SOLIDARITÉ

Vol. 20 nº 1 • 9405, rue Sherbrooke Est, Montréal (QC) H1L 6P3 • Tél.: (514) 356-8888 • Septembre 1998

Venir au monde au BURKINA FASO

Jeunes infirmières en Afrique • Rapport de stage, hiver 1998

Pourquoi un stage de sage-femme au Burkina Faso ?

Ce projet est une initiative du Centre international de solidarité ouvrière (CISO) et de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ). Sa réalisation fut possible grâce au financement de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), de la FIIQ et des stagiaires elles-mêmes sans oublier la collaboration de notre partenaire terrain l'Association burkinabè des sages-femmes et de la coordonnatrice de la Clinique pour la promotion de la santé familiale (CPSF), Madame Brigitte Thiombiano.

L'ACDI offre un programme de stages internationaux pour les jeunes en collaboration avec le ministère du Développement des ressources humaines (DRHC) dans le cadre de la Stratégie d'emploi des jeunes du gouvernement, programme aux termes duquel des contributions peuvent être versées à des organisations dans le but de mener à bien des projets de stages internationaux permettant de faciliter aux jeunes Canadiens la transition entre le milieu scolaire et le marché du travail.

L'implication du CISO et de la FIIQ au Burkina Faso

Le premier stage du CISO au Burkina Faso en a été un d'exploration. Il a en effet eu lieu en 1992, trois représentantes de la FIIQ et deux de la Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ) étaient de la délégation. Ce stage a permis, entre autres, de tisser des liens avec les sages-femmes burkinabè et d'apporter aux infirmières du pays une expertise syndicale nécessaire à la défense de leurs propres droits.

En 1993, des infirmières et des sages-femmes burkinabè sont venues faire une tournée au Québec. Elles sont très étonnées de la situation des sages-femmes québécoises. Les sages-femmes du Burkina offrent alors leurs services pour accueillir des infirmières du Québec dans leur pays et les former à la pratique de sage-femme. Puis, en 1994, la FIIQ contribue financièrement au Congrès de fondation du Syndicat des infirmières et infirmiers du Burkina Faso.

Les objectifs du stage

- Recevoir une formation professionnelle (théorique et pratique) complémentaire quant à la pratique de sage-femme
- Découvrir et développer l'intérêt des stagiaires pour un pays du Sahel où la pratique de sage-femme est très courante
- Donner une formation académique additionnelle aux participantes dans un domaine d'intérêt personnel, un atout de plus dans leur vie professionnelle au Québec
- Renforcer les liens de solidarité entre la Clinique des sages-femmes du Burkina Faso et les infirmières et sages-femmes québécoises

Des résultats positifs

Nous croyons que l'expérience a été un succès. Les objectifs ont été rencontrés et le travail de jeunes Canadiennes sur le terrain bien apprécié. Ce projet a même obtenu le soutien du ministère de la Santé du Burkina Faso. Toutes les stagiaires ont été en mesure de trouver de l'emploi à leur retour et grâce à leur expérience, certaines d'entre elles travaillent en obstétrique.

Les stagiaires, Liliane Archambault-Cyr (20 ans), Émilie Chagnon (20 ans), Annick Gignac (27 ans), Nathalie Grenier (27 ans), Julie le Guerrier (29 ans) et Sandra Marois (21 ans) ont séjourné au Burkina Faso de janvier à avril 1998. Par équipe de deux, elles ont travaillé avec les sages-femmes dans les centres hospitaliers ainsi que dans les maternités. Elles ont à tour de rôle vécu dans différents milieux du Burkina Faso : Ouagadougou, Banfora, Ouahigouya, Fada N'Gourma et Bobo-Dioulasso.

Le Burkina Faso en bref

	BURKINA	CANADA
• Superficie	274 120 km^2	9,97 millions km^2
• Population	10 900 000 h.	29 600 000 h.
• Densité	39,7 h/km^2	2,6 h/km^2
• Espérance de vie à la naissance	47 ans	77,4 ans
• Indice de fécondité	6,5	1,74
• Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	930	6
• Taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) 1995	98 000	5 000
• Taux d'insuffisance pondérale (poids) (enfants de moins de 5 ans)	30 %	–
• Population privée de services de santé (1990-1995)	10 %	–
• Population privée d'eau potable (1990-1996)	22 %	–
• PNB par habitant	300 $US	21 002 $CAN
• Classement selon IDH (indice de développement humain)	172/175	1/175 (donc la meilleure qualité de vie au monde !)

