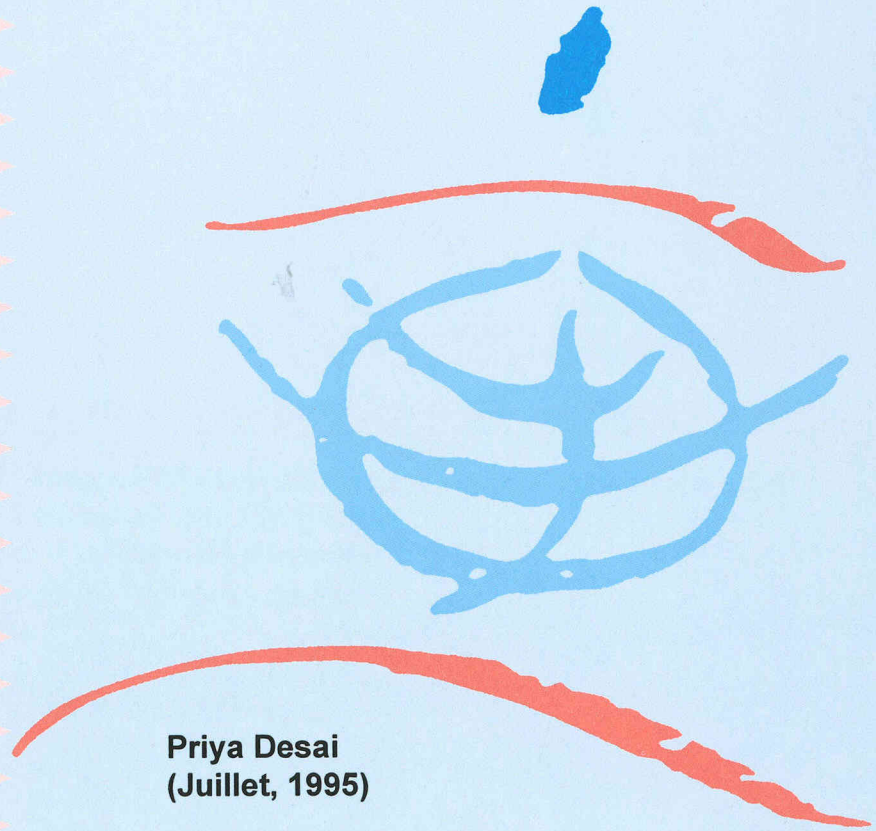
PRATIQUES RITUELLES AFFECTANT LA SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS



Priya Desai
(Juillet, 1995)

Education International / Internationale de l'Education / Internacional de la Educación
Boulevard Emile Jacqmain 155
1210 Brussels / Bruxelles / Bruselas
Belgium / Belgique / Bélgica

Tel : + 32.2.224.06.11
Fax : + 32.2.224.06.06

Pratiques rituelles affectant la santé des femmes et des enfants - Mutilations génitales féminines

I) Les mutilations génitales féminines (MGF), sont des pratiques qui mettent en péril la santé et la vie de 85 à 114 millions de fillettes et de femmes. On estime à 2 millions ou plus le nombre de jeunes filles victimes chaque année de ces pratiques (OMS : Division Santé familiale, Mutilations génitales féminines, 1994) et chaque jour, environ 6000 fillettes sont menacées.
Plus affligeant encore, la croissance démographique rapide, notamment en Afrique sub-saharienne, entraîne une progression constante du nombre de femmes mutilées et quotidiennement, des fillettes en bas âge sont excisées.

II) Descriptions des mutilations génitales féminines

Voici une description des cérémonies entourant les mutilations génitales féminines (MGF).

"Une fillette de six ou sept ans est préparée pour la circoncision. Elle reçoit des vêtements neufs et des nouvelles chaussures. Un jour ou deux avant la circoncision, ses amies lui peignent les mains et les pieds avec du henné. Une petite fête est organisée pour préparer l'événement. Le jour de la cérémonie, elle est parée du jirtiq, rituel courant à l'occasion des mariages. Une femme plus âgée orne ses pieds de bijoux et entoure ses poignets de rubans de soie rouge. Cette coutume est rattachée à une ancienne croyance selon laquelle le jirtiq est nécessaire pour éloigner les mauvais esprits et maintenir les anges aux côtés de la fiancée ou de la jeune circoncise.
L'enfant est ensuite emmenée chez une sage-femme où se déroulent la plupart des opérations. Dans les villes plus modestes, la sage-femme se rend parfois chez la famille, plus particulièrement dans le cas d'une circoncision de groupe. La famille peut circoncire plusieurs fillettes de la famille le même jour. Mais que ce soit dans les villages ou à la ville, le spectacle de la circoncision est plus proche de l'enterrement que de la fête. Malgré les vêtements neufs et les atours nuptiaux, complétés par un firka, tissu de soie rouge recouvrant la tête de la fiancée, les jeunes filles ne semblent pas impressionnées. Manifestement, elles savent qu'elles vont bientôt être victimes d'une amputation.
Après l'opération, c'est la fête. Si des garçons ont été circoncis le même jour, les hommes se joignent aux célébrations. L'importance des festivités est proportionnelle aux moyens financiers de la famille. La fête se poursuit au milieu des larmes de l'enfant torturée par la douleur et les chansons enfantines résonnent. On raconte à l'enfant qu'elle se sentira bientôt mieux et qu'elle devrait se joindre aux autres. Parentes et voisins viennent la féliciter, donnant ainsi le sentiment à la fillette que ce qui vient d'arriver mérite d'être célébré ; c'est un événement heureux ! Les félicitations s'accompagnent généralement d'une somme d'argent que la fillette peut dépenser comme bon lui semble."[1]

Une description de l'opération de MGF révèle néanmoins la terrible injustice de ce rite :

"La petite fille, complètement nue, est maintenue en position assise sur une chaise basse par au moins trois femmes. Les bras de l'une d'entre elles entourent la poitrine de la petite fille ; deux autres lui écartent fermement les cuisses, afin d'ouvrir largement la vulve. Les bras de l'enfant sont ligotés dans le dos, ou maintenus par deux autres femmes. La maîtresse de cérémonie récite une brève prière : "Allah est grand et Mahomet est son prophète. Qu'Allah te protège des forces du mal." Elle répand ensuite quelques offrandes destinées à Allah : du maïs ou des oeufs dans les zones urabines. Ensuite, la vieille femme armée de son rasoir excise le clitoris. Après, elle procède à l'infibulation : à l'aide du rasoir, elle incise la petite lèvre de haut en bas et excise ensuite la chair de la grande lèvre. Cette nymphotomie et cette excision sont répétées sur l'autre côté de la vulve. Bien que fermement maintenue, la petite fille hurle et se tord de douleur. L'opératrice essuie le sang de la blessure et la mère et les invitées viennent "contrôler" son travail, enfilant parfois les doigts dans la plaie. La quantité de chair enlevée sur les grandes lèvres dépend de la "dextérité" de l'opératrice. L'ouverture laissée pour le passage de l'urine et du sang menstruel est minuscule. Ensuite, l'opératrice applique une pâte et une épine d'acacia, piquée dans une lèvre et passée dans l'autre vient assurer la soudure des grandes lèvres. Elle fait trois ou quatre points similaires le long

de la vulve. Les épines sont maintenues à l'aide de fil à coudre ou de crin de cheval. La blessure est à nouveau enduite de pâte. Mais tout cela ne suffit pas pour assurer la coalescence des grandes lèvres ; la fillette est dès lors bandée du pubis aux pieds : des bandes de tissus enroulées autour d'une corde lui immobilisent complètement les jambes. Epuisée, la fillette est alors habillée et couchée. L'opération dure de 15 à 20 minutes selon l'adresse de la vieille femme et l'endurance de l'enfant."[2]

2) Circoncision féminine ou mutilation génitale féminine ?

A Addis Abeba en 1990, lors d'une Conférence Régionale du Comité Inter-Africain (CIA) parrainée également par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des déléguées ont demandé avec insistance que la pratique généralement répertoriée dans la catégorie "circoncision féminine" soit qualifiée de "Mutilation génitale féminine". Elles préconisaient l'utilisation de la seconde expression pour dénoncer la nature réelle de l'intervention : l'ablation irréversible de tissus sains. De plus, les MGF s'accompagnant fréquemment de l'ablation définitive et irréversible d'un organe sain, le clitoris, ces pratiques correspondent par conséquent à la définition donnée par le Webster (en anglais) de la mutilation.

a) Qu'entend-on par mutilations génitales féminines ?

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) regroupent les pratiques consistant à éliminer des parties ou la totalité des organes génitaux extérieurs de la femme. Les organes génitaux de la femme comprennent traditionnellement la vulve, composée des grandes lèvres, des petites lèvres et du clitoris, recouvert par le prépuce.

