

Éliminer les mutilations sexuelles féminines

Déclaration interinstitutions

HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA
UNESCO, UNFPA, UNCHR, UNICEF, UNIFEM



Organisation
mondiale de la Santé

Éliminer les mutilations sexuelles féminines

Déclaration interinstitutions

HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA
UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM



Éliminer les mutilations sexuelles féminines - Déclaration interinstitutions

© Organisation mondiale de la Santé 2008

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

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

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

La présente publication exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ni la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Table des matières

Éliminer les mutilations sexuelles féminines : un impératif	1
Pourquoi cette nouvelle Déclaration ?	3
Mutilations sexuelles féminines – de quoi s’agit-il et pourquoi cette pratique se poursuit-elle ?	4
Les mutilations sexuelles féminines sont une violation des droits humains	9
Les mutilations sexuelles féminines ont des conséquences néfastes	12
Agir pour l’élimination complète des mutilations sexuelles féminines	15
Conclusion	25
Annexe 1 : Note relative à la terminologie	26
Annexe 2 : Note relative à la classification des mutilations sexuelles féminines	27
Annexe 3 : Pays où les mutilations sexuelles féminines ont été constatées	34
Annexe 4 : Instruments juridiques internationaux et régionaux sur les droits de l’homme et textes ayant fait l’objet d’un consensus offrant une protection et prévoyant des mesures de sauvegarde contre les mutilations sexuelles féminines	36
Annexe 5 : Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines	38
Bibliographie	41



Éliminer les mutilations sexuelles féminines : un impératif

L'expression « mutilations sexuelles féminines » (on parle aussi d'« excision » et de « mutilation génitale féminine/excision ») désigne toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques. On estime à 100 à 140 millions le nombre des filles et des femmes qui ont subi ces mutilations dans le monde et, chaque année, trois millions de filles sont susceptibles de subir le même sort. La pratique de ces mutilations sexuelles féminines existe partout dans le monde, mais elle est plus fréquente dans les régions occidentales, orientales et nord-orientales de l'Afrique, dans certains pays d'Asie et du Moyen Orient, et parmi certaines communautés immigrantes d'Amérique du Nord et d'Europe.

Les mutilations sexuelles féminines n'ont aucun avantage connu pour la santé. Au contraire, on sait qu'elles sont préjudiciables à bien des égards aux filles et aux femmes. En premier lieu et avant tout, elles sont douloureuses et traumatisantes. L'ablation de tissus génitaux normaux et sains entrave le fonctionnement naturel de l'organisme et a diverses conséquences immédiates ou plus durables sur la santé. Ainsi, les enfants nés de femmes ayant subi ces mutilations sexuelles féminines sont exposés à un risque plus élevé de décès néonatal par comparaison aux enfants nés de femmes n'ayant pas subi ces mutilations.

Les communautés qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines invoquent un ensemble de raisons sociales et religieuses pour justifier la poursuite de la pratique. Du point de vue des droits de l'homme, cette pratique est le reflet d'une inégalité entre les sexes profondément enracinée, et constitue une forme extrême de discrimination à l'encontre des femmes. Les mutilations sexuelles féminines sont presque toujours pratiquées sur des mineures et constituent par conséquent une violation des droits de l'enfant. Cette pratique viole également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique de la personne, le droit à être protégé contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants, et le droit à la vie lorsque l'intervention entraîne la mort.

Des décennies de travaux de prévention entrepris par les communautés locales, les gouvernements et les organisations nationales et internationales ont contribué à une réduction de la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans certaines régions. Les communautés qui ont eu recours à un processus de prise de décision collectif ont été en mesure d'abandonner cette pratique. De fait, si les communautés pratiquant les interventions décident elles-mêmes d'abandonner les mutilations sexuelles féminines, la pratique peut être éliminée très rapidement. Plusieurs gouvernements ont promulgué des lois interdisant la pratique et, lorsque ces lois ont été complétées par une éducation tenant compte des sensibilités culturelles et par des activités de sensibilisation du public, la pratique a diminué. Les organisations nationales et internationales ont joué un rôle essentiel en se faisant les défenseurs de l'abolition de la pratique et en obtenant des données qui confirment ses conséquences néfastes. La *Déclaration solennelle sur l'égalité entre les sexes en Afrique* de l'Union africaine et son *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique* représentent ainsi une contribution majeure à la promotion de l'égalité des sexes et à l'élimination des mutilations sexuelles féminines.





Toutefois, malgré certains succès, le rythme général de diminution de la prévalence des mutilations sexuelles féminines reste lent. Par conséquent, au niveau mondial, il est impératif de renforcer les travaux pour parvenir à l'élimination de cette pratique, une élimination indispensable à la réalisation de bon nombre des objectifs du Millénaire pour le développement.

La présente Déclaration est un appel à tous les Etats, aux organisations nationales et internationales, à la société civile et aux communautés qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines pour qu'ils défendent les droits des filles et des femmes. Elle demande aussi à ces organismes et communautés de concevoir, de renforcer et de soutenir des actions spécifiques et concrètes afin de parvenir à l'élimination des mutilations sexuelles féminines en une génération.

Au nom de nos institutions respectives, nous réaffirmons notre engagement pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines en une génération.

Louise Arbour
Haut-Commissaire aux droits de l'homme
Le Haut-Commissariat aux droits
de l'homme (HCDH)

Koïchiro Matsuura
Directeur général
Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la
science et la culture (UNESCO)

Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Thoraya A. Obaid
Directrice exécutive
Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)

Peter Piot
Directeur exécutif
Programme commun des Nations Unies
sur le VIH/sida (ONUSIDA)

António Guterres
Haut Commissaire pour les réfugiés
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR)

Kemal Dervis
Administrateur
Programme des Nations Unies pour le
développement (PNUD)

Ann M. Veneman
Directrice générale
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Abdoulie Jannet
Sous-Secrétaire général et Secrétaire exécutif
Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
(UNCEA)

Joanne Sandler
Directrice exécutive a.i
Fonds des Nations Unies pour les femmes (UNIFEM)

Pourquoi cette nouvelle Déclaration ?

En 1997, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont publié une Déclaration commune sur les mutilations sexuelles féminines (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997) qui décrivait les conséquences de la pratique en termes de santé publique et de droits de l'homme et manifestait le soutien de ces institutions en faveur de son abandon.

Depuis lors, de nombreux efforts ont été faits pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines, dans le domaine de la recherche pour aboutir à de nouveaux éléments de preuve sur lesquels bâtir les interventions, par l'intermédiaire du travail avec les communautés, par la sensibilisation et par la promulgation de lois. Des progrès ont été obtenus à la fois au niveau international et au niveau local. Un plus grand nombre d'institutions des Nations Unies sont parties prenantes ; les organismes de suivi des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et des résolutions internationales ont condamné cette pratique ; les cadres juridiques se sont améliorés dans de nombreux pays ; et le soutien politique en faveur de l'élimination des mutilations sexuelles féminines progresse. Surtout, dans certains pays, la prévalence des mutilations sexuelles féminines a diminué, et un nombre toujours croissant de femmes et d'hommes au sein des communautés qui pratiquent ces interventions se déclarent favorables à leur abandon.

Malgré ces signes positifs, dans de nombreuses régions, la prévalence reste élevée et il est urgent d'intensifier, d'élargir et d'améliorer les efforts si l'on veut éliminer les mutilations sexuelles féminines en une génération. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire à la fois d'accroître les ressources et de développer la coordination et la coopération.

La présente nouvelle Déclaration interinstitutions est rédigée et signée par un plus grand nombre

d'institutions des Nations Unies, désireuses de lutter pour l'abandon des mutilations sexuelles féminines. Elle repose sur de nouveaux éléments de preuve et sur les enseignements tirés au cours de la décennie écoulée. Elle met en lumière la large reconnaissance du lien avec les droits de l'homme et de la dimension juridique du problème et fournit des données récentes sur la prévalence des mutilations sexuelles féminines. Elle résume les constatations issues de la recherche relatives aux raisons pour lesquelles la pratique perdure, soulignant qu'il s'agit d'une convention sociale qui ne peut être modifiée que par une démarche collective coordonnée qui sera le fait des communautés pratiquant ces interventions. Elle résume également les travaux de recherche récents sur ses effets dommageables pour la santé des femmes, des filles et des nouveau-nés. Tirant parti de l'expérience acquise suite aux interventions entreprises dans de nombreux pays, la nouvelle Déclaration décrit les éléments indispensables à la fois pour oeuvrer en faveur d'un abandonnement complet des mutilations sexuelles féminines et pour prendre soin de celles qui ont souffert, et continuent à souffrir de leurs conséquences.

Note relative à la terminologie

L'expression « mutilations sexuelles féminines » est utilisée dans la présente Déclaration au sens où elle l'était dans la Déclaration commune de 1997. Le terme « mutilation » souligne la gravité de l'acte. Certaines institutions des Nations Unies utilisent l'expression « mutilation génitale féminine/ excision » dans laquelle le terme « excision » vise à refléter l'importance de l'utilisation d'une terminologie ne traduisant pas un jugement envers les communautés qui pratiquent ces interventions. Les deux termes soulignent le fait que la pratique est une violation des droits humains des filles et des femmes. Pour de plus amples explications sur cette terminologie, voir l'annexe 1.



Mutilations sexuelles féminines – de quoi s’agit-il et pourquoi cette pratique se poursuit-elle ?



Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997).

La Déclaration commune OMS/UNICEF/UNFPA a classé les mutilations sexuelles féminines en quatre types : l'expérience tirée de l'utilisation de cette classification au cours de la décennie écoulée a mis en lumière certaines ambiguïtés. Par conséquent, la présente classification intègre certaines modifications afin de tenir compte des préoccupations et des insuffisances mises à jour tout en conservant les quatre types (voir l'annexe 2 pour plus de précisions et les subdivisions proposées à l'intérieur de ces types).

Classification

Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).

Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).

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

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

Les mutilations sexuelles féminines sont essentiellement pratiquées sur des filles dont les âges vont de 0 à 15 ans. Toutefois, dans certains cas, des femmes adultes et mariées subissent également ces interventions. L'âge auquel les

mutilations sexuelles féminines sont pratiquées varie en fonction des traditions locales et des circonstances, mais il diminue dans certains pays (UNICEF, 2005a).

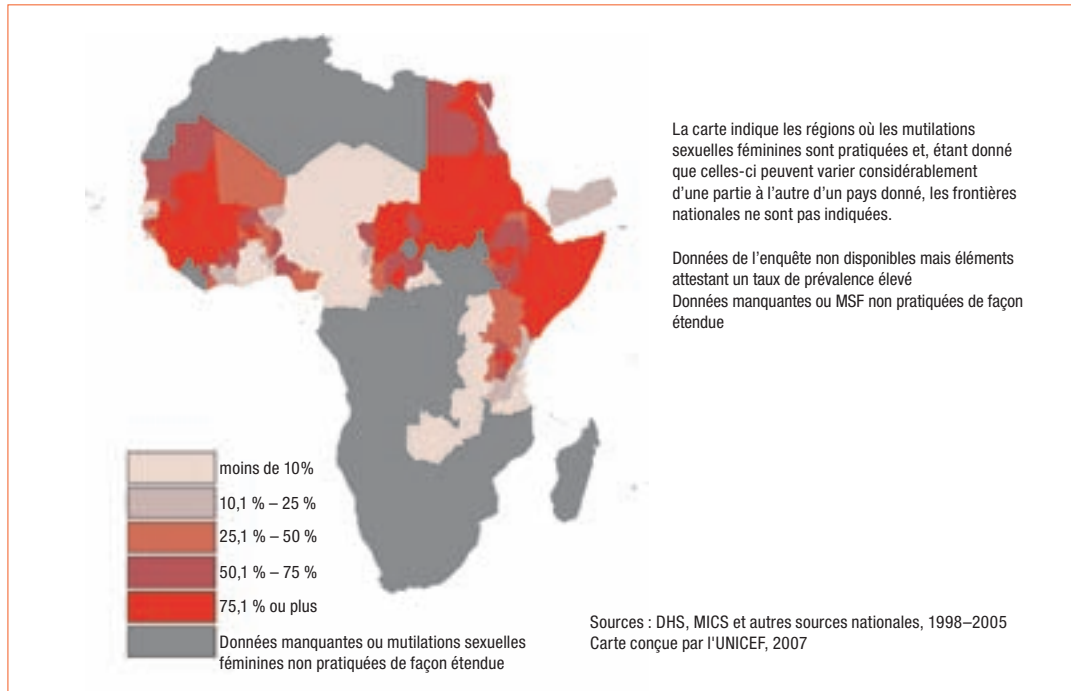
Quelle est l'ampleur de cette pratique ?

L'OMS considère qu'environ 100 à 140 millions de filles et de femmes dans le monde ont subi l'un des trois premiers types de mutilations sexuelles féminines (OMS, 2000a). Les estimations reposant sur les données de prévalence les plus récentes indiquent qu'en Afrique, 91,5 millions de filles et de femmes de plus de neuf ans vivent actuellement en subissant les conséquences de mutilations sexuelles féminines (Yoder et Khan, 2007). On estime à près de trois millions en Afrique le nombre de filles qui risquent chaque année de subir de telles mutilations (Yoder et al., 2004).

Les mutilations sexuelles féminines de types I, II et III ont été recensées dans 28 pays d'Afrique et dans quelques pays d'Asie et du Moyen-Orient (voir carte). Certaines formes de mutilations sexuelles féminines ont également été signalées dans d'autres pays, y compris parmi certains groupes ethniques en Amérique centrale et en Amérique du Sud. Les migrations plus fréquentes ont conduit à l'augmentation du nombre de filles et de femmes vivant en dehors de leur pays d'origine qui ont subi des mutilations sexuelles féminines (Yoder et al., 2004) ou qui risquent de subir de telles pratiques.

La prévalence des mutilations sexuelles féminines a été estimée à partir d'enquêtes nationales de grande envergure au cours desquelles il a été demandé à des femmes âgées de 15 à 49 ans si elles ont elles-mêmes subi ces lésions. La prévalence varie considérablement, à la fois d'une région à l'autre, et d'un pays à l'autre, et au sein d'une même région ou d'un même pays (voir la carte et l'annexe 3), l'appartenance ethnique étant le facteur le plus décisif. Dans sept pays, la prévalence nationale est

Figure 1. Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique et au Yémen (femmes âgées de 15 à 49 ans)



pratiquement universelle (plus de 85 %) ; dans quatre pays, elle est élevée (60 à 85 %) ; elle est d'ampleur moyenne dans sept pays (30 à 40 %) et faible, allant de 0,6 % à 28,2 %, dans les neuf pays restants. Toutefois, les moyennes nationales (annexe 3) occultent les variations souvent marquées dans la prévalence entre différentes parties de la plupart des pays (voir la Figure 1).

Le type d'intervention pratiquée varie également, essentiellement en fonction du groupe ethnique. D'après les estimations actuelles, près de 90 % des cas de mutilations sexuelles féminines sont des cas de types I ou II et des cas où les organes génitaux des filles ont été « entaillés », mais où aucun tissu n'a été enlevé (type IV), et environ 10 % des cas sont des cas de type III (Yoder et Khan, 2007).

Pourquoi la pratique se poursuit-elle ?

Dans chaque société où elles sont pratiquées, les mutilations sexuelles féminines sont une manifestation de l'inégalité entre les sexes profondément enracinée dans les structures sociales, économiques et politiques. Comme la pratique désormais abandonnée du bandage des pieds en Chine, la pratique de la dot et du mariage des enfants, les mutilations sexuelles féminines traduisent le contrôle exercé par la société sur les femmes. De telles pratiques ont pour effet de perpétuer des rôles établis en fonction du sexe et ayant valeur de norme qui sont inégaux et néfastes pour les femmes. L'analyse des données internationales relatives à la santé montre un lien étroit entre la capacité des femmes à exercer un contrôle sur leur vie et leur conviction qu'il doit être mis fin aux mutilations sexuelles féminines (UNICEF, 2005b).