Formation et pratique de sage-femme au Burkina

À côtoyer chaque jour des sages-femmes dans leur travail ou dans leur quotidien, on ne peut faire autrement que d'exprimer notre profonde admiration envers celles-ci. Mais le parcours pour y arriver n'est pas de tout repos. Lorsque qu'une Burkinabè désire devenir sage-femme, elle doit s'inscrire à un concours national, après avoir terminé l'équivalent de ses études secondaires. Seulement les meilleures d'entre elles pourront pratiquer ce métier. Il est à noter que les hommes aussi peuvent participer à ce concours afin de devenir maïeuticien, c'est-à-dire l'équivalent de sage-femme.

L'apprentissage de ce métier s'acquiert à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP). La première année, elles suivent un tronc commun avec les infirmières, soit des cours de biologie, d'anatomie et de physiologie. Les deux dernières années sont consacrées à la spécialisation en obstétrique. Il y a environ douze sages-femmes qui sont diplômées chaque année (données de 1993), et l'on compte une sage-femme pour 28 000 personnes au Burkina Faso.

À leur sortie de l'ENSP, on les assigne n'importe où au Burkina, soit en brousse ou en milieu urbain. Les sages-femmes ne peuvent choisir le lieu de leur affectation car celle-ci se fait à la pige. Elles se trouvent aussi parfois éloignées de leur famille ou séparées de leur mari. Ne parlant souvent pas le dialecte de l'endroit où elles pratiquent, l'intégration à l'équipe de travail est difficile. En plus de leurs heures normales, elles doivent assurer une garde à tous les cinq ou sept jours: elles travaillent donc de 17 heures à sept heures du matin (elles couchent à l'hôpital). Et, lorsqu'elles rentrent à la maison, il faut s'occuper des enfants et des travaux domestiques, en plus de la chaleur qui accable et empêche de dormir.

Leur professionnalisme devant l'ampleur des tâches à exécuter dans ces conditions est prodigieux. En plus de leur travail de sage-femme, elles militent pour la promotion et l'amélioration de la situation de la femme au Burkina Faso. Étant des femmes scolarisées, elles sont conscientes de leur situation et de leurs droits en tant qu'être humain. Par le biais de rencontres, de causeries prénatales ou de consultations elles donnent de l'enseignement informel sur le droit à la contraception, le contrôle des naissances, l'importance de la vaccination chez les enfants. Depuis plusieurs années, elles luttent aussi contre la pratique de l'excision. Entre femmes, elles se font confiance et les sages-femmes sont reconnues comme des personnes-ressources de premier ordre. Ne sont-elles pas les mieux placées, ces femmes qui portent le même fardeau, pour évaluer l'immense poids qui alourdie quotidiennement les épaules des mères burkinabè ?

S'adapter au milieu

Pendant les premiers temps de cette expérience de sage-femme au Burkina l'approche à la mère a pu choquer et intriguer les infirmières québécoises. Voici donc quelques notes prises à la suite d'observations et de discussions avec les sages-femmes africaines qui permettent de découvrir un peu de la philosophie sur laquelle repose l'encadrement des parturientes.

«Je ne dois pas rester près de la mère durant le travail. Je ne dois pas lui donner l'occasion d'être faible. Il ne faut pas oublier qu'elle risque d'avoir des problèmes avec sa famille si elle la déshonore et qu'en se plaignant elle peut décourager les autres parturientes.»

«D'ailleurs, la peur c'est souvent la seule façon de convaincre quelqu'un. Si je dis à une femme qu'elle va mourir, elle me laissera faire les manoeuvres les plus douloureuses. Si je ne fais pas la suture du périnée après l'accouchement, elle risque en plus des infections de se faire chasser par son mari; bien souvent je n'ai pas d'anesthésiant local, je dois la secouer pour qu'elle reste forte. C'est comme lorsque je réanime un bébé, je n'ai pas de matériel, je dois l'exhorter à trouve en lui la force de vivre.»