Une classification générique des MGF distingue trois formes de mutilation. Il existe aussi une quatrième forme de mutilation, forme intermédiaire entre les deux types les plus graves. Le type de mutilation pratiquée dépend dans une large mesure du pays, du groupe ethnique ou de la communauté.
La clitéridectomie, l'excision et l'infibulation sont les divers types de MGF. La dernière est la forme la plus mutilante et affectant le plus gravement la santé des femmes et des jeunes filles à moyen et long terme. Le quatrième type d'intervention est très justement qualifié d'intermédiaire puisque la quantité de tissus enlevée la situe à peu près entre l'excision et l'infibulation. Cette quatrième forme de mutilation est en progression dans des pays tels que le Soudan où l'infibulation est interdite.

i) La clitéridectomie ou circoncision consiste en l'ablation du prépuce ou capuchon clitoridien (clitéridectomie partielle ou Sunna qui en arabe signifie "tradition") ou en l'ablation complète du clitoris (clitéridectomie totale). Dans ce cas, les petites et grandes lèvres demeurent intactes. C'est la forme la moins grave de mutilation et elle ne touche qu'une infime partie des millions de femmes concernées.
La clitéridectomie partielle étant une opération particulièrement délicate, elle est rarement pratiquée en Afrique ou au Moyen Orient où, généralement, les opératrices n'ont aucune notion d'anatomie et travaillent à même le sol, dans des cabanes obscures ou sous un arbre à l'aide d'outils rudimentaires.

ii) L'excision est l'ablation du capuchon clitoridien, du clitoris et de la totalité ou d'une partie des petites lèvres. Lors de l'excision, les grandes lèvres restent intactes et il n'y a pas d'occlusion vaginale. La quantité de tissus enlevée varie considérablement selon les communautés et les habitudes de la personne procédant à la mutilation. Cette MGF est la plus répandue et affecte 80% des femmes mutilées.

iii) L'infibulation (Circoncision pharaonique traditionnellement pratiquée en Haute Egypte et connue des anciens Egyptiens) consiste en une clitéridectomie totale, l'ablation des petites lèvres et d'au

moins deux tiers, voire très souvent de la totalité des grandes lèvres. Vient ensuite la suture des deux parois de la vulve à l'aide de fil de soie, d'épines ou de catgut. L'infibulation peut également être spontanée par l'adhérence des parois blessées des lèvres, spécialement lors d'interventions profondes comme par exemple au Sénégal, au Burkina Faso et au Mali. Lors de la cicatrisation, les restes des grandes lèvres forment un bourrelet de tissus recouvrant l'orifice vaginal. Une minuscule ouverture est ménagée par l'introduction d'un corps étranger, un petit morceau de bois ou de roseau pour permettre le passage de l'urine et du sang menstruel. Les jambes de la fillette sont ensuite ligotées de la hanche aux chevilles et elle est souvent immobilisée durant des semaines, parfois jusqu'à un mois, pour permettre aux tissus de recouvrir la plaie ou jusqu'à ce que la plaie de la vulve soit fermée.
Lorsque la plaie est enfin cicatrisée, l'orifice reconstitué est entouré de peau et de cicatrices dures. Suite à la profonde mutilation subie et à l'altération des organes génitaux féminins, avant les rapports sexuels, le mari de la femme infibulée lui inflige une dilatation progressive. Cette opération est particulièrement douloureuse et il faut généralement plusieurs jours avant de pouvoir procéder à la pénétration. Si l'orifice est trop étroit et le mari incapable de procéder à la pénétration, il faut inciser à nouveau l'ouverture (opération souvent effectuée par le mari à l'aide d'un couteau) et la cicatrisation doit recommencer.

iv) L'opération intermédiaire consiste en l'ablation du clitoris et de tout ou partie des petites lèvres. Parfois, on procède à l'ablation de morceaux des grandes lèvres qui sont ensuite cousues. Il y a différents degrés dans l'opération intermédiaire, en fonction des exigences des parents de la jeune fille. Cette forme de mutilation est plus proche de l'infibulation que de l'excision, mais elle se distingue de la première simplement par le maintien d'un orifice légèrement plus grand.

3) Origines des mutilations génitales féminines

Le(s) origine(s) des MGF, pratique répandue depuis plus de deux mille ans, noyée dans les mythes et entourée de silence, a (ont) donné lieu à de multiples spéculations, mais n'a (ont) pu être établie(s) avec précision. On ignore si la pratique, née dans une région déterminée a été introduite dans des cultures ne la pratiquant pas, lors de déplacements ou de conquêtes militaires ou si elle a évolué indépendamment dans différents groupes ethniques établis dans diverses régions. L'expression "circoncision pharaonique" indique que la pratique existait déjà à l'époque des anciens Egyptiens et certains affirment qu'ils en sont à l'origine. Une deuxième explication veut que la coutume est née au Moyen Orient et dans la péninsule arabe et a été propagée par les commerçants arabes. Une troisième explication prétend que ces pratiques sont tellement répandues qu'elles ne peuvent avoir une origine commune. Enfin, une quatrième thèse indique que les MGF seraient un ancien rite africain, diffusé ensuite en Egypte. [3]
Il est intéressant de noter que l'infibulation est répandue au nord et au centre du Soudan, en Somalie et à Djibouti, carrefour des cultures arabe et noire africaine. Dans ces pays africains où la culture arabe domine la culture africaine, il est probable que l'infibulation a été imposée aux noires africaines à l'époque du commerce des esclaves de l'ancienne Arabie. Aujourd'hui encore, les africaines de la partie non musulmane du Soudan méridional épousant des soudanais arabes du nord sont obligées de se soumettre à l'infibulation.
Il est également intéressant d'observer que l'introduction de l'islam dans les pays asiatiques par l'Arabie ou l'Iran, ne s'est pas accompagnée de MGF, tandis que lors de son introduction en Asie par les cultures de la vallée du Nil, les MGF en faisaient partie (les Daudi Bohra en Inde pratiquent les MGF et ils appartiennent à une secte islamique d'origine égyptienne). [4]
Cependant, malgré l'absence d'unanimité à propos de l'origine des mutilations génitales féminines, des sources littéraires attestent de l'existence de cette coutume depuis des milliers d'années.
La première description de l'infibulation dans un ouvrage historique est donnée par un historien vénitien, Pietro Bembo. Dans l'un de ses ouvrages du 16e siècle, Bembo consigne les récits de voyageurs revenant de la Mer Rouge. Bembo raconte que dans cette partie de l'Afrique, la virginité a un tel prix, qu' "immédiatement après la naissance, les parties intimes des petites filles sont soudées..., à l'âge adulte, les filles sont mariées... La première tâche du mari consiste à ouvrir d'un coup de couteau les parties intimes de la vierge solidement protégées." [5]

Dans la littérature médicale, l'idée selon laquelle la clitoris doit être amputé remonte au 2e siècle après J-C. Soranos, médecin grec qui exerçait son art à Alexandrie et Rome vers 138 après J-C mentionne la pratique des MGF lorsqu'il indique que "dans certains cas, le clitoris (siège du plaisir selon Aristote) est tellement développé qu'il constitue une difformité honteuse". Soranos, craignant que ce soit là une cause de surexcitation et de rapports sexuels trop nombreux, coupe "ce qui lui semble superflu" à l'aide d'un scalpel. [6]
Un autre médecin, Aetius (502-575 après J-C), se réfère à cette pratique lorsqu'il approuve la coutume égyptienne d'ablation du clitoris de la petite fille "avant que celui-ci ne devienne trop grand". Enfin, Sir Richard Francis Burton (1821-1890), voyageur et linguiste ayant parcouru le monde, indique dans un livre datant du milieu du 19e siècle que l'excision est effectuée pour éviter que les femmes ne deviennent nymphomanes et ne tombent dans la luxure.
Burton rapporte également qu'immédiatement après le mariage, pendant une semaine, la jeune mariée reste avec son époux et ne s'aventure pratiquement jamais hors de la hutte. "Bien que Burton n'indique pas la raison de cette réclusion, Hosken explique qu'"après la réouverture de l' infibulation, elle doit rester enfermée, les jambes écartées, jusqu'à ce que la plaie cicatrise. Comme le voulait la tradition, elle devait subir de nombreux rapports sexuels, jusqu'à ce que le nouvel orifice donnant accès à son vagin ait une dimension suffisante pour permettre au mari de la pénétrer pour assouvir son plaisir." [7]
Hosken raconte qu'en 1979, elle a assisté à la perpétuation de cette coutume ancestrale en Somalie. "Pour préserver son honneur, le jeune marié se doit de pénétrer la femme qu'il a achetée au prix fort, après l'avoir ouverte à l'aide d'un couteau ou d'un autre instrument tranchant, son instrument naturel n'étant généralement pas de taille à venir à bout de l'obstacle créé artificiellement. Les rapports sexuels sont ensuite fréquents pour empêcher la plaie de se refermer -sans se soucier le moins du monde des atroces douleurs infligées. La jeune mariée, désarmée, souvent âgée d'à peine dix ans, doit rester étendue sur le dos, les jambes largement écartées pendant des jours pour éviter que la plaie et le vagin ne se referment." [8]

La crainte de voir les jeunes femmes non mutilées devenir lesbiennes remonte au 7e siècle après J-C. Paul d'Egine, médecin grec, affirme qu'un clitoris trop développé est une chose honteuse qui pourrait "se dresser comme un pénis et être utilisé par les lesbiennes pour entretenir des raports sexuels". [9]

Il est intéressant de voir que l'association des MGF à des pratiques hygiéniques remonte au 2e siècle après J-C. M Niebuhr, voyageur allemand et unique survivant de la première expédition scientifique en Arabie, Egypte et Syrie relate la pratique de l'excision en 176 après J-C. Il note : "A Oman, sur les rives du Golfe persique, parmi les chrétiens d'Abyssinie et en Egypte, parmi les arabes et les coptes cette dernière coutume domine". Il affirme aussi que "la circoncision féminine a d'abord été adoptée par souci de propreté et pour faciliter les ablutions. Aucune loi ne l'impose ... il s'agit d'une coutume, et non d'une obligation religieuse." [10]

Comme M. Niebuhr, tous ceux qui ont ensuite tenté de retracer l'histoire des MGF s'accordent pour dire que cette tradition précède l'islam, le christianisme et d'autres religions importantes. De plus, aucun texte religieux, que ce soit le Coran, la Bible ou la Torah (seuls les Falasha éthiopiens pratiquent les MGF) ne fait allusion à cette pratique. Il est intéressant d'observer que les MGF ne sont pas pratiquées dans des pays à majorité islamique comme l'Arabie Saoudite, le Koweit, l'Algérie, le Pakistan et les Etats du Golfe.

