

DEVELOPPEMENT ET  
**santé**

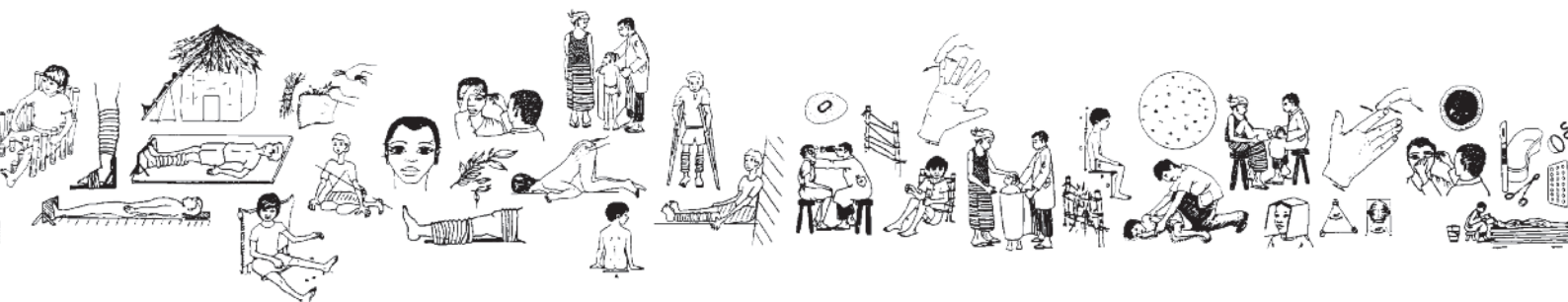
publication  
internationale  
de perfectionnement  
des acteurs de santé

 **excision  
parlons-en!**



2014 - 2015  
numéro **205**

## **Spécial Excision / Mutilations sexuelles féminines**



**2014 - 2015**

- 1 **Editorial**  
par C. Mongin, P. Reinert
- 2 **Mutilations génitales féminines/excision : bilan statistique**  
par C. Cappa
- 6 **Les MSF dans les pays du Nord : quelles réalités et quels enjeux ?**  
par A. Andro, B. Cuzin
- 10 **Excision, conséquences médicales mais nécessité d'action pluri-sectorielle**  
par I. Huguet-Wachsmuth
- 15 **Complications médicales, obstétricales et psychologiques des MSF**  
par B. Cuzin
- 21 **La médicalisation des mutilations génitales féminines et ses conséquences**  
par M. Kouyaté
- 24 **Regard clinique sur l'excision : l'expérience d'un dispositif de soins pluridisciplinaire**  
par E. Antonetti-Ndiaye, S. Fall, L. Beltran
- 27 **Mutilations sexuelles féminines : reconstruction clitoridienne. Résultats, pour quels enjeux ?**  
par S. Madzou, C. M. R. Ouédraogo, P. Gillard, C. Lefebvre-Lacoeuille, L. Catala, V. Combaud, L. Sentilhes, P. Descamps
- 31 **La prévention des mutilations sexuelles féminines**  
par E. Piet
- 33 **Comment mieux comprendre et gérer les signalements de filles à risque de mutilations sexuelles féminines en Belgique ? Présentation des résultats d'une recherche action**  
par F. Richard, M. De Brouwere et M. Dieleman
- 38 **La prise en soin des femmes victimes de mutilations sexuelles**  
par M. Abemyil
- 42 **Changements sociaux : introduction**  
par L. Guinamard
- 43 **Références religieuses et rôle des leaders musulmans pour l'abandon de l'excision**  
par G. I. Serour
- 47 **Le cas de Tostan au Sénégal : les droits humains comme fondement des changements sociaux**  
par M. Casaux-Bussière
- 51 **Protéger la Prochaine Génération : un projet pilote et intégré de promotion de l'abandon des MGF dans le district sanitaire de Kayes**  
par A. Desrumeaux, B. Ballo
- 55 **Projet commun Femmes Solidaires et Karera-Gamissa de lutte contre les MGF en région Afar d'Ethiopie**  
par A. Dabalé
- 57 **Trente ans de réussite face à une pratique millénaire**  
par I. Gillette-Faye
- 61 **Un nouvel élan en faveur de l'abandon de l'excision**  
par L. Guinamard



**Par Christian Mongin<sup>1</sup>, Philippe Reinert<sup>2</sup>**

1. Médecin, Paris

2. Pédiatre, Créteil

Ce numéro spécial de *Développement et Santé* consacré à l'excision/Mutilations Sexuelles Féminines (MSF ou E/MSF) fait suite au colloque intitulé "Excision, les défis de l'abandon" organisé à Paris le 6 février 2014 par l'Association *Excision, parlons-en !* (EPE).

Il ne s'agit pas du compte-rendu, *stricto sensu*, de cette rencontre mais d'un document dont les différents articles se répondent les uns aux autres pour servir de support et d'outil à toutes celles et ceux qui luttent contre les E/MSF, notamment aux professionnels de santé. Pour l'OMS, les E/MSF concernent "toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales".

En ouverture, Claudia Cappa, de l'UNICEF, qui a publié en 2013 un rapport qui fait référence dans ce domaine, décrit l'étendue et l'évolution de ces pratiques, notamment dans certains pays africains, et laisse entrevoir une lueur d'espoir en montrant un début d'efficacité des programmes de lutte. Les MGF sont pratiquées dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient et, dans une moindre mesure, dans certaines communautés d'Asie, d'Amérique du Sud et de la diaspora des pays du Nord.

Dans le monde, 125 millions de femmes seraient excisées et 30 millions de filles pourraient être soumises à cette pratique dans les trente prochaines années.

Armelle Andro montre que les pays du Nord sont aussi concernés, certes de façon différente, mais qu'il est important de développer des stratégies de lutte adaptées. Des situations concrètes en France et en Belgique seront abordées. On estime ainsi qu'il y aurait 53 000 femmes excisées résidant en France.

Les E/MSF sont aussi un véritable problème de santé publique et provoquent des séquelles médicales, psychologiques et sociales. B. Cuzin et S. Mazdou mettent en évidence que les E/MSF ont, bien entendu, des conséquences affectives et sexuelles inacceptables, et qu'elles favorisent de graves complications médicales et obstétricales, et ce quelle que soit la compétence des "opérateurs". Il n'y pas de bonne excision et il n'y a pas d'excision *a minima* !

L'accompagnement des personnes ayant subi des E/MSF sera abordé par E. Antonetti-Ndiaye. Les interventions reconstructrices ne se limitent pas un geste purement technique mais nécessitent une attention particulière au vécu de ces femmes ayant subi ces violences. La lutte contre ces pratiques passe par des démarches inscrites dans la durée. Elles doivent être multi-sectorielles, participatives et adaptées au contexte socioculturel local. Des associations dynamiques et actives ont su mener ce combat avec énergie et souvent avec courage pour affronter des résistances parfois brutales. En lisant les témoignages de TOSTAN, du GAMS, du CI-AF et d'autres, nous prenons conscience de l'inventivité et de la combativité de ces associations : démarches communautaires, campagnes de sensibilisation à tous les niveaux, de l'échelon local à l'échelon national voire international, campagnes auprès des responsables politiques, associatifs mais aussi des professionnels de santé, en leur rappelant les règles essentielles de la déontologie médicale.

Le SIDIIEF abordera le rôle spécifique des infirmier(ère)s dans la prise en charge des patientes et dans la prévention des E/MSF.

Enfin, le Pr Serour, de l'université Al-Ahzar, aborde, dans un article important et avec clarté et autorité, le rôle des leaders religieux pour éviter les E/MSF.

*Développement et Santé* entend, par ce numéro, participer à ce combat qui permettra d'éradiquer ces pratiques et d'accompagner les femmes ayant subi ces violences.

#### **MGF ou MSF : au-delà d'une nuance sémantique**

Au niveau international, MGF, pour Mutilations Génitales Féminines, est le terme le plus couramment utilisé pour recouvrir l'ensemble des pratiques liées à l'excision.

En France, c'est MSF, pour Mutilations Sexuelles Féminines, qui s'impose. Cette nuance sémantique est le fruit d'un long combat militant. Les militant(e)s français(es) estiment que le terme "génitales" reste trop médical, tandis que le terme "sexuelles" intègre, en plus de l'atteinte physique, toutes les dimensions de la sexualité (psychologique, sociologique, anthropologique...). La mobilisation *Excision, parlons-en !* a opté pour MSF, la terminologie française. Cependant, dans ce numéro, plusieurs auteurs utilisent MGF, la terminologie internationale.





# Mutilations génitales féminines/ excision : bilan statistique<sup>(1)</sup>

Par **Claudia Cappa**

Spécialiste des statistiques, UNICEF (ccappa@unicef.org)



Au cours des dernières décennies, les efforts visant à combattre les mutilations génitales féminines et l'excision (ou MGF/E) ont été renforcés avec le soutien de nombreux partenaires, notamment les gouvernements, les institutions internationales, les organisations non gouvernementales, les groupes religieux et les groupes de la société civile, ainsi que les communautés locales. La disponibilité de données statistiques fiables relatives aux MGF/E a largement contribué au succès de ces initiatives. De bonnes statistiques sont essentielles pour plusieurs raisons, non seulement pour comprendre l'ampleur de cette pratique, mais aussi pour repérer où et comment la pratique évolue. Elles permettent de comprendre les dynamiques sociales qui font que les MGF/E se perpétuent et celles qui contribuent à leur élimination progressive. Ce n'est que sur la base de ces connaissances que l'on pourra élaborer, mettre en œuvre et suivre efficacement les politiques et les programmes visant à promouvoir leur abandon.

La pratique des MGF/E a existé pendant des siècles. Cependant, dans de nombreux pays, la collecte et l'analyse systématiques des données sur les MGF/E sont des démarches relativement nouvelles. Au cours des deux dernières décennies, deux types d'enquêtes auprès des ménages ont permis d'obtenir des données fiables sur les MGF/E : les études démographiques et de santé (EDS) financées par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) financées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Les données issues de ces deux sources permettent non seulement d'évaluer avec précision la prévalence des MGF/E et d'orienter l'affectation stratégique des ressources et la planification des interventions, mais également de suivre les progrès accomplis dans l'élimination de ces pratiques. Dans le cadre des EDS comme des MICS, les filles et les femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) sont interrogées sur leur conditions par rapport aux MGF/E et celles de leurs filles, quand elles ont été excisées et par qui. La majorité des enquêtes comportaient aussi des questions pour les femmes sur leur attitude face aux MGF/E, les raisons pour lesquelles elles n'abandonnent pas cette pratique et si elles pensent qu'il faudrait y mettre fin. Dans de nombreuses enquêtes, on a aussi demandé aux hommes d'exprimer leur point de vue.

## Prévalence des MGF

Plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi des MGF/E dans les 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, où se concentrent ces pratiques. Près d'un cinquième d'entre elles vivent en Égypte. Étant donné que certains groupes minoritaires et certaines communautés d'immigrants

perpétuent ces pratiques dans d'autres pays, notamment en Europe et en Amérique du Nord, le nombre total de filles et de femmes excisées est sans doute légèrement plus élevé au niveau mondial. Il est cependant impossible de connaître les chiffres exacts car il existe très peu de données fiables sur l'ampleur du phénomène au sein de ces groupes de population.

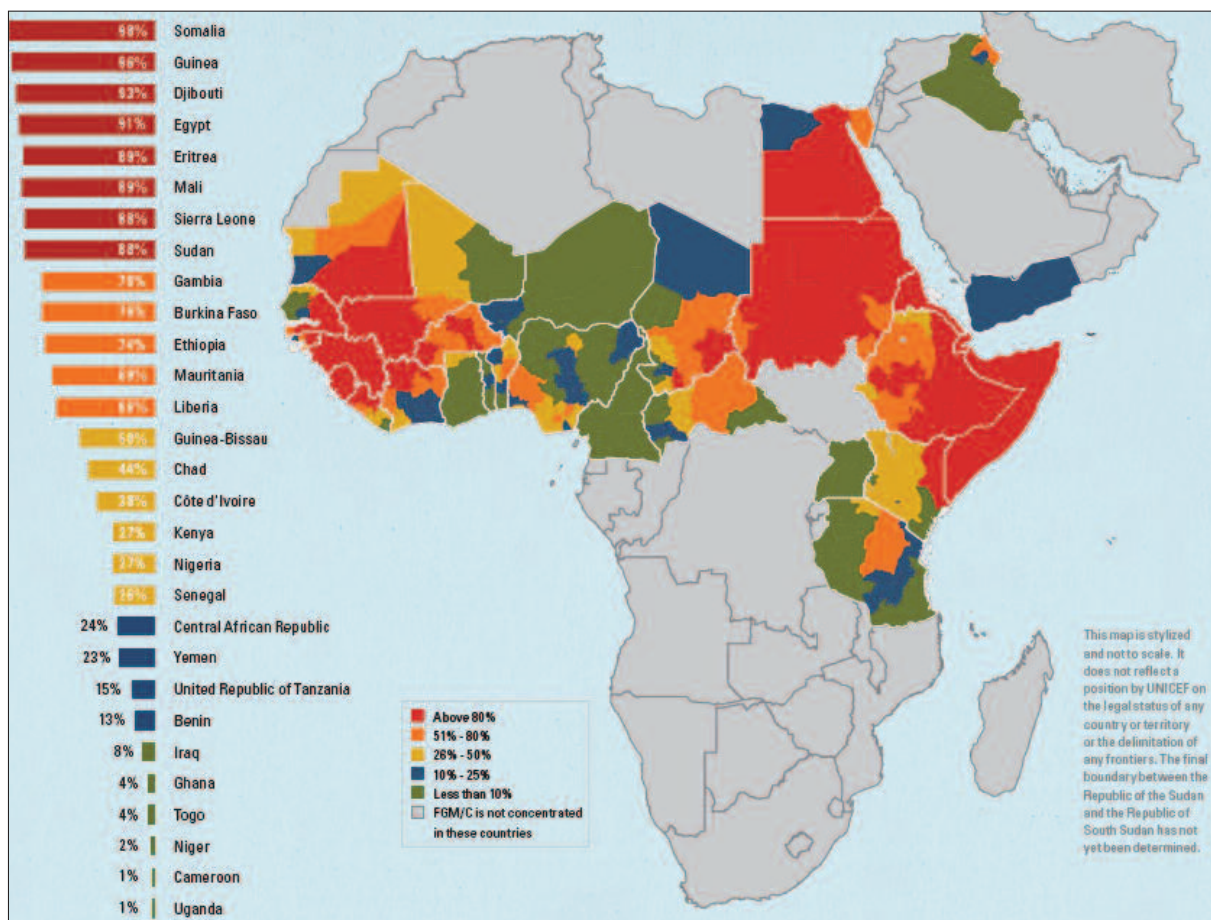
(1) Ce texte est extrait de la publication : Fonds des Nations-Unies pour l'enfance, *Mutilations génitales féminines / excision : aperçu et étude statistique de la dynamique des changements*, UNICEF, New York, 2013. Toutes les statistiques mentionnées dans ce texte sont obtenues à partir des analyses contenues dans cette publication. Celle-ci s'appuie sur les données de plus de 70 enquêtes de ménage, notamment démographiques et de santé (EDS) et des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que d'autres données représentatives de la situation nationale contenant des informations sur les MGF/E.

Les MGF/E se concentrent dans des pays allant de la côte atlantique à la corne de l'Afrique, avec d'importantes variations dans le pourcentage de filles et femmes affectées. Si les MGF/E sont une pratique quasi universelle à Djibouti, en Égypte, en Guinée et en Somalie, elles affectent seulement 1 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans au Cameroun et en Ouganda. Dans les pays où ces pratiques sont peu répandues, elles se concentrent dans certaines régions et ne s'arrêtent pas aux frontières nationales. Ce constat tend à prouver que des facteurs communs à des groupes de population spécifiques influencent la présence ou l'absence de ces pratiques dans différentes régions d'un même pays. Les données issues du Bénin illustrent parfaitement ce phénomène. La prévalence des MGF/E est plus élevée dans les régions de Borgou (59 %), Alibori (48 %), Donga

(48 %) et Atakora (18 %). Ces régions sont peuplées par les Baribas, les Yoas, les Lokpas et les Peuls, des groupes ethniques qui présentent des taux de prévalence parmi les plus élevés au Bénin.

Les mutilations génitales féminines et l'excision sont étroitement liées à certains groupes ethniques, ce qui suggère que les normes sociales et les attentes au sein de communautés d'individus partageant les mêmes convictions jouent un rôle important dans la perpétuation de ces usages. Bien souvent, les membres d'un groupe ethnique donné respectent les mêmes normes sociales, notamment en matière d'excision, quel que soit l'endroit où ils vivent.

En réalité, les frontières nationales séparent souvent des groupes ethniques qui partagent les mêmes attentes sociales en matière d'excision.



Cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. La frontière définitive entre la République du Soudan et la République du Soudan du Sud n'a pas encore été déterminée. Les données infranationales pour le Yémen n'apparaissent pas ici en raison des différences entre les regroupements régionaux utilisés dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et ceux disponibles dans le logiciel utilisé pour établir cette carte. Sources : Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes sur la santé des ménages soudanais, 1997-2012.

En Somalie, par exemple, où il existe relativement peu de variations liées à l'origine ethnique, la pratique de l'excision est quasiment universelle (98 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans). La prévalence des MGF/E chez les Somalis vivant en Éthiopie et au Kenya est plus proche de la prévalence nationale en Somalie (97 % et 98 % respectivement) que dans ces pays voisins (74 % et 27 %). Dans la moitié des pays disposant de données, la majorité des filles subissent ces mutilations génitales avant l'âge de 5 ans. En Égypte, en République centrafricaine, en Somalie et au Tchad, au moins 80 % des filles sont excisées entre 5 et 14 ans, parfois dans le cadre de rites marquant le passage à l'âge adulte. La plupart des mères dont les filles ont subi des MGF/E indiquent que l'intervention a consisté à couper et retirer des morceaux de chair autour des organes génitaux. À Djibouti, en Érythrée, au Niger, au Sénégal et en Somalie, parmi les filles qui ont subi des MGF/E, plus d'une fille sur cinq a subi la forme la plus radicale de ces pratiques, l'infibulation, qui comprend l'ablation et la suture des parties génitales. Les MGF/E sont habituellement effectuées par des praticien(ne)s traditionnel(le)s et sont pratiquées à la maison à l'aide d'une lame ou d'un rasoir. Toutefois, en Égypte, au Kenya et au Soudan, une proportion importante de prestataires de santé réalise ces interventions. En Égypte, ce sont les médecins, par opposition à d'autres membres du personnel soignant, qui pratiquent la majorité des MGF/E.

## La demande d'abandon de ces pratiques

Il ressort des données que les MGF/E persistent souvent malgré la volonté de certains d'y mettre fin. Dans la plupart des pays où ces usages sont en vigueur, la majorité des filles et des femmes estiment qu'il faut y mettre un terme. En outre, le pourcentage de filles et de femmes qui soutiennent cette pratique, par exemple, est beaucoup plus faible que le pourcentage de celles qui ont été excisées, même dans les pays où la prévalence reste élevée.

Les filles et les femmes ne sont pas les seules à s'opposer à cette pratique. Dans la majorité des pays où les MGF/E sont pratiquées, la plupart des garçons et des hommes veulent aussi que les MGF/E cessent. De plus, dans certains pays tels que la

Guinée, la Sierra Leone et le Tchad, les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à désapprouver cette pratique. Cependant, les données révèlent aussi que de nombreuses filles et femmes ne savent pas ce que pense le sexe opposé des MGF/E : en Égypte, par exemple, environ 1 femme sur 3 admet ne pas connaître l'opinion des hommes sur cette pratique. Et, ce qui n'est pas négligeable, les filles et les femmes sous-estiment constamment la proportion de garçons et d'hommes qui veulent que les MGF/E cessent. Enfin, dans le couple, les hommes et les femmes ne savent pas ce que pensent leurs conjoints et leurs opinions sur la poursuite de cette pratique divergent. En Sierra Leone, au Nigéria et en Guinée, près de 50 % des couples ont des opinions divergentes sur le fait de savoir si cette pratique doit être maintenue ou non.

## Pourquoi la pratique des MGF/E persiste-t-elle ?

Il y a beaucoup à gagner en comprenant pourquoi la pratique des MGF/E est si profondément ancrée. Les données nous expliquent pourquoi elle persiste dans tant d'endroits : les MGF/E sont encore pratiquées à cause d'un sentiment d'obligation sociale. En d'autres termes, les mères croient que leurs filles doivent être excisées parce qu'elles pensent que c'est ce que l'on attend d'elles dans les communautés où elles vivent. Certaines pensent que la religion l'exige, ou leurs conjoints, ou leurs voisins. "L'acceptation sociale" est la raison la plus couramment citée pour justifier les MGF/E. Et c'est à cause de ce sentiment d'obligation sociale qu'on continue à exciser des filles même lorsque leurs mères pensent que la pratique devrait être abandonnée. En Gambie, par exemple, 54 % des filles excisées ont des mères qui sont opposées à cette pratique. L'aptitude au mariage est un facteur souvent avancé en faveur des MGF/E. Bien que cet argument ait pu en effet être utilisé à une époque, relativement peu de femmes citent aujourd'hui les perspectives de mariage comme justification de ces coutumes.

## L'évolution des tendances

D'une manière générale, le soutien apporté aux mutilations génitales féminines et à l'excision est

en baisse, même dans les pays où elles sont quasi généralisées comme l'Égypte et le Soudan. Dans presque tous les pays présentant une prévalence moyennement élevée à très faible, le pourcentage de filles et de femmes indiquant souhaiter que ces pratiques perdurent a régulièrement diminué. En République centrafricaine, par exemple, le pourcentage de filles et de femmes favorables à la poursuite des MGF/E a baissé de manière constante, passant de 30 % à 11 % en l'espace de 15 ans environ. Au Niger, leur proportion a chuté de 32 % à 3 % entre 1998 et 2006. Il existe toutefois des exceptions : la proportion de filles et de femmes indiquant souhaiter que les MGF/E perdurent est restée stable en Guinée, en Guinée-Bissau, en République Unie de Tanzanie et au Sénégal.

Les données permettant de définir les tendances montrent aussi que les mutilations génitales féminines et l'excision sont de moins en moins courantes dans un peu plus de la moitié des 29 pays étudiés. Leur recul est particulièrement net dans certains pays présentant une prévalence relativement faible à très faible. Au Kenya et en République Unie de Tanzanie, par exemple, les femmes de 45 à 49 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'avoir subi des mutilations génitales que les filles de 15 à 19 ans. Au Bénin, en Iraq, au Libéria, au Nigéria et en République centrafricaine, la prévalence de ces pratiques chez les adolescentes a chuté de moitié environ. Dans les régions du Ghana et du Togo, où leur prévalence est la plus élevée, respectivement 60 % et 28 % des femmes de 45 à 49 ans ont subi des MGF/E, contre 16 % et 3 % des filles de 15 à 19 ans. Des signes de recul sont également apparus dans certains pays à prévalence élevée. Au Burkina Faso et en Éthiopie, le taux de prévalence chez les filles âgées de 15 à 19 ans, comparé au taux de prévalence chez les femmes âgées de 45 à 49 ans, a chuté d'environ 31 à 19 points de pourcentage, respectivement (sans tenir compte des marges d'erreur). L'Égypte, l'Érythrée, la Guinée, la Mauritanie et la Sierra Leone ont affiché des reculs plus faibles. Au Kenya et en République centrafricaine, la prévalence des MGF/E a baissé de manière constante sur au moins trois générations de femmes et cette tendance s'est vraisemblablement amorcée il y a quarante ou cinquante ans. Au Burkina Faso, en Éthiopie, au Libéria et en Sierra Leone, il semble

que ce recul ait commencé ou se soit accéléré au cours des 20 dernières années environ. Aucun changement significatif de la prévalence des MGF/E chez les filles et les femmes de 15 à 49 ans n'a été constaté à Djibouti, en Gambie, en Guinée-Bissau, au Mali, au Sénégal, en Somalie, au Soudan, au Tchad et au Yémen.

D'une manière générale, le type de MGF/E opérées et l'âge à l'excision ont peu changé au fil des générations. On discerne une tendance à pratiquer des ablations moins importantes dans certains pays, notamment à Djibouti où 83 % des femmes de 45 à 49 ans ont indiqué avoir subi une suture occlusive, contre 42 % des filles de 15 à 19 ans. L'âge à l'excision est resté relativement stable dans la plupart des pays. Lorsque des changements sont intervenus, on constate surtout une tendance vers des âges plus jeunes. Si l'âge à l'excision et le type de MGF/E ont peu évolué, de changements importants sont en train de se produire quant aux praticien(ne)s. En Égypte, le pourcentage de filles excisées par le personnel de santé a fortement augmenté. Une tendance accrue à la médicalisation des MGF/E est également observée au Kenya.

## Pour conclure

Les données disponibles confirment que, d'une manière générale, les initiatives programmatiques visant à mettre un terme aux mutilations génitales féminines et à l'excision enregistrent des progrès. Il faut continuer à évaluer les différents aspects des MGF/E dans les pays à prévalence élevée et faible, et intensifier les efforts pour encourager leur élimination complète et définitive. Les nouvelles séries d'enquêtes auprès des ménages, qui seront menées ces prochaines années, feront connaître plus amplement les résultats de ces actions. Si les efforts et l'engagement des partenaires perdurent et si les programmes sont renforcés à la lumière de données factuelles toujours plus nombreuses, ces enquêtes montreront que la mutation en cours s'est accélérée et que des millions de filles ont pu échapper au destin de leurs mères et de leurs grand-mères.





# Les MSF dans les pays du Nord : quelles réalités et quels enjeux ?

Par **Armelle Andro<sup>1</sup>**, **Béatrice Cuzin<sup>2</sup>**

1. Sociodémographe, INED, Université Panthéon-Sorbonne, Paris I, France

2. Chirurgien, urologue, sexologue, Lyon, France



## L'excision est aussi un problème en Europe

Avec le développement des courants migratoires des pays d'Afrique sub-saharienne vers les pays de l'OCDE, les mutilations sexuelles féminines sont devenues un problème juridique, social et sanitaire dans les pays où elles n'étaient pas présentes. L'OMS estime ainsi que 5 % des femmes et filles mutilées vivaient dans les pays du Nord, d'immigration africaine. C'est tout particulièrement le cas en Europe depuis une trentaine d'années : la présence de femmes mutilées est liée à la féminisation des flux migratoires en provenance d'Afrique, qui s'est amorcée à la fin des années 1970. Si l'ensemble des pays européens n'est pas concerné dans les mêmes proportions, le parlement s'est néanmoins saisi de la question dès le début des années 2000 : une première résolution a été adoptée en 2001, condamnant les mutilations sexuelles féminines, et une seconde résolution sur la lutte contre ces pratiques dans l'Union Européenne est venue renforcer le dispositif en 2009<sup>(1)</sup>.

### Combien de femmes concernées en Europe ?

La prévalence des MSF en Europe reste toutefois très mal connue : la résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 mentionne que 500 000 femmes vivant en Europe ont subi des MSF et que, chaque année, 180 000 femmes migrantes seraient à risque de subir ce type de pratiques, mais sans préciser la source de ces chiffres. Plusieurs pays européens ont cependant commencé à mener des enquêtes sur cette question

afin de mieux connaître l'étendue des MSF sur leur territoire. Cette connaissance est essentielle pour la mise en place de politique de lutte contre ces pratiques<sup>(2,3)</sup>.

Mais il est difficile de repérer et de comptabiliser les femmes concernées. Dans l'absolu, c'est seulement par un examen clinique de la région génitale des femmes que l'on pourrait comptabiliser le nombre de cas. Ce type de procédé est évidemment inenvisageable pour des raisons à la fois logistiques mais aussi et avant tout éthiques. C'est un phénomène qui concerne une population rare, qui touche un sujet tabou, marginal et pénalement réprimé et qui exige une expertise encore très peu répandue de la part des professionnels de santé. Enfin, une partie des femmes concernées est dans l'ignorance de son statut et la question fondamentale du respect de leur intégrité se poserait inexorablement dans ce cas.

Les enquêtes menées pour mieux connaître le phénomène sont donc généralement des enquêtes déclaratives ou indirectes qui permettent de produire une estimation de l'ampleur du phénomène. A l'heure actuelle, il n'existe pas d'enquête standardisée en Europe, au contraire des pays africains (*voir l'article de C. Cappa*). Il existe cependant une étude européenne en cours, portée par l'EIGE sous la direction de Els Leye, et quelques estimations existent pour les pays les plus concernés par le sujet. Les situations sont très variables selon l'ancienneté des flux migratoires<sup>(4)</sup>.

La plupart des pays européens se sont donc engagés dans la lutte contre les MSF à travers le renforcement de leur arsenal juridique visant à pénaliser ces

Pays	Année	Nombre de femmes concernées	Nombre de filles à risque*
France	2004	55 000	-
Allemagne	2007	20 000	4 000
Grande-Bretagne	2007	65 000	30 000
Italie	2009	35 000	-
Belgique	2011	6 500	2 000
Pays-Bas	2013	30 000	-

\* Filles dont l'un des deux parents est originaire d'un pays où l'excision est pratiquée



pratiques, mais aussi à travers la mise en place de politiques de prévention à destination des familles. Ces dispositifs ont fait preuve de leur efficacité dans les pays où l'on a assez de recul pour mesurer leurs effets (voir le cas de la France par exemple), mais il reste essentiel de soutenir la prévention auprès des fillettes et jeunes filles vivant en Europe. Les excisions semblent désormais plus rares sur le sol européen, elles restent une menace bien réelle dans la plupart des pays d'origine et ce risque doit donc être systématiquement pris en compte pour les jeunes filles dans les cas de séjour temporaire ou de reconduite dans les pays d'origine. Pour cela, il est essentiel de tenir compte des contextes sociaux et familiaux dans lesquels cette pratique s'exerce ou non en situation migratoire.

## La dynamique sociale autour de l'abandon ou la perpétuation de la pratique

Comment convaincre les parents d'abandonner cette pratique ? Et comment soutenir ceux qui sont déjà convaincus en leur donnant les moyens de s'en tenir à leur décision ? Pour ce faire, il faut comprendre les motivations, les contraintes et les stratégies des familles.

Les femmes victimes de mutilations sexuelles vivant en France et les fillettes susceptibles d'être mutilées doivent être prises en charge dans des dispositifs multiples et complémentaires. L'existence d'un cadre légal très coercitif est importante par son caractère dissuasif en premier lieu, mais aussi parce qu'il constitue, pour les familles concernées, une ressource sur laquelle elles peuvent s'appuyer. Mais au-delà de cet instrument, c'est à plusieurs niveaux que la prise en charge devrait être développée.

La prévention menée avec succès depuis plusieurs décennies dans le cadre du suivi pédiatrique des enfants garde toute sa pertinence, notamment pour les familles primo-arrivantes qui doivent être sensibilisées, suivies et soutenues dans l'abandon de la pratique de l'excision.

Le risque, repéré par les associations, de mutilations plus tardives, à l'adolescence notamment, ne doit pas être négligé même s'il ne concerne sans doute qu'une minorité de cas. Il apparaît assez nettement que l'entrée dans l'âge adulte des enfants, c'est-à-dire la

prise d'autonomie, l'entrée dans la sexualité et tous les événements qui caractérisent cette phase, est une période à risque. Les difficultés dans les rapports entre parents et enfants (particulièrement dans le cas des filles) inhérentes à l'adolescence et exacerbées dans des familles confrontées à des conflits de normes, peuvent conduire des parents à envisager un retour au pays et à assumer le risque d'une excision. Il serait nécessaire de développer des formes d'accompagnement des parents dans le passage à l'âge adulte de leurs enfants, notamment les filles, de réfléchir à une préparation des parents à l'adolescence de leurs enfants, sous des formes se rapprochant de l'école des parents par exemple. C'est principalement autour de l'entrée dans la sexualité que les écarts entre les normes parentales et les normes sociales peuvent être les plus importants. Si l'éducation sexuelle doit continuer à être développée auprès des jeunes adolescents, notamment en milieu scolaire, il serait aussi important de proposer de l'éducation sexuelle pour les parents, même si la tâche est sans aucun doute relativement complexe. Il serait particulièrement important d'éduquer les familles à la question des droits sexuels.

## Intervenir auprès de tous les acteurs concernés

Dans ces dispositifs de prévention, il est essentiel de réussir à impliquer davantage les hommes. Même si ces derniers se déclarent souvent peu concernés par le sujet, les entretiens menés auprès des femmes montrent bien leur rôle prépondérant dans les prises de décisions.

Un autre axe primordial de la prise en charge des MSF reste la formation des praticiens médicaux (médecins, gynécologues, sages-femmes, infirmières, etc.). La formation doit être développée sur les conséquences médicales de l'excision (c'est la démarche initiée dès 2007 par le ministère de la santé avec le concours d'ONG, et les résultats d'enquêtes telles que l'enquête Excision et Handicap (ExH) ont vocation à renforcer les connaissances et la pertinence des protocoles de prise en charge). Mais les professionnels de santé doivent aussi être formés sur le contexte social et familial des femmes et des familles concernées. Les enjeux autour de la sexualité et des dynamiques familiales entre pays d'accueil et pays d'origine doivent être mieux appréhendés<sup>(5)</sup>.

## Agir au Nord et au Sud

Enfin, la lutte contre les mutilations sexuelles féminines doit être conjointe dans les pays du Nord et du Sud. Les migrants restent généralement en relation avec leurs familles dans les pays d'origine et, de part et d'autre des frontières, les familles concernées sont attentives et sensibles aux changements mis en œuvre. Les programmes de lutte contre les MSF dans les pays d'origine trouvent un écho chez les migrants en Europe alors que la dénonciation de ces pratiques dans les pays d'Europe est répercutée dans l'opinion publique des pays d'origine.

## Développer les études sur les conséquences en matière de santé

Les réalités des mutilations sexuelles, ce sont également leurs conséquences sur la santé qui doivent être connues de tous les acteurs et justifient l'abandon de cette pratique. Elles sont détaillées dans un autre chapitre. Même si les études ont été réalisées principalement dans les pays du Sud, la plupart restent d'actualité dans les pays du Nord. Les complications obstétricales méritent d'être rappelées : une première étude de l'OMS<sup>(6)</sup> a montré que les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ont une probabilité nettement plus élevée de complications obstétricales que celles qui n'en ont pas subi. Il semble aussi que le risque augmente avec l'ampleur de la mutilation. Ces recherches ont permis de calculer qu'au-delà des énormes traumatismes psychologiques qu'elles entraînent, les MSF font supporter à la société des pertes de vie et des coûts financiers importants. Le coût des efforts des Etats pour prévenir ces mutilations sera compensé par les économies résultant des complications obstétricales évitées<sup>(7)</sup>. C'est dans les pays du Nord également que les patientes auront plus de facilité à être prises en charge pour leurs troubles sexuels. Les études réalisées dans les pays du Sud et du Nord ont montré que l'excision du clitoris peut entraîner une diminution de l'expérience du plaisir sexuel et de l'orgasme, des douleurs lors des relations peuvent être également présentes<sup>(8)</sup>.

L'enquête socio-démographique Excision et Handicap, réalisée en France en 2009<sup>(5,9)</sup> et qui a comparé l'état

de santé d'un échantillon de femmes excisées à celui d'une population témoin de femmes non excisées, a montré qu'une attention particulière doit bien être portée à des risques reconnus (infections urinaires ou gynécologiques ; déchirures lors de l'accouchement). Elle montre également que les femmes concernées sont en demande d'écoute et d'informations sur les questions de sexualité. Parler de sexualité reste un sujet intime et parler de ses difficultés sexuelles est particulièrement difficile pour ces femmes migrantes originaires de sociétés dans lesquelles la parole sur la sexualité est rare. Mais, les femmes excisées interrogées sont très nombreuses à faire un lien spontané entre les difficultés qu'elles rencontrent dans la sexualité et leur excision, les considérant comme les principales gênes dans leur vie quotidienne. La recherche clinique sur les MGF doit donc être encouragée en intégrant la dimension anthropologique et sociétale. D'autre part, de telles données permettent d'évaluer les besoins sanitaires en structures de soins spécifiques (y compris la réparation chirurgicale) et leur localisation géographique préférentielle. Plusieurs pays du Nord, conscients de cette nécessité en termes de santé Publique, sont en train de créer des centres de référence pour la prise en charge des MGF.

## Références

1. WHO, 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation an Interagency Statement* OHCHR, NAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM.WHO, Geneve.
2. Carolan, M., 2010. *Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature*. Midwifery 26 (4), 407e414.
3. Kaplan-Marcusan, A., Toran-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fabregas, M.J., Munoz-Ortiz, L., 2009. *Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence*. BMC Health Services Research 9, 11.
4. <http://eige.europa.eu/sites/default/files/EIGE-Report-FGM-in-the-EU-and-Croatia.pdf>
5. Andro, A., Lesclingand, M., Cambois, E., Cirbeau, C., 2009. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Rapport final. fileadmin/CRIDUP/Rapport\_final\_ExH\_volet\_quantitatif.pdf (*The QuantitativePart of the "Excision and Handicap" (ExH) Project: Measuring Lesions and*

*Trauma and Evaluating the Need for Reconstructive Surgery. Final report).*

6. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.* Lancet. 2006 Jun 3 ; 367(9525) : 1835-41.
7. Bishai D, Bonnenfant YT, Darwish M, Adam T, Bathija H, Johansen E, Huntington D; FGM Cost Study Group of World Health Organization. *Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries.* Bull World Health Organ. 2010 Apr ; 88(4) : 281-8.
8. Berg RC, Denison E. *Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C* Sex Res Soc Policy (2012) 9 : 41-56.
9. Andro A, Cambois E, Lesclingand M. *Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women.* Soc Sci Med. 2014 Apr ; 106 : 177-84.



Crédit photo : Tostan



# Excision, conséquences médicales mais nécessité d'action pluri-sectorielle

Par **Isabelle Huguet-Wachsmuth**

Responsable EVIPNet, OMS, Genève, Suisse

A l'invitation du collectif *Excision, parlons-en !* et de l'association *Formation permanente Développement et Santé*, nous proposons ici notre éclairage sur la situation de l'excision et formulons quelques propositions pour l'avenir.

## I. L'intérêt de l'excision pour l'initiative HIFA-EVIPNet de l'OMS

HIFA-EVIPNet-French est un forum international de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'ensemble des pays francophones permettant de soutenir, promouvoir et renforcer la prise de décision reposant sur des bases factuelles et ainsi faciliter l'amélioration de la formulation des politiques de santé.

Il est basé sur l'information en santé pour tous et sur le réseau de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la prise de décision reposant sur des bases factuelles, appelé EVIPNet<sup>(1)</sup>.

L'excision est une pratique dite traditionnelle ou encore une norme sociale qui a un impact significatif sur la santé des populations, en particulier des jeunes filles et des mères, mais pas uniquement. Du fait non seulement de son caractère néfaste mais également de l'importance d'impliquer les acteurs au-delà du secteur de la santé, cette pratique intéresse tout particulièrement notre initiative de l'OMS.

L'expérience de l'initiative HIFA-EVIPNet de l'OMS montre bien que la santé dépasse très largement le cadre purement médical et doit, pour être efficace et permettre le renforcement du système de santé dans son ensemble, prendre en compte un large panel d'actions multisectorielles.

## II. Les études de l'OMS sur l'excision

L'OMS s'est intéressée depuis de nombreuses années à la pratique de l'excision. Plusieurs des études qu'elle a menées font aujourd'hui référence quant à ses

conséquences médicales sur la santé des populations. Nous pouvons ainsi suggérer la lecture de quelques-unes d'entre elles. Les points clés suivants ont été listés par l'OMS en 2014 (<http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs241/fr/>) :

- Les mutilations génitales féminines sont des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales.
- Ces pratiques ne présentent aucun avantage pour la santé des jeunes filles et des femmes.
- Elles peuvent provoquer de graves hémorragies et des troubles urinaires, et par la suite des kystes, des infections, une stérilité, des complications lors de l'accouchement, et accroître le risque de décès du nouveau-né.
- Plus de 125 millions de jeunes filles et femmes sont victimes de mutilations sexuelles pratiquées dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où sont concentrées ces pratiques<sup>(1)</sup>.
- Ces mutilations sont le plus souvent pratiquées sur des jeunes filles entre l'enfance et l'âge de 15 ans.
- Les mutilations sexuelles féminines sont une violation des droits des jeunes filles et des femmes.

L'OMS propose une classification des formes de mutilation génitale féminine en quatre catégories :

1. La clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris).
2. L'excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent le vagin).
3. L'infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.

1. Website [www.who.int/evidence](http://www.who.int/evidence)

4. Les autres types de MGF : toutes les autres interventions néfastes sur les organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

Les principales conséquences à court, moyen ou long terme sont graves. L'article du Dr Béatrice Cuzin, dans ce numéro spécial de *Développement et Santé*, donne une bonne synthèse des complications.

### III. L'action actuelle au niveau international

Depuis 1997, de grands efforts ont été entrepris pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines grâce à la recherche, à la collaboration au sein des communautés et à l'introduction de changements dans les politiques publiques. Parmi les progrès réalisés aux plans international et local, on relève :

- un plus grand engagement international pour mettre un terme aux mutilations sexuelles féminines ;
- la mise en place d'organes de surveillance internationaux et l'adoption de résolutions condamnant cette pratique ;
- des cadres juridiques révisés et une volonté politique croissante de mettre fin aux mutilations sexuelles féminines (notamment l'adoption d'une loi contre les mutilations sexuelles féminines dans 24 pays africains et dans plusieurs états de deux autres pays, ainsi que dans 12 pays industrialisés accueillant des immigrés originaires de pays où ces mutilations sont pratiquées) ;
- et dans la plupart des pays, un recul des mutilations sexuelles féminines et une augmentation du nombre de femmes et d'hommes favorables à leur suppression dans les communautés où elles sont pratiquées.

Les recherches montrent que, si ces communautés décident elles-mêmes de l'abandonner, cette pratique pourrait disparaître plus rapidement.

En 2008, l'OMS et 9 autres partenaires des Nations-Unies ont adopté une nouvelle déclaration sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines. Celle-ci apporte de nouveaux éléments recueillis au cours de la dernière décennie au sujet de cette pratique. Elle met en évidence la reconnaissance croissante des dimensions juridiques du problème et les liens avec les droits de l'homme, tout en apportant des données

actualisées sur la fréquence et l'ampleur de ces mutilations. Elle résume aussi les recherches sur les causes de la persistance de cette pratique, sur les moyens d'y mettre fin et sur ses effets néfastes pour la santé des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés.

Cette nouvelle déclaration fait suite au premier texte adopté en 1977 que l'OMS a publié avec le Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP).

L'OMS a publié en 2010 une stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines et ce, en collaboration avec d'autres grandes instances des Nations-Unies et organisations internationales.

Enfin, en décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations-Unies a adopté une résolution sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines.

### IV. L'action actuelle de l'OMS

L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2008 une résolution (WHA61.16) sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines, soulignant qu'une action concertée est nécessaire dans les secteurs tels que l'éducation, les finances, la justice et les affaires féminines.

Les efforts de l'OMS en vue d'éliminer les mutilations sexuelles féminines mettent l'accent sur<sup>(2)</sup> :

- le renforcement des systèmes de santé : élaboration de matériels de formation et de lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé pour les aider à prendre en charge et à conseiller les femmes qui ont subi ces pratiques ;
- la recherche de preuves scientifiques : acquisition de connaissances sur les causes et les conséquences de cette pratique, sur les moyens de l'éliminer et sur les soins à dispenser à celles qui ont subi ces mutilations ;
- la sensibilisation : élaboration de publications et d'outils de sensibilisation pour permettre des actions aux niveaux international, régional et local afin d'en finir avec les mutilations sexuelles féminines en moins d'une génération.

2. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_R6-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-en.pdf?ua=1)

## V. Les recommandations de l'OMS

L'OMS recommande sans ambiguïté l'abandon de l'excision, quelle que soit la forme pratiquée. Nous ne voyons aucun bénéfice en termes de santé et l'OMS s'associe très largement aux initiatives qui permettront un abandon massif et rapide.

Pour les professionnels de santé, l'OMS recommande :

- De ne participer en aucun cas à la médicalisation de la pratique. L'OMS est particulièrement préoccupée par le fait que les mutilations sexuelles féminines sont de plus en plus pratiquées par du personnel médical qualifié. L'OMS engage vivement les professionnels de santé à ne pas se livrer à de telles pratiques.

Une stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines implique de nombreux acteurs internationaux : OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA.

- De diffuser largement aux familles, et également aux différents décideurs, une information médicale sur les méfaits de la pratique.

Les professionnels de santé peuvent ainsi favoriser l'abandon de l'excision par la diffusion d'une information élaborée sur des bases factuelles.

## VI. Les limites de l'action des professionnels de santé

Si les conséquences sont médicales, tant sur le plan physique que psychologique, il est cependant important d'identifier l'ensemble des déterminants qui favorisent la pratique de l'excision ou en limitent l'abandon.

L'action seule des professionnels de santé n'est pas de nature à stopper cette pratique. On constate par exemple que la prévalence de l'excision évolue peu dans certains pays africains, alors même que des programmes y sont en place depuis de nombreuses années.

Ainsi, le dernier rapport publié en juillet 2014 indique, que malgré des baisses enregistrées ces dernières décennies, le nombre de victimes à l'avenir pourrait augmenter du fait de la croissance démographique.

<http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=33005#.U-HwIxZvzC8>

Cette situation interpelle fortement les acteurs qui ne peuvent considérer comme acquise une situation qui ne verra pas d'amélioration très sensible et au moins un abandon total s'opérer rapidement.

## VII. Elargir le débat sur les déterminants en vue d'actions plurisectorielles

Ainsi, il est instructif de noter que l'abandon de l'excision est très favorablement influencé par le niveau éducatif des parents. De nombreuses études ont ainsi démontré que plus le niveau d'éducation était élevé, plus l'abandon était marqué. Ceci tend à démontrer que l'environnement culturel ou traditionnel n'est pas suffisant pour expliquer la pratique, mais par contre que la capacité des personnes à comprendre les messages de santé est une clef pour ne plus perpétuer des pratiques néfastes pour la santé.

Nous pourrions, par exemple, mettre en exergue le cas de l'Egypte, pourtant considérée par de nombreuses études comme le berceau de la pratique de l'excision du temps des pharaons. On relève ainsi un effondrement de la pratique dans les milieux les plus instruits.

Ce constat est également révélé dans d'autres pays d'Afrique. Nous devons ainsi considérer que l'éducation est un déterminant puissant et évident pour l'abandon de l'excision, ce qui nécessite l'implication multisectorielle de responsables publics pour favoriser l'accélération de la baisse.

Il est également possible que la baisse, encore trop lente, de la pauvreté en Afrique sub-saharienne soit un frein direct à l'accès à l'éducation systémique d'une part, aux services de santé d'autre part (y compris de prévention), et à l'émancipation individuelle *via* des ressources financières autonomes. Les importantes inégalités de revenus constatées en Afrique peuvent aussi expliquer une baisse décevante de l'abandon de l'excision dans de nombreux pays.

De plus, le débat sur les actions plurisectorielles devrait permettre de contribuer à la résolution adoptée en 2009 lors de la 62<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé sur "La réduction des inégalités en santé à travers les actions sur les déterminants sociaux de la santé".

“Cette résolution recommande que les états membres devraient développer, utiliser et si nécessaire améliorer leur capacité en recherche et systèmes d'information en santé pour pouvoir suivre et mesurer la santé des populations au niveau national avec des données disponibles par âge, genre, origine ethnique, race, caste, occupation, éducation, revenu et emploi, là où les lois nationales s'appliquent et le contexte le permet, pour ainsi pouvoir détecter les inégalités en santé et mesurer l'impact des politiques sur l'équité en santé”.

Cette prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans l'approche de l'excision devrait faire partie du mécanisme de suivi des inégalités sociales en santé, analyser leurs tendances et leurs déterminants, et évaluer les politiques et programmes qui permettent de résoudre de telles disparités et ainsi de mettre en œuvre, réorienter et dédier des politiques publiques à la promotion de l'équité en santé. Les données, les informations et les analyses produites au sujet de l'excision devraient prendre cet aspect en considération.

Le schéma ci-dessous montre de manière synthétique comment les différentes étapes d'action ou de conscientisation des acteurs doivent pleinement intervenir pour diminuer la charge de mortalité et de morbidité qui affecte les populations.

L'exemple de l'excision montre clairement que l'action des professionnels de santé est nécessaire mais pas suffisante. L'appareil éducatif, au travers duquel on voit l'impact sur la pratique de l'excision, doit pleinement jouer son rôle de levier majeur bien en amont, afin d'améliorer la capacité des individus à

comprendre les messages de santé et à être conscients des mauvaises pratiques à abandonner.

Référence sur les déterminants sociaux de la santé SDH Portal : <http://www.dssbr.org>.

## VIII. Conclusions

Si l'excision est clairement une pratique qui a des conséquences médicales majeures et doit de ce fait impliquer le corps médical, dans certains pays, les stratégies menées contre cette pratique néfaste n'ont pas eu encore d'impact.

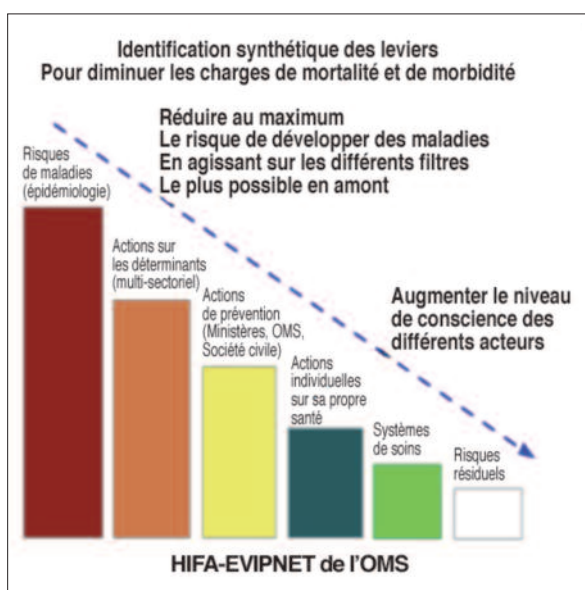
De ce fait, l'OMS ne peut qu'encourager des visions plus holistiques qui prennent en compte l'ensemble des déterminants agissant sur cette situation. Les politiques éducatives et macro-économiques doivent aussi être appréhendées pour mieux favoriser l'abandon de l'excision, et il conviendrait peut-être d'élargir le champ d'horizon des travaux des chercheurs.

L'initiative HIFA-EVIPNet, agissant avec les décideurs de santé et les chercheurs africains, mettra l'accent sur l'importance d'une vision plus globale et de fait sur les responsabilités élargies.

Nous prévoyons d'organiser en janvier 2015 un rendez-vous sur le sujet de l'excision avec nos experts de l'OMS et en collaboration avec le collectif francophone *Excision, parlons-en !*. Ce rendez-vous sera l'occasion de débattre des stratégies menées qui ont été pertinentes ou insuffisantes, des approches novatrices à approfondir pour tendre vers un abandon massif et rapide.

A noter que nous organiserons également en mars 2015 un rendez-vous mensuel sur les déterminants de santé, afin d'identifier les facteurs externes au milieu médical mais qui influencent fortement la santé des populations. L'OMS a régulièrement produit des analyses sur les déterminants et dispose de solides compétences internes sur le sujet, encore sous exploité au sein des politiques publiques de santé.

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_R6-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-en.pdf?ua=1)



## IX. Perspectives et proposition de l'OMS

Considérant que l'excision risque de ne pas disparaître rapidement malgré les actions en cours il conviendrait d'étudier en profondeur l'ensemble des déterminants de nature à favoriser son abandon rapide.

Dans ce cadre, l'OMS suggère la création d'une commission scientifique pour étudier tous ces déterminants en impliquant les principaux acteurs concernés.

Cette commission pourra permettre :

- d'établir les bases sur les données et informations essentielles et consistantes qui doivent être considérées pour faire l'analyse des conditions de vie qui conduisent aux pratiques de l'excision dans le pays ;
- de coordonner la participation des institutions qui contribuent à la production des données sur l'excision et leurs analyses ainsi que les indicateurs qui sont reliés aux conditions de santé ;
- de mettre en œuvre un mécanisme de suivi et de support pour amener des améliorations continues dans la production des données et la mise à disposition de l'information relative ;
- de promouvoir les échanges avec d'autres spécialistes qui reconnaissent l'importance de la problématique de l'excision. A savoir la commission des droits de l'homme et les institutions qui travaillent dans les secteurs de l'éducation ;
- d'introduire des mécanismes qui permettent d'utiliser de manière systématique les informations et bases factuelles disponibles et essentielles pour guider le processus de prise de décision comme par exemple le réseau de promotion d'utilisation des bases factuelles en prise de décision politique EVIPNet, incluant HIFA-EVIPNet de l'OMS.

Notre expérience à travers l'initiative HIFA-EVIPNet montre que l'implication des décideurs de la santé et des chercheurs à ce type d'études permet une meilleure prise de conscience et plus facilement et rapidement transposable dans les politiques publiques. Nous pensons qu'il est possible de lister les principaux déterminants sur l'excision et de préciser leur niveau d'impact, ce qui devrait faciliter par la suite l'accélération de l'abandon de cette pratique.

L'OMS ayant répondu à l'invitation faite par le collectif francophone *Excision, parlons-en !* et l'association Formation permanente *Développement et Santé* pour échanger et donner son éclairage sur cette problématique de l'excision, nous formulons donc une proposition concrète pour aller de l'avant face à une décrue qui reste encore très largement décevante sur de nombreux pays et hélas sans changement sur d'autres.

Des formulations claires permettant à tous les acteurs de bien comprendre l'ensemble des déterminants seront de nature à aller plus vite par un meilleur alignement des stratégies et à économiser des ressources financières en les positionnant là où l'efficacité est maximale.

L'OMS sera disponible pour apporter son soutien technique à cette commission sur les déterminants liés à l'excision, ainsi que son savoir faire en matière d'animation d'ateliers à destination des décideurs. Sa capacité de mobilisation, d'échanges interactifs avec les acteurs de terrain, d'expertise et de conseil aux dirigeants sur les politiques de santé peuvent permettre des avancées significatives.





# Complications médicales, obstétricales et psychologiques des MSF



Par **Béatrice Cuzin**

Chirurgien, urologue, sexologue, Lyon, France

Les mutilations génitales féminines (MGF) consistent en l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes ou toute autre lésion pratiquée pour des raisons non médicales. Entre 100 et 140 millions de jeunes filles et de femmes ont subi ces MGF, essentiellement en Afrique et en Asie, et trois millions de jeunes filles sont à risque chaque année<sup>(1)</sup>. Les MGF entraînent de nombreuses complications immédiates : douleur violente, hémorragies, difficultés à la miction et à l'exonération en raison de l'œdème, douleurs, infections<sup>(2)</sup>. Une étude réalisée au Yémen, dans laquelle 600 femmes ont été interrogées sur les complications observées chez leur fille après MGF (types I et II), a rapporté un taux de décès de 2,3 %<sup>(3)</sup>. Les complications à long terme sont les kystes dermoïdes et les abcès, les infections pelviennes chroniques, responsables de douleurs chroniques, et les infections urinaires à répétition<sup>(4)</sup>. Les MGF ont aussi des conséquences psychologiques : syndrome de stress post-traumatique, dépression, anxiété<sup>(5)</sup>. Un volet important est celui des complications lors de l'accouchement et des coûts humains et financiers, qui commencent maintenant à être chiffrés<sup>(6, 7, 8)</sup>. Enfin, dans ce chapitre, seront abordées les conséquences des MGF sur la sexualité.

L'Organisation Mondiale de la Santé<sup>(1)</sup> a classé les mutilations sexuelles féminines en quatre catégories :

- Type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (le type Ia, l'ablation du capuchon du clitoris/prépuce seulement ; il semble rare et est généralement effectué dans un contexte médical plutôt que traditionnel).
- Type Ib : ablation du clitoris et du prépuce.
- Type II : ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (type IIa : ablation des petites lèvres seulement ; type IIb : ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres ; type IIc : ablation totale ou partielle du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres).
- Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures (type IIIa) ou les lèvres extérieures (type IIIb), ou encore les deux, avec ou sans ablation du clitoris (infibulation).
- Type IV, non classifié : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux, réalisées à des fins non médicales.

## I. Complications immédiates

- **Les douleurs intenses** sont au premier plan : l'ablation des terminaisons nerveuses et des tissus des organes génitaux cause des douleurs extrêmes. L'anesthésie est rarement utilisée et elle pose le problème de la médicalisation des MSF. La période de cicatrisation est également douloureuse. Les MSF de type III représentent une intervention plus importante qui dure plus longtemps, avec une intensité et une durée de la douleur plus importantes. La période de cicatrisation est d'autant plus longue et difficile<sup>(9)</sup>.

- **Les conséquences psychologiques**, également au premier plan, résultent de la douleur, du choc et de l'utilisation de la force physique par celles qui pratiquent l'intervention. C'est pourquoi de nombreuses femmes décrivent les mutilations sexuelles féminines comme un traumatisme<sup>(9)</sup>.

- Fréquemment observés également : **des saignements, des infections, une rétention urinaire<sup>(10)</sup>** : en général, on observe moins de complications précoces de ce type dans les MGF de type I que dans celles de types II et III. Elles sont souvent traitées par les sages-femmes locales ou le personnel non

médical réalisant la mutilation. L'enfant est parfois référé sur le plan médical seulement en cas de complications sévères ou si le traitement proposé par le praticien local a échoué. Les complications hémorragiques peuvent résulter d'une blessure de l'artère honteuse interne, de l'artère du clitoris ou du plexus veineux de Kobelt. Ces saignements peuvent parfois conduire à un choc, à la nécessité d'une transfusion, voire au décès. Les infections localisées sont documentées : elles concernent jusqu'à 15 % des cas d'excision et sont liées à l'utilisation d'instruments souillés. Les infections sévères peuvent conduire à une septicémie dans environ 1 % des cas ; le tétanos après MGF a aussi été rapporté chez près de 1 % des femmes subissant la mutilation. La rétention urinaire réflexe, liée à la douleur, est présente dans 4 % à 12 % des cas. De plus, des blessures du méat urétral, du vagin, de la vessie ou du rectum sont possibles.

- Une contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est parfois observée : l'utilisation du même instrument sans stérilisation est

susceptible d'accroître le risque de transmission du VIH entre les filles qui subissent ensemble les mutilations sexuelles féminines. Une étude a montré une association indirecte mais aucune donnée ne permet d'établir une association directe, peut-être du fait de la rareté des excisions collectives réalisées avec le même instrument, et de la faible prévalence du VIH parmi les filles à l'âge auquel l'intervention est pratiquée<sup>(9,10)</sup>. Si les modes de transmission du VIH en lien avec les MGF semblent logiques sur le plan scientifique à la fois sur le mode direct et indirect, les études disponibles présentent encore des limites<sup>(11)</sup>.

- L'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 **pseudo-infibulation**<sup>(9)</sup>.

Enfin, les **mutilations sexuelles féminines répétées** semblent être relativement fréquentes dans les types III, généralement du fait de l'échec de la cicatrisation<sup>(9)</sup>.

#### Complications tardives des MGF

Types de complications	Association identifiée par plusieurs études	Association identifiée mais demanderait confirmation avec des études plus importantes
Urinaire	Sténose urètre, méat Infections urinaires récidivantes Cristaux urinaires Méatite	Incontinence
Cicatricielles	Fibrose Chéloïdes Kystes dermoïdes Abscess de la vulve Hématocolpos Fusion partielle ou complètes des lèvres Sténose du vagin	
Douleurs	Vagin Vulve Douleurs pelviennes Dysménorrhées Névrome clitoridien	
Fertilité/sexualité	Dyspareunie Anorgasmie Sécheresse vaginale Troubles du désir sexuel Diminution de la satisfaction sexuelle	Infertilité
Infections	Mycoses Vaginoses bactériennes Infections à virus herpès	Infections à <i>Chlamydia</i> , gonorrhée Infection à <i>Trichomonas</i> HIV, syphilis
Troubles psychologiques	Stress post-traumatique Anxiété Dépression	

## II. Les complications tardives

Les complications tardives des MGF peuvent être classées selon le type de symptômes, la plupart étant urinaires, cicatricielles, douloureuses, infectieuses, à retentissement sur la fertilité ou la sexualité<sup>(10)</sup>. Elles sont résumées dans le tableau page précédente.

### 1. Les complications urinaires

Elles incluent les sténoses de l'urètre, les infections urinaires récidivantes, la présence de cristaux urinaires, les méatites et obstructions méatiques<sup>(10)</sup>. Elles représentent 29 % des complications en lien avec les MGF. Les patientes se plaignent de rétention urinaire, de dysurie. Ces complications requièrent des cystoscopies, une dilatation de l'urètre, voire des uréthroplasties. Les femmes ayant eu des MGF de type III ont plus particulièrement des infections urinaires récidivantes et peuvent bénéficier, outre de la désinfibulation, de traitements antibiotiques prolongés. Les cristaux et calculs urinaires sont liés à la stagnation des urines et peuvent entraîner des douleurs intermittentes, même en dehors des mictions. Leur ablation nécessite la désinfibulation.

### 2. Les cicatrices

Les complications en lien avec la cicatrisation sont typiquement : chéloïdes, fibroses, kystes dermoïdes, abcès de la vulve, hémato-colpos et fusion partielle ou totale des lèvres<sup>(10)</sup>. Les chéloïdes sont observées chez environ 3 % des patientes ayant subi une MGF, sauf dans une série de type II où la fréquence était de 62 %. Les chéloïdes et fibroses peuvent conduire à des douleurs et à des préjudices esthétiques. La fusion labiale requiert une séparation chirurgicale ; elle peut être responsable d'hémato-colpos, observé dans une étude chez 7 % des femmes. Les kystes dermoïdes sont également fréquents et peuvent entraîner des douleurs et un inconfort par recouvrement de l'introitus. Ils peuvent être enlevés chirurgicalement.

### 3. Les douleurs

Les douleurs vaginales et vulvaires sont fréquentes, de même que les douleurs pelviennes et les dysménorrhées<sup>(10)</sup>. Les dysménorrhées peuvent être traitées par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des

contraceptifs oraux si c'est culturellement acceptable par la patiente. Les névromes du clitoris, qui peuvent entraîner de sévères douleurs, peuvent être enlevés.