«Ce n'est tout de même pas une mauvaise chose que la salle d'accouchement soit à aires ouvertes. Les femmes se voient et s'influencent. Si l'une d'entre elles ne suit pas les directives et se fait réprimander, elle sert d'exemple aux autres. Je crois que c'est une autre façon de les encourager à exploiter leur force. En général, elles font de leur mieux pour que leur comportement ne soit pas jugé. Aussi, certaines peuvent voir que d'autres ont des accouchements plus difficiles que le leur et prennent leur mal en patience.»

«Il est très important qu'elles ne se découragent pas. Il m'arrive de leur dire que c'est presque terminé pour qu'elles acceptent d'endurer encore un peu, et comme leur notion du temps est bouleversée dans ces moments-là, on peut souvent gagner plusieurs heures.»

«Et que dire de la césarienne? Prévenir une femme qu'elle en subira une peut parfois la faire paniquer. Lorsqu'elle arrive, elle nous fait entièrement confiance, elle suit nos directives sans se poser de questions; elle ne s'inquiétera qu'en entrant en salle d'opération, quelques minutes avant de s'endormir. Imaginez que je lui dise qu'on va la découper parce que son bébé souffre trop! J'aurais beau lui dire de toutes les manières possibles, c'est tout ce qu'elle en retiendrait. Bien entendu, je m'ajuste selon le niveau d'instruction, une femme scolarisée comprendra mieux la situation et ne sera pas embrouillée par les nombreuses croyances que l'on retrouve dans les villages.»

Tableau comparatif, accouchement au Québec et au Burkina Faso

ACCOUCHER AU QUÉBEC

Chambre privée tamisée, calme, confortable, payé par les assurances et notre Carte Soleil.
Assisté du conjoint.

Assisté par un membre de la famille.

Suivi trimestriel, au besoin avec échographie, prise de sang, examen gynécologique.

Suivi très rapproché pour les grossesses à risques.

Pelvimétrie pour confirmer la présence foetale.
Décision de prévoir une césarienne s'il y a des risques de problèmes pour la mère et pour l'enfant.
Préparation pré-natale (cours)

- connaissance des techniques de respiration pour apaiser l'anxiété et la douleur
- connaissance des moments propices pour pousser lors du travail afin d'éviter les blessures au col

Présence constante de professionnels :

- l'infirmière
- le médecin
- la sage-femme en maison de naisssance

COMPLICATIONS PLUS FRÉQUENTES AU QUÉBEC

1. Pré-éclampsie
   a) protéinurie
   b) oedème
   c) gain de poids rapide – 2kg par semaine
2. Eclampsie
   a,b,c, plus
   d) convulsions ou coma
   e) HTA (hyper tension artérielle)
3. Diabète gestationnel
4. et 5. Excision peu connue, à peine discutée