Il semble que les mutilations génitales féminines aient été pratiquées dans l'Arabie pré-islamique, dans la Rome antique (les esclaves de la Rome antique étaient infibulées pour éviter les grossesses risquant de gêner leurs activités) et dans la Russie tsariste.
En Angleterre, elles ont été pratiquées aux 19e et 20e siècles dans le traitement de troubles psychologiques et pour empêcher la masturbation.

a) Localisation géographique actuelle des MGF

26 pays du continent africain continuent à se livrer à certains types de MGF.
L'excision est pratiquée dans une vaste zone du continent parallèle à l'Equateur : de l'Egypte, Ethiopie, Somalie, Kenya et Tanzanie en Afrique orientale à la côte occidentale, de la Sierra Leone à la Mauritanie en passant par tous les Etats situés entre ces deux pays, y compris le Nigeria. Elle est également effectuée dans la partie sud de la péninsule arabe et autour du Golfe persique, au Yémen, à Oman, dans les Emirats arabes unis et à Bahrein. [11] La clitoridectomie partielle, forme moins mutilante, est pratiquée par les populations musulmanes d'Indonésie, Malaysie et parmi les Bohra en Inde.
Il est cependant évident que dans un même pays, les différentes communautés ethniques ne sont pas obligatoirement touchées de la même manière. Au Kenya par exemple, les Luo, deuxième groupe ethnique le plus important, ne se livrent pas aux mutilations génitales féminines, bien qu'ils soient entourés de groupes ethniques pratiquant ces opérations : les Kikuyu pratiquent l'excision à la puberté et chez les Masai, l'intervention a lieu lors de la nuit de noce.
Au Nigeria, les Yoruba, les Ibo et les Hausa pratiquent principalement l'excision ou la clitéridetomie, tandis que les Nupe et les Fulani ignorent les mutilations génitales féminines. Dernier exemple, les Wolof au Sénégal qui ne pratiquent pas les MGF tandis que d'autre groupes ethniques, les Sarakolé, les Bambara et les Toucouleurs pratiquent l'excision/infibulation.

Les pays où l'incidence des MGF est la plus élevée sont la Somalie, le Soudan et l'Ethiopie ; 80 à 90% des femmes sont infibulées.

L'infibulation touche pratiquement toutes les somaliennes sans exception. Elle est aussi pratiquée dans la vallée supérieure du Nil, le sud de l'Egypte, l'Erythrée, dans certaines parties de l'Ethiopie et le long du littoral de la Mer Rouge.
Au Soudan, presque toutes les musulmanes sont actuellement infibulées et l'influence islamique s'étendant dans le sud du Soudan, l'infibulation gagne également les populations non musulmanes du pays.

En Afrique occidentale, l'infibulation est pratiquée au Mali et au nord du Nigeria parmi certains groupes de population musulmane.

En plus des pays mentionnés dans le tableau ci-dessous, il y a encore une série de pays africains où un faible pourcentage de la population se livre aux MGF. Il s'agit du Cameroun, Congo, Zaïre, de la Mauritanie, Tanzanie et de l'Ouganda. Dans ces pays, le nombre total de jeunes filles et de femmes mutilées est estimé à 2 ou 3 millions. Ce chiffre doit dès lors être ajouté au total mentionné dans le tableau. [12]

Les mutilations infligées aux jeunes filles et aux femmes en dehors du continent africain n'apparaissent pas dans le tableau.

De plus en plus, dans les pays occidentaux - Europe (France, Suède, G-B, Italie, Allemagne), Australie, Canada et Amérique du Nord, les familles immigrées emportent ce rite dans leurs bagages. Beaucoup continuent à mutiler leurs filles, soit clandestinement dans le pays d'acceuil, soit lors de visites dans leur pays d'origine.

4) Justifications de la pratique des MGF ?

"Les causes de la pratique de l'excision et de l'infibulation remontent à un lointain passé ; mais, en dehors des mythes, de la magie, des malentendus et de l'ignorance des données biologiques, personne en Afrique ne peut donner une justification plausible aux mutilations sexuelles infligées aux jeunes filles." [13]

Les arguments varient selon les groupes ethniques : la tradition, la culture et la religion sont parmi les plus fréquemment invoquées pour justifier la poursuite de ces pratiques. Les MGF ne s'appuient cependant sur aucun fondement religieux.
En Afrique sub-saharienne, l'opération est traditionnellement un rite intervenant à la puberté et symbolisant l'accès de la jeune fille à l'âge adulte.
En Afrique et au Moyen Orient, la tradition est l'argument généralement avancé pour justifier la pratique de l'excision et de l'infibulation. La plupart des Africains pensent que ces rites ont été introduits par leurs ancêtres et doivent dès lors être perpétués. En réalité, les femmes doivent se soumettre à l'excision si elles veulent trouver un mari. La pratique est également justifiée par la croyance profondément ancrée selon laquelle une femme non excisée risque de perdre la tête et d'avoir un comportement douteux. Au Soudan, au Moyen Orient et dans les sociétés musulmanes, les femmes sont excisées et infibulées pour préserver leur "pureté" jusqu'au mariage et garantir leur "fidélité" à leur époux.

En Ethiopie et dans certaines régions du Nigeria, l'association du clitoris à l'organe sexuel masculin et la crainte de le voir se développer en pénis s'il n'est pas enlevé conduit à l'excision.
L'excision est également pratiquée partout en Afrique pour assurer la fécondité. Le clitoris est perçu comme un organe dangereux risquant d'entraver la fécondité de la femme. Au Kenya par exemple, la croyance veut qu'une femme non excisée est incapable de procréer.
Au Burkina Faso et ailleurs en Afrique occidentale, la croyance selon laquelle un nouveau-né meurt si sa tête a touché le clitoris domine.

Parfois, comme en Egypte, des arguments d'ordre esthétique sont avancés pour justifier les MGF.

Actuellement et principalement dans les zones urbaines, la santé et l'hygiène sont fréquemment citées pour justifier les MGF. Au Soudan néanmoins, l'opération connue sous le nom de "tahur", signifiant pureté en arabe, est généralement associée à la propreté. On considère que la femme est impure et que seule l'excision peut la purifier et la préparer au mariage et à la procréation. [14]

Une femme ayant échappé aux mutilations génitales féminines risque d'être mise au ban de la société et de "ruiner l'honneur de sa famille". [15]
De plus, dans de nombreux pays africains, la mutilation est importante car elle doit permettre à la famille de la jeune fille d'obtenir "un bon prix pour la fiancée". [16]

a) Objectifs de l'infibulation

L'infibulation, forme la plus grave de MGF, est pratiquée pour empêcher toute relation sexuelle avant le mariage et garantir ainsi au futur époux la virginité de sa fiancée. Elle est principalement répandue chez les musulmans qui accordent énormément de prix à la chasteté. Autre justification du rite : plus l'orifice est étroit, plus chère sera la fiancée. Très souvent, avant le payement, les fiancées sont examinées par les femmes de la belle-famille.
Le rapport Hosken relate un incident survenu en 1977 au Burkina Faso où une femme sur le point de mettre au monde son premier enfant a été conduite à la maternité : "elle ne pouvait pas accoucher car l'ouverture était pratiquement fermée. Ses organes génitaux externes avaient totalement disparu. Manifestement, elle avait conçu cet enfant par une ouverture minuscule..."[17]

Très souvent, les femmes infibulées doivent être défibulées avant leur premier rapport sexuel et une nouvelle fois avant l'accouchement. Au Soudan et en Somalie, les femmes sont traditionnellement réinfibulées après la naissance de l'enfant et après le sevrage de l'enfant elles sont à nouveau

défibulées pour de nouveaux rapports sexuels.
Certains rapports signalent qu'au Soudan, après l'accouchement, des femmes auraient demandé à être réinfibulées pour donner plus de plaisir à leur mari lors des relations sexuelles. La coutume exigeait également qu'avant une longue absence, les hommes fassent réinfibuler leurs épouses. [18]

5) A quel moment procède-t-on aux MGF ?

L'âge auquel interviennent les mutilations varie d'une région à l'autre et dépend également du groupe ethnique dont la jeune fille est issue. Généralement, les groupes pratiquant l'infibulation exécutent l'opération lorsque les filles sont encore bébés ou très jeunes ; les groupes pratiquant l'excision/clitéridectomie procèdent à la mutilation lorsque les fillettes sont légèrement plus âgées et aux environs de la puberté. [19]

Traditionnellement, les MGF sont effectuées pour la première fois entre la première semaine (en Ethiopie, Mauritanie et chez les Yoruba au Nigeria) et l'âge de quatorze ans ou encore à la puberté, l'opération étant pratiquée sur les fillettes avant l'apparition des premières règles (Afrique sub-saharienne, Ibo au Nigeria).
Au Kenya et en Tanzanie, les femmes Kikuyu sont excisées avant la puberté, tandis que les Masai subissent l'excision (ou la clitéridectomie) la nuit de leurs noces ou après le mariage.
Chez certaines tribus du Burkina Faso, la réinfibulation peut être pratiquée sur les femmes après leur décès ou sur celles y ayant échappé lorsqu'elles étaient en vie. Les rites funéraires ne peuvent commencer que si la femme est mutilée.

