclaré que les MGF devraient rester un sujet tabou, 64,6% pensent que ce ne devrait pas être un sujet tabou et les autres ne le savaient pas ou n'ont pas répondu.

Tableau 8: MGF reste un tabou



|  | Oui  | Non   | Je ne sais pas / Pas de réponse |
|--|------|-------|---------------------------------|
|  | 6,2% | 64,6% | 29,2%                           |

Concernant la loi, il a été demandé aux professionnels de la santé s'ils soutiendraient l'existence d'une loi interdisant les MGF au Sénégal. 91,4% des professionnels de santé interrogés soutiennent son existence, seulement 2,9% ne la soutiennent pas et 4,1% ne le savent pas.

Tableau 9: Soutiennent une loi interdisant les MGF



|  | Oui   | Non  | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-------|------|----------------|----------------|
|  | 91,4% | 2,9% | 4,1%           | 1,5%           |

On a demandé aux professionnels de la santé si la réflexion qu'ils pratiquent se poursuivra malgré la loi. 64% des professionnels de santé

## 2. RÉSULTATS

interrogés déclarent que la pratique se poursuivra malgré une loi, alors que pour 23% la pratique ne continuera pas avec la loi.

Tableau 10: Les MGF persisteront, malgré la loi



|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-----|-----|----------------|----------------|
|  | 64% | 23% | 11%            | 2%             |

Concernant la formation des professionnels de la santé aux conséquences médicales des MGF, un pourcentage significatif des professionnels de la santé (74%) pensent que le personnel de santé devrait être mieux formé, 24% pensent qu'il ne devrait pas être mieux formé et 2% ne savaient pas ou n'ont pas répondu.

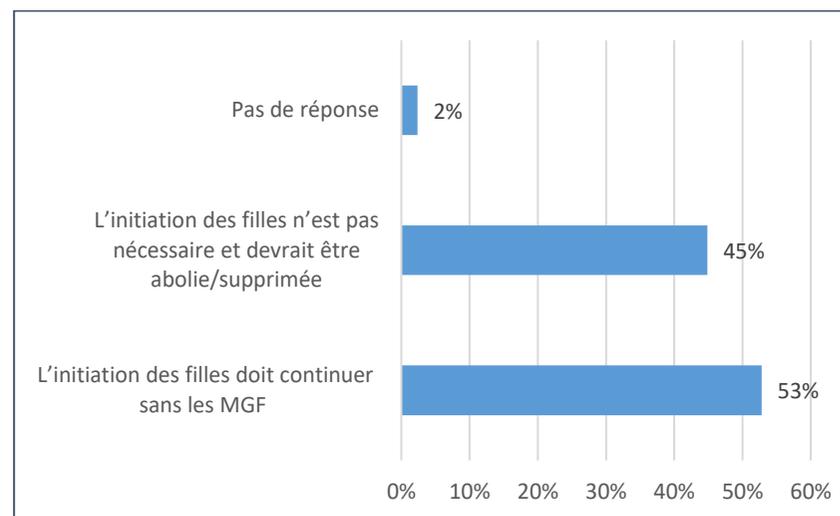
Tableau 11: Des professionnels de la santé formés aux conséquences des MGF



|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-----|-----|----------------|----------------|
|  | 24% | 74% | 1%             | 1%             |

Les répondants ont été interrogés sur leur opinion sur la future initiation des filles. 53% des professionnels de la santé pensent que l'initiation des filles devrait se poursuivre sans MGF et 45% pensent que l'initiation des filles n'est pas nécessaire et devrait être éliminée.

Figure 15: L'avenir de l'initiation des filles



Si l'on considère l'initiation exclusivement en tant que rite de passage, 76% des professionnels de santé interrogés pourraient soutenir des initiatives alternatives d'initiation sans MGF et 13% ne soutiendraient pas les alternatives.

Tableau 12: Appuieraient des initiatives d'initiation



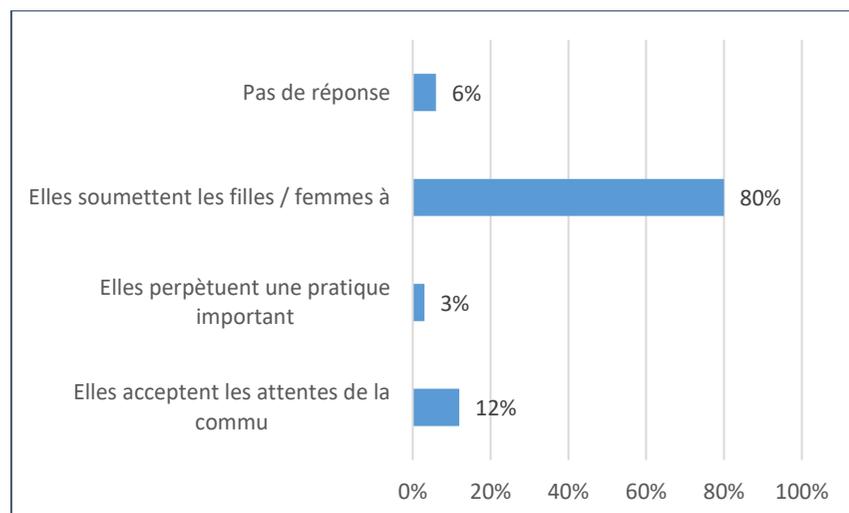
|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-----|-----|----------------|----------------|
|  | 76% | 13% | 9%             | 2%             |

Les professionnels de santé ont été interrogés sur leur opinion sur les familles pratiquant les MGF; 12% des professionnels de santé interrogés

## 2. RÉSULTATS

pensent que les familles pratiquant les MGF acceptent les attentes de la communauté, 3% disent que les familles pratiquant les MGF perpétuent une pratique importante, 80% pensent que la pratique des MGF soumet les femmes à des douleurs et souffrances inutiles et 6% n'ont répondu.

Figure 16: Familles pratiquant les MGF



En ce qui concerne l'implication dans la prévention des MGF, un grand nombre de professionnels de la santé, 96,5%, pense qu'ils peuvent jouer un rôle dans la prévention des MGF et seulement 1,5% pensent qu'ils ne peuvent pas.

Tableau 13: Le professionnel de la santé peut jouer un rôle dans la prévention des MGF



|  | Oui   | Non  | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-------|------|----------------|----------------|
|  | 96,5% | 1,5% | 0,9%           | 1,2%           |

De manière similaire, 97,3% des professionnels de santé interrogés pensent que les autorités devraient être impliquées dans la prévention des MGF et seulement 0,9% pensent que les autorités ne devraient pas être impliquées. Pour ceux qui ont répondu oui, 87,4% ont déclaré qu'ils souhaiteraient que les autorités mènent des campagnes de sensibilisation, 78% ont déclaré fournir des informations dans les écoles et 71% ont déclaré que des mesures pour appliquer la loi devraient être prises.

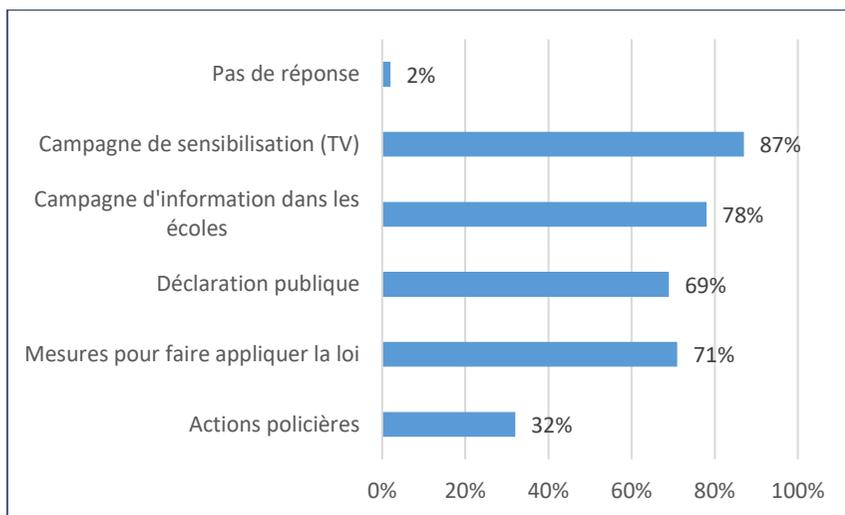
Tableau 14: Les autorités peuvent jouer un rôle dans la prévention des MGF



|  | Oui   | Non  | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-------|------|----------------|----------------|
|  | 97,3% | 0,9% | 0,8%           | 0,9%           |