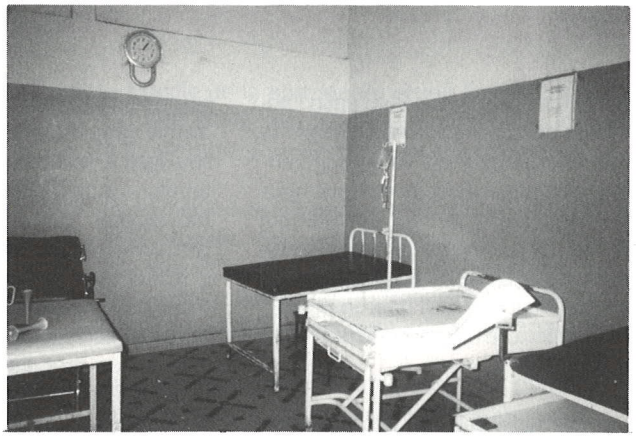
ACCOUCHER AU BURKINA FASO

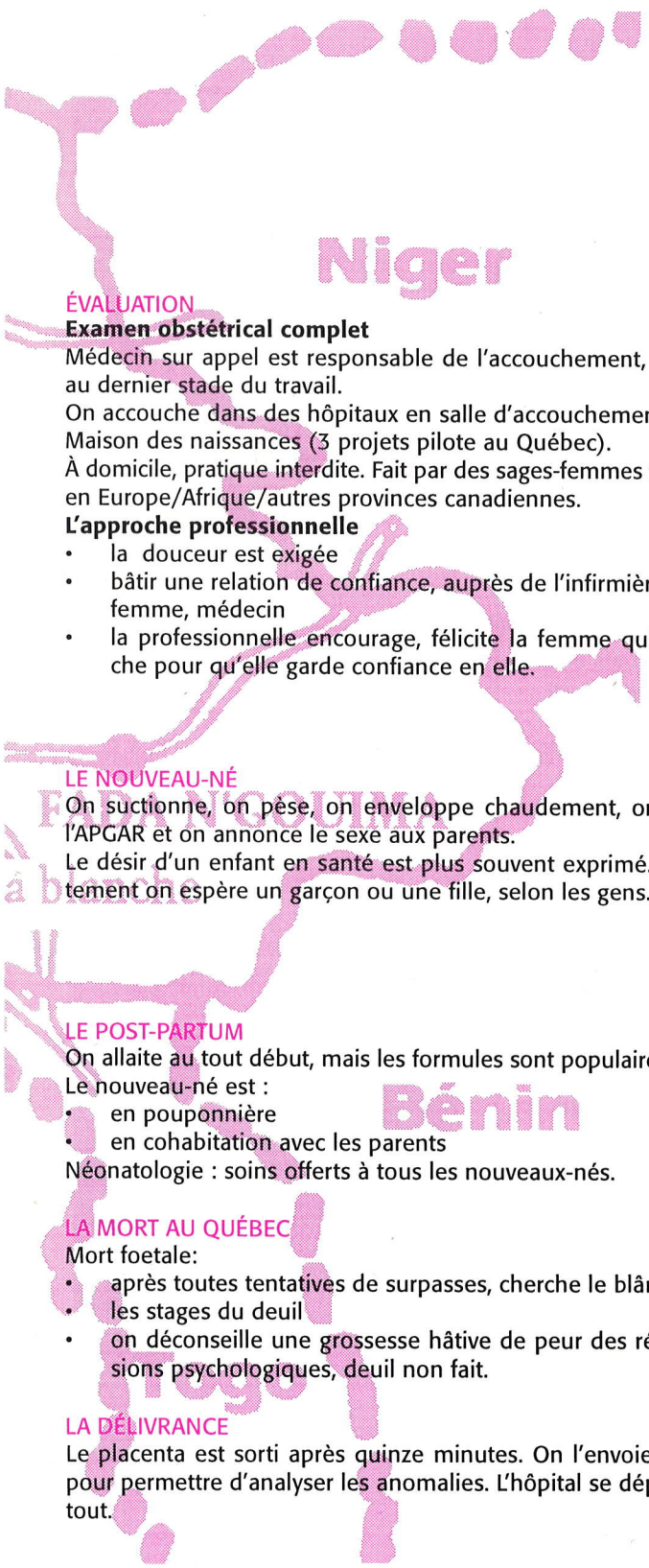
Salle partagée à 2 ou 3, ouvert directement avec l'extérieur, table en métal rouillée, matelas peu confortable.
Payé par la famille, une aide financière est rare.
Interdiction de l'époux d'assister de peur qu'il ne puisse tolérer de voir sa conjointe en douleur.
Assistée par la belle-mère (perte de liberté d'expression de la douleur et insistance à bien faire et bien paraître).
Peu de suivi, car grandes distances à parcourir pour avoir accès à une S.M.I. (santé maternelle infantile), de plus la perte d'une journée de travail double la charge de travail aux champs et à la maison.
Peu de grossesse à risques élevés sont détectées, peu de femmes reçoivent le vaccin anti-tétanique, du fer, des anti-paludéens, des vermifuges et une alimentation protéino-énergétique supérieure entraînant moins de complications à l'accouchement.
Après évaluation, les mauvaises présentations du foetus sont souvent découvertes au moment où le travail est déjà entamé: les complications post-partum sont très fréquentes.
Rarement d'enseignement pré-natal. Se réfère à la description douloureuse de la belle-mère ou au souvenir d'accouchements précédents. Pour les primipares, la respiration et les poussées sont souvent inefficaces: détresses foetales obligeant la sage-femme à utiliser la technique de la poussée à partir du fond utérin risquant la rupture utérine, les hémorragies et la mort foetale et maternelle.
Présence constante de professionnels :