Lorsque les mutilations sexuelles féminines sont largement répandues, elles sont soutenues à la fois par les hommes et par les femmes, habituellement sans remise en cause, et toute personne qui s'écarter de la norme peut se trouver confrontée à la condamnation, au harcèlement et à l'ostracisme de la communauté. Les mutilations sexuelles féminines en tant que telles représentent une convention sociale régie par des récompenses et des sanctions qui ont un fort pouvoir d'incitation à poursuivre la pratique. Compte tenu de la nature conventionnelle des mutilations sexuelles féminines, il est difficile pour les familles d'abandonner cette pratique sans le soutien de la communauté au sens large. De fait, les interventions sont souvent pratiquées alors même que l'on sait le mal qu'elles infligent aux filles, du fait que les avantages sociaux ressentis sont considérés comme plus importants que les conséquences néfastes (UNICEF, 2005a).

Les membres de la famille au sens large participent généralement à la prise de décision concernant les mutilations sexuelles féminines, bien que ce soit les femmes qui soient généralement responsables des dispositions pratiques relatives à la cérémonie. Les mutilations sexuelles féminines sont considérées nécessaires pour qu'une jeune fille « soit bien élevée » et pour la préparer à l'âge adulte et au mariage (Yoder et al., 1999 ; Ahmadi, 2000 ; Hernlund 2003 ; Dellenborg, 2004). Dans certaines sociétés, la pratique est intégrée aux rites de passage à l'âge adulte, parfois aux rites d'entrée dans les sociétés secrètes de femmes, qui sont considérés comme nécessaires pour que les filles deviennent des adultes et des membres responsables de la société (Ahmadi, 2000 ; Hernlund, 2003 ; Behrendt, 2005 ; Johnson, 2007). Les filles elles mêmes peuvent souhaiter se soumettre à la pratique du fait de la pression sociale exercée par leurs pairs et par crainte de la stigmatisation et du rejet par leurs communautés

si elles ne suivent pas la tradition. En outre, dans certaines régions, les filles qui subissent l'intervention sont récompensées en faisant l'objet de louanges, d'une reconnaissance publique et en recevant des cadeaux (Behrendt, 2005 ; UNICEF, 2005a). Ainsi, dans les cultures où elles sont largement pratiquées, les mutilations sexuelles féminines ont acquis une place importante dans l'identité culturelle des filles et des femmes et peuvent aussi conférer un sentiment de fierté, représenter le passage à l'âge adulte et donner le sentiment d'appartenir à la communauté.

La croyance selon laquelle les hommes n'épouseront que les femmes qui ont subi l'intervention est largement répandue. La volonté d'un mariage conforme aux convenances, qui est fréquemment indispensable pour la sécurité économique et sociale ainsi que pour satisfaire les idéaux locaux en matière de maternité et de féminité, peut expliquer la persistance de la pratique.

Certains des autres arguments avancés pour justifier les mutilations sexuelles féminines sont également liés à la capacité des filles à se marier et sont dans la logique des caractéristiques considérées comme nécessaires pour qu'une femme devienne une « bonne épouse ». La croyance selon laquelle l'intervention permet d'assurer et de préserver la virginité d'une jeune fille ou d'une femme est fréquente (Talle, 1993, 2007 ; Berggren et al., 2006 ; Gruenbaum, 2006). Dans certaines communautés, elle est réputée atténuer le désir sexuel, assurant ainsi la fidélité dans le mariage et prévenant les comportements sexuels considérés comme déviants et immoraux (Ahmadi, 2000 ; Hernlund, 2000, 2003 ; Abusharaf, 2001 ; Gruenbaum, 2006). Les mutilations sexuelles féminines sont également censées rendre les filles « propres » et belles. L'ablation des parties génitales est supposée

éliminer les parties « masculines » telles que le clitoris (Talle, 1993 ; Ahmadu, 2000 ; Johansen, 2007) ou, en cas d'infibulation, censée donner un aspect lisse gage de beauté (Talle, 1993 ; Gruenbaum, 2006). Les femmes disent parfois croire que les mutilations sexuelles féminines permettent d'accroître le plaisir sexuel de l'homme (Almroth-Berggren et al., 2001).

Dans de nombreuses communautés, la pratique peut également être maintenue du fait de croyances associées à la religion (Budiharsana, 2004 ; Dellenborg, 2004 ; Gruenbaum, 2006 ; Clarence-Smith, 2007 ; Abdi, 2007 ; Johnson, 2007). Bien que la pratique existe chez les Chrétiens, les Juifs et les Musulmans, aucun des textes sacrés de l'une ou l'autre de ces religions ne prescrit les mutilations sexuelles féminines, et la pratique est antérieure à la fois à la chrétienté et à l'islam (OMS, 1996a ; OMS et UNFPA, 2006). Le rôle des leaders religieux varie. Ceux qui soutiennent la pratique tendent soit à la considérer comme un acte religieux, soit à percevoir les efforts visant à éliminer la pratique comme une menace pour la culture et la religion. D'autres leaders religieux soutiennent les efforts visant à éliminer la pratique et participent à ceux-ci. Lorsque les chefs religieux ont une position peu claire ou évitent la question, cela peut être perçu comme un soutien aux mutilations sexuelles féminines.

La pratique des mutilations sexuelles féminines est souvent maintenue par les détenteurs du pouvoir et de l'autorité au niveau local tels que les leaders traditionnels, les chefs religieux, les circonciseuses, les aînés, et même certains membres du personnel médical. De fait, des éléments attestent de l'augmentation des interventions pratiquées par le personnel médical (voir l'encadré « Les professionnels de la santé ne doivent jamais pratiquer de mutilations sexuelles

féminines », page 14). Dans de nombreuses sociétés, les femmes plus âgées qui ont elles mêmes été mutilées deviennent souvent les gardiennes de la pratique, considérant celle-ci comme essentielle à l'identité des femmes et des filles. C'est probablement là l'une des raisons pour lesquelles les femmes, et plus souvent les femmes les plus âgées, sont plus enclines à soutenir la pratique, et ont tendance à percevoir les efforts visant à lutter contre celle-ci comme une attaque à l'encontre de leur identité et de leur culture (Toubia et Sharief, 2003 ; Draege, 2007 ; Johnson, 2007). Il convient cependant de noter que certains de ces acteurs jouent aussi un rôle clé dans les efforts visant à éliminer la pratique.

Les mutilations sexuelles féminines sont parfois adoptées par de nouveaux groupes dans de nouvelles régions après des migrations ou des déplacements (Abusharaf, 2005, 2007). Certaines communautés ont adopté cette pratique sous l'influence de groupes voisins (Leonard, 2000 ; Dellenborg, 2004) et parfois dans le cadre de mouvements de renouveau religieux ou de résurgence des traditions (Nypan, 1991). La préservation de l'identité ethnique pour marquer sa distinction par rapport à d'autres groupes non pratiquants peut aussi jouer un rôle important, en particulier dans les périodes d'intenses bouleversements sociaux. Ainsi, les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par des communautés immigrantes vivant dans des pays où il n'existe aucune tradition de cette pratique (Dembour, 2001 ; Johansen, 2002, 2007 ; Johnson, 2007). Elles sont également parfois pratiquées sur des femmes et leurs filles appartenant à des groupes ne pratiquant pas ces interventions lorsque celles-ci se marient à l'intérieur de groupes où les mutilations sexuelles féminines sont largement répandues (Shell-Duncan et Hernlund, 2006).





La décision de pratiquer les mutilations sexuelles féminines sur les filles fait intervenir un grand nombre de personnes qui peuvent avoir des opinions différentes et dont l'influence varie (Shell Duncan et Hernlund, 2006 ; Draege, 2007). Cela est également vrai pour la pratique de la réinfibulation pour les femmes adultes (Berggren et al., 2006). Dans les périodes de changement, les mutilations sexuelles féminines peuvent donner lieu à des discussions et à des désaccords, et il existe des cas dans lesquels certains membres de la famille ont organisé l'intervention, contre la volonté d'autres membres de la famille (Draege, 2007). En outre, les individus comme les communautés peuvent changer d'opinion et d'avis plusieurs fois (Nypan, 1991 ; Shell Duncan et Hernlund, 2006). La prise de décision est un processus complexe et, pour garantir que les familles qui souhaitent abandonner la pratique peuvent prendre cette décision et s'y tenir de sorte que les droits des filles soient respectés, la décision de mettre fin à la pratique doit être le fruit d'un accord entre un grand nombre de personnes (voir la partie intitulée « Agir pour l'élimination complète des mutilations sexuelles féminines », page 15).

Les mutilations sexuelles féminines sont une violation des droits humains

Les mutilations sexuelles féminines, quel qu'en soit le type, ont été reconnues comme étant une pratique néfaste et une violation des droits humains des filles et des femmes. Les droits humains – civils, culturels, économiques, politiques et sociaux – sont codifiés par plusieurs instruments juridiques internationaux et régionaux. Le régime juridique est complété par une série de documents politiques ayant fait l'objet d'un consensus tels que ceux résultant des conférences et sommets mondiaux des Nations Unies, qui réaffirment les droits humains et appellent les gouvernements à lutter pour qu'ils soient pleinement respectés, protégés et atteints.

Bon nombre des organismes de suivi des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ont mentionné les mutilations sexuelles féminines dans les observations qu'ils formulent

quant à la manière dont les États satisfont aux obligations découlant de ces instruments juridiques. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité des droits de l'enfant et le Comité des droits de l'homme ont joué un rôle actif dans la condamnation de la pratique et ont recommandé des mesures pour lutter contre celle-ci, y compris la criminalisation de la pratique. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a adopté une recommandation générale sur l'excision (Recommandation générale N° 14) qui appelle les États à prendre des mesures appropriées et efficaces aux fins d'abolir la pratique de l'excision et d'inclure, dans les rapports qu'ils soumettent au Comité (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 1990), des renseignements concernant les mesures prises pour éliminer l'excision.



Les sources internationales et régionales des droits humains

Les instruments juridiques et les documents ayant fait l'objet d'un consensus sur les droits humains aux niveaux international et régional défendent vivement la protection des droits des femmes et des filles et demandent l'abandon des mutilations sexuelles féminines. Il s'agit notamment des instruments suivants :

Instruments juridiques internationaux

- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)
- Convention relative aux droits de l'enfant
- Convention relative au statut des réfugiés et son Protocole relatif au statut des réfugiés

Instruments juridiques régionaux

- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul) et son Protocole relatif aux droits des femmes en Afrique
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant
- Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Textes adoptés par consensus

- Déclaration de Beijing et programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes
- Déclaration de l'Assemblée générale sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes
- Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)
- Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle
- Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC), Commission de la Condition de la Femme. Résolution : « Mettre fin à la mutilation génitale féminine ». E/CN.6/2007/L.3/Rev.1.

(voir l'annexe 4 pour plus de détails sur les instruments juridiques et les textes adoptés par consensus.)



Les mutilations sexuelles féminines sont une violation des droits humains

Les mutilations sexuelles féminines violent toute une série de principes, normes et règles relatifs aux droits humains qui sont bien établis, et notamment les principes d'égalité et de non-

discrimination en raison du sexe, du droit à la vie lorsque l'intervention entraîne la mort, et du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, ainsi que des droits mentionnés ci-dessous. Étant donné que l'intervention est pratiquée sur des tissus génitaux sains en l'absence d'impératif médical et peut entraîner de graves conséquences pour la santé physique et mentale de la femme, les

Les droits de l'enfant

Parce que les enfants sont vulnérables et ont besoin de soins et de soutien, la législation sur les droits de l'homme leur offre une protection particulière. L'un des principes directeurs de la Convention relative aux droits de l'enfant est que « l'intérêt supérieur de l'enfant » doit primer. Les parents qui prennent la décision de faire subir à leurs filles des mutilations sexuelles perçoivent les avantages qui découleront de l'intervention comme supérieurs aux risques encourus. Toutefois, une telle perception ne peut justifier une pratique irréversible et susceptible de bouleverser la vie des filles qui constitue une violation de leurs droits humains fondamentaux.

La Convention relative aux droits de l'enfant fait référence au développement de la capacité de l'enfant à prendre des décisions sur les questions le concernant. Toutefois, pour les mutilations sexuelles féminines, même dans les cas où il y a apparemment un accord de la part des filles ou un souhait de subir l'intervention, dans la réalité, celui-ci résulte de la pression sociale et des attentes de la communauté et découle de l'aspiration des filles à être acceptées en tant que membres à part entière de la communauté. C'est pourquoi la décision d'une fille de subir ces mutilations sexuelles ne peut être dite libre, prise en connaissance de cause ou exempte de toute coercition.

Les instruments juridiques visant à la protection des droits des enfants appellent clairement à l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables à leur santé et à leur vie. La Convention relative aux droits de l'enfant fait explicitement référence aux pratiques traditionnelles néfastes et le Comité des droits de l'enfant ainsi que d'autres organismes de suivi des instruments juridiques relatifs aux droits de l'homme des Nations Unies ont fréquemment soulevé la question des mutilations sexuelles féminines, la considérant comme une violation des droits de l'homme et appelant les États Parties à prendre des mesures efficaces et appropriées pour abolir cette pratique.

mutilations sexuelles féminines sont une violation du droit de toute personne au meilleur état de santé qu'elle est capable d'atteindre.

Les mutilations sexuelles féminines ont été reconnues comme une discrimination reposant sur le sexe parce qu'elles sont enracinées dans les inégalités et les déséquilibres des rapports de force entre hommes et femmes et qu'elles empêchent les femmes de jouir pleinement et en toute égalité de leurs droits humains. Il s'agit d'une forme de violence à l'encontre des filles et des femmes, ayant des conséquences physiques et psychologiques. Les mutilations sexuelles féminines ne permettent pas aux filles et aux femmes de prendre de façon autonome une décision quant à une intervention qui a un effet durable sur leur corps et représente une atteinte à leur autonomie et à la maîtrise qu'elles peuvent avoir de leur vie.

Le droit de participer à la vie culturelle et la liberté de religion sont protégés par le droit international. Toutefois, celui-ci stipule que la liberté de manifester sa religion ou ses convictions peut faire l'objet de restrictions nécessaires à la protection des libertés et droits fondamentaux d'autrui. Par conséquent, des raisons sociales et culturelles ne peuvent être invoquées pour justifier les mutilations sexuelles féminines (Pacte international relatif aux droits civils et politiques, article 18.3 ; UNESCO, 2001, article 4).



Les mutilations sexuelles féminines ont des conséquences néfastes



Les mutilations sexuelles féminines sont associées à toute une série de risques et de conséquences pour la santé. Presque toutes les femmes et les filles qui ont subi des mutilations sexuelles féminines souffrent de douleurs et de saignements dus à l'intervention. L'intervention elle-même est traumatisante étant donné que les filles sont généralement immobilisées par la force pendant celle-ci (Chalmers et Hashi, 2000 ; Talle, 2007). Celles qui subissent une infibulation ont fréquemment les jambes attachées ensemble pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines après l'intervention (Talle, 1993). D'autres problèmes de santé physiques et psychologiques, dont la fréquence est variable, surviennent. D'une manière générale, les risques et les complications associés aux interventions de types I, II et III sont semblables, mais ils ont tendance à être nettement plus graves et plus fréquents plus l'intervention est importante. Les conséquences immédiates, telles que les infections, ne sont généralement rapportées que lorsque les femmes vont rechercher un traitement hospitalier. Par conséquent, l'étendue réelle des complications immédiates reste inconnue (Obermeyer, 2005). Parmi les conséquences à long terme figurent des douleurs chroniques, des infections, une diminution du plaisir sexuel, et des conséquences psychologiques telles que des états de stress post-traumatique. (Voir l'annexe 5 pour de plus amples informations sur les principaux risques et conséquences pour la santé.)