Dans certains pays pratiquant l'infibulation, les femmes sont réinfibulées après l'accouchement, après un divorce ou après le décès de leur conjoint. [20] Une femme infibulée doit être défibulée avant l'accouchement pour permettre le passage de l'enfant. Elle est réinfibulée après la naissance de l'enfant.
Dans le chapitre précédent, il a déjà été indiqué que les époux peuvent faire réinfibuler leur épouse avant une absence prolongée et s'ils ont plusieurs épouses, cette pratique est une garantie de fidélité.

Récemment, et plus particulièrement dans les zones urbaines, l'âge de l'excision et de l'infibulation a été abaissé et de nombreux rites initiatiques entourant ces opérations ont été simplifiés, et dans certains cas abandonnés. Il semble que les parents croient qu'en procédant aux mutilations à un âge précoce, les fillettes souffriront moins et auront un souvenir moins précis des douleurs ressenties. Ils craignent également qu'en attendant trop longtemps, leurs filles ne refusent l'opération et s'enfuient. Eviter les conflits avec la justice est la troisième raison pour laquelle les interventions ont lieu à un âge plus précoce. Les familles qui veulent s'établir à l'étranger mutilent leurs fillettes à un âge précoce pour contourner les lois interdisant les MGF à l'étranger. Dans la plupart des cas, les mutilations interviennent par conséquent entre trois et huit ans.

6) Qui opère les mutilations génitales féminines et où l'opération se déroule-t-elle ?

Le plus souvent, les MGF sont pratiquées par des femmes, généralement les sages-femmes du village ou les femmes les plus âgées désignées pour cette tâche. Dans les villages, les femmes pratiquant l'opération sont particulièrement respectées et exercent une certaine autorité au sein de la communauté. Leurs services sont rémunérés et parfois, elles se déplacent de village en village pour effectuer les mutilations.
Les hommes pratiquant l'intervention sont plus rares ; au Nigeria, Ghana et en Egypte, dans les zones urbaines, des barbiers ont procédé aux mutilations.

Dans les collectivités urbaines plus prospères, l'opération est généralement confiée à du personnel médical et se déroule uniquement dans des installations médicales. (De nombreuses voix s'élèvent pour réclamer la généralisation de cette règle pour les femmes soumises à cette intervention).
La clitéridectomie est habituellement pratiquée à même le sol, ou assise sur une chaise basse ou encore sur une pierre, les jambes de la fillette écartées.

Généralement, l'excision et l'infibulation sont exécutées par terre, sous un arbre particulier, dans la forêt, à l'intérieur de cabanes ou dans la cour des habitations. Parfois, la mutilation est effectuée furtivement à l'aube.

Une enquête [21] menée au Caire en 1985 indique que :

79.3% des MGF sont pratiquées au domicile de la fillette
13.5% des opérations ont lieu en clinique
4.1% des MGF se déroulent dans des cabanes, dans la rue (lorsque la famille désire une déclaration publique de la circoncision de leur fille)
3% des opérations ont lieu à l'hôpital

Les opérateurs :

dans 60.9% des cas, des sages-femmes
dans 22.9% des cas, des médecins
dans 16.2% des cas, des barbiers

a) Instruments utilisés pour les MGF

Dans les villages africains, les instruments traditionnellement utilisés pour pratiquer les MGF vont du couteau de cuisine aux pierres affûtées, en passant par les lames de rasoir et les morceaux de verre. Généralement, les instruments ne sont pas stérilisés et les plaies sont badigeonnées avec de l'alcool, du jus de citron, de la cendre, des mélanges d'herbes ou de la bouse de vache.
Dans de telles conditions ,les anesthésiques sont rares, et le plus souvent inexistants.
Lorsque les MGF sont pratiquées en clinique ou dans un hôpital public, elles se font normalement à l'aide d'un bistouri et avec anesthésie.

L'opération dure de 15 à 20 minutes, selon l'adresse de l'opérateur et l'endurance de la fillette.

7) Séquelles des MGF (physiques, psychologiques et sexuelles)

Les régions d'Afrique où les MGF sont largement répandues enregistrent les taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés. Cependant, les statistiques n'établissent jamais le lien entre l'opération et la mort de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement.

Les conditions précaires dans lesquelles se déroulent habituellement les mutilations et l'utilisation d'instruments non stérilisés entraînent des complications chez la plupart des femmes soumises à ces MGF.
Les femmes infibulées sont particulièrement vulnérables et elles sont les plus exposées aux complications médicales nécessitant à un moment ou l'autre de leur existence un suivi médical.
Le Dr. Olayinka Koso-Thomas, Président du Comité National de la Sierra Leone du Comité Inter-Africain (CIA) a publié une liste exhaustive des problèmes de santé les plus courants. La lecture de cette liste permet de comprendre les dangers que présentent ces mutilations pour la santé de la femme. [22]
D'autres sources ont été consultées pour l'identification d'autres problèmes de santé associés aux MGF.

Problèmes immédiats

Choc provoqué par la douleur extrême et les pertes de sang, fièvre, hémorragie, rétention d'urine, infections urinaires, infections de la plaie et tétanos (fatal), septicémie (empoisonnement du sang), fracture de la clavicule, du fémur ou de l'humérus, traumatisme des tissus voisins - rectum et urètre et décès. Les virus du VIH et de l'hépatite B peuvent être transmis par l'utilisation d'instruments son stérilisés, surtout lorsque les MGF sont exécutées simultanément sur tout un groupe de fillettes.
Les décès provoqués par les MGF constituent l'un des nombreux facteurs contribuant à la mortalité

infantile élevée dans ces pays. La Somalie par exemple où le taux de femmes circoncises est parmi les plus élevés arrive en quatrième position pour le taux de mortalité infantile.
De nombreuses fillettes se vident de leur sang suite à la négligence ou aux erreurs commises par les opératrices qui sectionnent l'artère.... ou l'artère postérieure du clitoris. D'autres meurent du choc post-opératoire suite à l'ignorance des méthodes de réanimation ou à cause de l'éloignement de l'hôpital ou de la clinique locale. La plupart des mutilations se déroulent encore en milieu rural où les morts provoquées par les MGF sont rarement signalées. Cependant, dans toutes les zones touchées, les équipes hospitalières sont régulièrement confrontées à des tentatives urgentes, souvent désespérées pour endiguer les hémorragies chez les fillettes. Rosemary Mburu, gynécologue kenyane estime que 15% des femmes circoncises meurent d'hémorragies ou d'infections. [23]
D'autres rapports estiment que sur 1000 femmes mutilées, 70 en meurent. [24]

Problèmes intermédiaires
Infection pelvienne, cicatrisation lente, kystes et abcès à l'endroit de l'ablation du clitoris, formation de cicatrices chéloïdes sur les plaies de la vulve entravant les déplacements, dyspareunie (rapports sexuels douloureux) et dysménorrhée (menstruation douloureuse).
Des infections graves peuvent entraîner l'incontinence. Parfois, l'orifice laissé après l'infibulation est trop étroit pour permettre l'écoulement du flux menstruel qui s'accumule dans le ventre. Dans certains cas, des jeunes filles ont été tuées pour sauvegarder l'honneur de la famille qui avait attribué, à tort, le gonflement de l'abdomen et l'absence de menstruation à une grossesse.[25]

En 1983, une étude réalisée au Soudan a révélé que presque toutes les femmes infibulées se plaignent de périodes très douloureuses au cours desquelles les menstruations étaient pratiquement bloquées. Ces problèmes ont provoqué l'accumulation de tissus grumeleux, nécessitant une intervention chirurgicale.

Complications ultérieures
Hematocolpos (accumulation du sang menstruel durant plusieurs mois).
Un médecin de Djibouti rapporte comment une adolescente de 16 ans a été hospitalisée souffrant d'atroces douleurs abdominales. Elle n'avait pas eu ses règles depuis plusieurs mois, n'avait eu aucun rapport sexuel, mais avait le ventre gonflé. Elle avait été infibulée et il lui restait une minuscule ouverture. Le médecin a procédé à la défibulation et a extrait 3.4 litres de sang noir et nauséabond. [26]
Stérilité, infections récurrentes des voies urinaires provoquées par les difficultés à uriner (la durée moyenne pour uriner chez une femme infibulée est de 10 à 15 minutes), formation de calculs rénaux, névrome clitoridien (développement d'une tumeur sur le nerf clitoridien), incontinence anale et crevasses.

Problèmes de défloration
Difficultés de pénétration, ...(absence de dilatation de la cicatrice de la circoncision).

Problèmes lors de l'accouchement
Travail long et pénible, la vulve ayant perdu son élasticité, hémorragies, rupture du périnée, césariennes inutiles et enfant mort-né.
Les accouchements difficiles sont nombreux chez les femmes infibulées et les problèmes peuvent être graves, les tissus étant durcis et empêchant le passage de l'enfant. Le durcissement des tissus suite aux mutilations empêche la dilatation et un accouchement normal. Sans une assistance compétente, elles meurent ou sont victimes de lésions vaginales entraînant à leur tour l'incontinence. Les naissances tardives sont également fréquentes et peuvent provoquer des lésions cérébrales ou la mort du nourrisson, privé d'oxygène. Souvent, l'orifice est tellement étroit qu'il menace la vie de la mère et de l'enfant.

Complications postnatales
Fistules (urinaires et rectales), prolapsus, rectocèle et cystocèle (déplacement de la paroi antérieure du rectum et de la paroi postérieure de la vessie à l'intérieur du vagin).

Les problèmes de fécondité posés par les MGF ont déjà été évoqués dans la liste qui précède. Dans certains cas, ces pratiques peuvent conduire à la stérilité. Ces problèmes sont regroupés dans les catégories suivantes :

Circoncision féminine entraînant une stérilité primaire (impossibilité d'une première grossesse)
Cicatrices chéloïdes et hematocolpos : Occlusion de l'orifice vaginal et impossiblité de pénétration du pénis. Résultat : impossibilité de procréer.
Dyspareunie et névrome clitoridien : douleurs violentes et hypersensibilité entraînant une vive résistance de la part de l'adolescente à tout rapport sexuel. Souvent les relations sexuelles sont impossibles et par voie de conséquence toute grossesse également.