- la major (sage-femme responsable de la maternité)
- la sage-femme (formation de 3 ans à l'ENSP)
- la matrone (femme plus âgée, accoucheuse traditionnelle sans formation)
- l'accoucheuse (formation d'un an)
- la fille de salle (entretien ménager)
- le médecin
- l'infirmier/ère

COMPLICATIONS PLUS FRÉQUENTES AU BURKINA

1. Pré-éclampsie
2. Parturiente arrive souvent déjà en convulsions
3. Diabète gestationnel
4. Crise d'anémie falciforme
5. Excision
   1er degré clitoridectomie
   2e degré petites et grandes lèvres coupées, créant des cicatrices, l'orifice réduit rend difficile le passage du foetus; doit faire plus d'épisiotomies
   3e degré infibulation
   (1er, 2e et orifice cousu) laissant peu d'espace pour les menstruations et la pénétration





Niger

ÉVALUATION
Examen obstétrical complet
Médecin sur appel est responsable de l'accouchement, présent au dernier stade du travail.
On accouche dans des hôpitaux en salle d'accouchement ou en Maison des naissances (3 projets pilote au Québec).
À domicile, pratique interdite. Fait par des sages-femmes formées en Europe/Afrique/autres provinces canadiennes.
L'approche professionnelle
- la douceur est exigée
- bâtir une relation de confiance, auprès de l'infirmière, sage-femme, médecin
- la professionnelle encourage, félicite la femme qui accouche pour qu'elle garde confiance en elle.

LE NOUVEAU-NÉ
On suctionne, on pèse, on enveloppe chaudement, on vérifie l'APGAR et on annonce le sexe aux parents.
Le désir d'un enfant en santé est plus souvent exprimé. Discrètement on espère un garçon ou une fille, selon les gens.

LE POST-PARTUM
On allaite au tout début, mais les formules sont populaires aussi.
Le nouveau-né est :
- en pouponnière
- en cohabitation avec les parents

Néonatologie : soins offerts à tous les nouveaux-nés.

LA MORT AU QUÉBEC
Mort foetale:
- après toutes tentatives de surpasses, cherche le blâme
- les stages du deuil
- on déconseille une grossesse hâtive de peur des répercussions psychologiques, deuil non fait.

LA DÉLIVRANCE
Le placenta est sorti après quinze minutes. On l'envoie parfois pour permettre d'analyser les anomalies. L'hôpital se départit de tout.

Burkina Faso

ÉVALUATION
Examen obstétrical complet
Le médecin sur appel est demandé si la sage-femme juge que les complications dépassent ses compétences d'agir.
On accouche surtout dans les maternités et à l'hôpital lors de complications.
À domicile (une amende est imposée due au danger de mort foetale et au risque d'infection ou d'hémorragie)
L'approche professionnelle
- Les poussées au bas du col par la sage-femme lorsque le foetus ne parvient pas à sortir.
- Les tapes ne sont pas infligées par méchanceté. Trop souvent la primipare ne pousse pas par peur, par incompréhension du danger qu'elle impose au bébé. Sans moyens pour pallier ou éviter des problèmes de détresse au bébé, il faut que la sage-femme adopte une attitude autoritaire.

LE NOUVEAU-NÉ
On arrose le nouveau-né d'eau fraîche dès sa sortie (car, dit-on, la mère sera inquiète qu'il soit blessé si elle voit du sang sur lui).
L'APGAR est pris, on le pèse, le mesure (tête, torse, longueur).
On l'habille avec des bottillons, chapeau, robe (garçon ou fille).
Le désir d'un garçon est plus fort que d'avoir une fille, en général. La mère demande rarement le sexe du nouveau-né, elle attend qu'on le lui dise.

LE POST-PARTUM
L'allaitement est primordial considérant le peu de coûts, l'hygiène, la stérilité du lait.
Le nouveau-né est dans le même lit que la mère.

Néonatologie : ce service existe dans la capitale seulement.