Dangers lors de l'accouchement

Les résultats d'une étude menée par l'OMS dans plusieurs pays, à laquelle plus de 28 000 femmes ont participé, confirment que les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles courent un risque sensiblement plus élevé de complications au cours de l'accouchement. Une plus grande fréquence des cas de césarienne et d'hémorragie post-partum a été constatée chez les femmes ayant

subi des mutilations sexuelles de types I, II et III par comparaison aux femmes qui n'ont pas subi de mutilations sexuelles, et le risque croît avec la gravité de la mutilation subie (groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, 2006).

L'un des résultats nouveaux et marquants de cette étude est que les mutilations génitales des mères ont des conséquences négatives sur les nouveau-nés. Le fait le plus grave étant que les taux de décès périnataux chez les nouveau-nés sont plus élevés pour les enfants des femmes ayant subi une mutilation sexuelle que pour les enfants des femmes n'ayant pas subi de mutilation : il est supérieur de 15 % pour les enfants dont les mères ont subi une mutilation de type I, de 32 % lorsque les mères ont subi une mutilation de type II, et de 55 % lorsqu'il s'agit d'une mutilation sexuelle de type III. Dans les centres d'études, il a été estimé que, pour 100 accouchements, un à deux nouveau-nés de plus décèdent du fait des mutilations sexuelles féminines.

Les conséquences des mutilations sexuelles pour la plupart des femmes qui accouchent en dehors d'un établissement hospitalier sont sans doute encore plus graves (groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, 2006). L'incidence élevée des hémorragies post-partum, qui engagent le pronostic vital, est particulièrement préoccupante lorsque les services de santé sont médiocres ou lorsque les femmes ne peuvent aisément y avoir accès.

Note

Contrairement aux mutilations sexuelles féminines, la circoncision masculine a des conséquences positives importantes sur la santé qui font plus que compenser le risque très faible de complications lorsqu'elle est pratiquée par des

agents correctement formés et disposant du matériel approprié, dans des établissements où les conditions d'hygiène sont satisfaisantes. Il a été démontré que la circoncision réduisait le risque pour les hommes de contracter le VIH de près de 60 % (Auvert et al., 2005 ; Bailey et al., 2007 ; Gray et al., 2007), et elle est désormais reconnue comme une intervention supplémentaire permettant de réduire l'infection chez les hommes là où la prévalence du VIH est élevée (ONUSIDA, 2007).



Les professionnels de la santé ne doivent jamais pratiquer de mutilations sexuelles féminines

« La mission du médecin est de promouvoir et de préserver la santé de l'être humain. »

Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale, 1964

Les professionnels de la santé qualifiés qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines violent le droit des filles et des femmes à la vie, leur droit à l'intégrité physique, et leur droit à la santé. Ils violent également le principe éthique fondamental qui est de « ne pas porter préjudice » (« Do no harm »). Et pourtant, des professionnels de la santé ont pratiqué et continuent à pratiquer les mutilations sexuelles féminines (UNICEF, 2005a). Des études ont montré que, dans certains pays, un tiers au moins des femmes avaient fait pratiquer l'intervention sur leur fille par un professionnel de la santé qualifié (Satti et al., 2006). Des données montrent également que cette tendance progresse dans un certain nombre de pays (Yoder et al., 2004). En outre, la réinfibulation, l'une des formes des mutilations sexuelles féminines, apparaît comme étant pratiquée de manière régulière après un accouchement dans certains pays (Almroth-Berggren et al., 2001 ; Berggren et al., 2004, 2006). Parmi les groupes qui ont émigré en Europe et en Amérique du Nord, des études indiquent que la réinfibulation est occasionnellement pratiquée même là où elle est interdite par la loi (Vangen et al., 2004).

Un certain nombre de facteurs peuvent inciter les professionnels de la santé à pratiquer des mutilations sexuelles féminines, parmi lesquelles figurent les perspectives de gain économique, les pressions et un certain sens du devoir de répondre aux demandes de la communauté (Berggren et al., 2004 ; Christoffersen-Deb, 2005). Dans les pays où des populations qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines ont émigré, certains membres du personnel médical interprètent à tort les principes des droits de l'homme pour pratiquer la réinfibulation au nom de la préservation de ce qu'ils perçoivent comme la culture du patient et le droit de celui-ci à choisir les interventions médicales, même lorsque le patient lui-même ne l'a pas demandé (Vangen et al., 2004 ; Thierfelder et al., 2005 ; Johansen, 2006a).

Certains professionnels de la santé, des organisations non gouvernementales et des fonctionnaires de l'Etat, entre autres, considèrent la médicalisation comme une stratégie du moindre mal et soutiennent l'idée selon laquelle une intervention pratiquée par des professionnels de la santé qualifiés permet de réduire certains des risques immédiats (Shell-Duncan, 2001 ; Christoffersen-Deb, 2005). Toutefois, même lorsqu'elle est effectuée par des professionnels qualifiés, l'intervention n'est pas nécessairement moins grave ou les conditions sanitaires plus satisfaisantes. En outre, aucun élément ne permet d'attester que la médicalisation réduit les complications obstétricales ou les autres complications à long terme avérées qui sont associées aux mutilations sexuelles féminines. D'aucuns ont avancé que la médicalisation est un premier pas utile ou indispensable sur la voie de l'abandon total, mais aucun élément de preuve ne vient étayer un tel argument.

Les risques associés à une médicalisation des mutilations sexuelles féminines sont importants.

L'exécution par le personnel médical peut légitimer à tort la pratique qui sera perçue comme inoffensive d'un point de vue médical ou bénéfique pour la santé des filles et des femmes. Elle peut également contribuer à institutionnaliser l'intervention étant donné que le personnel médical détient fréquemment un pouvoir, une autorité, et bénéficie d'un certain respect au sein de la société (Budiharsana, 2004).

Les autorités de réglementation médicale et les associations professionnelles se sont jointes aux organisations des Nations Unies pour condamner les actions visant à médicaliser les mutilations sexuelles féminines. La Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a adopté en 1994, stances, dans des établissements de santé ou par des professionnels de la santé » (Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, 1994).



Agir pour l'élimination complète des mutilations sexuelles féminines

Les actions entreprises aux niveaux national, régional et international au cours de la dernière décennie notamment ont commencé à porter leurs fruits. Un nombre toujours plus important de femmes et d'hommes appartenant à des groupes pratiquant ces interventions se sont déclarés favorables à l'abandon de la pratique et, dans certaines régions, la prévalence des mutilations sexuelles féminines a diminué. Cette réduction de la prévalence n'est toutefois pas aussi marquante qu'on aurait pu l'espérer. Par conséquent, il est vital que les efforts déployés pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines soient renforcés pour contrecarrer de manière plus efficace les raisons sur lesquelles repose la poursuite de cette pratique.

Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines, il faut un engagement à long terme s'appuyant sur un grand nombre d'intervenants. L'expérience acquise au cours des deux ou trois dernières décennies a montré que les solutions rapides ou faciles n'existent pas. L'élimination des mutilations sexuelles féminines nécessite une assise solide qui puisse soutenir une évolution positive des comportements et s'attaquer aux valeurs fondamentales et aux mécanismes concrets qui soutiennent la pratique (OMS, 1999 ; UNICEF, 2005a ; Population Reference Bureau, 2006 ; Groupe de travail des donateurs, 2007). Bien qu'il y ait eu peu d'évaluations systématiques des nombreux programmes mis en place par des organisations non gouvernementales et des gouvernements, entre autres, certaines études permettent de tirer un certain nombre d'enseignements généraux (OMS, 1999 ; Population Reference Bureau, 2001, 2006 ; UNICEF, 2005a, 2005b ; UNFPA, 2007c). L'élément fondamental qui ressort de ces enseignements est que les actions et les interventions doivent être :

- **Multisectorielles** : Il faut une action concertée émanant de nombreux secteurs et exercée à différents niveaux, de l'échelon local à l'échelon mondial, et faisant intervenir des domaines tels que l'éducation, les finances, la justice, la condition de la femme ainsi que le secteur de la santé ; de nombreux types d'acteurs différents doivent jouer un rôle, depuis les groupes communautaires et les organisations non gouvernementales, y compris les associations de professionnels de la santé et les associations luttant pour les droits de l'homme, jusqu'aux gouvernements et aux organismes internationaux.
- **Durables** : Etant donné que l'évolution des comportements est un processus complexe, une action durable est essentielle pour assurer la pérennité des résultats. Bien que le changement puisse survenir rapidement, le processus qui conduit à celui-ci peut être lent et long.
- **Dirigées par la communauté** : Les programmes qui sont dirigés par les communautés sont, par nature, participatifs et aident généralement les communautés à définir les problèmes et les solutions elles-mêmes. Les programmes qui ont réussi à promouvoir l'abandon des mutilations sexuelles féminines sur une grande échelle s'appuient sur les droits de l'homme et sur l'égalité entre les sexes et n'apportent pas de jugement ni n'exercent de contrainte. Ils s'attachent à encourager le choix collectif de l'abandon des mutilations sexuelles féminines.



Un processus d'évolution sociale positive au niveau communautaire

De nouvelles données issues des théories en matière de sciences sociales et de l'analyse des expériences tirées des programmes indiquent que l'abandon des mutilations sexuelles féminines



sur une grande échelle est l'aboutissement d'un processus d'évolution sociale positive (Mackie, 2000 ; Yount, 2002 ; Hayford, 2005 ; Shell-Duncan et Hernlund, 2006). Du fait de la nature conventionnelle de cette pratique, il faut qu'un nombre important de familles au sein d'une communauté fassent, **de manière collective et coordonnée, le choix** d'abandonner la pratique de façon à ce qu'aucune jeune fille ou famille ne soit désavantagée par la décision (UNICEF, 2005b). La décision d'abandon de la pratique doit être collective et explicite de façon à ce que chaque famille soit convaincue que les autres familles abandonnent également la pratique. La décision doit être largement répandue au sein de la communauté pratiquant les mutilations afin d'être pérennisée. De fait, elle permettra de mettre en place une nouvelle norme sociale qui garantira la possibilité pour les filles de se marier ainsi que le statut social des familles qui ne pratiquent pas l'excision sur leurs filles ; une norme sociale qui ne porte pas préjudice aux filles ni ne viole leurs droits.

Il est apparu que les programmes qui incluent des activités d'éducation permettant aux populations de faire des choix, des discussions et des débats qui prévoient des engagements publics et une diffusion organisée permettent d'obtenir le consensus et la coordination nécessaires pour un abandon durable des mutilations sexuelles féminines au niveau de la communauté. Les activités encouragent les communautés à soulever les problèmes et à définir elles-mêmes les solutions concernant un ensemble de préoccupations, y compris des questions aussi sensibles que celles des mutilations sexuelles féminines, sans se sentir ni contraintes ni jugées. Différentes méthodes peuvent être utilisées pour créer un espace de dialogue ouvert et propice à la réflexion, y compris un dialogue interculturel qui analyse les variations culturelles au sein des communautés et d'une communauté à l'autre ainsi que les aspects du changement culturel. De

telles méthodes se sont avérées particulièrement efficaces lorsqu'elles permettent de s'interroger et incitent à la discussion sur les principes relatifs aux droits de l'homme. Les programmes utilisant ces éléments et ces principes ont abouti à une réduction importante de la prévalence des mutilations sept années après la première intervention dans le cadre des programmes (Ndiaye et al., sous presse).

L'éducation visant à une responsabilisation permet aux populations d'examiner leurs propres croyances et valeurs relatives à la pratique d'une manière dynamique et ouverte, qui ne soit pas ressentie ou perçue comme menaçante. Les séances d'éducation aideront les populations à faire des choix si elles permettent non seulement de dispenser de nouvelles connaissances mais aussi d'offrir aux participants un espace pour échanger leurs expériences, et les aider à révéler et à partager des sentiments personnels complexes et à examiner des attitudes différentes vis-à-vis des mutilations sexuelles féminines dans la communauté. L'éducation visant à une responsabilisation peut être entreprise moyennant divers types de formation, y compris par l'alphabétisation, l'acquisition de capacités d'analyse et de résolution des problèmes ainsi que moyennant la diffusion d'informations sur les droits de l'homme, la religion, la santé en général et la santé sexuelle et génésique. Les cours et les ateliers peuvent s'appuyer sur l'utilisation de moyens traditionnels de communication tels que le théâtre, la poésie, les contes, la musique et la danse, ainsi que sur des méthodes plus modernes, telles que l'informatique ou les messages sur téléphone mobile.

Les actions de formation doivent être adaptées aux sensibilités culturelles et religieuses locales, sinon le risque est que les informations fournies soient considérées comme moralement offensantes et entraînent des réactions négatives de la part des

communautés. Les informations fournies doivent reposer sur des données factuelles mais, dans le même temps, s'appuyer sur les sensibilités et les connaissances locales. Les actions de formation au sein de la communauté peuvent également s'appuyer sur des activités telles que le théâtre, la vidéo et les radios locales et développer les travaux avec les médias. Il est également possible d'avoir recours à des personnalités publiques, qui se feront les « avocats » de l'abandon des mutilations sexuelles féminines et relayeront les informations et les messages concernant cette pratique (Population Reference Bureau, 2006).

Étant donné que les mutilations sexuelles féminines sont une manifestation de l'inégalité entre les sexes, il est important d'accorder une attention particulière à l'autonomisation des femmes (voir l'encadré ci dessous). Toutefois, les activités de formation doivent s'adresser à tous les groupes au sein de la communauté, en donnant les mêmes informations de base afin d'éviter les malentendus et d'inciter au dialogue au sein du groupe. La forme doit être adaptée de façon à convenir aux réalités de chaque groupe particulier. Il importe

également de faire participer les jeunes gens, à la fois les filles et les garçons, étant donné qu'ils sont fréquemment plus ouverts aux changements, et peuvent eux-mêmes jouer un rôle important en tant qu'agents du changement.

Les écoles peuvent offrir un lieu d'apprentissage et de discussion sur les mutilations sexuelles féminines si elles sont en mesure de créer un climat de confiance, de sécurité et d'ouverture. Les artistes ainsi que d'autres personnes qui représentent un modèle peuvent venir dans les écoles, et il est possible de concevoir du matériel à l'intention des enseignants et de l'intégrer dans les programmes scolaires et la formation des enseignants sur des sujets tels que les sciences, la biologie et l'hygiène ainsi que dans les matières dans le cadre desquelles les questions religieuses, relatives à la parité hommes-femmes et d'autres questions sociales sont abordées (UNICEF, 2005b). Néanmoins, les écoles ne sont peut-être pas toujours le lieu idéal pour les apprentissages concernant des questions sensibles et intimes et, puisque de nombreux garçons et filles ne fréquentent pas l'école, d'autres activités de



Renforcement de l'autonomie des femmes

Étant donné que les mutilations sexuelles féminines sont une manifestation de l'inégalité entre hommes et femmes, renforcer l'autonomie des femmes est d'une importance majeure pour parvenir à éliminer la pratique. Entreprendre cette démarche par l'éducation et la discussion permet de mettre l'accent sur les droits humains des filles et des femmes et sur les différences de traitement entre garçons et filles pour ce qui est de leurs rôles dans la société en général, et en particulier en ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines. Cela peut permettre d'influer sur les relations entre hommes et femmes et d'accélérer ainsi les progrès en vue de l'abandon de la pratique (OMS, 2000b ; Population Reference Bureau, 2001, 2006 ; UNICEF, 2005b ; UNFPA, 2007a). Les programmes qui favorisent l'acquisition de l'autonomie économique par les femmes sont susceptibles de contribuer aux progrès puisqu'ils peuvent inciter les femmes à modifier les schémas de comportement traditionnels qui les lient en tant que membres dépendants du foyer, ou leur permettre d'acquérir une certaine liberté vis à vis de l'accès traditionnel aux bénéfices économiques et au pouvoir qui leur est associé. Un emploi rémunéré permet aux femmes d'obtenir une plus grande autonomie dans divers domaines de leur vie, influençant leurs choix en matière de santé génésique et sexuelle, leur éducation et leur comportement en matière de santé (UNFPA, 2007a).



vulgarisation destinées aux jeunes gens sont nécessaires. Étant donné qu'il est souhaitable d'atteindre tous les groupes de la communauté et de leur donner les mêmes informations de base, toutes les formes et tous les lieux d'apprentissage, y compris le dialogue intergénérationnel, doivent être explorés lorsque l'on conçoit les initiatives visant à lutter contre les mutilations sexuelles féminines.