Infection pelvienne chronique/pelvis bloqué : cette affection découle de l'utilisation dans certains cas, d'instruments non stérilisés et du mode de traitement des plaies. Les adhérences se multiplient autour des organes génitaux internes (utérus, ovaires et trompes de fallope), bouchant les trompes de fallope. Dans ces conditions, les spermatozoïdes déposés dans le vagin sont incapables de pénétrer dans les trompes de fallope pour féconder les ovules libérés par l'ovaire.

Circoncision féminine entraînant une stérilité secondaire (impossibilité d'une deuxième grossesse ou de grossesses ultérieures)

Kystes et abcès : provoqués par l'endommagement du canal de Bartholin, responsable de la sécrétion du mucus lubrifiant la zone vulvaire. Les sécrétions s'accumulent dans la vulve et forment des kystes, qui, infectés, se transforment en abcès. Ceux-ci sont particulièrement douloureux et gênants et en l'absence de traitement peuvent évoluer en une infection vulvaire chronique et empêcher les rapports sexuels.

Fistules : cavités se développant entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin. Elles apparaissent lorsque durant l'accouchement, la cicatrice de la circoncision ne se dilate pas suffisamment. La tête du bébé exerce une pression constante sur les parois postérieures de la vessie, provoquant une nécrose du vagin et des parois de la vessie et creusant une cavité. Les malades, victimes de cette affection dégagent en permanence une odeur d'urine et ce "parfum" éloigne très souvent les éventuels partenaires masculins. Dans le cas peu probable d'une grossesse, l'urine pénètre habituellement l'os cervical et empoisonne le foetus. Les fausses couches se multiplient immanquablement.

Problèmes sexuels

Certaines femmes, victimes de mutilations génitales refusent d'admettre que leur sexualité en a souffert, tandis que d'autres le reconnaissent. L'ampleur des mutilations, le contexte social et culturel, les liens affectifs, tous ces facteurs déterminent la gravité des séquelles sexuelles dont souffrent les femmes. En 1985, en Egypte, Badawi a analysé les séquelles des MGF sur le désir sexuel en comparant une série de femmes sexuellement mutilées à un autre groupe de femmes non mutilées. 133 femmes mutilées ont été comparées à 26 femmes non mutilées. La comparaison portait sur l'excitation sexuelle en réponse à la stimulation du clitoris/de la zone clitoridienne. Badawi a constaté que huit fois plus de femmes non mutilées éprouvent une excitation sexuelle à la suite d'une stimulation du clitoris/de la zone clitoridienne. Chez 50% des femmes non mutilées, la stimulation manuelle du clitoris/de la zone clitoridienne a entraîné un orgasme ; parmi les femmes mutilées le pourcentage s'élevait à 25%. [27]
Selon le Dr. Bakr "l'excision et l'infibulation provoquent la destruction de l'afflux nerveux de la vulve" et des organes sensoriels sont éliminés par l'opération ; une femme mutilée ne peut par conséquent éprouver aucun plaisir sexuel lors des rapports sexuels. [28]

8) Relation entre les MGF et le SIDA

Les MGF contribuent à la propagation du SIDA, rampant dans certains pays africains. Aucun autre continent n'enregistre un nombre aussi élevé de femmes contaminées. D'après l'OMS, en 1990 il y avait 6.5 millions de personnes contaminées dans le monde entier. Parmi elles, 2 millions de femmes, dont 1.5 million en Afrique. [29]
Rien de surprenant à ce que les MGF contribuent à la dissémination du virus VIH quand on connaît le caractère sanglant de ces opérations et quand on sait que plusieurs fillettes sont mutilées en même temps avec le même instrument et en l'absence de toute possibilité de stérilisation des dits instruments.
L'histoire d'une jeune fille vierge de 14 ans, séropositive est le reflet du destin de nombreuses femmes mutilées. Cette fillette de la tribu Yao au sud du Malawi a contracté le virus VIH au cours de la mutilation. Le responsable de la contamination est le rasoir utilisé durant la cérémonie pour circoncire plusieurs fillettes. Le chef de la tribu a proposé qu'à l'avenir, chaque enfant apporte son rasoir personnel. [30]

En outre, si l'opératrice est contaminée ou est séropositive et se blesse les mains ou les doigts lors de l'intervention, elle risque de transmettre le virus à la jeune initiée en appliquant le cataplasme d'herbes sur les blessures vives de l'initiée.

Mais l'association dangereuse MGF/VIH persiste, même après l'opération. Lorsqu'une femme mutilée a ses premiers rapports sexuels, des lésions apparaissent habituellement dans la zone vulvaire. Ces lésions saignent et ceci accroît le risque de contraction du virus du SIDA .[31]

De la même manière, l'infibulation et la défibulation ultérieure endommagent gravement les organes génitaux de la femme et les deux interventions favorisent la transmission du virus VIH. Dans de nombreux cas également, lorsque l'infibulation empêche les rapports vaginaux, les partenaires risquent de se livrer à des rapports anaux. Les lésions ainsi provoquées ouvrent la voie à l'infection par le virus VIH.

II 9) Stratégies en vue de l'éradication des MGF

En avril 1994, lors de la Commission Générale sur la Santé des Femmes, le Directeur-Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclarait : "Notre devoir est de proposer les changements de manière telle à ce qu'ils apparaissent raisonnables aux populations et s'inscrivent dans leur environnement social, culturel et économique ..." (Déclaration du Directeur-général lors de la Commission Générale sur la Santé des Femmes de l'OMS, 12 avril 1994).

Il ajoutait "notre mission consiste à convaincre les personnes, y compris les femmes, de renoncer à des pratiques déterminées sans pour autant renoncer à des aspects fondamentaux de leur culture". Il a souligné que dans les sociétés concernées, de nombreuses personnes ne perçoivent pas le lien entre les mutilations sexuelles imposées à une femme dans son enfance et la douleur, les infections et les problèmes de santé dont elle souffre ensuite. Le Directeur-Général de l'OMS a par conséquent insisté pour que cette interaction soit clairement expliquée et que l'information soit diffusée en termes simples dans les sociétés qui adhèrent aux pratiques de mutilations génitales féminines. A titre d'exemple, l'orateur a expliqué à la commission sur la santé des femmes comment et pourquoi ce rituel n'élimine pas, mais dans ses formes extrêmes, aggrave même le risque de stérilité.

D'autres intervenants ont lancé une mise en garde en soulignant que considérer l'éradication des MGF comme une activité isolée n'a aucun sens et qu'il est indispensable d'intégrer la prévention des MGF dans d'autres programmes comme ceux consacrés au planning familial, à la santé et à une grossesse sans problème. Hosken souhaite faire passer ce message et son idée de "remplacer une tradition dangereuse comme celle des MGF par une activité constuctive telle que le planning familial (les deux concernent la reproduction)" est particulièrement intéressante, surtout sur le continent africain où, d'une manière générale, la croissance démographique est trop élevée.

a) instruments pour l'éradication des MGF

ai) Le Comité Inter-Africain (CIA) sur les Pratiques rituelles affectant la santé des Femmes et des Enfants

A Dakar en 1984, la création du *Comité Inter-Africain (CIA)sur les Coutumes affectant la Santé des Femmes et des Enfants*, a marqué un tournant pour les femmes africaines s'insurgeant contre des traditions portant atteinte à leur intégrité. Actuellement, le CIA rassemble des membres dans la plupart des pays africains où se pratiquent les MGF, ainsi qu'en Egypte. Il s'agit d'une structure fondamentale pour la lutte contre les MGF et d'une structure qui reconnaît que le combat pour l'éradication des mutilations doit s'attaquer en priorité aux racines du mal.
En avril 1987, un séminaire régional du CIA organisé à Addis Abeba en coopération avec l'OMS, l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), la Commission Economique Africaine (CEA) et l'UNICEF a approuvé un Programme d'Action réclamant l'éradication de la circoncision féminine et d'autres pratiques traditionnelles dangereuses d'ici à l'an 2000. [32] Les principales propositions adoptées lors du séminaire régional du CIA en 1987 sont les suivantes :

* campagnes de formation et d'information spécifiques
* formation ou réorientation professionnelle des sages-femmes et des autres praticiens
* mise sur pied de comités CIA nationaux et réunions de soutien régionales
* (préparation et distribution de rapports de séminaires et de groupes de travail, ainsi que de matériel pédagogique et d'information
* soutien des activités de recherche, plaidoyers, évaluations des programmes, collecte de fonds).

Campagnes de formation et d'information (CFI)
Le programme prévoit des cours de formation destinés aux personnes influantes provenant généralement de régions différentes d'un même pays. Elles reçoivent une formation sur les méthodes d'information, d'éducation et de communication concernant les pratiques traditionnelles et elles sont invitées à diffuser la connaissance acquise au sein de leur communauté et à sensibiliser aux dangers inhérents à ces pratiques. Les participants deviennent ainsi des formateurs dans leur communauté.
Le CIA a élaboré et lancé ces cours dans plusieurs pays africains : Bénin, Burkina Faso, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Liberia, Mali, Nigeria, Soudan et Togo.