LA MORT AU BURKINA
Mort foetale est souvent vue comme une volonté de Dieu, on reprend rapidement avec une autre grossesse.

LA DÉLIVRANCE
Le placenta est laissé sous la table d'accouchement. L'accompagnante (membre de la famille ou femme engagée) ramasse le tout et la famille, dit-on, l'enterre dans la cour ou le champ familial.

InchAllah ...

Après deux heures de marche, voici enfin l'hôpital... Je tente de suivre ma mère malgré la douleur qui m'accable et qui va en augmentant depuis maintenant deux jours. Nous nous faufilons parmi toutes les accompagnantes qui attendent leur fille ou leur soeur à la porte de la maternité. Nous croisons au passage une vieille femme tenant dans ses bras un pagne... À voir son air sérieux, je ne peux que prier pour avoir plus de chance.

Épuisée, je m'installe sur une des tables de bois alignées dans la salle d'accouchement. La femme sur le lit d'à côté a une expression grave figée sur son visage: c'est sûrement celle qui vient de perdre son bébé, elle reste de marbre. La sage-femme est affairée avec une autre qui crie et se tord de douleur. Elle lui lance sévèrement : «Évidemment que ça fait mal, à quoi tu t'attendais? Si ça ne fait pas mal ça ne sortira pas et si tu refuses de pousser tu vas tuer ton enfant!». Cette mère me semble si jeune...

On m'a bien mise en garde, je dois faire ce qu'on me dit et endurer. Qui veut d'une femme faible? La douleur est de plus en plus difficile à supporter, quand cela finira-t-il? L'accoucheuse demande mon matériel; j'espère que rien n'y manque, nous l'avons payé de peine et de misère. Elle me pose mille questions et l'examen qu'elle me fait augmente ma souffrance. Je n'en peux plus, mais qui veut d'une femme faible, qui voudrait d'une faible femme? Je demande à boire de l'eau, on me la refuse. C'est trop dur, je n'y arriverai pas... Pourtant je suis à l'hôpital, tout ira bien si je fais ce qu'on me dit. Je suis si fatiguée, j'ai envie de pleurer. Ma mère a installé sa natte dehors, elle attend.

Ma jeune voisine a repris courage et force autant qu'elle peut. Où trouve-t-elle l'énergie? Sans doute la peur de perdre son bébé, d'avoir eu à souffrir pour rien, d'être une mauvaise femme, d'être reniée par la famille et par son mari... Je ferai de mon mieux, j'espère qu'Allah m'aidera. Son enfant est sorti, il ne crie pas. Je la vois retenir son souffle en suivant des yeux la sage-femme et l'accoucheuse qui le secouent pour tenter de le réveiller. Tranquillement, il commence à gémir, et le voilà qui pleure après quelques interminables minutes. Elle respire enfin.

Quand donc viendra mon tour? On m'avait dit qu'il ne restait plus qu'une demi-heure, mais cela fait peut-être deux ou trois heures que j'attends. Je ne sais plus. Je ne trouve plus de position permettant de me soulager, je m'assois, je ferme les yeux, j'attends; je suis à l'hôpital, je veux croire que tout ira bien. Un homme m'ordonne de me recoucher, ce doit être un médecin; j'obéis. Il m'examine à son tour, autre martyre. Il marmonne quelque chose à la sage-femme, je les observe, inquiète. Ils repartent sans me dire un mot. Est-ce que ce sera encore long? Est-ce que tout va bien? Patience. Ils connaissent leur affaire, je n'ai qu'à suivre ce qu'ils disent. Si ma mère pouvait être près de moi, le temps est tellement long et insupportable... Allons, qui veut d'une femme faible?