## 2. RÉSULTATS

Figure 17: Le rôle que les autorités devraient avoir dans la prévention des MGF

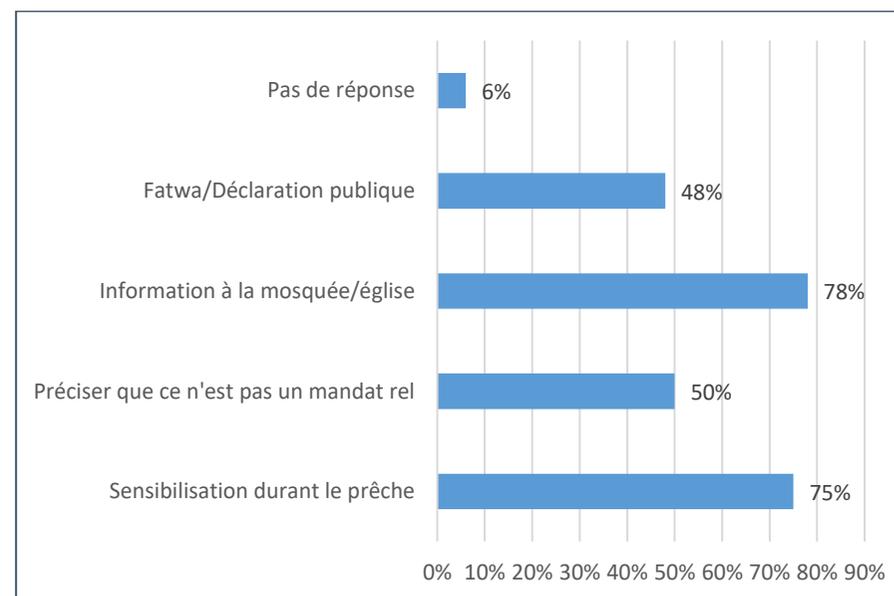


Un nombre élevé de répondants; 94%, pense que les chefs religieux devraient être impliqués dans la prévention des MGF et seulement 2% pensent qu'ils ne devraient pas être impliqués. Parmi ceux qui croient que les chefs religieux devraient être impliqués, 78% pensent que les chefs religieux devraient fournir des informations dans les mosquées ou les églises. 75% ont déclaré qu'ils devraient sensibiliser pendant les prières, 50% ont déclaré qu'ils devraient préciser qu'il ne s'agit pas d'un mandat religieux et 48% ont déclaré qu'ils devraient travailler vers une Fatwa / déclaration publique.

Tableau 15: Les chefs religieux peuvent jouer un rôle dans la prévention des MGF

|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-----|-----|----------------|----------------|
|  | 94% | 2%  | 3%             | 1%             |

Figure 18: Rôle que les chefs religieux devraient jouer dans la prévention des MGF



## 2. RÉSULTATS

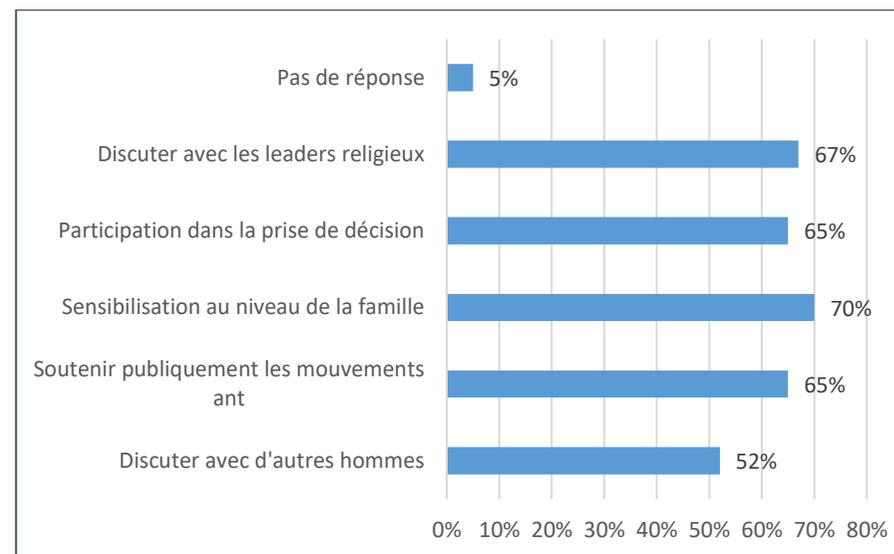
Concernant le rôle des hommes dans cette question, 87% des professionnels de santé interrogés déclarent qu'il est bon d'impliquer les hommes et seulement 5% déclarent que les hommes n'ont pas de rôle dans la prévention des MGF. 8% ne savent pas ou ne répondent pas. Parmi ceux qui ont considéré le rôle des hommes, 70% souhaitent que les hommes sensibilisent leur familles, 67% ont déclaré que les chefs religieux devraient discuter de la question avec les hommes.

L'analyse interethnique a montré que parmi les 5% qui ont déclaré que les hommes n'avaient pas de rôle dans la prévention des MGF, la majorité étaient des ethnies Diola et Peulh. Les professionnels de la santé qui ont déclaré que les hommes ont un rôle à jouer dans la prévention des MGF, la majorité sont de l'ethnie Diola, Serer et Peulh.

Tableau 16: Le rôle des hommes dans la prévention des MGF

|   | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|---|-----|-----|----------------|----------------|
|  | 87% | 5%  | 7%             | 1%             |

Figure 19: Rôle que les hommes devraient jouer dans la prévention des MGF



Fait intéressant, seulement 4% des professionnels de la santé interrogés croient que la pratique devrait continuer, tandis que presque tous, 91% croient au contraire. Lorsqu'on leur a demandé s'ils pensaient que cette pratique disparaîtrait un jour, 54% des professionnels de santé interrogés pensent que la pratique des MGF disparaîtra complètement au Sénégal. 57% estiment qu'elle ne disparaîtra pas en Casamance.

Parmi les professionnels de la santé qui estiment que les mutilations génitales féminines ne devraient pas se poursuivre, 77% ont déclaré que la pratique devrait cesser parce qu'elle cause des souffrances inutiles, 75% parce qu'elle affecte la santé et 71% parce que c'est une violation des droits humains.

## 2. RÉSULTATS

Tableau 17: Continuation des MGF

|   | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|---|-----|-----|----------------|----------------|
|  | 4%  | 91% | 4%             | 1%             |

Figure 20: Disparition de la pratique

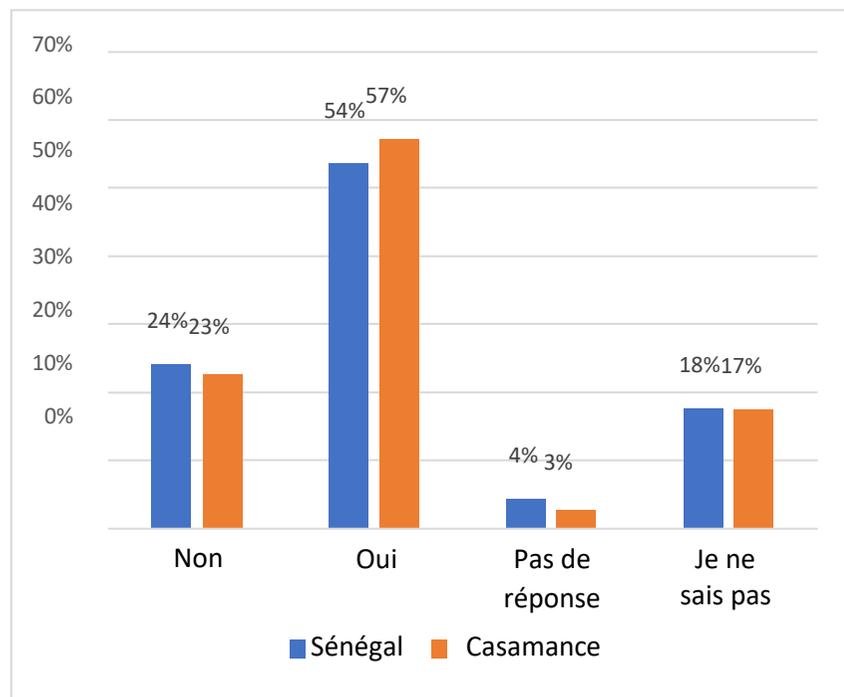
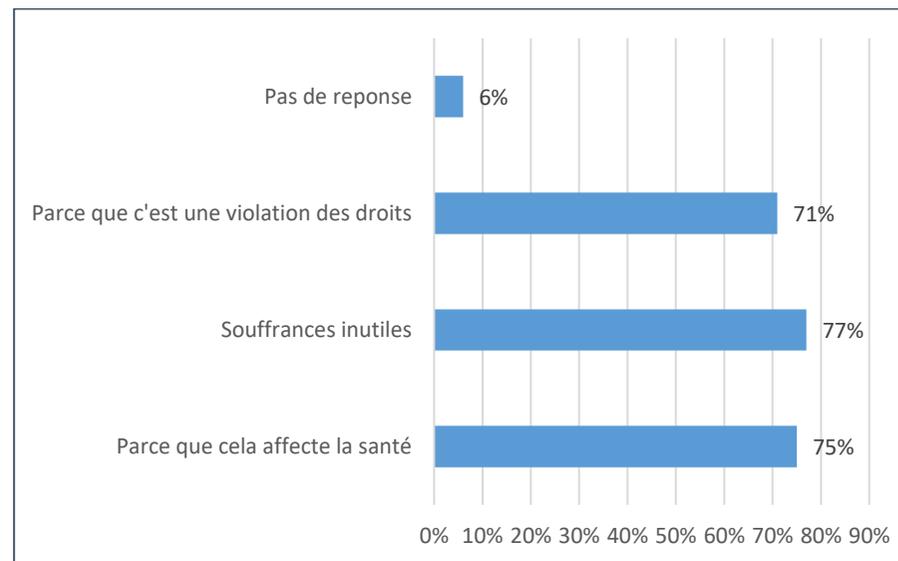