Formation et réorientation professionnelle des sages-femmes et des autres praticiens (FSF)
De par leur influence et le respect dont elles bénéficient dans leur communauté, et de par leur rôle actif dans le maintien et l'exercice des mutilations, les sages-femmes sont souvent choisies pour participer aux campagnes de formation et d'information évoquées ci-dessus. Il est primordial de sensibiliser les sages-femmes aux dangers des MGF mais il est tout aussi important de les former afin d'actualiser leurs qualifications, leurs connaissances et leurs pratiques.
Le CIA dispense également des cours de formation aux anciennes opératrices pour leur permettre de gagner leur vie autrement. C'est capital pour les convaincre de mettre fin aux mutilations qui leur assurent de bons revenus.
Les Comités Nationaux de Djibouti, d'Ethiopie, de Gambie, du Ghana, Liberia, Mali, Nigeria, Sénégal et Togo ont mis en oeuvre les programmes de formation destinés aux sages-femmes.

Mise sur pied de comités CIA nationaux et réunions de soutien régionales
Les différents comités nationaux ont pour mission d'assurer la mise en oeuvre correcte des programmes et leur diffusion à tous les échelons de la communauté.
Les comités nationaux sont chargés d'organiser des activités pendant une année au moins et de faire approuver leurs statuts par leur gouvernement. En 1990, des comités nationaux avaient été créés au Burkina Faso, au Tchad, en Guinée, au Niger, en Tanzanie et en Ouganda.

En 1987, date de l'adoption du Programme d'Action du CIA, les pays avaient été regroupés en cinq zones avec dans chacune d'entre elles, un pays coordinateur. Cette structure régionale est destinée

à garantir la coordination/l'échange d'informations et d'expériences entre les pays au contexte culturel similaire. Le programme prévoit des réunions régionales deux fois par an.

Les zones sont réparties comme suit :

Zone 1 : Egypte, Ethiopie, Somalie, Soudan
pays coordinateur : Soudan

Zone 2 : Kenya, Lesotho, Rwanda, Tanzanie, Ouganda, Zambie, Zimbabwe
pays coordinateur : Kenya

Zone 3 : Gambie, Ghana, Liberia, Nigeria, Sierra Leone
pays coordinateur : Ghana

Zone 4 : Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal
pays coordinateur : Sénégal

Zone 5 : Benin, Burkina Faso, Cameroun, République de Centrafrique, Tchad, Côte d'Ivoire, Togo, Djibouti (transféré de la zone 1)
pays coordinateur : Togo

aii) Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD)

FORWARD a été créée dans le prolongement de la promulgation de la *Prohibition of female Circumcision Law* en 1985 (Interdiction de la circoncision féminine) (cfr. Législation des pays d'immigration). L'organisation, dirigée par une ghanéenne, Stella Efua Graham-Dorkenoo, travaille exclusivement avec des immigrés africains installés au Royaume-Uni.
L'organisation a pour objectif de prodiguer "des conseils aux africaines, d'organiser des groupes de travail et d'inviter des orateurs, d'effectuer des recherches et d'informer le personnel médical des besoins spécifiques des femmes africaines et de leur famille et d'élaborer des stratégies innovatrices en matière de soins de santé". [33]
Depuis sa création, FORWARD a multiplié les activités et les initiatives associant des immigrées afrcaines vivant au Royaume-Uni. Ces activités incluent des programmes d'éducation et de formation sanitaire, destinés aux familles africaines, aux services sociaux du gouvernement britannique et aux intervenants dans le domaine de la santé formant et soignant la communauté africaine au RU. FORWARD a publié un guide destiné aux éducateurs et aux responsables des milieux associatifs proposant de nouvelles manières d'aborder le problème des MGF. Des réunions, débats, représentations théâtrales et fêtes ont été organisés pour attirer les Africains. La mise en scène de pièces auxquelles participent les membres de la communauté est une approche intéressante pour attirer l'attention de la communauté africaine installée au Royaume-Uni sur les problèmes engendrés par les MGF.

aiii) Groupe Femmes Pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (G.A.M.S.)

Le G.A.M.S. est une organisation féminine privée française pour l'abolition des Mutilations Sexuelles, créée en 1982, après le décès de filles d'immigrés africains suite à l'excision. Dirigée par le Dr. Marie Hélène Franjou, le G.A.M.S a rejoint le CIA en 1990 et a ouvert plusieurs cliniques en région parisienne où sont installés de nombreux immigrés issus des anciennes colonies françaises. Les services de santé français exigent que les Africaines donnant naissance à un enfant ou celles ayant des enfants en bas âge se présentent régulièrement pour des contrôles.
Le G.A.M.S. travaille en coopération avec les immigrées en les informant des dégâts provoqués par les MGF. Le G.A.M.S établit le contact avec les immigrées africaines installées en France et leur explique ensuite les problèmes de santé associés aux MGF. Les professionnels de la médecine parlent de la reproduction, du corps humain, de la sexualité, de la grossesse et d'autres problèmes.

34

aiv) Activités de l'OMS

En 1993, le Dr. Mark A. Belsey, directeur du programme OMS *de la Santé de la Mère et de l'Enfant et de la Division Planning familial de la Santé de la Famille* a indiqué que dans 20 ans, la pratique des MGF ne serait pas totalement éradiquée, mais qu'elle ne serait plus en progression.

L'OMS a publié une série de principes pour l'éradication des MGF [35]

Stratégies de réconciliation entre les différents éléments de chaque culture : Pour favoriser la coopération et le changement, il est important, avant de lancer les campagnes de sensibilisation et d'information, d'écouter et de respecter les perceptions de la communauté à propos des MGF.

Stratégies d'intégration avec d'autres efforts menés sur le plan de la santé et du développement l'intérêt pourrait être plus grand si la lutte contre les MGF était associée à d'autres efforts visant à améliorer la condition et la santé de la femme, notamment dans les domaines de la santé de la famille, du contrôle des naissances, de la santé des adolescents, de la maternité sans danger et de la santé de l'enfant Le rôle de l'éducation et le remplacement de pratiques dangereuses par des pratiques positives sont également importants.

Constitutions d'alliances entre chefs modernes et traditionnalistes : le dialogue et des activités réunissant dirigeants modernes et traditionnalistes permettront de créer un environnement propice à la compréhension et à la promotion commune de valeurs et de pratiques saines.

Témoignage de discrétion et de tact lors de la discussion de croyances profondément ancrées

Recherche de solutions au sein du pays en s'appuyant sur la solidarité internationale : bien qu'il soit généralement admis que l'élimination des MGF doit être entreprise par les femmes elles-mêmes, leurs activités bénéficient largement du soutien technique et financier international.

Cadre d'action de l'Organisation mondiale de la Santé[36]

i) Adoption de politiques nationales précises en vue de l'abolition des MGF, qui présentent un risque réel pour la fécondité, la santé psychologique et le bien-être des jeunes filles et des femmes.

ii) Création de coalitions nationales rassemblant des représentants du gouvernement, des spécialistes et des ONG pour assurer la coordination et le suivi des activités réalisées par les instances soucieuses de décourager la pratique des MGF et si nécessaire, promulgation de lois interdisant de telles pratiques.

iii) Soutien aux ONG, associations féminines, associations d'enseignants et groupes de pression. Un groupe de base peut déclencher une discussion ouverte à propos des MGF, dans des lieux où auparavant ce sujet était tabou. Les plaidoyers de telles organisations peuvent rallier le soutien des responsables politiques nationaux.

iv) Mise au point de programmes d'information et d'éducation destinés à éclairer les populations sur les effets nuisibles des MGF. Les médias, la musique populaire, l'artisanat et des associations pédagogiques ont déjà été utilisés avec succès pour atteindre adolescentes et adolescents, les travailleurs de la santé, les enseignants et diverses communautés. Ne pas oublier d'associer les travailleurs du secteur de la santé, les guérisseurs et les sages-femmes pratiquant les MGF, faute de quoi les multiples initiatives risquent d'être torpillées par l'indifférence,voire l'opposition.

v) Insistance sur l'importance de la durabilité des programmes et sur la nécessité de campagnes intégrées, diffusant des messages cohérents.

vi) Orientation vers les jeunes, recours à des campagnes d'information et d'éducation valorisant les femmes non mutilées et celles ayant résisté aux pressions visant à soumettre leurs enfants à de telles coutumes. Très souvent, les jeunes sont à l'origine de l'introduction de nouvelles normes sociales, mais il faut en même temps faire preuve de sensibilité pour répondre à la détresse et au dilemme des jeunes femmes déjà victimes de MGF.

vii) Identification de nouvelles sources de revenus pour les personnes pratiquant les MGF.

viii) Participation des responsables locaux et religieux. L'expérience révèle que les activités informatives et éducatives sont mieux accueillies, là où les responsables locaux sont impliqués. La participation des responsables religieux est essentielle pour dissiper les malentendus concernant l'origine religieuse des MGF.

ix) Participation des hommes afin que lors de la modification de comportement des femmes, celles-ci trouvent un soutien auprès de leurs frères, pères, amis et partenaires.

x) Interdiction aux professionnels de la santé de pratiquer des MGF, que ce soit dans les hôpitaux ou dans d'autres établissements.

xi) Développement de la recherche sur tous les aspects des MGF, y compris l'incidence, la prévalence et les raisons de la poursuite de la pratique des MGF dans certains groupes, les retombées sur la santé et les initiatives réussies visant à leur abolition.

xii) Information des guérisseurs et des professionnels de la santé quant aux complications provoquées par les MGF, leur apprendre comment traiter les femmes avant et après l'accouchement. Conseils pour permettre aux femmes victimes de MGF d'exprimer leurs craintes et leurs préoccupations en matière de santé et de sexualité.

xiii) Introduction du traitement des MGF et des conseils dans les principaux programmes de santé destinés aux femmes et aux enfants, tels que le planning familial, les vaccinations et le contrôle des affections diarrhéiques.

xiv) Reconnaissance et promotion d'autres rites initiatiques à l'âge de la puberté, impliquant la remise de cadeaux et l'organisation de fêtes et garantissant la promotion de valeurs traditionnelles sans que celles-ci s'accompagnent pour l'enfant de blessures physiques.

av) <u>Historique des actions des Nations Unies contre les MGF</u> [37]

1952 La Commission des NU des Droits de l'Homme évoque le problème pour la première fois

1961 Le Conseil Economique et Social demande à l'Organisation Mondiale de la Santé d'analyser les aspects médicaux d'opérations fondées sur les pratiques traditionnelles auxquelles de nombreuses femmes restent soumises.