L'accoucheuse vient me raser le bas-ventre, la sage-femme m'installe un sérum. L'autre n'avait pas ça, quelque chose ne va pas. Si j'étais allée à l'école, je pourrais comprendre ce qu'elles se disent en français. La douleur m'envahit encore et encore, j'ai du mal à ne pas bouger. J'ai entendu parler au village d'une femme qui refusait de pousser: on lui a ouvert le ventre pour lui arracher son bébé... Alors je pousse de toutes mes forces, je ne veux pas qu'on m'éventre. Ils verront bien que je peux le faire! On me crie «Non! Ne pousse pas, tu vas te blesser!» Quoi? Mais qu'est-ce que je dois faire alors? J'attends. Le temps passe, lentement. Une porte s'ouvre et un brancardier transporte une femme sur une civière. Elle ne bouge pas. Je ne sais pas si elle est morte ou endormie, mais elle a du sérum comme moi... Allah, qu'est-ce qui m'attend? J'ai souffert toute la journée sur cette table de bois, est-ce que ce n'est pas assez?

Je me traîne difficilement vers la civière qu'on me désigne. Je dois faire confiance. Mais j'ai peur de devenir indigne de toute la famille de ne pas pouvoir mettre au monde un enfant, on attend de moi au moins trois fils... Et si je ne reviens pas, qui préviendra mon mari qui travaille à l'autre bout du pays?

J'arrive dans une pièce froide et me retrouve nue sur une table étroite. Je n'endure plus mon dos et mon ventre va exploser. On m'attache les bras en croix, personne ne parle, je n'entends que le bruit des instruments métalliques qui s'entrechoquent. Tous portent des blouses et de masques, ils me couvrent d'un tissu, que vont-ils me faire? Et mon bébé? ...Qui veut d'une femme faible? Je ferme les yeux, Inch Allah...

Excision
Halte à la mutilation !

Depuis la mise sur pied du Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE) au début des années 90, le campagne contre les mutilations génitales féminines est fermement engagée. De la simple sensibilisation, on est maintenant rendu au châtiment. Les exciseuses sont actuellement passibles d'emprisonnement pour une période allant de 6 mois à 3 ans et / ou d'une amende équivalant entre 250 $ et 1 500 $US.

Amer constat cependant, cette amputation pernicieuse subsiste encore. Au Burkina Faso la pratique de l'excision correspond à l'ablation complète ou partielle du clitoris de l'enfant-fille entre la naissance et l'âge de 13 ans. Le taux d'excision couvre encore 66 % des femmes au Burkina Faso. Statistiquement, la moitié des musulmanes seraient excisées, suivent les animistes à 20 % et finalement les catholiques avec un taux de 17 %. De plus, on constate que 68 % des Burkinabè excisées se trouvent en milieu rural contre 63 % en milieu urbain. Il est donc impossible de dire que l'éducation est un élément-clé dans cette problé-matique (Kers, AnaLucie; samedi 17 – dimanche 18 avril 1998, Le journal du soir, Burkina Faso).

Horaire-type d'une césarienne avortée

7h30 Une femme enceinte se rend à son lieu de travail (pétrir le beurre de karité); elle s'est levée avant l'aube pour faire la lessive, le ménage et le déjeuner pour ses 6 jeunes enfants et son mari.

9h00 De fortes contractions utérines l'assaillent, ses «eaux» ont «crevé». Elle se trouve en plein champ à 1,5 kilomètre de marche du village.

9h45 Arrivée à la maternité du village, épuisée, la sage-femme lui annonce que le bébé se présente mal et qu'il faut aller à l'hôpital de la ville voisine.

10h à12h Démarche pour rejoindre le papa, trouver l'argent pour qu'une voiture les mène à Banfora où se situe le CHR (Centre Hospitalier Régional).

12h20 Une sage-femme du CHR examine la parturiente pour constater la présentation transverse. Elle essaie par tous les moyens de localiser le médecin.

12h45 Le médecin confirme la nécessité d'effectuer une césarienne.

12h50 Ordonnance médicale par la sage-femme pour le matériel nécessaire à la césarienne.

13h20 La famille de la parturiente réunit l'argent nécessaire (20 000 FCFA, soit 50 dollars canadiens) et court à la pharmacie pour se procurer les produits.

13h40 On se demande où est le conducteur de l'ambulance (à la buvette, chez lui ou au marché?) Il arrive parfois que l'ambulance ne soit pas disponible car elle est en train d'exécuter un transfert à 45 km au CHN (Centre Hospitalier National) de Bobo-Dioulasso.

17h30 Ça y est tout est prêt. On transporte enfin la mère au bloc opératoire à 4 km de l'hôpital.