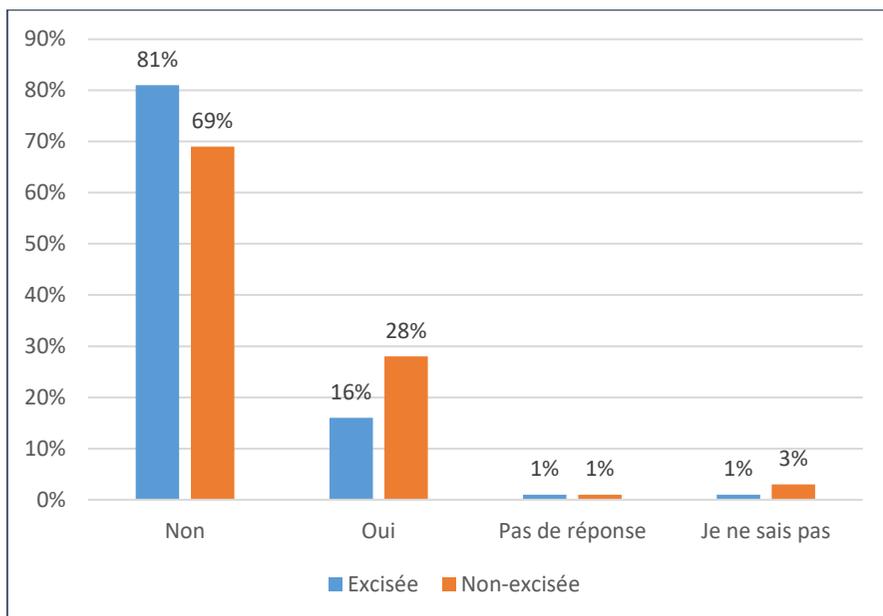
Figure 21: Raisons pour lesquelles les MGF devraient être arrêtées



La stigmatisation envers les femmes qui ont été coupées a été observée par 16% des professionnels de la santé. Cependant, 81% ont déclaré ne pas avoir été témoins d'un tel comportement. D'autre part, la stigmatisation envers les femmes qui n'ont pas été coupées a été observée par 28% des professionnels de santé interrogés. 69% ont déclaré qu'ils n'avaient pas été témoins d'un tel comportement.

## 2. RÉSULTATS

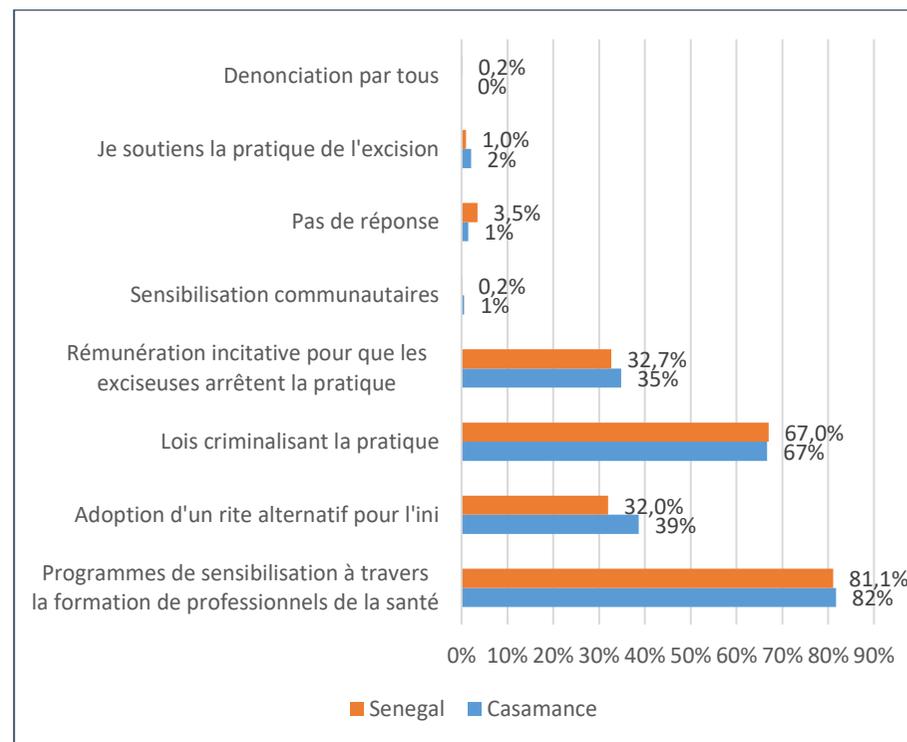
Figure 22: Témoignage d'un comportement stigmatisant envers une femme excisée et non excisée



Au Sénégal, un nombre important de professionnels de la santé, 81,1%, ont déclaré que des programmes de sensibilisation à travers la formation de professionnels de la santé étaient le meilleur moyen de mettre fin aux MGF. 67% ont déclaré que le meilleur moyen est une loi criminalisant la pratique (figure 23).

En Casamance, de manière très similaire, les professionnels de la santé, 82%, ont répondu que la meilleure façon de mettre fin aux MGF consistait à proposer des programmes de sensibilisation. 67% ont déclaré une loi criminalisant cette pratique (figure 23).

Figure 23: Le meilleur moyen d'arrêter les MGF au Sénégal et en Casamance



### 2.4 Pratiques des professionnels de la santé concernant les MGF

Il s'est agi d'explorer les pratiques des professionnels de la santé concernant les MGF à travers la conception de questions spécifiques qui traitent de la prévalence de la pratique des MGF dans leur communauté ainsi que de la médicalisation des MGF.

## 2. RÉSULTATS

En ce qui concerne la question des conséquences des MGF vécues dans leur rôle de professionnels de la santé, 64% des interrogés ont connu certaines conséquences des MGF chez leurs patients, 28% n'en ont connu aucune. Parmi ceux qui ont trouvé certaines conséquences des MGF, 68% étaient des femmes et 56% des hommes.

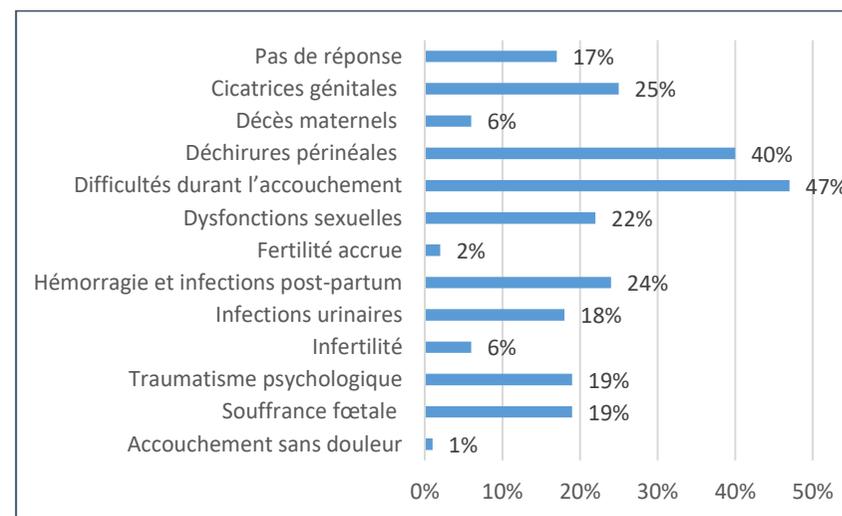
Pour continuer, il a été demandé à ceux qui avaient trouvé des conséquences des mutilations génitales féminines chez leurs patients d'énumérer les conséquences qu'ils avaient subies. La majorité a déclaré des difficultés lors de l'accouchement, 47%, des cicatrices génitales, 15,3%, et des hémorragies, 24%.

Tableau 18: Conséquences des MGF dans des patients



|  | Oui | Non | Je n'ai pas encore fait de stage prati | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-----|-----|--|----------------|----------------|
|  | 64% | 28% | 3%                                     | 1%             | 4%             |

Figure 24: Conséquences of des MGF expérimentées par les répondants



Résultats sur la question de savoir si les femmes dans leur communauté pratiquent les MGF; 33% des professionnels de santé interrogés déclarent que les femmes dans leur communauté pratiquent les MGF, 56% déclarent qu'elles ne pratiquent pas les MGF et 11% ne savent pas ou n'ont pas répondu.

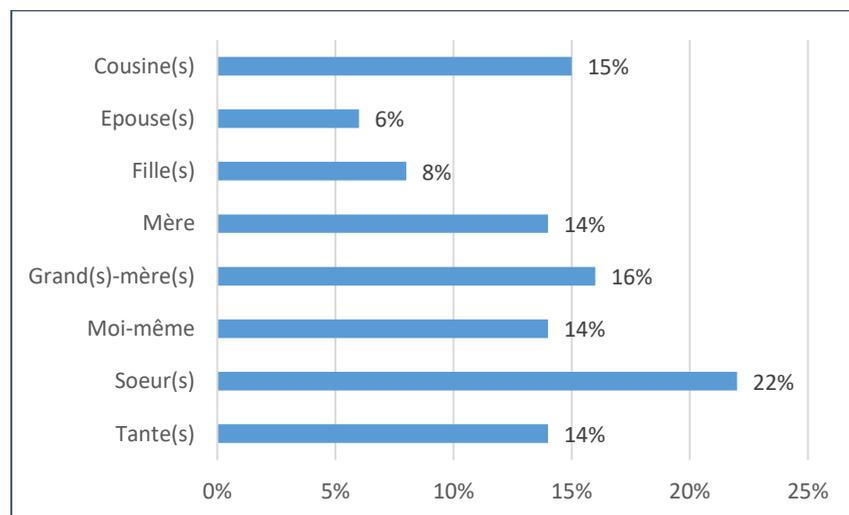
Si un membre de la famille avait été coupé, on a demandé aux répondants quel membre de la famille avait été coupé, 22% ont déclaré que leurs sœurs avaient été coupées, 16% ont déclaré que leurs grands-mères, 15% ont déclaré que leur cousine avait été coupée et 14% ont déclaré que leurs mères, tantes ou eux-mêmes ont été coupées respectivement.

## 2. RÉSULTATS

Tableau 19: Membres de la famille pratiquant les MGF

|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|---|-----|-----|----------------|----------------|
|   | 33% | 56% | 10%            | 1%             |

Figure 25: Un membre de la famille qui a subi une MGF



Un pourcentage substantiel; 95%, ont déclaré qu'ils n'effectueraient pas de MGF s'ils ont une fille à l'avenir. Seulement 1% des professionnels de la santé interrogés déclarent que s'ils ont une fille à l'avenir, ils réaliseront des MGF sur leur fille. 3% ne savaient pas ou n'ont pas répondu. La répartition par sexe est égale, un nombre égal d'hommes et de femmes ont déclaré qu'ils ne couperaient pas leurs filles à l'avenir.

Tableau 20: Application de MGF sur des filles dans le futur

|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|---|-----|-----|----------------|----------------|
|   | 1%  | 95% | 1%             | 2%             |

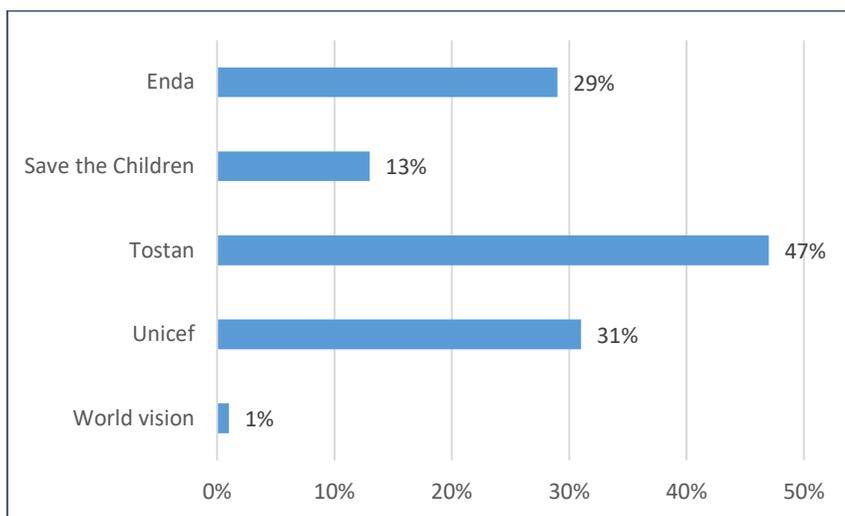
76% ont déclaré avoir entendu parler d'organisations travaillant dans le domaine de la prévention des MGF. 47% ont déclaré avoir entendu parler de Tostan, 31% ont déclaré l'UNICEF, 29% ont déclaré Enda et 13% ont déclaré Save the Children.

Tableau 21: Entendu parler d'une organisation travaillant sur les MGF

|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|---|-----|-----|----------------|----------------|
|   | 76% | 22% | 1%             | 1%             |

## 2. RÉSULTATS

Figure 26: Nom de l'organisation



De plus, si l'on analyse ces réponses par type de professionnel de la santé, la majorité des professionnels de la santé qui soutiennent la MGF étant médicalisée sont des médecins généralistes (67%), des infirmières (41%), des sages-femmes (33%), et d'autres médecins (35%).

Tableau 22: Médicalisations des MGF



|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|--|-----|-----|----------------|----------------|
|  | 38% | 52% | 8%             | 3%             |

### 2.5 Médicalisation des MGF

La médicalisation des MGF a été explorée dans le questionnaire. On a demandé aux professionnels de santé s'ils pensaient que les MGF devaient être médicalisées. Parmi les participants interrogés, 38% pensent que les MGF doivent être médicalisées, 52% pensent que non et 11% ne savent pas ou ne répondent pas.

L'analyse interethnique montre que, sur les 38% qui ont déclaré que les MGF devraient être médicalisées, 47% étaient Peulh, 36% Serer, 33% Diola et 29% Wolof. Ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. De plus, de façon intéressante pour la question de savoir si les MGF doivent être médicalisées ou non, la répartition par sexe est égale (non à la médicalisation 52% d'hommes et 51% de femmes).

## 2. RÉSULTATS

Tableau 23: Analyse inter-ethnique sur les MGF en cours de médicalisation

| Ethnicité     | Non  |    | Oui        |           | Je ne sais pas |   |
|---------------|------|----|------------|-----------|----------------|---|
|               | %    | n  | %          | n         | %              | n |
| Bainouk       | 0%   | 0  | 100%       | 1         | 0%             | 0 |
| Ballante      | 43%  | 3  | 57%        | 4         | 0%             | 0 |
| Bambara       | 33%  | 2  | 50%        | 3         | 17%            | 1 |
| Benin         | 100% | 1  | 0%         | 0         | 0%             | 0 |
| Diakhank      | 100% | 1  | 0%         | 0         | 0%             | 0 |
| Dialonke      | 0%   | 0  | 0%         | 0         | 100%           | 1 |
| <b>Diola</b>  | 57%  | 52 | <b>33%</b> | <b>30</b> | 8%             | 7 |
| Mandinka      | 43%  | 12 | 50%        | 14        | 7%             | 2 |
| Mankagne      | 67%  | 10 | 27%        | 4         | 0%             | 3 |
| <b>Peulh</b>  | 41%  | 21 | <b>47%</b> | <b>24</b> | 4%             | 2 |
| Punu          | 100% | 1  | 0%         | 0         | 0%             | 0 |
| <b>Sérère</b> | 54%  | 27 | <b>36%</b> | <b>18</b> | 10%            | 5 |
| Soninké       | 67%  | 2  | 33%        | 1         | 0%             | 0 |
| Soussou       | 0%   | 0  | 0%         | 0         | 100%           | 1 |
| Toucouleur    | 53%  | 10 | 42%        | 8         | 5%             | 1 |
| Traugo        | 100% | 1  | 0%         | 0         | 0%             | 0 |
| <b>Wolof</b>  | 60%  | 29 | <b>29%</b> | <b>14</b> | 8%             | 4 |

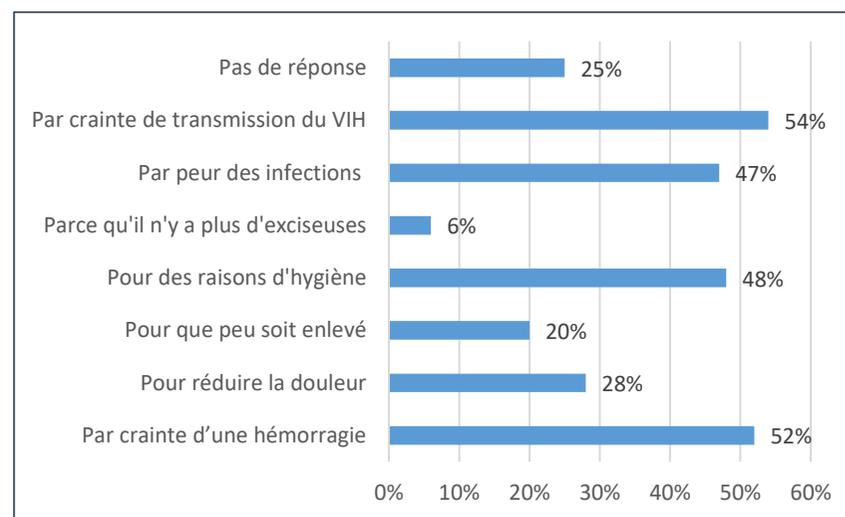
L'enquête a ensuite demandé aux répondants s'ils connaissaient un professionnel de la santé pratiquant des MGF. 3% des professionnels de santé interrogés connaissaient un professionnel de la santé qui pratique les MGF (en privé), tandis que 85% ont répondu non et 12% ne savaient pas ou n'ont pas répondu.

Tableau 24: Professionnels de la santé qui pratiquent les MGF

|  | Oui | Non | Je ne sais pas | Pas de réponse |
|---|-----|-----|----------------|----------------|
|   |     | 3%  | <b>85%</b>     | 10%            |

Les professionnels de la santé ont répondu que les principales raisons pour lesquelles les familles préfèrent les professionnels aux exciseurs traditionnels sont dues à la peur de la transmission du VIH 54%, une autre raison était l'hémorragie 52%, 48% ont déclaré que c'était pour des raisons d'hygiène et 47% ont dit que pour des raisons d'infections.

Figure 27: Familles préférant les professionnels de la santé aux exciseuses traditionnelles



## 2. RÉSULTATS

### 2.6 Résultats qualitatifs

En Casamance, six (6) professionnels de la santé ont participé à des entretiens approfondis sur leurs expériences concernant les MGF. Deux (2) des six (6) étaient des hommes et quatre (4) étaient des femmes. La moitié d'entre elles étaient des sages-femmes (n = 3) et l'autre moitié (n = 3) étaient des infirmières avec un âge moyen de 39 ans.

*Tableau 25: Caractéristiques sociodémographiques des professionnels de la santé dans une enquête qualitative*

| Caractéristiques                        | Fréquence (n) | Pourcentage (%) |
|---|---------------|-----------------|
| Âge (années)                            | 39±6,9        | N/A             |
| <b>Le sexe:</b>                         |               |                 |
| - Masculin                              | 2             | 33,3%           |
| - Femelle                               | 4             | 66,6%           |
| <b>Ethnicité:</b>                       |               |                 |
| - Peulh                                 | 2             | 33,3%           |
| - Diola                                 | 3             | 50%             |
| - Serrer                                | 1             | 17%             |
| <b>Profession:</b>                      |               |                 |
| - Sage-femme                            | 2             | 33.3%           |
| - Infirmière                            | 2             | 33.3%           |
| - Professionnels de santé non spécifiés | 2             | 33.3%           |

Toutes les interviews ont couvert plusieurs aspects des MGF, il y a eu des thèmes récurrents lorsque les interviews ont été analysées. Les thèmes principaux ont été:

- connaissance des conséquences sur la santé;
- rapports sexuels et mariage;
- signification et pratique des MGF;
- droit et droits de l'homme;
- médicalisation.

Les entretiens ont été codés selon ces six (6) catégories principales. Ci-dessous, la définition de chacune des catégories est donnée. Des exemples de citations sont codés dans les catégories respectives, ainsi que dans les catégories secondaires.

## 2. RÉSULTATS

### 2.6.1 Connaissance des conséquences sur la santé:

Dans cette catégorie, les citations des professionnels de santé interrogés ont été codés en fonction des conséquences sur la santé, y compris les conséquences sur la santé physique et mentale résultant des MGF chez les femmes et les filles en Casamance.

Tous les répondants ont déclaré qu'ils connaissaient les conséquences sur la santé des MGF. Certains ont énuméré les conséquences physiques et mentales et ont également donné des exemples de situations auxquelles ils étaient confrontés concernant les conséquences sur la santé des MGF.

*«Oui, la plupart des complications surviennent chez les femmes qui viennent accoucher. Traumatisme psychologique, difficultés lors de l'accouchement, hémorragies post-accouchement, cicatrices génitales, manque de libido. Chez les filles, nous avons des infections et des saignements.»*

Femme, sage-femme, Sedhiou.

*«...mais ça dépend aussi si c'est un gros bébé ou un petit bébé, si c'est un petit bébé, elle a plus de chance d'accoucher sans problème mais si c'est gros bébé c'est quand tout se complique car c'est trop fragile avec l'excision, grosso modo. Parce qu'il y a le périnée qui est trop fragile.»*

Femme, Bigona.

*«...pour les filles c'est le gros problème, elles nous amènent les enfants une fois qu'elles sont guéries mais il y a toujours des infections, et voilà et les cicatrices.»*

Femme Bigona

## 2. RÉSULTATS

### 2.6.2 Rapports sexuels et mariage:

Ce thème était récurrent chez nombreuses participantes. Les citations codées dans ce document portent sur les points de vue, les questions et les problèmes concernant les MGF en termes de mariage et de rapports sexuels avec des femmes qui ont été coupées et des femmes qui n'ont pas été coupées. Les professionnels de la santé transmettent également leur rôle dans l'éducation sexuelle en matière de MGF. Les participants déclarent que les hommes viennent à eux lorsqu'il y a des difficultés de pénétration et que les femmes viennent à eux lorsqu'ils ressentent de la douleur lors des rapports sexuels.

*«...manque de plaisir préliminaire avant de pénétrer et difficulté à atteindre l'orgasme sexuel...»*

Femme, sage-femme, Kolda.

*«Que ce soit pour le mariage ou comme partenaire sexuel, les hommes préfèrent les femmes non circoncises...»*

Femme, sage-femme, Kolda.

*«Oui, il y a des femmes qui viennent chez nous avec des problèmes sexuels qui ont toujours peur d'être avec leur mari.»*

Femme, sage-femme, Sedhiou.

*«...pendant le premier jour du mariage, peut-être si la fille est vierge, alors ils viennent nous dire qu'ils n'ont pas consommé avec leur femme durant deux jours. Mais après, s'il y a de la douleur, c'est la femme qui le ressent.»*

Femme, Bigona.

## 2. RÉSULTATS

### 2.6.3 Signification et pratique des MGF:

Pour ce thème les citations classées ici manifestent la signification des MGF dans les communautés comme étant négative ou positive. Les participants ont largement déclaré qu'il n'y avait pas d'aspects positifs de la pratique des MGF.

*«Pour les aspects positifs je ne sais pas, mais pour les aspects négatifs, il y en a beaucoup.»*

Femme, Bigona.

*«Il n'y a pas d'aspects positifs mais seulement négatifs.»*

Infirmier, Kolda.

De même, nous avons des citations qui décrivent la pratique des MGF en termes de «hier et maintenant»; ce qui signifie comment les MGF étaient pratiquées dans le passé et comment les MGF sont pratiquées dans le présent. Cela inclut les raisons pour lesquelles les familles pratiquaient les MGF ou pourquoi elles le pratiquent encore aujourd'hui.

*«Oui, il y a des familles qui ont abandonné la pratique de l'excision parce que dans les familles qui l'ont fait, les filles de moins de dix ans ne sont pas excisées parce que les familles commencent à comprendre que ce n'est pas une bonne pratique.»*

Femme, sage-femme, Sedhiou.

*«Ce sont les grands-mères surtout, de nos jours les mères, la génération actuelle, les femmes sont désormais conscientes de ce que fait l'excision, mais ce sont les grands-mères qui continuent ou les grands-mères ou les belles-mères qui le font encore et les papas don Je n'ai pas trop de mots sur l'excision, mais même la mère n'a pas trop de choix quant à savoir si la fille doit partir ou non...»*

Femme, Bigona.

### 2.6.4 La loi et les droits humains:

Dans ce thème nous avons toutes les citations concernant la loi interdisant les MGF au Sénégal et les droits humains des filles et des femmes les protégeant contre les MGF. Cette section comprend les connaissances des professionnels de la santé sur la loi et les droits humains. La majorité des participants ont démontré une bonne connaissance de la législation actuelle interdisant les MGF au Sénégal.

## 2. RÉSULTATS

Bien que certains participants aient déclaré que les gens continuent la pratique malgré la loi.

*«Oui, il y a une loi qui criminalise la pratique au Sénégal mais je ne sais pas depuis quand.... OUI, je pense que les gens ont peur des sanctions.»*

Femme, sage-femme, Kolda.

*«Bien sûr, la loi décourage la pratique de l'excision, il y a donc des gens qui continuent de le faire, mais en secret.»*

Femme, sage-femme, Kolda.

*«...mais si les gens ne viennent pas [signaler], la loi ne le saura pas, c'est pourquoi il n'y a pas de culture de dépôt de plainte. Les gens ne le font pas parce que votre belle-mère ou votre grand-mère le font [MGF], donc vous ne pouvez pas porter plainte...»*

Femme, Bigona.

*«Non, ce n'est pas [MGF] une violation des droits des femmes et des filles.»*

Femme, sage-femme, Kolda.

*«Oui, c'est une violation des droits des femmes et des filles car elles sont privées d'une partie essentielle de leur corps.»*

Femme, sage-femme, Sedhiou.

*«Bien sûr, je le pense vraiment parce que c'est une atteinte à l'intégrité des femmes, c'est une mutilation, c'est quelque chose qui est enlevé à la femme.»*

Femme, sage-femme, Sedhiou.

En ce qui concerne les droits humains, les sentiments étaient partagés, un participant a déclaré que les MGF ne constituaient pas une violation des droits de l'homme, tandis que d'autres participants ont déclaré que les MGF étaient une violation et qu'elles provoquaient une privation pour le corps de la personne.

## 2. RÉSULTATS

### 2.6.5 Médicalisation:

Dans ce thème, les citations de l'entretien approfondi concernant la médicalisation des MGF ont été codées. Cela incluait tous les sentiments pour ou contre les MGF, et si les professionnels de la santé interrogés avaient déjà pratiqué les MGF sur un patient.

*«Si nous formons des professionnels de la santé, je pense que c'est une bonne chose, une solution pour améliorer la pratique. Médicaliser la pratique.»*

Femme, sage-femme, Kolda.

*«Je ne suis pas d'accord pour que la pratique soit médicalisée à cause des conséquences ...»*

Infirmier, Kolda.

*«Non, je sais que tu connais déjà le reste, nous n'avons même pas de circoncision, nous ne le faisons pas, ce sont les médecins ou les infirmières qui le font, donc l'excision est encore plus importante, non, non, nous ne le faisons jamais.»*

Femme, Bigona.

*«Quoi qu'il en soit, comme je suis contre, je n'ai pas grand-chose à dire parce que je ne connais pas les raisons pour lesquelles ils devraient le faire dans les hôpitaux, parce que tout le monde dit que l'excision ne devrait pas être pratiquée parce qu'elle fait partie de la femme qui est mutilée et normalement cette partie enlevé fait partie de la femme, normalement elle ne devrait pas être touchée, peut-être qu'ils ont leurs propres raisons spéciales qui le font dans leur environnement, ou dans leur environnement ou leur tradition.»*

Femme, Bigona.

### 3. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

L'étude a visé à accéder aux Connaissances, Attitudes et Pratiques sur les MGF des professionnels de santé (HCP) en Casamance, Sénégal. Selon sa justification, cette étude visait à évaluer le CAP des professionnels de la santé car ils sont des acteurs clés dans la prévention des MGF dans les communautés. Actuellement, de telles données n'existent pas dans cette région du Sénégal. Les informations issues de cette recherche aideront dans la programmation et les activités futures sur les MGF en Casamance.

Cette étude a interpellé 339 professionnels de la santé de différents cadres, qui ont tous été interrogés sur trois (3) mois d'avril à juin 2019. Les professionnels de la santé interrogés s'étaient sur les zones de Ziguinchor (n = 120), Sedhiou (n = 65) et Kolda (n = 152). L'étude a pu atteindre 100% de l'échantillon calculé. Les répondants couvrent neuf (9) cadres ou spécialisations de soins de santé, la majorité étaient des sages-femmes et des infirmières, suivis par des assistants. Les médecins généralistes et gynécologues représentent un peu plus de 10% des répondants.

Dans l'ensemble, les répondants des professionnels de la santé étaient âgés en moyenne de 33,4 ans ( $\pm$  5,9 ans). La plupart des répondants étaient des hommes, représentant 66,6% et les femmes, 32,7%. La majorité étaient de l'ethnie Diola, suivis des répondants Serer, Peulh et Wolof. La majorité étaient des musulmans (72%), suivie par 24% de chrétiens. Presque tous les répondants étaient d'origine sénégalaise, les autres répondants sont originaires des pays voisins d'Afrique de l'Ouest.

La connaissance des MGF des professionnels de la santé était généralement juste. Les lacunes dans les connaissances présentées concernaient principalement la prévalence des mutilations génitales

féminines au Sénégal et en Casamance, la majorité affirmant ne pas le savoir. Les réponses ont également été variées sur les raisons pour lesquelles les MGF sont pratiquées au Sénégal et en Casamance. La raison prédominante était l'identité culturelle représentant 85%. Les autres raisons invoquées incluent la préservation de la virginité (41%) et le contrôle de la sexualité (40%). En ce qui concerne les mutilations génitales féminines en tant que violation des droits humains et l'existence de la loi, les professionnels de la santé étaient généralement bien informés dans ce domaine, mais il semble y avoir des lacunes. Cela a été mis en évidence dans les données qualitatives collectées, certains des participants connaissaient vaguement la loi et affirment que ces informations ne sont pas connues du public. Quant aux connaissances sur les MGF et leurs conséquences sur la santé, presque tous les répondants ont pu identifier les conséquences des MGF sur la santé, y compris les problèmes de santé mentale. En effet, des incohérences dans la connaissance des professionnels de la santé concernant les MGF peuvent conduire à une sous-déclaration des MGF dans les établissements de santé (16, 17).

La connaissance globale des professionnels de la santé suggère que la plupart de leurs connaissances sur les MGF sont intimement liées à la culture et aux traditions des répondants. La sensibilisation limitée sur la législation démontre qu'il peut y avoir des campagnes et des activités de sensibilisation qui mettent en évidence l'aspect juridique des MGF.

En général, les informations précises et basées sur la recherche devraient être mises à la disposition des professionnels de la santé. Lorsque les membres de la communauté demandent l'aide des professionnels de la santé, les informations diffusées doivent être

### 3. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

précises, en particulier celles concernant les conséquences des MGF, la médicalisation, la loi et les violations des droits humains.

Les résultats montrent que les professionnels de la santé ont généralement une attitude positive envers la prévention des MGF. Une majorité impressionnante de 92,3% a déclaré que les MGF sont une pratique nuisible. Cela est encore renforcé puisque 91,5% des professionnels de la santé déclarent qu'ils soutiendraient une loi interdisant les MGF et 91% déclarent également que la pratique des MGF ne devrait pas se poursuivre. Cependant, dans l'analyse qualitative, un professionnel de la santé a déclaré qu'il n'y avait pas de culture de dépôt de plaintes et de dénonciation, en particulier lorsque des membres de la famille étaient impliqués. Des études ont suggéré qu'il existe plusieurs facteurs liés au manque de dénonciation des mutilations génitales féminines, y compris les relations passées avec la loi et les répercussions sociales (16, 17 et 18). En Casamance, il a été constaté qu'il existe un manque général de confiance dans les politiques gouvernementales qui est compensé par la force des traditions dans la société, l'initiation serait donc, plus importante (36).

Dans l'ensemble, la meilleure approche à l'égard des mutilations génitales féminines et de la loi consiste à travailler en partenariat pour la prévention plutôt que pour les poursuites, bien que cela soit parfois inévitable.

Un fort enthousiasme a également été démontré par 74% des répondants quant à la pertinence d'une meilleure formation des professionnels de la santé aux conséquences des MGF. Ces résultats montrent qu'il existe une volonté des professionnels de la santé d'acquérir plus de connaissances sur les MGF. En outre, comme les MGF

se produisent principalement dans les communautés de Casamance, il est nécessaire de fournir des directives claires aux professionnels de la santé à travers les différents cadres.

Les professionnels de santé sont unanimes (96,5%) à convenir qu'ils peuvent jouer un rôle important dans la prévention des MGF. De même, ils pensent que les autorités, les chefs religieux et les hommes peuvent également jouer un rôle dans la prévention des MGF. En effet, les données probantes provenant d'autres pays ont montré le succès de la prévention des MGF, lorsqu'il existe un cheminement d'orientation défini et des collaborations intersectorielles (19).

En Casamance, les MGF font souvent partie d'un rituel d'initiation des femmes. Les familles sont les principaux acteurs de ces coutumes, c'est pourquoi les professionnels de la santé qui ont participé à cette recherche ont été interrogés sur leur opinion sur les familles qui pratiquent les MGF sur leurs enfants. La majorité (80%) des professionnels de la santé ont déclaré que la pratique des MGF soumet les femmes à des douleurs et des souffrances inutiles. Différentes stratégies d'abandon ont été tentées dans différentes cultures et pays où les MGF se produisent. Dans cette recherche, on a demandé aux professionnels de la santé s'ils soutiendraient de telles initiatives d'initiation alternatives qui excluraient les MGF. Principalement, les professionnels de la santé ont déclaré qu'ils appuieraient de telles initiatives, cependant, les opinions divergeaient quant à l'initiation future des filles. Un peu plus de la moitié des répondants pensaient que l'initiation des filles devrait se poursuivre sans MGF tandis que les 45% restants pensaient que l'initiation des filles n'était pas nécessaire et devait être éliminée. La recherche a montré qu'en Afrique de l'Ouest et

### 3. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

en particulier en Gambie, en Sierra Leone et au Sénégal (20, 33, 34 et 35), les MGF et le rituel d'initiation ne se déroulent pas en même temps mais à deux occasions différentes (21 et 36).

Dans les communautés où les MGF sont pratiquées, il peut se produire la stigmatisation des filles et des femmes, coupées et non coupées (22). Dans cette recherche, les professionnels de la santé ont été interrogés sur ce phénomène. 16% et 28% des répondants ont été témoins de la stigmatisation des femmes qui avaient subi des MGF et les femmes qui n'avaient pas subi de MGF respectivement. Tomas et al. 2018, ont constaté que les femmes en Casamance attribuaient les MGF au pouvoir de participation, par lequel celles qui n'étaient pas initiées étaient marginalisées et appelées «solima» (signifiant impures).

Fait intéressant, les rapports sexuels et le mariage en relation avec les MGF étaient un thème récurrent dans les données qualitatives. Les professionnels de la santé ont révélé que dans leurs communautés de travail, les femmes qui ont subi des MGF viennent souvent avec des problèmes sexuels, y compris des problèmes de pénétration. Selon le type de MGF, il y a aussi des problèmes lors de la première nuit du mariage ainsi que de l'accouchement. Ces problèmes représentent les deux principaux événements problématiques d'une femme souffrant de MGF. En effet, une revue systématique de Berg et Denison (24) a montré que toute forme de coupure ou d'ablation des organes génitaux féminins entraîne une augmentation de la douleur et une réduction de la satisfaction et du désir sexuels.

Les résultats montrent que les attitudes et pratiques envers les MGF des professionnels de santé en Casamance sont largement cohérentes. On a demandé aux répondants une série de questions pour évaluer la

pratique des MGF dans leurs communautés. Fait intéressant, lorsqu'on leur a posé des questions sur la prévalence des MGF dans leur communauté, 21% des répondants ne savaient pas, 41% ont dit qu'il n'y avait pas de MGF dans leur communauté et 37% ont déclaré qu'il y avait des MGF dans leur communauté. De même, 33% ont déclaré que les membres de leur famille pratiquaient les MGF. Beaucoup ont déclaré que leurs sœurs, cousines et tantes avaient subi des MGF. Un certain nombre ont admis avoir subi des mutilations génitales féminines (14%) et même 8% ont déclaré que leurs filles avaient été coupées. Cependant, presque tous les répondants, 95% ont déclaré qu'ils ne pratiqueraient pas les MGF sur leurs filles à l'avenir. Des études ont montré une association entre le niveau d'éducation et l'intention de pratiquer les MGF sur leurs filles (25, 26 et 27); par conséquent, cette interprétation peut être vérifiée dans les professionnels de la santé en Casamance.

La formation sur les MGF pour les professionnels de la santé est vitale, il a été démontré qu'elle réussit à améliorer la pratique clinique ainsi que la sensibilisation dans la communauté (28 et 29). On a demandé aux professionnels de la santé dans cette recherche s'ils avaient reçu une formation sur les MGF. Seulement 24% ont reçu une formation, les autres non. La majorité de ceux qui ont suivi une formation sur les mutilations génitales féminines, ont été formés par des ONG. Certains ont été formés pendant leurs études universitaires. Ces résultats, associés à la volonté des professionnels de la santé de suivre une formation sur les MGF, démontrent clairement qu'il existe un besoin de formation sur les MGF et de politiques de soutien pour les professionnels de la santé en Casamance.

### 3. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Alors que la médicalisation des MGF est interdite dans de nombreux pays d'Afrique, les professionnels de la santé du monde entier sont confrontés à des demandes d'effectuer des MGF (30). Cependant, tout type de mutilations génitales féminines est une violation des droits de l'homme et de nombreux pays, y compris le Sénégal, ont des sanctions contre de tels actes, quand ils sont effectués par un individu et en particulier par un professionnel de la santé. On a demandé aux répondants de cette recherche si les MGF devaient être médicalisées. Étonnamment, 38% pensent que les MGF devraient être médicalisées. Parmi ceux qui sont pour la médicalisation, la majorité étaient des médecins généralistes, suivis des infirmières et des sages-femmes. Les données qualitatives ont également montré que, pour la médicalisation, cela améliorerait la pratique et aurait moins de conséquences.

Bien que la médicalisation des MGF soit interdite et sanctionnée, des études suggèrent que les professionnels de la santé qui pratiquent des MGF sont fortement influencés par leur propre culture (31 et 32). Ces professionnels de la santé s'exposent à des sanctions sociales s'ils refusent de couper, d'autres le font pour des raisons financières. Dans l'ensemble, cela suggère que les professionnels de la santé qui pensent que les MGF devraient être médicalisées ne comprennent pas pleinement la pratique comme une violation des droits de l'homme, un acte criminel, ni l'impact des conséquences sur la santé et la sexualité.

On a en outre demandé aux répondants de cette étude s'ils connaissaient des professionnels de la santé ayant pratiqué des MGF. La majorité a déclaré qu'ils ne connaissaient personne tandis que 3% ont déclaré qu'ils connaissaient les professionnels de la santé qui pratiquent les MGF en Casamance. Il n'y a aucun cas enregistré ni

rapport de médicalisation au Sénégal (15). Il est largement reconnu que, souvent, les familles préfèrent que les professionnels de la santé effectuent des MGF sur leurs filles plutôt que des exciseuses traditionnelles. Les raisons invoquées par les répondants de cette recherche étaient principalement la peur de la transmission du VIH, les hémorragies et les raisons d'hygiène.

#### 3.1 Leçons apprises

- Quelques prestataires de santé en différente mesure dépendant de la région ont déclaré aux enquêteurs qu'ils ne connaissaient pas la pratique. Cela montre que les prestataires de connaissances, attitudes et pratiques sur les MGF sont limitées.
- Le niveau de connaissances et d'attitudes concernant la réception de l'enquête était le même car les personnels de santé sont des fonctionnaires et ont donc les mêmes capacités dans tous les postes et toutes les régions.
- Kolda est la plus grande région de Casamance, c'est la région la plus reconnue pour tout ce qui concerne les MGF car l'ethnie peule y est majoritaire. Les Peules pratiquent régulièrement les MGF, c'est pourquoi plus d'enquêtes ont été réalisées auprès des professionnels de santé que dans les autres régions.

## 4. RECOMMANDATIONS

---

L'étude a ajouté au corpus de recherche qui montre les différences en termes de connaissances, d'attitudes et de pratiques des professionnels de la santé. Cette première étude en Casamance démontre clairement la nécessité de renforcer les programmes de formation et les activités de sensibilisation des professionnels de la santé et des communautés en Casamance. Les informations fournies et les recommandations proposées serviront de guide pour des programmes et politiques sur les MGF.

Par conséquent, en tant que recommandations, l'équipe de recherche suggère les éléments suivants:

### 4.1 Évaluation et gestion

La recherche a montré que bien qu'il n'y ait pas beaucoup, les professionnels de la santé indiquent qu'ils existent de cas d'infibulation en Casamance. Par conséquent, il est essentiel que les médecins, les infirmières et les sages-femmes développent des compétences en matière d'évaluation et de gestion pour les femmes qui ont besoin de dés infibulation, en particulier avant la naissance de l'enfant pour minimiser les conséquences négatives.

### 4.2 Fourniture de conseils et d'un soutien psychosocial

Comme discuté et comme l'ont clairement indiqué les répondants dans cette étude, les risques psychologiques sont importants dans les cas de

MGF, ils sont transversaux à tous les aspects de la vie d'une femme qui a suivi la pratique. Les preuves ont également montré que les MGF sont associées à des conséquences psychologiques négatives chez les femmes. Par conséquent, les professionnels de la santé devraient avoir la capacité de fournir un soutien psychosocial ou être en mesure de diriger les femmes qui en ont besoin vers un professionnel qualifié tel qu'un travailleur social.

### 4.3 Une formation complète

Le programme national de formation serait très bénéfique pour les professionnels de la santé en Casamance, comme le programme national de formation conçu et mis en œuvre par WGK en Gambie. Par ailleurs, le rôle des autorités devrait faciliter le renforcement des connaissances des professionnels de santé. Une formation complète sur la manière de résister aux demandes de MGF, de reconnaître et de gérer les complications des MGF et de conseiller les femmes et leurs familles sur les questions liées aux MGF serait très bénéfique. Des lignes directrices sur les informations socioculturelles, médicales, éthiques et juridiques devraient être mises en place et mises à la disposition des professionnels de la santé, avant et en cours d'emploi.

## 4. RECOMMANDATIONS

### 4.4 Intégration des MGF dans le programme académique - Formation préalable

Les professionnels de santé suivent souvent de nombreuses années de formation dans lesquelles les MGF devraient être incorporées dans les zones où la pratique est de prévalence comme en Casamance. Une formation initiale serait bénéfique à la fois pour la prévention et le traitement et les soins des MGF. La formation devrait être bénéfique à la fois pour les professionnels de la santé en milieu hospitalier et dans les centres de santé primaires de la communauté. Wassu Gambia Kafo, travaille actuellement sur l'introduction du programme de MGF à l'Université Assane SECK de Ziguinchor.

### 4.5 Élaboration d'un manuel de référence

Un manuel de référence didactique qui montre clairement les étapes de l'identification, de la gestion des complications et de la prévention des MGF est nécessaire. Ce type de manuel peut aider les professionnels de la santé dans leur vie personnelle et professionnelle. Le manuel doit contenir des exemples et fournir des conseils sur les étapes des MGF, les questions culturelles et le contexte des MGF pour déconstruire le mysticisme. Un tel manuel de référence fournira un accès facile à des données probantes de qualité. La référence devrait également être curative et préventive pour les professionnels de la santé travaillant en milieu hospitalier et communautaire.

### 4.6 Documentation et recherche

Le développement et la facilitation de la recherche par les professionnels de la santé sont recommandés. Une documentation cohérente et complète concernant les MGF pourrait assembler les connaissances nécessaires pour combler les lacunes et changer la façon dont les professionnels de la santé gèrent et préviennent les MGF. L'appropriation de ces recherches et documents fournirait également une solution globale à la prévention et au traitement des MGF.

### 4.7 Médicalisation

La médicalisation est souvent considérée comme une solution aux conséquences sur la santé des MGF en particulier dans les communautés où la pratique est courante. Par conséquent, il est extrêmement important de clarifier les messages confus et d'aborder les arguments qui renforcent l'idée de la médicalisation comme solution aux MGF. L'éducation sur les MGF doit être prioritaire pour préparer les prestataires de santé à s'impliquer dans le plaidoyer. La loi sénégalaise doit être clairement mise en évidence auprès des professionnels de santé car la peine maximale est appliquée lorsqu'un membre de la profession médicale a commis cette mutilation.

Les professionnels de la santé ne devraient pratiquer aucune forme de MGF dans aucun cadre, y compris la ré infibulation. Ils devraient cependant fournir des soins aux filles et aux femmes souffrant de complications liées aux MGF, et fournir des conseils aux femmes souffrant de complications de santé physique et mentale. Les

## 4. RECOMMANDATIONS

professionnels de la santé devraient également s'abstenir de pratiquer les MGF sur leurs filles et les membres de leur famille et agir essentiellement en tant que défenseurs de l'abandon de la pratique dans la communauté en général.

Au lieu de discuter des avantages et des inconvénients de la médicalisation des MGF, les efforts seraient mieux concentrés sur le renforcement de la réponse sanitaire des MGF. Cela peut se faire grâce à l'élaboration de protocoles en cascade dans les établissements de santé. Cela comprendrait des stratégies d'accouchement, des soins psychosociaux, et le renforcement des capacités des professionnels de la santé afin qu'ils soient mieux préparés à faire face aux complications des MGF.

Par ailleurs, des recherches supplémentaires avec une méthodologie rigoureuse et même longitudinale sont nécessaires pour démontrer les conséquences des MGF, la gravité de la médicalisation des MGF dans les communautés et l'impact de la loi.

# RÉFÉRENCES

---

1. UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern*. 2016. Available from: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/>
2. World Health Organization (2018). *Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. World Health Organization (2018). *A clinical handbook* [Internet]. 2018. 458 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>
4. Zurynski, Y.; Sureshkumar, P.; Phu, A.; Elliott, E. (2015). "Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice". *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2015;15(1):1–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-015-0070-y>
5. United National Population Fund (2014). *Implementation of the international and regional human rights framework for the elimination of female genital mutilation*. UNFPA; 2014. Available from: <http://www.unfpa.org/publications/implementationinternational-and-regionalhuman-rights-framework-elimination-female>
6. Refaat, A. (2009). "Medicalization of female genital cutting in Egypt". *East Mediterr Heal J*. 2009;15(6):1379– 88.
7. Ashimi, A.; Aliyu, L.; Shittu, M.; Amole, T. (2014). "A multicentre study on knowledge and attitude of nurses in northern Nigeria concerning female genital mutilation". *Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2014 Apr 1;19(2):134–40. Available from: <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.885940>
8. Onuh, S. O.; Igberase, G. O.; Umeora, J. O. U.; Okogbenin, S.A.; Otiode, V. O.; Gharoro, E. P.; et al. (2006). "Female genital mutilation: Knowledge, Attitude and Practice among Nurses". *J Natl Med Assoc* [Internet]. 2006;98(3):409–14. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0.33644815302&partnerID=40&md5=cc630a0a6d7ff814037e3c6e8ebc9bc7>
9. Kaplan, A.; Forbes, M.; Bonhoure, I.; Utzet, M.; Martín, M.; Manneh, M. ; et al. (2013). "Female genital mutilation/cutting in The Gambia: Long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn". *Int J Womens Health*. 2013;5(1):323–3
10. Kaplan, A.; Hechavarría, S.; Bernal, M.; & Bonhoure, I. (2013). "Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study". *BMC public health*, 13, 851. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-851>
11. Kaplan, A.; Forbes, M.; Bonhoure, I.; Utzet, M.; Martín, M.; Manneh, M.; et al. (2013). "Female genital mutilation/cutting in The Gambia: Long-term health consequences and complications during

## RÉFÉRENCES

delivery and for the newborn". *Int J Womens Health*. 2013;5(1):323–31.

12. Feldman, C.; Clifton, D. (2008). "Female Genital Mutilation / Cutting: Data and Trends". *Popul Ref Bur* [Internet]. 2008;1–9. <http://www.prb.org/pdf08/fgm-wallchart.pdf>

13. Doucet, M. H.; Pallitto, C.; Groleau, D. (2017). "Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature". *Reprod Health*. 2017;14:46. Page: 1-15. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364567/pdf/12978\\_2017\\_Article\\_306.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364567/pdf/12978_2017_Article_306.pdf)

14. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Senegal](2016). *Senegal: Survey Demographic and Continuous Health* (EDS-Continue 2016). Rockville, Maryland, USA: ANSD and ICF; 2017. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR331/FR331.pdf>

15. Senegal's Constitution of 2001 with Amendments through 2009 (2001; revised 2009) [English Translation by William S. Hein & Co.]. Available at: [https://www.constituteproject.org/constitution/Senegal\\_2009.pdf?lang=en](https://www.constituteproject.org/constitution/Senegal_2009.pdf?lang=en)

16. Kaplan, A.; Riba, L.; Laye, M.; Secka, D. M.; Utzet, M.; Le Charles, M. A. (2016). "Female genital mutilation / cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia". *International journal of women's health*, 8, 103–117. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S102201>

17. Gangoli, G.; Gill, A.; Mulvihill, N. & Hester, M. (2018), "Perception and barriers: reporting female genital mutilation", *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, Vol. 10 No. 4, pp. 251-260. <https://doi.org/10.1108/JACPR-09-2017-0323>

18. Mathers, N.; Rymer, J. (2015). "Mandatory reporting of female genital mutilation by healthcare professionals". *British Journal of General Practice* 2015; 65 (635): 282-283. DOI: 10.3399/bjgp15X685141

19. Joint Evaluation UNFPA-UNICEF. *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change 2008-2012*. Accessed from: <https://www.unfpa.org/admin-resource/unfpa-unicef-joint-evaluation-unfpa-unicef-joint-programme-female-genital>

20. Hughes, L. (2018). "Alternative Rites of Passage: Faith, rights, and performance in FGM/C abandonment campaigns in Kenya". *African Studies*, 77:2, 274-292, DOI: 10.1080/00020184.2018.1452860

21. Droy, L.; Hughes, L.; Lamont, M.; Nguura, P.; Parsitau, D. & Wamue Ngare, G. (2018). "Alternative Rites of Passage in FGM/C Abandonment Campaigns in Africa: A research opportunity". *LIAS Working Paper Series*, 1. doi:<https://doi.org/10.29311/lwps.201812820>

22. World Health Organization Family and Community Health Cluster (2000). *Female genital mutilation: a handbook for frontline workers*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70012>

## RÉFÉRENCES

23. Shell-Duncan, B.; Moreau, A.; Wander, K. & Smith, S. (2018). "The role of older women in contesting norms associated with female genital mutilation/cutting in Senegambia: A factorial focus group analysis". *PloS one*, 13(7), e0199217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199217>
24. Berg, R. C.; Denison, E. (2012). "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* 9, 41–56. <https://doi.org/10.1007/s13178-011-0048-z>
25. Simister J. (2010) "Domestic violence and female genital mutilation in Kenya: effects of ethnicity and education". *J Fam Violence*. 2010, 25 (3): 247-257. [10.1007/s10896-009-9288-6](https://doi.org/10.1007/s10896-009-9288-6).
26. Kandala, N. & Komba, P. (2015). "Geographic Variation of Female Genital Mutilation and Legal Enforcement in Sub-Saharan Africa: A Case Study of Senegal". *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 92. [10.4269/ajtmh.14-0074](https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0074).
27. Kaplan, A.; Riba, L.; Laye, M.; Secka, D. M.; Utzet, M.; Le Charles, M. A. (2016). "Female genital mutilation/cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia". *Int J Womens Health*. 2016 Apr 12;8:103-17. doi: 10.2147/IJWH.S102201. PMID: 27110140; PMCID: PMC4835126
28. Population Council (2008). *Training Can Enhance Providers' Management of FGM/C and Willingness to Advocate Against the Practice*. New York: Population Council.
29. Dawson, A.; Turkmani, S.; Fray, S.; Nanayakkara, S.; Varol, N.; Homer, C. (2015). "Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience". *Midwifery*, Volume 31, Issue 1, 2015, Pages 229-238, ISSN 0266-6138, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.012>
30. Kimani, S. & Shell-Duncan, B. (2018). "Medicalized Female Genital Mutilation/Cutting: Contentious Practices and Persistent Debates". *Current sexual health reports*, 10(1), 25–34. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0140-y>
31. Umar, A. S.; Oche, M. O. (2014). "Medicalization of female genital mutilation among professional health care workers in a referral hospital, North-Western Nigeria". *J Reprod Biol Health*. 2014;2(2):1–7
32. El-Gibaly, O.; Aziz, M. & Abou Hussein, S. (2019). "Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study". *BMC Int Health Hum Rights* 19, 26. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0202-x>
33. Johansen, E.; Diop, N.; Laverack, G. & Leye, E. (2013). "What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation". *Obstetrics and gynecology international*. 2013. 348248. [10.1155/2013/348248](https://doi.org/10.1155/2013/348248).

## RÉFÉRENCES

34. Last, M. (2001). "Female 'Circumcision' in Africa: culture, controversy and change". Edited by BETTINA SHELL-DUNCAN and YLVA HERNLUND Boulder, CO: Lynne Rienner, 2000. Pp. viii *Journal of Modern African Studies* - J MOD AFR STUD. 39. 10.1017/S0022278X01313861.
35. Onuh, S. O.; Igberase, G. O.; Umeora, J. O.; Okogbenin, S. A.; Otoide, V. O.; Gharoro, E. P. (2006). "Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses". *J Natl Med Assoc.* 2006;98(3):409–14.
36. Tomàs, J.; Kaplan, A. & Le Charles, MA. (2018). "Female genital mutilation/cutting in Basse-Casamance (Senegal): multiple voices from a plural South". *JASO Online*, X(2), pp.157-179.