Pour parvenir au choix collectif et coordonné qui est nécessaire pour que soient abandonnées de façon durable les mutilations sexuelles féminines, les communautés doivent avoir l'occasion de discuter des nouvelles connaissances acquises et de réfléchir sur celles-ci en public. Ce **dialogue public** offre l'occasion de sensibiliser la communauté dans son ensemble et de mieux lui faire comprendre ce que sont les droits des femmes ainsi que les instruments juridiques nationaux et internationaux concernant les mutilations sexuelles féminines. Ce dialogue et ces débats entre les femmes, les hommes et les chefs de la communauté sont souvent axés sur les droits, la santé des femmes et sur les mutilations sexuelles féminines, et font prendre conscience de la valeur des femmes dans la communauté, favorisant ainsi leur contribution active à la prise de décision et améliorant leur capacité à mettre fin à cette pratique. Le dialogue intergénérationnel est un autre exemple dans le cadre duquel la communication entre des groupes qui discutent rarement de telles questions sur un pied d'égalité est encouragée (GTZ, 2005). Tout aussi important est le fait que de telles discussions publiques peuvent encourager les discussions dans l'intimité du foyer, de la famille, là où les décisions concernant les mutilations sexuelles des fillettes sont prises par les parents ainsi que d'autres membres de la famille (Draege, 2007).

Lorsqu'un groupe pratiquant les mutilations choisit de manière collective et coordonnée d'abandonner la pratique, ce choix doit se faire aux yeux de

tous ou de manière explicite moyennant un **engagement public**, de façon à ce que toutes les personnes concernées puissent s'y fier. De fait, de nombreuses approches adoptées dans le cadre d'initiatives reposant sur les communautés ont conduit à une déclaration publique relative à l'évolution sociale (OMS, 1999 ; Population Reference Bureau, 2001, 2006). Cela permet de créer le climat de confiance nécessaire pour que les personnes qui souhaitent arrêter la pratique le fassent effectivement et représente par conséquent une étape essentielle dans le processus d'évolution réelle et durable au sein des communautés.

Différents mécanismes ont été utilisés pour rendre public l'engagement d'abandon de la pratique. Dans certains cas, les engagements publics ont pris la forme de déclarations écrites, affichées publiquement, qui sont signées par ceux qui ont décidé d'abandonner les mutilations sexuelles féminines. En Afrique occidentale, les engagements sont généralement pris dans le cadre de déclarations intervillages auxquelles participent jusqu'à 100 villages à la fois. Il s'agit de cérémonies festives qui rassemblent les personnes qui ont participé aux séances d'éducation, les chefs religieux, les chefs traditionnels et les autorités gouvernementales ainsi qu'un grand nombre d'autres membres de la communauté. Il est fréquent que des populations appartenant à des communautés qui n'ont pas directement participé au choix de l'abandon de la pratique soient invitées afin de contribuer à élargir le mouvement. Habituellement, les médias sont présents et permettent de diffuser l'information et d'expliquer les raisons du choix des communautés d'abandonner la pratique.

Parmi certaines populations où les mutilations sexuelles féminines sont traditionnellement accompagnées d'un rituel de passage à l'âge adulte, des **rituels de remplacement**, qui permettent de renforcer les valeurs positives

traditionnelles mais en excluant les mutilations sexuelles féminines, ont continué à être pratiqués. Dans le cadre de ces démarches, de nouveaux éléments ont été ajoutés aux rituels, tels qu'une éducation sur les droits de l'homme et sur les questions sexuelles et génésiques. On a pu constater que les rites de remplacement étaient utiles dans la mesure où ils encourageaient un processus d'évolution sociale en faisant participer la communauté au sens large, ainsi que les filles, à des activités qui conduisent à une modification des croyances relatives aux mutilations sexuelles féminines (Chege et al., 2001).

Comme pour les familles prises individuellement, il est difficile pour une communauté d'abandonner la pratique si les communautés qui l'entourent la poursuivent. Par conséquent, au niveau communautaire, les actions entreprises doivent inclure une stratégie explicite visant à élargir la décision d'abandonner la pratique à toute la population concernée. Cela est habituellement fait en transmettant l'information et en amorçant des discussions avec des membres influents d'autres communautés qui font partie du même réseau social. Par l'intermédiaire d'une stratégie de **diffusion organisée**, les communautés qui abandonnent la pratique incitent les autres à faire de même, permettant ainsi d'accroître le consensus autour de la nouvelle règle sociale qui rejette les mutilations sexuelles féminines et d'en assurer la pérennité.

Actions au niveau national

L'évolution sociale au sein des communautés peut être entravée ou améliorée par des actions menées au niveau national et dans plusieurs pays à la fois. Au niveau communautaire, les actions menées au niveau national doivent promouvoir un processus d'évolution sociale qui conduit à la décision partagée de mettre fin aux mutilations

sexuelles féminines. Elles doivent faire participer les chefs traditionnels, les chefs religieux et les autorités gouvernementales, les parlementaires et les organisations de la société civile.

Pour promouvoir la décision d'abandon des mutilations sexuelles féminines, il convient de prévoir des actions au niveau national qui feront de la pratique le sujet de discussions publiques et de débats. Les **médias** peuvent jouer un rôle crucial à la fois en transmettant aux foyers des informations correctes et en informant la population des aspects positifs de l'évolution sociale qui peut se mettre en place au sein des communautés. Cela est particulièrement important lorsque la question des mutilations sexuelles féminines est considérée comme tabou. Les actions d'information doivent cibler les besoins et les préoccupations locales et fournir des renseignements sur un large éventail de questions, telles que les droits humains, y compris les droits de l'enfant et les droits des femmes, des éléments de faits sur les organes sexuels féminins et les fonctions et les conséquences des mutilations sexuelles féminines, ainsi que sur les moyens dont disposent les individus et les communautés pour combattre la pratique.

Les actions doivent comprendre l'examen et la réforme **de la législation et des politiques**, ainsi que des mesures sectorielles, en particulier dans le cadre des systèmes de santé et d'éducation et du système de protection sociale et juridique. Un certain nombre de pays ont promulgué une législation spécifique ou ont appliqué les dispositions juridiques existantes en vue d'interdire la pratique (voir l'encadré ci-dessous). L'efficacité de toute loi dépend, toutefois, de la mesure dans laquelle elle est liée au processus plus vaste d'évolution sociale. Des mesures juridiques sont importantes pour que la désapprobation du gouvernement vis-à-vis des mutilations sexuelles féminines soit explicite, pour soutenir ceux qui ont abandonné la pratique ou qui souhaitent le faire, et





La législation pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines

La reconnaissance des droits des filles et des femmes dans les textes constitutionnels

Il est indispensable que des dispositions visant à défendre les droits des femmes et des filles, relatives à l'égalité, à la non-discrimination et à la protection contre la violence, soient inscrites dans les textes constitutionnels ; elles contribueront à façonner les mesures prises par les gouvernements pour éliminer les mutilations sexuelles féminines. Parmi les dispositions applicables aux mutilations sexuelles féminines figurent : « la protection des femmes contre les pratiques nocives » ; l'interdiction des coutumes ou traditions qui sont « contraires à la dignité, au bien être ou à l'intérêt des femmes ou qui portent atteinte à leur condition » et l'abolition des « pratiques traditionnelles » préjudiciables à la santé et au bien-être des populations. Ce type de protections inscrites dans les constitutions peuvent servir à rédiger les lois et les politiques et à les mettre en œuvre. Elles peuvent également imposer la révision ou l'abolition des lois et des politiques qui ne sont pas compatibles avec de tels principes.

Législation pénale

Dans certains pays, les dispositions générales existantes des codes pénaux ont été ou peuvent être appliquées aux mutilations sexuelles féminines. Elles peuvent inclure les qualifications suivantes : « coups et blessures volontaires », « agression occasionnant des coups et blessures », « atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne » ou « violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ». Certains gouvernements ont promulgué des lois qui interdisent spécifiquement la pratique des mutilations sexuelles féminines, dont bon nombre précisent les catégories de personnes qui sont juridiquement potentiellement responsables devant la loi. En conséquence, les exciseuses traditionnelles, le personnel médical, les parents, les tuteurs et les personnes qui omettent de rapporter une infraction pénale sur le point d'être commise ou déjà commise peuvent faire l'objet de poursuites. Le type de sanction varie également et comprend des peines d'emprisonnement, des amendes ou, dans le cas du personnel médical, l'interdiction d'exercer. La sanction peut varier en fonction du type de mutilation, et est généralement plus grave lorsque le crime est commis à l'encontre de mineures ou a entraîné la mort.

Législation pour la protection de l'enfant

Un certain nombre de pays ont déclaré que les lois relatives à la protection de l'enfant étaient applicables aux mutilations sexuelles féminines, tandis que d'autres ont promulgué et appliqué des dispositions spécifiques pour l'élimination des pratiques nocives, parmi lesquelles figurent les mutilations sexuelles féminines. Les lois relatives à la protection de l'enfant prévoient l'intervention de l'Etat lorsque celui-ci a des raisons de croire que l'enfant a été victime ou risque d'être victime de mauvais traitements. Elles peuvent permettre aux autorités de retirer une fillette de sa famille ou du pays s'il existe des raisons de croire qu'elle subira des mutilations. Ces lois mettent l'accent sur l'intérêt supérieur de l'enfant.

Lois et régimes de responsabilité civile

Dans les pays disposant de mécanismes appropriés pour se prononcer sur les plaintes en responsabilité civile et faire appliquer les jugements correspondants, les mutilations sexuelles féminines peuvent être reconnues comme un dommage donnant lieu à des poursuites civiles pour l'obtention de dommages-intérêts ou d'autres mesures de réparation. Les filles et les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines peuvent demander réparation de la part des exciseuses et/ou des autres personnes qui ont participé à un tel acte. D'autres lois peuvent exister et être utilisées pour empêcher la pratique dès le départ, telles que les lois relatives à la protection de l'enfant.

La législation pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines (Suite)

La réglementation relative à l'asile et à l'immigration

Il a été largement reconnu que la violence à l'encontre des femmes, y compris les mutilations sexuelles féminines, peut être assimilée à des persécutions au sens de la définition du réfugié de la Convention relative au statut des réfugiés de 1951 et de son Protocole de 1967. Les résolutions régionales et les réglementations nationales spécifiques exigent que les femmes et les filles qui courent le risque de subir des mutilations sexuelles féminines dans d'autres pays se voient accorder le statut de réfugiées ou des formes complémentaires de protection. En outre, dans certains cas, les autorités d'immigration sont tenues d'informer les immigrants des effets nocifs des mutilations sexuelles féminines et des conséquences juridiques de la pratique. Certaines de ces réglementations comportent des instructions précisant que ces informations doivent être dispensées dans le respect des sensibilités et de la culture de chacun.



pour jouer un rôle dissuasif. Toutefois, se contenter d'imposer des sanctions fait courir le risque de voir la pratique devenir clandestine et d'avoir un effet très limité sur les comportements (UNICEF, 2005b). Les mesures juridiques doivent être accompagnées de campagnes d'information et d'autres mesures visant à promouvoir un soutien accru de l'opinion en faveur de l'abandon de la pratique.

L'amendement, l'adoption et la mise en application des lois doivent se faire en consultation avec les chefs des communautés et les chefs religieux, ainsi que les autres représentants de la société civile. Il convient de mettre en place des mécanismes afin d'examiner et d'évaluer la mise en application des lois de manière régulière (UNFPA, 2006, 2007c).

Le fait de mettre un terme aux mutilations sexuelles féminines et de traiter et soigner les conséquences néfastes de ces mutilations pour la santé doit faire partie intégrante **des programmes et des services de santé** pertinents, parmi lesquels figurent les programmes pour une maternité sans risque et pour la survie de l'enfant, les conseils sur la santé sexuelle, les conseils psychosociaux, la prévention et le traitement des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles, y compris

le VIH et le sida, la prévention et la prise en charge de la violence à l'encontre des femmes, les programmes de santé destinés aux jeunes et les programmes à l'intention des accoucheuses traditionnelles (qui peuvent être aussi des exciseuses).

Les normes en matière d'éthique médicale doivent énoncer clairement que la pratique des mutilations sexuelles féminines sur les enfants ou les femmes constitue une violation des principes professionnels ainsi que des droits humains du patient, conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme et d'éthique. Les professionnels de la santé qui exercent cette pratique doivent faire l'objet de mesures disciplinaires et se voir retirer leur autorisation d'exercer.

Le personnel soignant doit être formé pour reconnaître les problèmes résultant des mutilations sexuelles féminines et les soigner. Il s'agit notamment des procédures pour soigner les complications immédiates, et pour prendre en charge diverses complications à long terme, y compris la désinfection. Celle-ci doit être proposée dès que possible (non seulement pendant l'accouchement) étant donné qu'elle permet



de réduire plusieurs types de complications de l'infibulation et représente en outre une incitation au changement. Les données tirées de l'expérience suggèrent que de meilleures procédures de soins à la naissance, conformes aux directives de l'OMS (OMS, 2001a, 2001b, 2001c), peuvent contribuer à réduire les risques associés aux mutilations sexuelles féminines à la fois pour la mère et pour l'enfant pendant l'accouchement.

Responsabilité des acteurs

La responsabilité de l'intervention incombe à de nombreux participants, dont certains sont mentionnés ci-dessous ; mais il appartient en dernier ressort au gouvernement d'un pays d'empêcher les mutilations sexuelles féminines, de promouvoir leur abandon, de prendre en charge leurs conséquences et de tenir ceux qui les perpètrent pour responsables au pénal d'avoir infligé ces souffrances aux filles et aux femmes.

Les **gouvernements** ont l'obligation juridique de respecter, protéger et promouvoir les droits humains, et peuvent être tenus pour responsables pour tout manquement à ces obligations. En conséquence, les gouvernements doivent prendre les mesures voulues en matière législative, judiciaire, administrative, budgétaire, économique et autre, dans toute la mesure possible compte tenu des ressources dont ils disposent. Ils doivent notamment faire en sorte que l'ensemble de la législation nationale soit compatible avec les instruments juridiques internationaux et régionaux relatifs aux droits humains qu'ils ont ratifiés. Il incombe en outre aux gouvernements de concevoir des plans d'action et des stratégies pour veiller à ce que des centres de santé soient disponibles et accessibles aux filles et aux femmes afin de répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et génésique. Ils doivent organiser des

campagnes de sensibilisation publique, promouvoir des initiatives en matière d'éducation et veiller à ce que des ressources suffisantes soient consacrées à la prévention et aux mesures permettant de faire face aux mutilations sexuelles féminines. Ces efforts doivent faire l'objet d'une coopération entre plusieurs ministères : ceux de la santé, des finances, de l'éducation et de l'information, des services sociaux et de la condition de la femme.

Les **parlementaires** ont un rôle essentiel à jouer pour porter la question des mutilations sexuelles féminines sur la scène politique tandis qu'il incombe aux autorités législatives et judiciaires de définir les normes et de les faire respecter.

Les **organisations professionnelles**, telles que les associations médicales et associations d'infirmières, peuvent promouvoir les directives en matière d'éthique dans le cadre de la formation médicale et dans la pratique. Les associations d'enseignants, de juristes, de travailleurs sociaux, entre autres, peuvent également contribuer à l'élimination des mutilations sexuelles féminines dans leurs domaines respectifs en exerçant des pressions, en défendant l'abandon des mutilations et en menant des actions de formation appropriées.

Aux niveaux national et international, les **organisations non gouvernementales** ont joué un rôle essentiel en concevant et en mettant en oeuvre des programmes pour l'abandon des mutilations sexuelles féminines. Les programmes qui ont donné les meilleurs résultats sont les programmes qui s'appuient sur les communautés et dans lesquels le gouvernement et les institutions de coopération au développement se sont fortement investis (OMS, 1999). Les **organisations confessionnelles ou interconfessionnelles** ont aussi joué un rôle significatif en utilisant les réseaux et structures existants pour délivrer des messages de sensibilisation au sein de la communauté et

influer sur les attitudes et les comportements des membres des autres communautés (UNFPA, 2005, 2007b).

L'expérience a montré qu'il est particulièrement important de veiller à ce que les gouvernements et les organisations non gouvernementales travaillent en coopération avec les communautés locales qui pratiquent ces interventions pour formuler et mettre en oeuvre les programmes. Cela est vrai aussi bien dans les pays d'origine que dans les pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par des communautés immigrantes.

La participation des **chefs**, qu'ils soient religieux ou laïques, aux initiatives est fondamentale pour créer un environnement propice au changement, et cela est avéré au niveau de la communauté comme au niveau national. Ces chefs, qui sont au premier plan dans les campagnes de sensibilisation à l'abandon des mutilations sexuelles féminines, jouent un rôle majeur à la fois en fournissant des arguments contre la pratique et en créant une dynamique sociale propice au changement.

Le **personnel soignant** peut jouer un rôle majeur pour empêcher les mutilations sexuelles féminines, informer les patients et les communautés des conséquences bénéfiques de leur abandon, et les soutenir dans cette démarche. Pour ce faire, il peut informer les femmes sur leur propre santé sexuelle et génésique, en leur faisant mieux comprendre les fonctions naturelles de l'organisme et les conséquences néfastes des mutilations sexuelles féminines. Le personnel soignant peut également jouer un rôle important dans la diffusion des idées au sein de la communauté, notamment par l'intermédiaire de programmes destinés aux écoles et de programmes d'éducation en matière de santé publique.

Les **exciseuses traditionnelles** sont également des parties prenantes à ne pas négliger puisque leur rôle devra changer. Elles peuvent se montrer

réticentes à un tel changement puisqu'il peut menacer leur statut, et utiliser leur influence au sein de la communauté pour continuer à promouvoir la pratique ou pour saper les efforts visant à son abandon. D'un autre côté, si elles décident d'abandonner la pratique, elles peuvent avoir un poids décisif pour convaincre les autres de l'abandonner également.

Bien que les mutilations sexuelles féminines aient traditionnellement été considérées par de nombreux hommes comme une « affaire de femmes », le rôle des **hommes** est important pour que les choses changent. Dans certains endroits, ils sont favorables à la pratique ; toutefois, la recherche a montré qu'une partie des hommes sont préoccupés par les effets des mutilations sexuelles féminines et préféreraient épouser des femmes qui n'ont pas subi l'intervention (Almroth et al., 2001 ; Herieka et Dhar, 2003 ; Draege, 2007). Les hommes jeunes, en particulier, sont plus enclins à s'opposer à la pratique (Herieka et Dhar, 2003 ; Draege, 2007).

Les **Nations Unies** jouent un rôle crucial en définissant des normes internationales et en encourageant et entreprenant des travaux de recherche, en collaboration avec les partenaires des milieux universitaires et du développement, de façon à garantir que les normes reposent sur des éléments de preuve solides. Les institutions des Nations Unies sont particulièrement bien placées pour promouvoir la coopération et la coordination entre l'ensemble des acteurs. Plusieurs organismes des Nations Unies ont pour tâche d'assurer le suivi de la mise en oeuvre des engagements juridiques internationaux visant à protéger et promouvoir les droits humains pour tous sans discrimination d'aucune sorte.

Le rôle des **organismes de coopération pour le développement** qui soutiennent les initiatives internationales et nationales en apportant une aide





technique et financière est également essentiel pour atteindre l'objectif commun de mettre un terme aux mutilations sexuelles féminines.

Renforcement des capacités, recherche, suivi et évaluation

Les enseignements tirés de la décennie écoulée montrent qu'il faut des organisations fortes et compétentes pour soutenir les programmes visant à l'abandon des mutilations sexuelles féminines. Cela nécessite à la fois des ressources financières et un renforcement considérable des moyens.

Les formations dispensées doivent être complètes à la fois pour ce qui est de l'éventail des personnes formées comme de l'éventail des sujets visés. Dans certains endroits, les cours se sont étalés sur trois à quatre semaines pour former les personnes chargées de mettre en oeuvre les programmes, le personnel soignant et les autres intervenants afin de leur donner les informations et les compétences nécessaires pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer un programme d'interventions s'appuyant sur la communauté.

Étant donné que la conception et la mise en oeuvre de programmes efficaces doivent reposer sur des données solides, un suivi permanent est nécessaire pour obtenir des informations sur l'évolution de la prévalence et les modifications éventuelles dans le type de pratiques, ainsi que les justifications de celles-ci. L'utilisation de cinq indicateurs dans les enquêtes relatives aux mutilations sexuelles féminines fait l'objet d'un consensus international : la prévalence par cohortes d'âge de 15 à 49 ans ; la condition des filles (telle qu'elle est déclarée par les mères âgées de 15 à 49 ans) ; le pourcentage de mutilations sexuelles féminines « fermées »

(infibulation, suture) et ouvertes (excision) ; la personne pratiquant la mutilation sexuelle féminine ; et le soutien, ou l'opposition, aux mutilations sexuelles féminines de la part des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans (UNICEF, 2005b). La cohérence dans l'utilisation des indicateurs permet une analyse comparative aux niveaux national et international entre différentes études. L'évaluation, y compris les études menées à la base du programme puis à la fin de celui-ci, ainsi que l'évaluation du déroulement du programme sont essentielles pour mesurer la faisabilité et l'efficacité (Askew, 2005).

Il est nécessaire de poursuivre la recherche sur les aspects qui contribueront à l'élimination et à la prévention des mutilations sexuelles féminines et à l'obtention de soins de meilleure qualité pour les filles et les femmes qui ont subi les mutilations. Parmi les domaines dans lesquels les recherches doivent être approfondies figurent : la dynamique de l'évolution sociale et culturelle qui conduit à l'abandon de la pratique, la prévalence des complications sanitaires immédiates, l'expérience qu'ont les filles de la pratique, les conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines, les procédures de soins pour les filles et les femmes, et les procédures de soins lors de l'accouchement susceptibles de réduire les conséquences néfastes des mutilations sexuelles féminines pour les mères et leurs bébés, l'incidence des mesures juridiques pour empêcher la pratique, et sa médicalisation.

Conclusion

La Déclaration interinstitutions est l'expression de l'engagement commun de ces organisations pour continuer à travailler afin de parvenir à l'élimination des mutilations sexuelles féminines. Il s'agit d'une pratique dangereuse, et d'une question d'une extrême gravité du point de vue des droits humains.

Des progrès ont été obtenus sur un certain nombre de fronts : les mutilations sexuelles féminines sont reconnues au niveau international comme une violation des droits humains ; la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (Assemblée générale des Nations Unies, 2002) a décidé que mettre fin à la pratique était un objectif mondial ; des politiques et des législations visant à interdire la pratique ont été mises en place dans de nombreux pays ; et, fait le plus marquant, des signes montrent qu'un processus d'évolution sociale conduisant à l'abandon de la pratique est en cours dans un certain nombre de pays.

Nous possédons désormais davantage de connaissances sur la pratique elle-même et sur les raisons pour lesquelles elle se perpétue, ainsi qu'une expérience des interventions qui peuvent mener de manière plus efficace à son abandon.

La mise en application de ces connaissances moyennant une approche commune et coordonnée qui favorise une évolution sociale positive aux niveaux communautaire, national et international pourrait conduire à l'abandon des mutilations sexuelles féminines en une génération, certains des principaux objectifs étant atteints dès 2015, en même temps que les objectifs du Millénaire pour le développement.

Les organismes des Nations Unies confirment leur engagement de soutien aux gouvernements, aux communautés et aux filles et aux femmes concernés pour parvenir à l'abandon des mutilations sexuelles féminines en une génération.



Annexe 1: Note relative à la terminologie



La terminologie utilisée pour qualifier l'intervention a connu divers changements. Pendant les premières années au cours desquelles la pratique a fait l'objet de discussions en dehors des groupes pratiquant les mutilations sexuelles féminines, elle était généralement appelée « excision » (en anglais « female circumcision » – le terme établit un parallèle avec la circoncision masculine et, en conséquence, crée une confusion entre ces deux pratiques distinctes).

L'expression « mutilations sexuelles féminines » a obtenu un soutien croissant à partir de la fin des années 70. Le mot mutilation établit une distinction linguistique claire par rapport à la circoncision masculine, et met l'accent sur la gravité et le caractère néfaste de l'acte. L'utilisation du mot « mutilation » renforce le fait que la pratique est une violation des droits des filles et des femmes, et permet par conséquent de défendre aux niveaux national et international son abandon.

En 1990, ce terme a été adopté à la Troisième Conférence du Comité interafricain sur les Pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants, à Addis-Abeba (Ethiopie). En 1991, l'OMS a recommandé que les Nations Unies adoptent ce terme. Il a par la suite été largement utilisé dans les documents des Nations Unies et ailleurs, et c'est le terme employé par l'OMS.

A partir de la fin des années 90, les termes « excision » et « mutilations génitales féminines/excision » ont été de plus en plus fréquemment utilisés, à la fois dans le domaine de la recherche et par certains organismes. La préférence pour « excision » a en partie été due au mécontentement engendré par la connotation négative associée au terme « mutilation », et certains éléments attestant que l'utilisation du terme ostracisait les communautés pratiquantes et représentait peut-être un frein au processus d'évolution sociale vers

l'élimination des mutilations sexuelles féminines. Pour conserver le sens du terme « mutilation » au niveau des orientations politiques et, dans le même temps, utiliser une terminologie qui traduise moins un jugement à l'encontre des communautés la pratiquant, l'expression « mutilations génitales féminines/excision » (female genital mutilation/cutting) est utilisée par l'UNICEF et le UNFPA. Aux fins de la présente Déclaration interinstitutions et compte tenu de sa signification en tant qu'outil de sensibilisation, toutes les institutions des Nations Unies sont convenues d'utiliser l'expression unique de « mutilations sexuelles féminines ».

Annexe 2 : Note relative à la classification des mutilations sexuelles féminines

Une classification des mutilations sexuelles féminines a, pour la première fois, été élaborée lors d'une consultation technique en 1995 (OMS, 1996b). Une classification convenue est utile aux fins notamment de la recherche sur les conséquences des différentes formes de mutilations sexuelles féminines, des estimations relatives à la prévalence et aux tendances dans l'évolution des comportements, des examens gynécologiques et de la prise en charge des conséquences pour la santé, et dans le cadre des affaires juridiques. Une typologie commune peut garantir la comparabilité des ensembles de données. Néanmoins, la classification entraîne naturellement une simplification et, par conséquent, ne peut pas refléter les importantes variations dans la pratique effective. Certains chercheurs ayant mis en lumière les limites de la classification de 1995, l'OMS a organisé un certain nombre de consultations avec des experts techniques, entre autres, qui travaillent à l'élimination des mutilations sexuelles féminines afin de revoir la typologie et d'évaluer les solutions possibles. Il a été conclu que les données disponibles étaient insuffisantes pour permettre une nouvelle classification ; toutefois, le libellé de la typologie actuelle a été légèrement modifié et des subdivisions créées, pour cerner plus précisément la variété des interventions.

Précisions et observations

Bien que l'étendue de l'ablation des tissus génitaux soit généralement plus importante lorsque l'on passe des mutilations de type I aux mutilations de type III, il existe des exceptions. La gravité et les risques sont étroitement liés à l'importance anatomique de l'ablation, y compris à la fois par le type et la quantité de tissus enlevés, qui peuvent varier d'un type à l'autre. Par exemple, les mutilations de type I incluent généralement l'ablation du clitoris (type Ib) et celles de type II

à la fois l'ablation du clitoris et des petites lèvres (type IIb)¹. Dans ce cas, les mutilations de type II seraient plus graves et associées à un plus grand risque. Dans certaines formes de mutilations de type II, toutefois, seules les petites lèvres sont sectionnées et non le clitoris (type IIa), auquel cas certains risques tels que les risques d'hémorragie peuvent être moindres, tandis que d'autres risques tels que les risques d'infections génitales ou de scarification peuvent être les mêmes ou plus importants. De même, les mutilations de type III sont associées principalement à des risques plus graves pour la santé que les mutilations de type II, tels que les complications à la naissance. Toutefois, pour ce qui est de l'infertilité, un facteur important est l'étendue anatomique de l'ablation, à savoir si elle inclut ou non les grandes lèvres plutôt que le recouvrement lui-même. En conséquence, les mutilations de type II qui incluent une ablation des grandes lèvres (type IIc) sont associées à de plus grands risques d'infertilité que l'infibulation de type IIIa qui est pratiquée uniquement sur les petites lèvres (Almroth et al., 2005b). Étant donné que le clitoris est un organe sexuel très sensible, les mutilations de type I incluant l'ablation du clitoris peuvent diminuer la sensibilité sexuelle davantage que les mutilations de type III au cours desquelles le clitoris est laissé intact tandis qu'est pratiquée l'infibulation (Nour et al., 2006).

La gravité et la prévalence des risques psychologiques (y compris psychosexuels) peuvent également varier en fonction de caractéristiques autres que l'ampleur physique de l'ablation des tissus, telles que l'âge et la situation sociale (McCaffrey, 1995).



¹ Par « clitoris », on entend ici le gland clitoridien, c'est-à-dire la partie externe du clitoris ; elle n'inclut pas le corps du clitoris, ou « crura », qui est situé directement en dessous des tissus superficiels et non visible de l'extérieur. Le prépuce clitoridien (capuchon) est l'élément de peau qui entoure et protège le gland clitoridien.



Typologie modifiée de l'OMS, 2007	Typologie de l'OMS, 1995
Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci après sont proposées : type Ia, ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; type Ib, ablation du clitoris et du prépuce.	Type I : Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.
Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci après sont proposées : type IIa, ablation des petites lèvres uniquement ; type IIb, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; type IIc, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. Notez également qu'en français le terme « excision » est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines.	Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.
Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation). Lorsqu'il est important de distinguer entre différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci après sont proposées : type IIIa, ablation et accolement des petites lèvres ; type IIIb, ablation et accolement des grandes lèvres.	Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).
Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.	Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres ; l'étirement du clitoris et/ou des lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ; la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal (« angurya ») ou l'incision du vagin (« gishiri ») ; l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer ; et toute autre pratique entrant dans la définition générale des mutilations sexuelles féminines.

Problèmes de classification

Le questionnaire utilisé actuellement dans le cadre des Enquêtes sur la démographie et la santé n'établit pas de différence entre les mutilations de type I et celles de type II, mais uniquement entre le fait de savoir si une fillette ou une femme a fait l'objet d'une ablation des organes génitaux, si des tissus ont été retirés et si les tissus ont été suturés. La plupart des études portant sur les types de mutilations, y compris les Enquêtes sur la démographie et la santé, s'appuient sur les déclarations faites par les femmes. Les études qui comportent une évaluation clinique ont mis en évidence de grandes différences dans le niveau de concordance entre les descriptions rapportées par les femmes et les types de mutilations sexuelles féminines observées cliniquement (Morison et al., 2001 ; Msuya et al., 2002 ; Snow et al., 2002 ; Klouman et al., 2005 ; Elmusharaf et al., 2006a). La divergence la plus fréquente tient au fait qu'un pourcentage élevé de femmes dans des régions où les mutilations de type III sont traditionnellement pratiquées déclarent avoir subi des mutilations de type I ou II, même si l'examen clinique indique qu'il s'agit de mutilations de type III (Elmusharaf et al., 2006a). En outre, la fiabilité des observations cliniques peut être limitée par les différences anatomiques naturelles et la difficulté qu'il y a à évaluer la quantité de tissu clitoridien présent sous une infibulation.