18h20 Arrivée sur les lieux, il n'y a pas de chirurgien disponible. On installe la mère sur une table d'opération. Sans lui dire un mot, on lui met un brassard au bras pour la tension artérielle et on la quitte.

19h00 La pauvre maman attend toujours avec autant de peur et d'inquiétude que quelqu'un s'occupe d'elle et la rassure.

19h30 Enfin l'équipe arrive pour la césarienne.

Trop tard... le bébé n'a pas survécu

Dans d'autres pays africains, on coupe même les petites lèvres et on pratique l'infibulation, c'est-à-dire que l'on recoud ensemble les grandes lèvres ne laissant qu'un petit orifice pour l'écoulement de l'urine et du flux menstruel. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, on estime qu'entre 85 et 115 millions de femmes, à travers le monde, ont subies ces mutilations sexuelles. De plus les conditions précaires d'hygiène dans lesquelles sont pratiquées ces chirurgies barbares entraînent souvent des hémorragies et des infections qui peuvent être mortelles.

Pourquoi ?

Quelle est l'origine de cette tradition datant d'avant Jésus-Christ? D'après la coutume, il s'agit d'un rituel de purification. La femme non-excisée était considérée comme un être immature et impur. Ainsi perçue, elle était la risée des gens et tenue à l'écart des rites sociaux et religieux. Pire encore, l'homme rejettait la femme non mutilée sous prétexte qu'elle était frivole et exposée à toutes les maladies. De plus, la tradition dit que le contact du clitoris avec le nouveau-né entraîne la mort de celui-ci. Encore aujourd'hui, malgré la campagne menée par les intervenants de la santé, on note que la tradition est encore très présente. Cependant la travail de sensibilisation entrepris auprès des exciseuses depuis plus d'une année permet de créer un lien fructueux entre le CNLPE et les familles. Bien que souvent ces vieilles femmes ne comprennent pas qu'on veuille abolir cette pratique, elles admettent que les traditions sont en train de mourir.

Mutilation et maternité

Comment peut-on tenir à cette tradition alors que des vies sont en jeu ! La mère tout aussi bien que le nouveau-né sont exposés aux conséquences de l'excision qui peuvent être fatales pour eux. Les séquelles de cette pratique sont innombrables. La douleur, les infections (tétanos-VIH-hépatite), la dyspareunie (rapport sexuel douloureux), l'hématocolpos (rétention du flux menstruel), la stérilité, la déchirure périnéenne, l'hémorragie, l'asphysie foetale et bien d'autres encore font partie des conséquences auxquelles le personnel médical doit faire face. Elles sont permanentes et irréversibles, il est donc grand temps que cette pratique disparaisse à jamais !

De gauche à droite : Annick Gignac, Liliane Archambault-Cyr, Julie le Guerrier, Émilie Chagnon, Sandra Marois, Nathalie Grenier.

«La FIIQ favorise la reconnaissance des sages-femmes. La Fédération s'est clairement positionnée en faveur des sages-femmes du Québec et de la nécessaire reconnaissance de leur pratique. Pour la FIIQ, elle répond aux besoins des femmes du Québec et c'est pourquoi toutes doivent y avoir accès.

Toutefois, il existe au Québec une problématique pour la formation des sages-femmes. Compte tenu des critères actuels, il est impossible, en pratique, pour une infirmière d'y répondre, par exemple, en ce qui concerne le nombre de suivis de grossesses. Mais cela n'empêche pas des infirmières d'être très intéressées par l'acquisition d'une formation adéquate et, éventuellement, l'exercice de la profession de sage-femme».

Régine Laurent,
Membre du Comité exécutif de la FIIQ et du Conseil d'administration du CISO

Solidarité est une publication du
Centre international de solidarité ouvrière (CISO)
9405, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1L 6P3
Tél. : 514-356-8888 • Téléc. : 514-356-0475
Courrier électronique : ciso@cam.org
Coordination : *Micheline Jalbert* et *Patricia Legault*
Révision des textes : *Patricia Legault* et *Micheline Jalbert*
Photos et textes : *Les stagiaires*
Infographisme : *Louise Gravel*
Impression: *L'imprimerie d'Arthabaska inc.*
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec