

Population & Sociétés

English
version

Les mutilations génitales féminines dans le monde

Armelle Andro* et Marie Lesclingand**

Dans quelles régions et quels pays du monde les mutilations génitales féminines se pratiquent-elles encore ? Régressent-elles suite aux efforts pour les éradiquer ou se maintiennent-elles au contraire ? S'appuyant sur les enquêtes les plus récentes, Armelle Andro et Marie Lesclingand dressent un état de la situation et des évolutions dans le monde tout en rappelant les conséquences des mutilations génitales féminines sur la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Longtemps considérées comme des pratiques essentiellement africaines, les mutilations génitales féminines (MGF) (encadré 1) touchent, à des degrés divers, tous les continents [1, 2, 3]. Elles ont commencé à reculer, mais lentement et de façon variable selon les pays. L'assemblée générale des Nations unies s'est solennellement prononcée pour leur éradication en décembre 2012, les reconnaissant comme une violation des droits humains et une atteinte grave à la santé des femmes.

Un phénomène mondial

En 2016, l'Unicef estimait qu'au moins 200 millions de filles et de femmes avaient été mutilées dans 30 pays : 27 pays africains, plus le Yémen, l'Irak et l'Indonésie. La répartition géographique de ces filles et de ces femmes est à la fois liée à la prévalence de la pratique (proportion de femmes mutilées) et au poids démographique des pays. Ainsi, la moitié des femmes et fillettes mutilées dans le monde résident dans trois pays seulement : l'Indonésie, l'Éthiopie et l'Égypte, dont les populations comptent respectivement 256 millions, 98 millions et 89 millions d'habitants, et où les taux de prévalence de la pratique sont respectivement estimés à 51 %, 74 % et 92 % [3].

En Afrique, seuls les pays formant une large bande centrale allant de l'ouest à l'est du continent et incluant l'Égypte, sont concernés par les MGF, mais avec des écarts importants de prévalence (carte). La prévalence nationale peut aussi cacher des variations régionales : au Mali par exemple, où elle se situe autour de 90 % à l'échelle nationale en 2012, les trois régions situées dans la partie nord du pays (régions de Tombouctou, Kidal et Gao) sont beaucoup moins concernées (moins de 25 %) alors que dans toute la partie sud les mutilations sont quasi généralisées (plus de 90 %).

La présence dans plusieurs autres régions du monde de femmes et de filles ayant subi une mutilation génitale a été révélée par les enquêtes sociodémographiques menées au cours des deux dernières décennies. Elle s'explique par une meilleure mesure des pratiques, dans des pays où elles étaient mal connues voire totalement occultées jusqu'à présent (certains pays du Proche et du Moyen-Orient, et d'Asie⁽¹⁾).

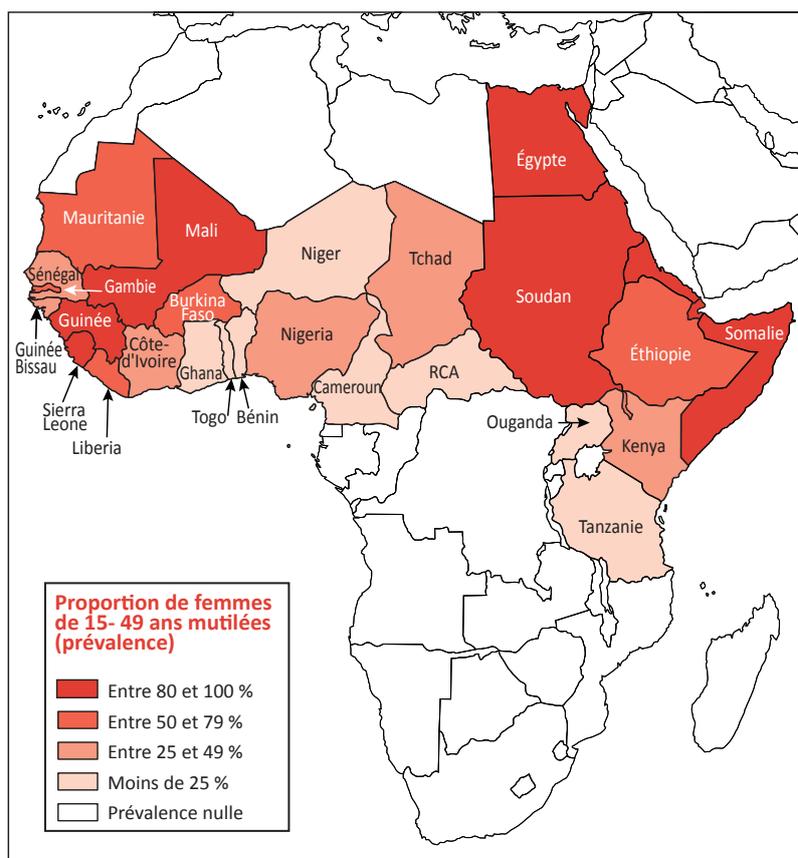
À ces effectifs s'ajoutent celui des filles et femmes originaires de pays à risque et vivant dans des pays d'immigration pour lesquels on ne dispose pas encore d'estimation globale. Mais des études récentes évaluent

* Université Paris 1 Panthéon Sorbonne et Institut national d'études démographiques.

** Université Côte d'Azur, CNRS, IRD, URMIS.

(1) Outre l'Irak, le Yémen et l'Indonésie où les enquêtes nationales révèlent la pratique des mutilations génitales féminines, des études mentionnent leur existence dans d'autres pays au sein de minorités : Oman, Jordanie, Syrie, Émirats Arabes Unis, Arabie saoudite, Malaisie.

Carte. Fréquence des mutilations génitales féminines en Afrique



A. Andro et M. Lesclingand, *Population et Sociétés* n° 543, Ined, avril 2017.

Sources : Enquêtes EDS et MICS les plus récentes..

par exemple à près de 500 000 le nombre de filles et de femmes mutilées ou exposées au risque de mutilation aux États-Unis [4] et à plus de 500 000 le nombre de migrantes concernées en Europe⁽²⁾.

Des pratiques moins fréquentes dans les jeunes générations

Dans tous les pays où des informations sont disponibles à plusieurs dates, les pratiques apparaissent en diminution au fil des générations. Leur baisse semble plus rapide dans les pays où elles sont peu répandues. Dans les pays à forte prévalence, en dépit de la mobilisation gouvernementale et du durcissement de l'arsenal juridique et pénal⁽³⁾, les MGF restent encore une norme sociale très forte. Au Burkina Faso et au Liberia, deux pays où elles restent majoritaires (entre 50 % et 79 % des femmes sont excisées), on observe une diminution régulière au fil des générations : au Liberia, un tiers seulement des femmes de 15-19 ans

(2) Estimation réalisée dans les pays membres de l'Union européenne, ainsi qu'en Norvège et en Suisse, sans prendre en compte les femmes des secondes, voire troisièmes générations [5].

(3) À l'exception du Mali, tous les autres pays où la prévalence est supérieure à 80 % ont adopté des lois interdisant la pratique des MGF, la plupart dans la décennie 2000 [2].

sont mutilées, contre les trois quarts des 45-49 ans. Dans les pays où la pratique ne concerne qu'une minorité de femmes, les baisses sont très nettes comme en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Nigeria et en RCA. Dans ces pays, la pratique tend à être de moins en moins valorisée et une grande majorité de la population ne la reconnaît plus comme une obligation sociale. Enfin, dans les pays d'immigration où la pratique est fortement stigmatisée et pénalisée, les familles concernées sont confrontées à des normes sociales contradictoires, et le risque d'excision y est nettement plus faible que dans les pays d'origine [2].

Partout, les opinions des femmes et des hommes sur la pratique des mutilations évoluent. Dans la plupart des pays étudiés, la proportion des personnes favorables à son maintien recule, y compris dans des pays où la prévalence reste élevée (figure). Chez les Égyptiennes de 15-49 ans par

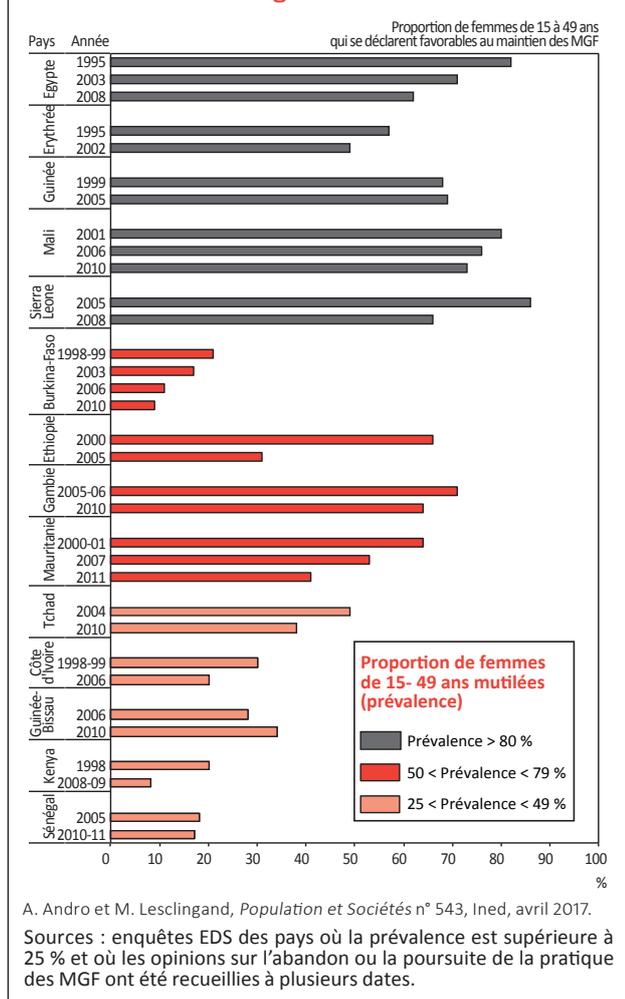
exemple, plus de 8 sur 10 se déclaraient favorables au maintien de la pratique en 1995, contre 6 sur 10 en 2008. En revanche, en Guinée et au Mali, deux pays dans lesquels aucune évolution entre générations n'est encore perceptible, les opinions sont également très stables. Dans la quasi-totalité de ces pays⁽⁴⁾, ces pratiques sont désormais condamnées par la loi mais il reste difficile de se dire opposé aux MGF.

Un risque de mutilation lié à la région d'origine de la famille et à des facteurs sociaux

Le principal facteur du risque de mutilation est le groupe ethnique d'origine, car ces pratiques sont historiquement associées à des rites traditionnels marquant le passage à l'âge adulte qui n'existent pas dans tous les groupes. Le niveau d'instruction, le niveau de vie ou le lieu de résidence sont également déterminants : les femmes ayant été scolarisées sont moins souvent excisées que celles n'ayant jamais été à l'école, et c'est le cas aussi de leurs filles. Le risque de mutilation est moindre en ville où la plus forte

(4) Dans les 30 pays les plus concernés par les MGF, seuls 5 n'ont pas encore adopté de loi interdisant la pratique : le Cameroun, la Gambie, l'Indonésie, le Liberia et le Mali [2].

Figure. Évolution des attitudes vis-à-vis des mutilations génitales féminines



mixité sociale accélère les changements de normes et comportements familiaux. En revanche, il n'existe pas de liens clairs entre MGF et religion, même si les populations de la plupart des pays concernés par ces pratiques sont majoritairement de religion musulmane. Dans la plupart des pays concernés, les communautés de tradition chrétienne, juive et animiste pratiquent aussi l'excision. Les convictions religieuses coexistent avec d'autres systèmes de valeurs pour légitimer les MGF. L'origine – même incertaine – de ces pratiques les fait remonter à l'Égypte antique, c'est-à-dire largement avant l'expansion de l'islam. Inversement, dans de nombreux pays où la religion musulmane est majoritaire (sur le continent africain et ailleurs dans le monde), les MGF ne sont pas pratiquées (c'est par exemple le cas de tous les pays du Maghreb).

Longtemps décrites comme des rites de passage à l'âge adulte, l'excision tend à être pratiquée de plus en plus tôt. Dans la plupart des pays, la majorité des femmes ont été mutilées avant l'âge de 10 ans et dans les générations les plus jeunes, avant l'âge de 5 ans. Depuis plusieurs années, à cette tendance au rajeunissement de la pratique s'ajoute le développement inquiétant de sa médicalisation (encadré 2).

Encadré 1. Les mutilations génitales féminines : définition et conséquences

Les « mutilations génitales féminines/excisions » rassemblent « 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 » [1]. Ces pratiques sont définitivement reconnues par la communauté internationale comme une forme de violation des droits humains et une atteinte grave à la santé des filles et des femmes.

Les différentes formes de mutilations génitales féminines

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 : 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.

Les données sur le type de mutilation subie, d'après la déclaration des femmes enquêtées, sont disponibles pour 22 pays du continent africain. Dans la plupart des pays, la forme de mutilation majoritaire est une excision avec ou sans ablation des tissus. La forme la plus invasive (infibulation) est pratiquée en Afrique de l'Est, notamment en Somalie, à Djibouti et en Érythrée.

Les conséquences des mutilations génitales féminines en matière de santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe les conséquences des mutilations génitales féminines pour la santé des femmes en trois catégories :

- les risques immédiats pour les types I, II et III, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'intervention,
- les risques sanitaires à long terme résultant des mutilations de types I, II et III (pouvant survenir à n'importe quel moment de la vie), comme les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales), les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence,
- les risques supplémentaires de complications résultant des mutilations de type III.