Observations concernant les modifications apportées à la définition de 1995 des mutilations de type I

La référence au prépuce clitoridien est déplacée à la fin de la phrase. La raison de ce changement tient à la tendance fréquente à décrire les mutilations de type I comme une ablation du prépuce, alors que les informations obtenues

ne démontrent pas qu'il s'agit d'une forme traditionnelle de mutilation sexuelle féminine. Toutefois, dans certains pays, les mutilations sexuelles féminines médicalisées peuvent inclure une ablation du prépuce uniquement (type Ia) (Thabet et Thabet, 2003), mais cette forme de mutilation semble relativement rare (Satti et al., 2006). Pratiquement toutes les formes connues de mutilation sexuelle féminine qui retirent des tissus du clitoris enlèvent également la totalité ou une partie du gland clitoridien lui-même.

Observations concernant les modifications apportées à la définition de 1995 des mutilations de type II

L'ablation du clitoris et des petites lèvres est la forme la plus fréquemment attestée pour les mutilations de type II, mais des variations ont été mises en évidence. Parfois, des tissus appartenant aux grandes lèvres sont également enlevés (Almroth et al., 2005b ; Bjälkander et Almroth, 2007) et, dans d'autres cas, seules les petites lèvres sont coupées, sans ablation du clitoris. Il convient de noter que les mutilations qui peuvent apparaître comme des mutilations de type II sont parfois des mutilations de type III ouvertes. En outre, la cicatrisation après des mutilations de type II peut parfois conduire à une fermeture de l'orifice vaginal, le résultat ressemblant par conséquent à une mutilation de type III. Elle sera donc définie comme une mutilation de type III, bien que ce ne fût pas le résultat escompté.





Observations concernant les modifications apportées à la définition de 1995 des mutilations de type III

La principale caractéristique des mutilations de type III est l'ablation et l'accolement – et par conséquent l'adhérence – des petites lèvres ou des grandes lèvres, conduisant à un rétrécissement de l'orifice vaginal. Elles s'accompagnent généralement d'une ablation partielle ou totale du clitoris. Les mots « rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres » remplacent le libellé de 1995 : « suture/ rétrécissement de l'ouverture vaginale ». La nouvelle formulation permet de préciser que ce n'est généralement pas le vagin lui-même qui est rétréci ou suturé, mais plutôt qu'il est partiellement couvert par un capuchon de peau créé par les tissus cicatriciels résultant de l'adhérence des lèvres. Ces tissus couvrent également le clitoris et l'urètre. Le terme « accolement » est utilisé de préférence à « suture » parce que la suture (au moyen d'épines ou de points) n'est que l'un des moyens de créer l'adhérence entre les lèvres. Parmi les autres techniques fréquentes figure le fait d'attacher les jambes ensemble ou d'utiliser des pâtes à base de végétaux.

De nouvelles études ont permis de constater des variations significatives dans les mutilations de type III, en particulier une différence majeure entre l'infibulation des petites lèvres et celle des grandes lèvres (Satti et al., 2006). Pour les travaux de recherche sur certaines complications sanitaires et pour recueillir des informations sur les tendances dans l'évolution de la pratique, il peut être important d'établir une distinction entre ces deux types d'infibulation (Almroth et al., 2005b ; Elmusharaf et al., 2006a). L'infibulation des petites lèvres peut inclure ce qui est décrit dans certains pays comme une « fermeture ». Comme il a été

mentionné dans les observations concernant les mutilations de type II, il peut s'agir d'une adhérence accidentelle résultant d'une intervention censée être une intervention de type II. Dans de nombreuses mutilations de type III, aucun tissu clitoridien n'est enlevé (Nour et al., 2006).

La **réinfibulation** entre dans le cadre de cette définition. Il s'agit d'une intervention visant à recréer une infibulation, généralement après un accouchement au cours duquel la désinfibulation a été nécessaire. L'ampleur de cette nouvelle fermeture est variable. Si la réinfibulation est pratiquée afin de recréer une apparence « virgine », il est souvent nécessaire non seulement de refermer ce qui a été ouvert, mais aussi d'effectuer de nouvelles incisions afin de créer de nouvelles membranes à vif qui permettront une fermeture plus importante. Des études récentes ont également montré que, dans certains cas, des femmes qui n'avaient pas fait l'objet d'une infibulation avant l'accouchement subissaient des sutures qui réduisaient leurs orifices vaginaux après l'accouchement (Almroth-Berggren et al., 2001 ; Berggren et al., 2004). Les directives de l'OMS recommandent une désinfibulation permanente, comprenant une suture des membranes à vif séparément afin d'assurer une ouverture permanente et d'empêcher la formation de l'adhérence afin d'éviter les futures complications associées à l'infibulation (OMS, 2001a, b).

Observations concernant les modifications apportées à la définition de 1995 des mutilations de type IV

Les mutilations de type IV constituent une catégorie qui englobe toutes les autres interventions nocives ou potentiellement nocives, qui sont pratiquées sur

les organes génitaux des filles et des femmes. Par conséquent, la typologie modifiée commence par la définition au sens large. Les différentes pratiques énumérées sont des exemples et la liste peut être raccourcie ou allongée en fonction de l'évolution des connaissances.

Les raisons, le contexte, les conséquences et les risques des différentes pratiques incluses dans les mutilations de type IV varient énormément. Étant donné que ces pratiques sont généralement moins connues et moins étudiées que les mutilations de types I, II et III, on trouvera ci-après des précisions sur ces pratiques découlant des données de fait disponibles.

Ponction, percement, incision et scarification

Les ponctions, percements et incisions peuvent être définis comme des interventions au cours desquelles la peau est percée avec un objet tranchant ; il peut y avoir des saignements, mais aucun tissu n'est enlevé. Les ponctions ont été décrites dans certains pays soit comme une forme traditionnelle de mutilation sexuelle féminine (Budiharsana, 2004) soit comme une intervention de substitution à des formes plus graves de mutilation sexuelle féminine (Yoder et al., 2001 ; Njue et Askew, 2004). Il a été établi que l'incision était une intervention pratiquée sur les organes génitaux des jeunes filles et des fillettes (Budiharsana, 2004), tout comme la scarification (Newland, 2006).

La question de savoir si les ponctions devaient être incluses dans la typologie et définies comme un type de mutilation sexuelle féminine a donné lieu à de longues discussions. Certains chercheurs considèrent qu'elles doivent être retirées de la typologie, à la fois parce qu'il est difficile de prouver leur existence s'il n'y a pas de modification

anatomique et parce qu'elles sont considérées comme nettement moins nocives que d'autres formes de mutilation (Obiora, 1997 ; Shweder, 2003 ; Catania et Hussen, 2005). L'introduction des ponctions a même parfois été suggérée en remplacement d'interventions plus invasives, comme une forme de solution de moindre mal (Shweder, 2003 ; Catania et Hussen, 2005). D'autres chercheurs avancent qu'elles doivent être maintenues dans la classification, soit pour permettre de recueillir des informations sur les évolutions à partir d'interventions plus graves, soit pour s'assurer qu'elles ne peuvent être utilisées pour « couvrir » des interventions plus importantes, étant donné qu'il existe de fortes présomptions selon lesquelles les ponctions décrites comme une solution de remplacement impliquent fréquemment un changement dans la terminologie plutôt qu'un changement dans la pratique effective de l'excision (OMS, Somalie, 2002). Lorsque les femmes qui disent avoir subi des « ponctions » ont été examinées médicalement, il a été constaté qu'elles avaient subi une large gamme d'interventions, allant des mutilations de type I aux mutilations de type III. Par conséquent, le terme peut être utilisé pour légitimer ou masquer des interventions plus invasives (OMS, Somalie, 2002 ; Elmusharaf et al., 2006a). Du fait de ces préoccupations, les ponctions sont considérées comme appartenant aux mutilations de type IV.

Étirement

L'étirement ou l'élongation du clitoris et/ou des petites lèvres, souvent appelé « élongation », a été constaté dans certaines régions, en particulier en Afrique du Sud. Généralement, il est montré aux filles prépubères comment étirer leurs lèvres en utilisant des produits tels que des huiles ou des herbes, au cours d'une période de plusieurs mois. Certaines femmes pratiquent également l'élongation après avoir accouché. Les lèvres





étirées sont considérées comme une enveloppe pour le vagin et censées améliorer à la fois le plaisir sexuel féminin et masculin. Il a été démontré que l'étirement causait des douleurs et des lacérations, mais aucune conséquence à long terme n'a été établie. La pratique a été constatée principalement dans des sociétés où les femmes jouissent d'un statut social relativement élevé, essentiellement dans des sociétés matrilineaires. L'étirement des lèvres peut être défini comme une forme de mutilation sexuelle féminine du fait qu'il obéit à une convention sociale et qu'il existe en conséquence une pression sociale exercée sur les jeunes filles afin qu'elles modifient leurs organes génitaux, et du fait qu'il aboutit à des altérations permanentes des organes génitaux (Mwenda, 2006 ; Tamale, 2006 : Bagnol et Esmeralda, sous presse).

Cautérisation

La cautérisation est définie ici comme la destruction de tissus par leur brûlure au moyen d'un fer chaud. Cette pratique a été décrite comme un remède contre plusieurs problèmes de santé, y compris les saignements, les abcès, les plaies, les ulcères et les blessures, ou comme un remède utilisé à des fins de « contre-irritation », c'est-à-dire pour causer des douleurs ou des irritations dans une partie du corps afin de soulager la douleur ou l'inflammation d'une autre partie du corps. Le terme de « cautérisation » est conservé, mais les précisions sont retirées afin que la description soit plus générale, étant donné que l'on dispose de peu de données sur cette pratique.

Incision des organes génitaux externes

Dans la formulation originale, il était fait référence aux incisions « gishiri » et aux scarifications « angurya » : il s'agit de termes locaux utilisés dans certaines régions du Nigéria. Les incisions « gishiri

» sont généralement pratiquées dans la cloison vaginale en cas de dystocie (Tahzib, 1983). La pratique peut entraîner de graves risques pour la santé, dont des risques de fistule, de saignement et de douleur. Elle diffère de la plupart des types de mutilations sexuelles féminines, étant donné qu'elle n'est pas effectuée de façon régulière sur les jeunes filles, mais qu'il s'agit plutôt d'une pratique traditionnelle lors de l'accouchement. Les scarifications « angurya » sont une forme de chirurgie traditionnelle ou de grattage visant à retirer l'hymen et les autres tissus entourant l'orifice vaginal. Aucune étude n'a été trouvée sur la prévalence ou les conséquences de cette pratique. Dans la définition modifiée, la référence à ces termes et pratiques très localisés a été retirée et une description plus générale a été choisie afin d'englober diverses interventions.

Introduction de substances nocives

Un certain nombre de pratiques de ce type ont été constatées dans plusieurs pays, les raisons les justifiant et les risques potentiels pour la santé étant très variés. Généralement, elles sont pratiquées de manière régulière par les femmes adultes sur elles-mêmes afin de nettoyer leur vagin avant ou après les rapports sexuels, ou de resserrer et de renforcer leur vagin afin d'augmenter leur propre plaisir sexuel ou celui de leur partenaire. Les conséquences et les risques pour la santé dépendent des substances utilisées, ainsi que de la fréquence et des aspects techniques des pratiques (McClelland et al., 2006 ; Bagnol et Esmeralda, sous presse). L'introduction de substances nocives peut être définie comme une forme de mutilation sexuelle, en particulier lorsqu'elle s'accompagne de risques pour la santé et qu'elle résulte de pressions sociales importantes.

Autres considérations

La définition des mutilations de type IV soulève un certain nombre de questions restées sans réponse. Les mutilations des types I à III, au cours desquelles les tissus des organes génitaux sont généralement enlevés sur des mineures, constituent clairement une violation de plusieurs des droits humains et sont visées par la plupart des législations sur la violence, les violences physiques et les violences à l'encontre des enfants. Il n'est pas toujours facile toutefois de savoir quelles sont les interventions nocives affectant les organes génitaux qui doivent être définies comme des mutilations de type IV. Généralement, les organes génitaux féminins naturels, lorsqu'ils ne sont pas affectés par une maladie, ne requièrent ni intervention chirurgicale ni manipulation. Les principes directeurs pour considérer les pratiques génitales comme des mutilations sexuelles féminines doivent être les principes des droits humains, y compris le droit à la santé, les droits des enfants et le droit à la non-discrimination pour

des raisons liées au sexe. Certaines pratiques, telles que la chirurgie cosmétique génitale et la réparation de l'hymen, qui sont légalement acceptées dans de nombreux pays et ne sont généralement pas considérées comme des mutilations sexuelles féminines, entrent de fait dans le cadre des définitions utilisées ici. Toutefois, on a considéré qu'il était important de conserver une définition large des mutilations sexuelles féminines afin d'éviter les échappatoires qui pourraient permettre à la pratique de perdurer. L'absence de précision concernant les mutilations de type IV ne doit pas infléchir le besoin urgent d'éliminer les types de mutilations sexuelles féminines qui sont les plus importantes et les plus largement connues – les types I à III – et qui ont été pratiquées sur 100 à 140 millions de filles et de femmes et risquent d'être à nouveau pratiquées sur plus de trois millions de filles chaque année.



Annexe 3 : Pays où les mutilations sexuelles féminines ont été constatées



On trouvera ci-après la liste des pays dans lesquels des mutilations sexuelles féminines de types I, II, III et des mutilations sexuelles de type IV (« entailles ») ont été constatées en tant que pratique traditionnelle. Pour les pays sans astérisque, l'estimation de la

prévalence découle des données issues des enquêtes nationales (Enquêtes sur la démographie et la santé – DHS) publiées par Macro ou des Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) publiées par l'UNICEF.

Pays	Année	Prévalence estimée des mutilations sexuelles féminines chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans (%)
Benin	2001	16,8
Burkina Faso	2005	72,5
Cameroun	2004	1,4
Côte d'Ivoire	2005	41,7
Djibouti	2006	93,1
Egypte	2005	95,8
Erythrée	2002	88,7
Ethiopie	2005	74,3
Gambie	2005	78,3
Ghana	2005	3,8
Guinée	2005	95,6
Guinée-Bissau	2005	44,5
Kenya	2003	32,2
Libéria*		45,0
Mali	2001	91,6
Mauritanie	2001	71,3
Niger	2006	2,2
Nigéria	2003	19,0
Ouganda	2006	0,6
République centrafricaine	2005	25,7
République-Unie de Tanzanie	2004	14,6
Senégal	2005	28,2
Sierra Leone	2005	94,0
Somalie	2005	97,9
Soudan, nord (environ 80 % de la population totale faisant l'objet de l'étude)	2000	90,0
Tchad	2004	44,9
Togo	2005	5,8
Yemen	1997	22,6

* Les estimations découlent de diverses études menées au niveau local et au niveau sous-national (Yoder et Khan, 2007).

Dans d'autres pays, des études ont permis de faire état de mutilations sexuelles féminines, mais aucune estimation n'a été faite au niveau national. Ces pays sont les suivants :

- Inde (Ghadially, 1992)
- Indonésie (Budiharsana, 2004)
- Iraq (Strobel et Van der Osten-Sacken, 2006)
- Israël (Asali et al., 1995)
- Malaisie (Isa et al., 1999)
- Emirats arabes unis (Kvello et Sayed, 2002)

Il existe aussi des données ponctuelles concernant des mutilations sexuelles féminines dans plusieurs autres pays, notamment la Colombie, Oman, le Pérou, la République démocratique du Congo et Sri Lanka. Les pays dans lesquels les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées uniquement par des populations migrantes ne figurent pas dans les listes ci-dessus.