1979 Le Bureau Régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale organise à Khartoum, en collaboration avec le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique un séminaire consacré aux pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Le séminaire de Khartoum prend une initiative majeure et sans précédent en formulant des recommandations adressées aux gouvernements et réclamant l'éradication de la circoncision féminine, la création de commissions nationales chargées de la coordination des activités et le développement de l'éducation.

1980 A Copenhague, la Conférence Mondiale des NU de la décennie de la femme lance un appel aux gouvernements africains et aux organisations féminines pour la recherche d'une solution au problème de la circoncision féminine et de l'infibulation.

1982 Devant la Commission des Droits de l'Homme des NU, l'OMS précise officiellement son point de vue à propos des MGF. Elle s'oppose sans la moindre ambiguité à la médicalisation de la pratique et recommande fermement aux responsables de la santé de ne pratiquer la circoncision féminine en aucun cas.

1984 Création à Dakar d'un Comité Inter-Africain (CIA) sur les Pratiques traditionnelles.

1990 A Addis Abeba, la Conférence Régionale du CIA, co-parrainée par l'OMS propose de modifier la terminologie et de ne plus parler de "circoncision féminine", mais de "mutilations génitales féminines".

1992 L'OMS confirme son opposition à la médicalisation de toute forme de MGF à l'occasion du Congrès sur la circoncision féminine organisé par le Conseil hollandais de la santé des mères de famille et du planning familial.

1994 La 93e session du Conseil Exécutif de l'OMS adopte une résolution sur les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des femmes et des enfants.

b) Condamnations internationales des MGF

De multiples agences des Nations Unies ont proposé des recommandations sur les méthodes idéales de lutte contre les MGF.

Dans la *Déclaration Finale sur l'Abolition de la Violence à l'égard des Femmes*, approuvée par la Résolution 48/104 de l''Assemblée Générale des NU en décembre 1993, les MGF sont considérées comme une forme de violence exercée sur les femmes et comme une violation des droits de l'homme.
L'article 2 de cette déclaration stipule clairement "La violence à l'égard des femmes comprend...(a) les violences physiques, sexuelles et psychologiques survenant au sein de la famille, y compris ... les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles dangereuses pour les femmes....."[38]

Le *Comité des NU pour l'Elimination de toutes les Discriminations à l'égard des Femmes* a "adopté" la Recommandation générale N°14, Circoncision féminine. Dans cette recommandation de 1990, le Comité : "constate avec inquiétude que des pressions culturelles, traditionnelles et économiques persistantes favorisent la perpétuation de pratiques dangereuses telles que la circoncision féminine..."[39]

La Conclusion 73 (1993) sur la Protection des Réfugiés et les Violences sexuelles adoptée par le Comité exécutif du *Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés* encourage la reconnaissance du statut de réfugié pour ceux dont la demande s'appuie sur des craintes justifiées de persécution, sous la forme de violences sexuelles, pour des motifs raciaux, religieux, ayant trait à la nationalité, l'appartenance à un groupe social déterminé ou pour des opinions politiques.[40]

Dans une série de recommandations publiées par le *Fonds des Nations Unies pour la Population* et intégrées en 1994 dans le *Rapport de la Table Ronde sur les Perspectives des femmes en matière de planning familial, de la santé reproductive et des droits de la reproduction*, les droits de la reproduction sont définis comme étant des droits de l'homme : 1) Les gouvernements, la communauté internationale et les organisations non gouvernementales devraient oeuvrer à la mise en oeuvre intégrale de la Convention sur l'Elimination de toutes les Discriminations à l'égard des femmes et d'autres conventions relatives aux droits de l'homme, garantissant aux femmes des droits et plus particulièrement des droits dans les domaines de la sexualité et de la santé reproductive...

Le problème des "mutilations génitales" est explicitement mentionné dans cette recommandation :

8) Les mutilations génitales représentent un risque majeur et perpétuel pour la santé reproductive des femmes et constituent une violation des droits des jeunes filles et des femmes. Les gouvernements doivent intervenir fermement afin de mettre fin à ces pratiques et de ne plus imposer ces pratiques inutiles et dangereuses aux jeunes filles et aux femmes.[41]

L'imposition des MGF représente une violation des droits de l'homme protégés par les instruments juridiques internationaux suivants :

CEDAW 1979 est la législation internationale la plus complète en matière de protection des droits de la femme. Elle évoque "..le droit de la moitié de l'humanité d'être protégée contre des pratiques oppressives enracinées dans les lois et les traditions..." et l'article 5 reconnaît officiellement que la "culture" ne peut plus être un argument utilisé pour justifier les violations des droits de l'homme dont sont victimes les femmes.

La *Convention des Nations Unies des Droits de l'Enfant* de 1990 reconnaît que les MGF constituent une violation des droits de l'enfant et de la femme adulte. L'article 24(3) de cette convention stipule que : les Etats signataires prendront toutes les mesures nécessaires afin d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. [42]

En mai 1993, l'OMS a adopté une Résolution sur la *Santé de la mère et de l'enfant et sur le planning familial*, rédigée par la Gambie, le Kenya, Nigeria, Togo et la Zambie et priant instamment les Etats Membres de : 1) poursuivre le contrôle de l'efficacité des efforts entrepris afin d'atteindre les objectifs de la Stratégie de la Santé pour tous, du Sommet mondial pour les Enfants et de la Conférence internationale sur l'Alimentation, avec une attention particulière pour les pratiques traditionnlles qui "...limitent la réalisation des objectifs en matière de santé, développement et droits de l'homme de l'ensemble des membres de la société." [43]

La *Charte africaine des Droits et du Bien-Etre de l'Enfant* garantit la protection contre les pratiques sociales et culturelles dangereuses. L'article 21 détermine que : 1)les Etats signataires de la présente Charte prendront toutes les mesures appropriées en vue de l'abolition des pratiques sociales et culturelles affectant le bien-être, la dignité, la croissance normale et le développement de l'enfant et en particulier a) les coutumes et pratiques nuisibles à la santé ou à la vie de l'enfant et
b) les coutumes et pratiques discriminatoires dont l'enfant pourrait être victime pour des raisons liées à son sexe ou à d'autres conditions. [44]

c) Législations nationales de prévention des MGF

Jusqu'à présent, seuls quelques Etats africains ont officiellement condamné les MGF et ils sont encore moins nombreux à avoir adopté des législations interdisant ces pratiques. Des déclarations officielles, condamnant ces pratiques ont été faites par les Présidents du Bénin, de la Gambie, du Burkina Faso et du Sénégal. Certaines formes de législation interdisant les mutilations existent au Soudan, en Egypte, en Somalie et au Kenya. Cependant, dans ces pays où les MGF appartiennent à la tradition, celle-ci triomphe encore de la loi. Les législations n'ont dès lors pas encore réussi à éliminer ou à endiguer efficacement les MGF.

En 1982, au Kenya, le Président Moi a condamné les MGF et a exigé la poursuite de ceux se livrant à de telles pratiques. La loi prescrivant l'arrestation des personnes procédant aux mutilations a finalement été approuvée en 1990. Au Soudan, le Ministre de la Santé a lancé une campagne contre les MGF en 1946 et a réussi à faire voter une loi interdisant l'infibulation, mais tolérant toutefois la sunna. Le Burkina Faso a introduit la prohibition des MGF dans son projet de constitution. En 1991, la Côte d'Ivoire a informé les Nations Unies que des dispositions du code pénal pourraient être utilisées pour interdire la pratique. L'attitude de l'Egypte reste ambiguë : l'autorisation de la clitéridectomie partielle sème la confusion à propos de ce qui admis et de ce qui ne l'est pas. Enfin, en Somalie, la législation se résume à un projet de loi pour l'élimination des

MGF. [45]

ci) Législation des pays d'immigration

L'adoption par les pays d'immigration d'une législation contre les MGF est toujours un problème particulièrement délicat. "A l'étranger", les MGF sont pratiquées par une minorité et par une communauté en marge, principalement composées d'immigrés et de réfugiés qui les considèrent comme une norme culturelle et y sont farouchement attachés. Malheureusement, en plus des dangers et des inconvénients inhérents aux MGF évoqués dans ce document, les jeunes filles mutilées vivant à l'étranger sont exposées à d'autres pressions. Elles ont tendance à se sentir vulnérables, exclues et différentes des autres et à l'école, elles risquent d'être victimes d'un certain ostracisme. Un autre problème peut-être plus important encore est celui des cliniques de planning familial en occident qui ne sont pas toujours correctement préparées à répondre aux besoins spécifiques des femmes mutilées

Une série de pays hébergeant des immigrés adeptes de ces traditions ont adopté des lois les interdisant. Dans plusieurs d'entre eux, ces pratiques sont assimilées à des sévices infligés aux enfants.

En Suède, une loi approuvée en 1982 interdit les MGF avec ou sans consentement. Les contrevants risquent jusqu'à dix ans de prison.