Sources : [1, 6]

Des conséquences importantes sur la santé sexuelle et reproductive

Il est maintenant clairement établi que les mutilations génitales ont des conséquences délétères sur la santé et la sexualité des femmes (encadré 1, tableau clinique des conséquences dressé par l'Organisation mondiale de la santé, OMS). La prévalence des troubles uro-génitaux est plus importante tout au long de la vie. Les états post-traumatiques et les symptômes associés à des états dépressifs et anxieux sont plus fréquents qu'en population générale d'après les études menées auprès des femmes mutilées et ayant migré en Europe. La situation est plus

Encadré 2. La médicalisation des pratiques de MGF

Si dans la majorité des cas, les mutilations continuent à être faites par des exciseuses « traditionnelles », dans plusieurs pays (Égypte, Guinée, Indonésie, Kenya, Nigeria, Soudan du Sud, Yémen), de plus en plus de filles sont excisées par des professionnels de santé en milieu médical qui prétendent réduire les risques sanitaires de l'opération. À l'initiative du Fond des Nations unies pour les activités en matière de population (FNUAP), les organisations internationales ont condamné ce dévoiement des premières campagnes de sensibilisation qui compromettent l'éradication de l'excision.

À ce propos, il faut rappeler que ces pratiques ont aussi existé dans les pays du Nord jusqu'à très récemment à l'encontre de certaines catégories de population dans le cadre de prises en charge médicales. Tout au long du XIX^e siècle (et jusque dans les années 1960 aux États-Unis), des opérations de clitoridectomies ont été pratiquées dans un contexte de répression de formes de sexualité féminine jugées déviantes par le corps médical ou encore actuellement dans le cadre des chirurgies de réassignation des nouveau-nés intersexués. Par ailleurs, on observe aux États-Unis, en Amérique latine, en Asie et en Europe, un développement très récent de pratiques de chirurgie esthétique génitale telle que la nymphoplastie (ablation partielle ou totale des petites lèvres avec réduction éventuelle du capuchon clitoridien).

contrastée pour les complications obstétricales : si elles peuvent être particulièrement graves dans de nombreux pays africains, elles le sont beaucoup moins dans les pays du Nord où la prise en charge des femmes enceintes est plus médicalisée, ce qui diminue significativement les risques obstétricaux. Enfin, plusieurs études ont mis en évidence un lien entre mutilations et certaines dysfonctions sexuelles aussi bien dans les pays d'origine que dans les pays d'immigration. La plupart de ces études portent sur des femmes adultes ; les problèmes de santé que rencontrent les plus jeunes dans l'enfance et au cours de la puberté restent mal connus (ou seulement rétrospectivement). Depuis la fin des années 1990, la prise en charge médicale des conséquences des mutilations génitales féminines s'est peu à peu développée. Plusieurs protocoles chirurgicaux visant à améliorer la situation des femmes concernées ont été évalués et font l'objet de recommandations par l'OMS.

La mondialisation de la circulation des personnes, la révélation de ces pratiques dans certaines régions et la diffusion

de formes médicalisées de MGF en font une question de santé publique et de droits humains à l'échelle mondiale. De nouvelles connaissances sur les dynamiques sociales et familiales d'abandon, de perpétuation ou de transformation de ces pratiques et sur le vécu des femmes concernées sont indispensables pour leur permettre de mieux faire entendre leur point de vue sur les modalités de la lutte contre cette violence de genre. L'éradication des MGF doit rester une exigence sans cesse rappelée par les organisations internationales et un discours relayé par les pouvoirs publics et les associations.

Références

- [1] UNICEF, 2013, « Mutilations génitales féminines/ excision. Bilan statistique et examen des dynamiques de changement », 194 p.
- [2] Armelle ANDRO et Marie LESCLINGAND, 2016, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », *Population*, 71(2), p. 223-311.
- [3] UNICEF, 2016, « Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern », New York, Unicef, 6 p.
- [4] Population Reference Bureau, 2013, « Women and Girls at Risk of Female Genital Mutilation/Cutting in the United States », <http://www.prb.org/Publications/Articles/2015/us-fgmc.aspx>
- [5] Luk VAN BAELEN, Livia ORTENSINI, Els LEYE, 2016, « Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), p. 474-482.
- [6] OMS, 2008, « Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration inter-institutions », 51 p.

Résumé

En 2016, l'Unicef estimait qu'au moins 200 millions de filles et de femmes avaient subi des mutilations génitales dans 30 pays : 27 pays africains, plus le Yémen, l'Irak et l'Indonésie. Les courants migratoires ont étendu la pratique de l'excision à d'autres continents. L'excision recule dans les pays où elle est moins répandue. Aucun changement, en revanche, n'est sensible dans les pays où elle est très fréquente, même si la proportion des personnes favorables à son maintien tend à diminuer. Sous prétexte de réduire les risques sanitaires de l'opération, certaines professions de santé la pratiquent à leur tour : une déviation fermement condamnée par l'OMS et les organisations internationales.

Mots-clés

Mutilations génitales féminines, excision, rapports de genre, santé de la reproduction, sexualité, religion, Afrique.