Annexe 4 : Instruments juridiques internationaux et régionaux sur les droits de l'homme et textes ayant fait l'objet d'un consensus offrant une protection et prévoyant des mesures de sauvegarde contre les mutilations sexuelles féminines



Instruments juridiques internationaux

- Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée le 10 décembre 1948. Résolution 217 de l'Assemblée générale. UN Doc. A/810.
- Convention relative au statut des réfugiés, adoptée le 28 juillet 1951 (entrée en vigueur : le 22 avril 1954).
- Protocole relatif au statut des réfugiés, adopté le 31 janvier 1967 (entrée en vigueur : le 4 octobre 1967).
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté le 16 décembre 1966 (entrée en vigueur : le 23 mars 1976).
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté le 16 décembre 1966 (entrée en vigueur : le 3 janvier 1976).
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979 (entrée en vigueur : le 3 septembre 1981).
- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée et ouverte à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 39/46 du 10 décembre 1984 (entrée en vigueur : le 26 juin 1987).
- Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989. Résolution 44/25 de l'Assemblée générale. 44 UN GAOR Supp. N° 49, UN Doc. A/44/49 (entrée en vigueur : le 2 septembre 1990).
- Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale N° 14, 1990, L'excision ; recommandation générale N° 19, 1992, Violence à l'égard des

femmes ; et recommandation générale N° 24, 1999, Les femmes et la santé.

- Comité des droits de l'homme. Observation générale N° 20, 1992. Interdiction de la torture et des traitements cruels.
- Comité des droits de l'homme. Observation générale N° 28, 2000. Égalité des droits entre hommes et femmes. CCPR/C/21/rev.1/Add.10.
- Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale N° 14, 2000. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. UN Doc. E/C.12/2000/4.
- Comité des droits de l'enfant. Observation générale N° 4, 2003. La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant. CRC/GC/2003/4.

Instruments juridiques régionaux

- Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, adoptée le 4 novembre 1950 (entrée en vigueur : le 3 septembre 1953).
- Convention américaine relative aux droits de l'homme (entrée en vigueur : le 18 juillet 1978).
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul), adoptée le 27 juin 1981. Organisation de l'Unité africaine. Doc. CAB/LEG/67/3/Rev.5 (1981), 21 I.L.M. 58 (1982) (entrée en vigueur : le 21 octobre 1986).
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée le 11 juillet 1990. Organisation de l'Unité africaine. Doc. CAB/LEG/24.9/49 (entrée en vigueur : le 29 novembre 1999).
- Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, adopté le 11 juillet 2003, Assemblée de l'Union africaine (entrée en vigueur : le 25 novembre 2005).

Textes ayant fait l'objet d'un consensus

- Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, UN Doc. A/RES/48/104 (1993).
- Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Déclaration et Programme d'action de Vienne, juin 1993. UN Doc. DPI/1394-39399 (août 1993).
- Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, Egypte, 5–13 septembre 1994. UN Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).
- Déclaration de Beijing et plate-forme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, Chine, 4–15 septembre 1995. UN Doc. A/CONF.177/20.
- Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle, adoptée le 2 novembre 2001.
- Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles, adoptée en octobre 2005 (entrée en vigueur : en mars 2007).
- Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC), Commission de la Condition de la Femme. Résolution : « Mettre fin à la mutilation génitale féminine ». Mars 2007. E/CN.6/2007/L.3/Rev.1.



Annexe 5 : Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines



Lorsque les données disponibles le permettent, les différences liées au type de mutilation sont précisées. D'une manière générale, les risques augmentent de manière proportionnelle à la gravité de l'intervention. Étant donné que l'on dispose de peu de données relatives aux différentes pratiques incluses dans les mutilations sexuelles féminines de type IV, les informations concernant ces formes de mutilations ne sont pas mentionnées.

Risques immédiats de complications sanitaires résultant des mutilations de types I, II et III

Douleurs intenses : Le fait de couper les terminaisons nerveuses et des tissus sensibles des organes génitaux cause des douleurs extrêmes. On a rarement recours à une anesthésie correcte et, lorsque c'est le cas, elle n'est pas toujours efficace. La période de cicatrisation est aussi douloureuse. Les mutilations sexuelles féminines de type III représentent une intervention plus importante qui dure plus longtemps (15 à 20 minutes), et de ce fait l'intensité et la durée de la douleur sont plus importantes. La période de cicatrisation est d'autant plus longue et difficile.¹

Le **choc** peut être causé par la douleur et/ou par l'hémorragie.²

Des **saignements excessifs** (hémorragie) et des chocs septiques ont été constatés.³

1. Types I et II : El-Defrawi et al., 2001 ; Dare et al., 2004 ; Malmström, 2007. Type III : Boddy, 1989 ; Dirie et Lindmark, 1992 ; Chalmers et Hashi, 2000 ; Gruenbaum, 2001 ; Johansen, 2002

2. Types I et II : Egwuatu et Agugua, 1981 ; Agugua et Egwuatu, 1982. Type III : Dirie et Lindmark, 1992 ; Almroth et al., 2005a.

3. Dirie et Lindmark, 1992 ; Jones et al., 1999 ; Chalmers et Hashi, 2000 ; Dare et al., 2004 ; Yoder et al., 2004

Des **difficultés pour uriner**, et également pour déféquer, peuvent se produire du fait du gonflement, des oedèmes et de la douleur.⁴

Les **infections** peuvent se répandre après l'utilisation d'instruments contaminés (par exemple l'utilisation des mêmes instruments pour de multiples opérations de mutilation) et au cours de la période de cicatrisation.⁵

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :

L'utilisation du même instrument chirurgical sans stérilisation est susceptible d'accroître le risque de transmission du VIH entre les filles qui subissent ensemble les mutilations sexuelles féminines.⁶ Dans une étude, une association indirecte a été constatée,⁷ mais aucune donnée ne permet d'établir une association directe,⁸ peut être du fait de la rareté des excisions collectives avec le même instrument, et de la faible prévalence du VIH parmi les filles à l'âge auquel l'intervention est pratiquée.

La **mort** peut être causée par les hémorragies ou les infections, y compris par le tétanos et le choc.⁹

Conséquences psychologiques : La douleur, le choc et l'utilisation de la force physique par celles qui pratiquent l'intervention sont mentionnés comme des raisons pour lesquelles de nombreuses femmes décrivent les mutilations sexuelles féminines comme un traumatisme.¹⁰

4. Types I et II : El-Defrawi et al., 2001 ; Dare et al., 2004 ; Yoder et al., 2004. Type III : Dirie et Lindmark, 1992 ; Chalmers et Hashi, 2000 ; Yoder et al., 2004 ; Almroth et al., 2005a

5. Dirie et Lindmark, 1992 ; Chalmers et Hashi, 2000 ; Almroth et al., 2005a,b

6. Klouman et al., 2005 ; Morison et al., 2001

7. Yount et Abraham, 2007

8. Morison et al., 2001 ; Okonofua et al., 2002 ; Klouman et al., 2005

9. Mohamud, 1991

10. Boddy, 1989 ; Johansen, 2002 ; Talle, 2007 ; Behrendt et Moritz, 2005 ; Malmström, 2007

Accolement non voulu des lèvres : Plusieurs études ont montré que, dans certains cas, ce qui devait être une mutilation sexuelle féminine de type II peut, du fait de l'adhérence des lèvres, aboutir à une mutilation sexuelle féminine de type III.¹¹

Les **mutilations sexuelles féminines répétées** semblent être relativement fréquentes dans les cas de mutilations sexuelles féminines de type III, généralement du fait de l'échec de la cicatrisation.¹²

Risques sanitaires à long terme résultant des mutilations de types I, II et III (pouvant survenir à tout moment)

Douleurs : Les douleurs chroniques peuvent être dues à l'emprisonnement ou à l'absence de protection des terminaisons nerveuses.¹³

Infections : Des kystes dermoïdes, des abcès et des ulcères génitaux peuvent se développer, avec une perte de tissus superficielle.¹⁴ Des infections pelviennes chroniques peuvent être à l'origine de douleurs dorsales et pelviennes chroniques.¹⁵ Les infections de l'appareil urinaire peuvent remonter jusqu'aux reins, aboutir à une insuffisance rénale, à la septicémie et à la mort. Un risque accru d'infections répétées de l'appareil urinaire a été largement mis en évidence à la fois chez les filles et chez les femmes adultes.¹⁶

11. Egwuatu et Agugua, 1981; Agugua et Egwuatu, 1982; Dare et al., 2004; Behrent, 2005

12. Dirie et Lindmark, 1992; Chalmers et Hashi, 2000; Johansen, 2006b

13. Akotionga et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Fernandez-Aguilaret et Noel, 2003

14. Egwuatu et Agugua 1981; Dirie et Lindmark, 1992; Chalmers et Hashi, 2000; Rouzi et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Thabet et Thabet, 2003

15. Rushwan, 1980; Klouman et al., 2005

16. Ismail, 1999; Knight et al., 1999; Almroth et al., 2005a

Chéloïde : Un excès de tissus cicatriciels peut se former à l'endroit de l'excision.¹⁷

Infections de l'appareil reproducteur et infections sexuellement transmissibles : Une fréquence accrue de certaines infections génitales, y compris des vaginoses bactériennes, a été mise en évidence.¹⁸ Certaines études ont fait état d'un risque accru d'herpès génital, mais aucune association n'a été constatée avec d'autres infections sexuellement transmissibles.¹⁹

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :

L'augmentation du risque de saignements au cours des rapports sexuels, qui est fréquente lorsque la désinfibulation est nécessaire (type III), peut accroître le risque de transmission du VIH. La prévalence accrue de l'herpès chez les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines peut également accroître le risque d'infection par le VIH, étant donné que l'herpès génital est un facteur de risque dans la transmission du VIH.

Qualité de la vie sexuelle : L'ablation de tissus génitaux extrêmement sensibles ou les dommages subis par ceux-ci, en particulier le clitoris, peuvent avoir une incidence sur la sensibilité sexuelle et aboutir à des problèmes sexuels tels qu'une diminution du plaisir sexuel et des douleurs au cours des rapports. La formation de cicatrices, la douleur et les souvenirs traumatisants associés à l'intervention peuvent également entraîner ce type de problèmes.²⁰

Complications à la naissance : L'incidence des accouchements par césarienne et des hémorragies

17. Jones et al., 1999; Okonofua et al., 2002

18. Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005; Elmusharaf et al., 2006b

19. Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005; Elmusharaf et al., 2006b

20. Knight et al., 1999; Thabet et Thabet, 2003; El-Defrawi et al., 2001; Elnashar et Abdelhady, 2007; Johansen, 2007





du post-partum est nettement plus élevée, ainsi que la fréquence des déchirures périnéales et du recours aux épisiotomies. Le risque augmente avec l'ampleur de la mutilation sexuelle féminine.²¹ Les fistules obstétricales sont une complication du travail prolongé et de la dystocie, et peuvent donc être une conséquence secondaire des complications obstétricales dues aux mutilations sexuelles féminines.²² Des études analysant le rapport éventuel entre les mutilations sexuelles féminines et les fistules obstétricales sont en cours.

Danger pour le nouveau-né : Des taux de décès plus élevés, ainsi que des résultats de l'indice d'Apgar inférieurs ont été constatés, le danger croissant avec la gravité de la mutilation sexuelle féminine.²³

Conséquences psychologiques : Certaines études ont démontré une plus grande probabilité de crainte des rapports sexuels, d'état de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression et de pertes de mémoire.²⁴ Il est possible que la signification culturelle que revêt la pratique n'offre aucune protection contre les complications psychologiques.²⁵

Risques supplémentaires de complications résultant des mutilations de type III

Chirurgie ultérieure : Les infibulations doivent être ouvertes (déinfibulation) plus tard au cours de la vie de la jeune fille pour permettre la pénétration pendant les rapports sexuels

et pour l'accouchement. Dans certains pays, il est fréquent que la déinfibulation soit suivie d'une réinfibulation, qui nécessitera par conséquent une nouvelle déinfibulation ultérieurement. Il est attesté que la réinfibulation est également pratiquée à d'autres occasions.²⁶

Problèmes urinaires et problèmes menstruels :

La fermeture quasi complète du vagin et de l'urètre²⁷ peut entraîner un ralentissement de la menstruation et de la miction ainsi que des douleurs lors de celles-ci. Un hémato-colpos peut nécessiter une intervention chirurgicale.²⁸ L'incontinence urinaire est fréquente chez des femmes ayant subi une infibulation, et est probablement due à la fois aux difficultés éprouvées pour vider la vessie et à la stagnation de l'urine sous le capuchon formé par les tissus cicatriciels.²⁹

Rapports sexuels douloureux : Étant donné que l'infibulation doit être ouverte soit par voie chirurgicale soit lors de la pénétration pendant les rapports sexuels, ceux-ci sont fréquemment douloureux au cours des premières semaines après le premier rapport sexuel.³⁰ Le partenaire masculin peut également ressentir des douleurs et subir des complications.³¹

Infertilité : Le rapport entre les mutilations sexuelles féminines et l'infertilité est essentiellement dû à l'ablation des grandes lèvres, les données disponibles montrant que plus la quantité de tissu retirée est importante, plus le risque d'infection est élevé.³²

21. Vangen et al., 2002; Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, 2006

22. Tahzib, 1983; Rushwan, 2000

23. Vangen et al., 2002; Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, 2006

24. Whitehorn, 2002; Behrendt et Moritz, 2005; Lockhat, 2006

25. Behrendt et Moritz, 2005; Lockhat, 2006; Nour et al., 2006; Elnashar et Abdelhady, 2007

26. Berggren, 2004, 2006; Nour et al., 2006

27. Akotonga et al., 2001; Knight et al., 1999; Almroth et al., 2005a; Nour et al., 2006

28. Dirie et Lindmark, 1992

29. Egwautu et Agugua, 1981; Agugua et Egwautu, 1982; Dirie et Lindmark, 1992; Ismail, 1999; Chalmers et Hashi, 2000; Njue et Askew, 2004

30. Talle, 1993; Akotonga et al., 2001; Gruenbaum, 2006; Nour et al., 2006

31. Dirie et Lindmark, 1992; Almroth et al., 2001

32. Almroth et al., 2005b

Bibliographie

- Abdi MS (2007). *A religious oriented approach to addressing FGM/C among the Somali community of Wajir*. Nairobi, Population Council.
- Abusharaf RM (2001). Virtuous cuts: female genital circumcision in an African ontology. Differences, a *Journal of Feminist Cultural Studies*, 12:112–140.
- Abusharaf R (2005). Smoke bath: renegotiating self and the world in a Sudanese shantytown. *Anthropology and Humanism*, 30:1–21.
- Abusharaf R, ed. (2007). *Female circumcision: multicultural perspectives*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Agugua NE, Egwuatu VE (1982). Female circumcision: management of urinary complications. *Journal of Tropical Pediatrics*, 28:248–252.
- Ahmadu F (2000). Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 283–312.
- Akotianga M, Traore O, Lakonde J, Kone B. (2001). Séquelles génitales externes de l'excision au centre hospitalier national Yalgado Uuedraogo (CHN-YO): épidémiologie et traitement chirurgical. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 29:295–300.
- Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, Al Said SS, Hasan SS, Lithell UB (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social Science and Medicine*, 53:1455–1460.
- Almroth L, Bedri HA, Elmusharaf S, Satti A, Idris T, Hashim MS (2005a). Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*, 9:127–133.
- Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MAA, Elfadil SM (2005b). Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*, 366:385–391.
- Almroth-Berggren V, Almroth L, Bergstrom S, Hassanein OM, Hadi NE, Lithell UB (2001). Reinfibulation among women in a rural area in central Sudan. *Health Care Women International*, 22:711–721.
- Asali A, Khamaysi N, Aburabia Y, Letzer S, Halihal B, Sadovsky M (1995). Ritual female genital surgery among Bedouin in Israel. *Archives of Sexual Behavior*, 24:571–575.
- Askew I (2005). Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital cutting. *Culture, Health and Sexuality*, 7:463–477.
- Assembly of the African Union (2003). *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Adopted by the 2nd Ordinary Session of the Assembly of the Union, Maputo, 11 July 2003. Available at: http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html (accessed on 16 October 2007).
- Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Med*, 2:e298.
- Bagnol B, Esmeralda M. (in press). Closing the vagina through elongation of the labia minora and use of vaginal products to enhance eroticism: Can these practices be considered FGM? *Finnish Journal of Ethnicity and Migration (FJEM)*. www.etmu.fi/fjem.
- Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, 369:643–656.
- Behrendt A (2005). *The practice of excision in Moyamba and Bombali districts of Sierra Leone: perceptions, attitudes and practices*. Dakar, Plan West Africa Regional Office.
- Behrendt A, Moritz S (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162:1000–1002.
- Berggren V, Abdel Salam G, Bergstrom S, Johansson E, Edberg AK (2004). An explorative study of Sudanese midwives' motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. *Midwifery*, 20:299–311.
- Berggren V, Yagoub AE, Satti AM, Khalifa MA, Aziz FA, Bergstrom S (2006). Postpartum tightening operations on two delivering wards in Sudan. *British Journal of Midwifery*, 14:1–4.
- Bjälkander O, Almroth L (2007). *FGM in Sierra Leone: rituals, youth, fistula and local laws*. Paper presented at the 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), Hansaari, Finland, 7–8 September.
- Boddy J (1989). *Wombs and alien spirits: women, men and the zar cult in northern Sudan*. Madison, Wisconsin, University of Wisconsin Press.
- Boddy J (1998). Violence embodied? Female circumcision, gender politics, and cultural aesthetics. In: Dobash RE, Dobash RP, eds. *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Budiarsana M (2004). *Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights*. Jakarta, Population Council.
- Catania L, Hussen AO (2005). *Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*. Rome, Derive Approdi.





- Chalmers B, Hashi KO (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*, 27:227–234.
- Chege JN, Askew I, Liku J (2001). *An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of female genital mutilation in Kenya*. Frontiers in Reproductive Health. Washington DC, Population Council.
- Christoffersen-Deb A (2005). Taming tradition: medicalized female genital practices in western Kenya. *Medical Anthropology Quarterly*, 19:402–418.
- Clarence-Smith WG (2007). *Islam and female genital cutting in Southeast Asia: the weight of the past*. Paper presented at 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), 7–8 October, Hansaari, Finland.
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1990). General Recommendation No. 14 (Ninth session). New York, United Nations Division for the Advancement of Women.
- Convention on the Rights of the Child (1989). General Assembly Resolution 44/25. UN GAOR 44th session, Supp. No. 49. UN Doc. A/44/49.
- Dare FO, Oboro VO, Fadiora SO, Orji EO, Sule-Odu AO, Olabode TO (2004). Female genital mutilation: an analysis of 522 cases in South-Western Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24:281–283.
- Dellenborg L (2004). A reflection on the cultural meanings of female circumcision: experiences from fieldwork in Casamance, southern Senegal. In: Arnfred, S, ed., *Re-thinking sexualities in Africa*. Uppsala, Nordic Africa Institute, 79–98.
- Dembour M (2001). Following the movement of a pendulum: between universalism and relativism. In: Cowan J, Dembour M, Wilson, R, eds. *Culture and rights: anthropological perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press: 56–79.
- Dirie MA, Lindmark G (1992). The risk of medical complications after female circumcision. *East African Medical Journal*, 69:479–482.
- Donor Working Group on Female Genital Mutilation/cutting (2007). *Toward a common framework for the abandonment of FGM/C*. Florence, UNICEF.
- Draege TL (2007). *The role of men in the maintenance and change of female genital cutting in Eritrea*. Thesis, University of Bergen.
- Egwuatu VE, Agugua NE (1981). Complications of female circumcision in Nigerian Igbos. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88:1090–1093.
- El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M (2001). Female genital mutilation and its psychosexual impact. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 27:465–473.
- Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L (2006a). Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *British Medical Journal*, 333(7559):124.
- Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, Almroth L (2006b). A case–control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113:469–474.
- Elnashar RA, Abdelhady R (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 97:238–244.
- Fernandez-Aguilaret S, Noel JC (2003). Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstetrics and Gynecology*, 101:1053–1054.
- GTZ-Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (2005). *Generation dialogue about FGM and HIV/AIDS: method, experiences in the field and impact assessment*. Eschborn.
- Ghadially R (1992). Update on female genital mutilation in India. *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter*, January–March.
- Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 369:657–666.
- Gruenbaum E (2001). *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. Pittsburgh, University of Pennsylvania Press.
- Gruenbaum E (2006). Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Medical Anthropology Quarterly*, 20:121.
- Hayford SH (2005). Conformity and change: community effects on female genital cutting in Kenya. *Journal of Health and Social Behavior*, 46:121–140.
- Herieka E, Dhar J (2003). Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of Khartoum university students towards this practice. *Sexually Transmitted Infections*, 79:220–223.
- Hernlund Y (2000). Cutting without ritual and ritual without cutting: female circumcision and the re-ritualization of initiation in The Gambia. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, change and controversy*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner; 235–252.
- Hernlund Y (2003). *Winnowing culture: negotiating female "circumcision" in the Gambia*. PhD thesis. University of Washington, Seattle.
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics (1994). FIGO General Assembly, Montreal, Canada 1994. London, FIGO—International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- International Covenant on Civil and Political Rights, adopted 16 December 1966 (entry into force, 23 March 1976).



- Irin News (2007). *Guinea-Bissau: Two thousand girls a year suffer genital mutilation*. Available at: www.plusnews.org
- Isa AR, Shuib R, Othman MS (1999). The practice of female circumcision among Muslims in Kelantan, Malaysia. *Reproductive Health Matters*, 7:137–144.
- Ismail NHA. (1999). *Urinary leakage and other complications of female genital mutilation (FGM) among Somali girls in Sweden*. Uppsala, Institutionen för kvinnors och barns hälsa.
- Johansen REB (2002). Pain as a counterpoint to culture: towards an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*, 16:312–340.
- Johansen REB (2006a). Care for infibulated women giving birth in Norway- An anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical Anthropology Quarterly*, 20:516–44.
- Johansen REB (2006b). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of female genital cutting among Somalis in Norwegian exile, and their health care providers*. Dissertation. University of Oslo, Faculty of medicine.
- Johansen REB (2007). Experiencing sex in exile—can genitals change their gender? In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 248–277.
- Johnson M (2007). Making mandinga or making Muslims? Debating female circumcision, ethnicity, and Islam in Guinea-Bissau and Portugal. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 202–223.
- Jones H, Diop N, Askew I, Kaboré I (1999). Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning*, 30:219–230.
- Klouman E, Manongi R, Klepp KI (2005). Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. *Tropical Medicine and International Health*, 10:105–115.
- Knight R, Hotchin A, Bayly C, Grover S (1999). Female genital mutilation—experience of The Royal Women's Hospital, Melbourne. *Australia New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39:50–54.
- Kvello A, Sayed L (2002). *Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater—er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner?* (Concerning female circumcision in the United Arab Emirates: Is clitoridectomy in a traditional context an assault against women?) Thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Leonard L (2000). Adopting female "circumcision" in southern Chad: the experience of Myabe. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner, 167–192.
- Lockhat H (2006). *Female genital mutilation: treating the tears*. London Middlesex University Press.
- Mackie G (2000). Female genital cutting: the beginning of the end. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 253–282.
- Malmström M (2007). *Bearing the pain as a woman or becoming ruined for life? Changing views of the meaning and morality of pain and suffering among the popular classes of Cairo*. Paper presented at 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), Hansaari, Finland 7–8 September 2007.
- McCaffrey M (1995). Female genital mutilation: consequences for reproductive and sexual health. *Sexual and Marital Therapy*, 10:189–200.
- McClelland RS, Lavreys L, Hassan W, Mandaliya K, Ndinya-Achola J, Baeten JM (2006). Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study. *AIDS*, 20:269–273.
- Mohamud OA (1991). Female circumcision and child mortality in urban Somalia. *Genus*, 47:203–223.
- Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, Walraven G (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 6:643–653.
- Msuya SE, Mbizvo E, Hussain A, Sundby J, Sam NE, Stray-Pedersen B (2002). Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes? *Tropical Medicine and International Health*, 7:159–165.
- Mwenda KK (2006). Labia elongation under African customary law: a violation of women's rights? *International Journal of Human Rights*, 10:341–357.
- Ndiaye S, Diop NJ, Yoder PS (in press). *Évaluation à long terme du programme de Tostan au Sénégal: Régions de Kolda, Thiès et Fatick*. Calverton, Macro International Inc.
- Newland L (2006). Female circumcision: Muslim identities and zero tolerance policies in rural West Java. *Women's Studies International Forum*, 29:394–404.
- Njue C, Askew I (2004). *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*. Washington DC, Population Council Frontiers in Reproductive Health.



- Nour NM, Michels KB, Bryant AE (2006). Defibulation to treat female genital cutting. Effect on symptoms and sexual function. *Obstetrics and Gynecology*, 108:55–60.
- Nypan A (1991). Revival of female circumcision: a case of neo-traditionalism. In: Stolen KA, Vaa M, eds. *Gender and change in developing countries*. Oslo, Norwegian University Press: 39–65.
- Obermeyer CM (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health and Sexuality*, 7:443–461.
- Obiora LA (1997). Bridges and barricades: rethinking polemics and intransigence in the campaign against female circumcision [electronic version]. *Western Reserve Law Review*, 47:275–379.
- Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slanger TE (2002). The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109:1089–1096.
- Population Reference Bureau (2001). *Abandoning female genital cutting: prevalence, attitudes, and efforts to end the practice*. Washington DC.
- Population Reference Bureau (2006). *Abandoning female genital mutilation/cutting: an in-depth look at promising practices*. Washington DC, Population Reference Bureau.
- Rouzi AA, Sindi O, Bandar Radhan F, Ba'aqeel H (2001). Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185:569–571.
- Rushwan H (1980). Etiologic factors in pelvic inflammatory disease in Sudanese women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 138:877–879.
- Rushwan H (2000). Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 70:99–104.
- Satti A, Elmusharaf S, Bedri HA, Idris T, Hashim MSK, Suliman GI, Almroth I (2006). Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan. *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health*, 26:303–310.
- Shell-Duncan B (2001). The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Sciences and Medicine*, 52:1013–1028.
- Shell-Duncan B, Hernlund Y (2006). Are there "stages of change" in the practice of female genital cutting? Qualitative research findings from Senegal and The Gambia. *African Journal of Reproductive Health*, 10:57–71.
- Shweder RA (2003). What about female genital mutilation and why understanding culture matters in the first place. In: Shweder R, Minow M, Markus HR, eds. *Engaging cultural differences: the multicultural challenge in liberal democracies*. New York, Russell Sage Foundation: 216–251.
- Snow RC, Slanger TE, Okonofua F, Oronsaye F, Wacker J (2002). Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline. *Tropical Medicine and International Health*, 7:91–100.
- Strobel S, von der Osten-Sacken T (2006). *Female genital mutilation in Iraqi Kurdistan*. Presented at the 1ère Journée Humanitaire sur la Santé des Femmes dans le Monde, Paris, France. Gynécologie sans Frontières http://www.wadinet.de/news/dokus/fgm-conference_1ere_journee_humanitaire-en.htm.
- Talle A (1993). Transforming women into "pure" agnates: aspects of female infibulation in Somalia. In: Broch-Due V, Rudie I, Bleie T, eds. *Carved flesh, cast selves: gender symbols and social practices*. Oxford, Berg: 83–106.
- Talle A (2007). Female circumcision in Africa and beyond: the anthropology of a difficult issue. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 91–106.
- Tamale S (2006). Eroticism, sensuality and "women's secrets" among the Baganda. *Institute of Development Studies Bulletin*, 37:89–97.
- Tahzib F (1983). Epidemiological determinants of vesico-vaginal fistulas. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 90:387–391.
- Thabet SM, Thabet AS (2003). Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 29:12–19.
- Thierfelder C, Tanner M, Bodiang CM (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15:86–90.
- Toubia NF, Sharief EH (2003). Female genital mutilation: have we made progress? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82:251–261.
- UNAIDS (2007). *Safe, voluntary, informed male circumcision and comprehensive HIV prevention programming: Guidance for decision-makers on human rights, ethical and legal considerations*. Geneva, UNAIDS.
- UNESCO (2001). *UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity*. Paris, UNESCO.
- UNICEF (2005a). *Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report*. New York, UNICEF.



- UNICEF (2005b). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Innocenti Digest. Florence, UNICEF.
- UNFPA (2005). *Culture matters. Working with communities and faith-based organizations. Case studies from Country programmes*. New York, UNFPA.
- UNFPA (2006). *Guide to working from within: 24 tips for culturally sensitive programming*. New York, UNFPA.
- UNFPA (2007a). *Women's Economic Empowerment: Meeting the Needs of Impoverished Women*. New York, UNFPA.
- UNFPA (2007b). *Engaging faith-Based organizations in HIV prevention: A training manual for programme managers*. New York, UNFPA.
- UNFPA (2007c). *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting*. New York, UNFPA.
- UN General Assembly (2002). Resolution adopted by the General Assembly, 11 October 2002. New York, United Nations.
- Vangen S, Johansen REB, Træen B, Sundby J, Stray-Pedersen B (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 112, 29–35.
- Vangen S, Stoltenberg C, Johansen REB, Sundby J, Stray-Pedersen B (2002). Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica*, 81:317–322.
- Whitehorn J (2002). Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual Relationships and Therapy*, 17:161–170.
- WHO (1996a). *Islamic ruling on male and female circumcision*. Alexandria, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO (1996b). *Female genital mutilation. Report of a WHO technical working group*, Geneva, 17–19 July 1996. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1999). *FGM programmes to date: what works and what doesn't. A review*. Geneva. Report No: WHO/CHS/WMH/99.5.
- WHO (2000a). *Female genital mutilation*. Fact Sheet No 241, June 2000. Geneva, World Health Organization. At: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> (accessed 3 October 2007).
- WHO (2000b). *Female genital mutilation: a handbook for frontline workers*. Geneva. World Health Organization. WHO/FCH/WMH/00.5.
- WHO (2001a). *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery, a teacher's guide*. Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.16.
- WHO (2001b). *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery—a student's manual*. Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.17.
- WHO (2001c). *Female genital mutilation: the prevention and the management of the health complications, policy guidelines for nurses and midwives*. Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.18.
- WHO Somalia (2002). *Female genital cutting in Somalia. Reasons for continuation and strategies for eradication*. Hargeisa, Somalia, World Health Organization.
- WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 367:1835–1841.
- WHO, UNAIDS (2007). *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications*. WHO/UNAIDS Technical Consultation, Montreux, 6–8 March 2007. Conclusions and Recommendations. Geneva, World Health Organization.
- WHO, UNFPA (2006). *Towards the elimination of female genital mutilation: a training manual for the affected countries in the Eastern Mediterranean Region*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO, UNICEF, UNFPA (1997). *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Geneva, World Health Organization.
- World Medical Association (1964). *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Adopted by the 18th World Medical Association General Assembly, in Helsinki, Finland, June 1964, and amended in 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000.
- Yoder PS, Khan S (2007). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. Calverton, Macro International Inc.
- Yoder PS, Mahy M (2001). *Female genital cutting in Guinea: qualitative and quantitative research strategies* (DHS Analytical Studies No 5), Calverton: Macro International Inc.
- Yoder PS, Camar PO, Soumaoro B (1999). *Female genital cutting and coming of age in Guinea*. Calverton, Macro International Inc.
- Yoder PS, Abderrahim N, Zhuzhuni A (2004). *Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis*. Calverton, Macro International Inc.
- Yount KM (2002). Like mother, like daughter? Female genital cutting in Minia, Egypt. *Journal of Health and Social Behaviour*. 43(3):336–358.
- Yount KM, Abraham BK (2007). Female genital cutting and HIV/AIDS among Kenyan women. *Studies in Family Planning*, 30:73–88.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et Recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27

Suisse

Télécopie : +41 22 791 4171

Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductive-health



**Organisation
mondiale de la Santé**