Au Royaume-Uni, le *Prohibition of Female Circumcision Act* a été approuvé en 1985. En vertu de cette loi, toutes ces opérations sont illégales, à l'exception de celles n'ayant aucun lien avec la tradition, mais justifiées par des motifs physiques ou mentaux. Toute personne coupable d'avoir pratiqué ces opérations est passible de cinq années d'emprisonnement. Toute personne complice, ayant encouragé ou conseillé l'intervention est également considérée comme coupable de violation de la loi. Cette loi de 1985 est complétée par le *Children Act* de 1989 qui prévoit une enquête en cas de violations présumées de l'interdiction de mutilations génitales féminines et autorise le retrait de l'enfant de son foyer, cette procédure étant considérée comme la seule garantissant sa protection. Cette loi autorise également les tribunaux à interdire aux parents de quitter le pays avec leurs enfants, pour procéder à l'opération ailleurs.

La France n'a pas de législation spécifique sur les MGF, mais l'article 312 du Code Pénal, sanctionnant les violences infligées aux enfants peut être invoqué en cas de mutilation. Cet article sanctionne de 10 à 20 de prison les actes de violence se traduisant par une mutilation, l'amputation d'un membre ...ou d'autres parties du corps ou ayant involontairement provoqué le décès de l'enfant." Si la mutilation est effectuée par un parent ou une personne ayant la garde de l'enfant, la peine prévue est l'emprisonnement à vie.

Le Code d'Ethique médicale de 1979 interdit la pratique des MGF sauf pour des raisons médicales.

La France est le premier pays occidental qui a intenté une action pénale contre les MGF et qui a condamné parents et exciseurs à la prison. En 1993, une ressortissante gambienne a été condamnée pour avoir fait exciser ses deux fillettes à Paris. Elle a été condamnée à cinq ans de prison, dont quatre avec sursis. Dans une lettre envoyée au Ministère français de la Santé, des Affaires sociales et de l'Intégration, le CIA, témoignant son inquiétude à propos de cette condamnation, invite les autorités à faire preuve de compassion dans ce dossier dans l'intérêt des immigrés issus de pays où les mutilations sexuelles sont pratiquées. Les enfants ont besoin de protection et l'arrestation d'une mère de huit enfants risque d'être extrêmement préjudiciable à la famille. La lettre souligne qu'"en l'absence d'une politique expliquant aux immigrés que ces pratiques sont inacceptables et illégales, ces cas ne cesseront de se répéter".[46]

Canada. Le *Criminal Code and the Young Offenders Act* proscrit la pratique des MGF. Cette législation a été modifiée en 1993. La nouvelle loi C-126 comporte une clause destinée à étendre la protection des enfants résidant habituellement au Canada, afin qu'ils ne puissent pas être enlevés

dans le but de commettre un délit entraînant des blessures, des voies de fait ou des sévices sexuels.

L'ordre des Médecins et des Chirurgiens de l'Ontario a déclaré que tout médecin se livrant à des MGF serait accusé de faute professionnelle.

En mars 1993, le Président du *Conseil Canadien de l'Immigration et des Réfugiés* a publié des directives révolutionnaires sur les Réfugiées craignant des Persécutions liées à leur sexe. Le conseil canadien a affirmé que des demandes d'asile introduites au Canada par les femmes seraient jugées recevables si "pour ne pas avoir respecté ou pour avoir enfreint des lois ou des pratiques religieuses ou traditionnelles propres à leur sexe dans leur pays d'origine, elles craignent d'être persécutées".[47]

En juillet 1994, une loi a été approuvée, accordant le droit d'asile aux femmes et à leurs filles, dans les cas où la mère craint que lors d'un retour au pays, les filles ne se voient obligées de se soumettre à l'excision.

Europe. Le Conseil de l'Europe n'a pas spécifiquement abordé le problème des MGF. Cependant, FORWARD (Foundation for Women's Health, Research and Development), organisation établie à Londres et réalisant un large éventail d'activités comprenant des programmes d'éducation et de formation destinés aux immigrées africaines installées au Royaume-Uni a insisté auprès de la Commission européenne pour que celle-ci se penche sur le problème. En 1992, FORWARD a organisé la première Conférence européenne rassemblant des participants français, hollandais, italiens, mais aussi américains et canadiens. Dans une déclaration, la conférence condamne fermement toute forme de MGF ou d'atteinte aux organes génitaux féminins et définit une "approche commune pour l'abolition de ces pratiques en Europe et dans d'autres pays occidentaux".[48]
Divers Etats européens parmi lesquels la Belgique, les Pays-Bas, la Norvège, la Suède (un des premiers pays à avoir condamner les MGF), la Suisse et le Royaume-Uni ont déjà adopté des lois condamnant les MGF (cfr. Législations des pays d'immigration). Dans la plupart des pays dont la législation a été analysée plus haut, les MGF sont en outre considérées comme des sévices exercés sur les enfants. [49]

Récemment, le gouvernement australien a publié un document de travail consacré aux MGF, document qui en 1994 a été transmis pour examen au Conseil Législatif de la Famille. En coopération avec le Syndicat Australien des Enseignants, le Conseil Législatif de la Famille a proposé une série de recommandations sur les méthodes de lutte contre les MGF et de protection des fillettes dans le pays ou lors de séjours à l'étranger. Les recommandations prônent l'adoption urgente d'une législation interdisant ces pratiques. Pour éviter que les enfants ne soient emmenés à l'étranger pour être mutilés, le Conseil Législatif de la Famille conseille l'adoption de législations similaires à celles en vigueur au Royaume-Uni et au Canada.

En Australie, les lois relatives aux délits commis sur les personnes relèvent de la compétence des gouvernements des Etats et des Territoires. Les gouvernements respectifs affirment que leur code pénal prévoit des dispositions suffisantes en ce qui concerne les MGF.

Deux solutions existent pour permettre l'adoption d'une loi contre les MGF en Australie. La première consiste à modifier les lois des différents Etats et Territoires. Cette option entraînerait la modification des huits codes pénaux et celle des mesures assurant la protection de l'enfant dans les différents Etats/Territoires. La seconde formule consiste à faire adopter une loi par le Commonwealth, dans le cadre de ses compétences en matière de politique étrangère, pour remplir les obligations internationales de l'Australie, notamment dans le cadre de l'article 24(3) de la Convention sur les Droits de l'Enfant et de celui du CEDAW. [50]

cii) Les MGF aux Pays-Bas

En octobre 1992, à Leiden, s'est tenu un symposium sur les Mutilations Génitales Féminines, parrainé par le Conseil de la Santé maternelle et du Planning familial. Des professionnels du monde de la santé ont exprimé leur préoccupation à propos du développement des MGF parmi la population immigrée et de l'absence de préparation des gynécologues, infirmières et sages-femmes pour le traitement des femmes infibulées.
Une enquête financée par le Centre d'Aide Médicale aux Réfugiés a en effet révélé que les médecins accueillaient des immigrées somaliennes demandant à être infibulées, défibulées ou réinfibulées. Ce constat a provoqué un conflit entre ceux qui ont autorisé la médicalisation des MGF et ceux qui demeurent fermement opposés à ces pratiques, quelle que soient les conditions de l'opération. Les partisans d'une éradication totale de ces pratiques ont organisé des manifestations et des campagnes pour marquer leur désapprobation de la promotion de la médicalisation des MGF. Lors de l'ouverture du symposium, le Ministre de la Santé a reçu 60.000 signatures de personnes opposées à la médicalisation de la pratique.

Le CIA a également manifesté son opposition par l'envoi de lettres aux autorités responsables des Pays-Bas et Mme Berhane Ras-Work, Présidente du CIA a évoqué les progrès réalisés lors des campagnes anti-MGF et a déclaré qu'une politique de médicalisation aux Pays-Bas entraverait gravement tous les efforts entrepris jusqu'à présent.
Une représentante de l'OMS, défendant le point de vue de l'organisation sur le thème des MGF a mis l'accent sur l'interdiction des MGF et celle faite au personnel médical de les pratiquer. Elle a insisté auprès du gouvernement hollandais pour que celui-ci ne légalise pas la pratique. A la suite de ces interventions, le Ministère de la Coopération au Développement a publié une déclaration indiquant que "Le Ministre de la Coopération au développement reconnaît le caractère inacceptable de la circoncision des femmes et des fillettes dans tous les pays et invite à son éradication".[51]

Pratiques rituelles affectant la santé des femmes et des enfants - Les mutilations génitales féminines

I1) Descriptions des pratiques de mutilations génitales féminines

2) Circoncision féminine ou mutilation génitale féminine ?

a) Qu'entend-on par mutilations génitales féminines ?

3) Origines des mutilations génitales féminines

a) Localisation géographique actuelle des MGF

4) Justifications de la pratique des MGF

a) Objectifs de l'infibulation

5) A quel moment procède-t-on aux MGF ?

6) Qui opère les MGF et où l'opération se déroule-t-elle ?

a) Instruments utilisés pour les MGF

7) Séquelles des MGF (physiques, psychologiques et sexuelles)

8) Relation entre les MGF et le SIDA

II9) Stratégies en vue de l'éradication des MGF

a) Instruments pour l'éradication des MGF

ai) Le Comité Inter-Africain (CIA) des Pratiques rituelles affectant la santé des femmes et des enfants

aii) Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD)

aiii) Groupes Femmes Pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (G.A.M.S.)

aiv) Activités de l'OMS

Cadre d'action de l'Organisation Mondiale de la Santé

av) Historique des actions des Nations Unies contre les MGF

b) Condamnations internationales des MGF

c) Législations nationales de prévention des MGF

ci) Législation des Pays d'immigration

cii) Les MGF aux Pays-Bas