### 4. Fertilité/sexualité

Les relations entre la fertilité et les MGF peuvent être la résultante de barrières physiques (sténose vaginale, infibulation), des infections, des barrières psychologiques liées aux rapports douloureux associés aux éventuelles dysfonctions sexuelles<sup>(10)</sup>. Même si l'association entre infertilité et MGF est suspectée, elle n'est actuellement pas retrouvée dans toutes les études. Les troubles de la sexualité font l'objet d'un paragraphe spécifique.

### 5. Infections

Les MGF augmentent la fréquence des mycoses et des vaginoses bactériennes<sup>(10)</sup>. Pour les cliniciens, il est préférable de les traiter par voie orale lorsque les patientes ont des MGF de type III qui rendent difficile la mise en place d'ovules. L'augmentation de l'incidence des infections à herpès de type II chez les femmes excisées est formellement objectivée, ce n'est pas le cas pour les infections à *Chlamydia*, les gonorrhées, les infections à *Trichomonas* et la syphilis où l'association n'est actuellement que suspectée, comme c'est le cas pour le VIH.

### 6. Complications psychologiques

Une étude a montré que 80 % des femmes ayant subi une MGF de type II ou III avaient des *flash back*, 58 % avaient un trouble affectif, 38 % des troubles anxieux autres et 30 % un stress post-traumatique. Une autre étude comparative a montré que les femmes ayant subi une MGF avaient significativement plus de somatisations, d'anxiété, de phobies et de stress post-traumatique<sup>(10)</sup>.

## III. Complications obstétricales

Les conséquences obstétricales des excisions doivent être parfaitement connues des soignants et leur ampleur ne peut que leur permettre d'argumenter, c'est pourquoi elles seront détaillées dans ce paragraphe.

Deux études réalisées par l'OMS ont permis de chiffrer la prévalence et les coûts de cette surmorbidity :

**Le premier volet<sup>(7)</sup>** a étudié 28 393 femmes se présentant pour une naissance unique entre novembre 2001 et mars 2003 dans 28 centres d'obstétrique situés au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Nigéria, au Sénégal et au Soudan. Elles ont été examinées avant l'accouchement pour vérifier si elles avaient ou non subi des mutilations, et ont été classées selon le système de l'OMS. Des informations prospectives sur les facteurs démographiques, sanitaires et génésiques ont été recueillies. Les participantes et leurs nouveau-nés ont été suivis jusqu'à la sortie de la mère de l'hôpital. Par comparaison avec les femmes n'ayant pas subi de mutilations, les risques relatifs ajustés de certaines complications obstétricales étaient, chez les femmes ayant eu une mutilation de type I, II ou III, respectivement les suivants : césarienne : 1,03 (IC 95 % 0,88–1,21), 1,29 (1,09–1,52), 1,31 (1,01–1,70) ; hémorragie du post-partum : 1,03 (0,87–1,21), 1,21 (1,01–1,43), 1,69 (1,34– 2,12) ; hospitalisation prolongée de la mère : 1,15 (0,97–1,35), 1,51 (1,29–1,76), 1,98 (1,54–2,54) ; réanimation du nouveau-né : 1,11 (0,95–1,28), 1,28 (1,10–1,49), 1,66 (1,31–2,10), naissance d'un enfant mort-né ou décès néonatal précoce : 1,15 (0,94–1,41), 1,32 (1,08–1,62), 1,55 (1,12–2,16) et faible poids de naissance : 0,94 (0,82–1,07), 1,03 (0,89–1,18), 0,91 (0,74–1,11). La parité ne semble pas influencer de manière significative sur ces risques relatifs. On estime que les mutilations génitales féminines entraînent une surmortalité périnatale de un ou deux décès pour 100 accouchements. Les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ont une probabilité nettement plus élevée de complications obstétricales que celles qui n'en ont pas subi. Il semble aussi que le risque augmente avec l'ampleur de la mutilation.

**Dans le deuxième volet<sup>(8)</sup>**, l'objectif était d'estimer, dans six pays d'Afrique, le coût pour les systèmes de santé des complications obstétricales des MGF. Un modèle multi-états a permis de décrire six cohortes de 100 000 jeunes filles de 15 ans au départ, destinées à survivre jusqu'à l'âge de 45 ans. Les cohortes de femmes ont été modélisées de la façon suivante : femmes subissant divers degrés de MGF, femmes donnant naissance à des enfants conformément aux statistiques de mortalité et de fécondité de chacun des pays, et femmes bénéficiant d'une assistance

médicale à l'accouchement selon la fréquence observée dans leur pays. Le risque de complication obstétricale a été estimé à partir d'une étude de 2006 portant sur 28 393 femmes. Les coûts pour chaque complication ont été estimés en dollars de parité de pouvoir d'achat (I\$) pour 2008 et ajustés par application d'un facteur de 3 %. Le modèle a également déterminé les années de vie perdues du fait des hémorragies obstétricales mortelles. Les auteurs ont effectué une analyse de sensibilité multivariée pour estimer l'incertitude entachant les résultats. Les coûts annuels des complications obstétricales liées aux MGF dans les six pays africains étudiés se montaient à I\$ 3,7 millions et représentaient 0,1 à 1 % des dépenses publiques pour la santé des femmes âgées de 15 à 45 ans. Parmi les 2,8 millions de jeunes filles actuellement âgées de 15 ans dans ces six pays africains, on s'attend à une perte de 130 000 années de vie du fait des hémorragies obstétricales associées aux MGF, ce qui équivaut à amputer chaque durée de vie d'un demi-mois.

Au-delà des énormes traumatismes psychologiques qu'elles entraînent, les MGF font supporter à la société des pertes de vie et des coûts financiers importants. Le coût des efforts des états pour prévenir ces mutilations sera compensé par les économies résultant des complications obstétricales évitées.

#### IV. Retentissement des mutilations génitales sur la sexualité

**Sur le plan anatomique :** dans les mutilations de type III, le clitoris est laissé intact sous la cicatrice de l'infibulation dans environ 50 % des cas<sup>(11,12)</sup>. Ce n'est pas le cas des mutilations de types Ib, IIb et IIc qui altèrent le clitoris<sup>(1)</sup>. L'excision du clitoris peut donc entraîner une diminution de l'expérience du plaisir sexuel et de l'orgasme ; des douleurs lors des relations peuvent être également présentes<sup>(11, 13-15)</sup>.

Cependant, le clitoris étant perçu par de nombreuses femmes comme important pour le plaisir<sup>(16)</sup>, les MGF peuvent altérer indirectement le désir ainsi que l'excitation et la satisfaction sexuelles. Enfin, les MGF étant presque toujours effectuées avant que les jeunes filles n'aient atteint la maturité sexuelle, les femmes ne possèdent aucun cadre de référence personnel de ce qu'est un fonctionnement sexuel normal, elles

n'éprouvent pas obligatoirement un sentiment de déficit subjectif, et c'est souvent lorsqu'elles partent vivre dans des centres urbains ou dans des pays occidentaux que survient le questionnement<sup>(17)</sup>.

L'impact des mutilations génitales féminines sur la sexualité est donc potentiellement complexe, car il fait intervenir :

- une réduction anatomique du clitoris avec son rôle direct sur l'orgasme, mais également sur le désir, l'excitation et indirectement la lubrification ;
- une réduction symbolique avec un impact sur l'identité féminine, l'image du corps, de la féminité et de soi ;
- une composante de violence susceptible d'engendrer un stress post-traumatique : il s'agit d'une agression sexuelle ;
- le fait que les femmes subissent également plus fréquemment d'autres agressions sexuelles par la suite ;
- une douleur possible lors des relations sexuelles, liée à la cicatrice.

### Difficultés méthodologiques

L'étude de la sexualité des femmes présentant des MGF se heurte à de nombreux problèmes méthodologiques : un grand nombre d'entre elles sont incapables de dire avec certitude<sup>(18)</sup> si elles ont ou non un orgasme. Il est donc important de donner une définition claire (en faisant préciser les symptômes associés) dans des termes adaptés à la culture des femmes<sup>(13)</sup>. Les études doivent comprendre des groupes de comparaison pertinents : groupes contrôles en considérant les éventuels facteurs confondants que constituent les variables démographiques pertinentes : âge, éducation, religion<sup>(15)</sup>. Enfin, peu d'études ont utilisé des questionnaires validés ; de plus, le type de MGF est le plus souvent auto-déclaré et non pas évalué par l'examen clinique.

**Plusieurs études ont été répertoriées**, parmi lesquelles deux revues de la littérature qui ont souligné les difficultés méthodologiques discutées précédemment<sup>(19, 20)</sup> et, plus récemment, deux études utilisant des questionnaires de qualité de vie validés.

L'ensemble des données disponibles permet de conclure que l'impact des MGF sur l'orgasme n'est pas complètement clarifié. Il est important de noter qu'aucune étude n'a séparé le groupe de femmes ayant subi des MGF en fonction du critère de l'intégrité du

clitoris afin d'examiner directement les effets de l'excision du clitoris sur la fonction orgasmique. Il existe cependant des preuves que certaines femmes qui ne possèdent pas de clitoris externe connaissent l'orgasme. Lorsqu'il reste du tissu clitoridien sous le site de l'excision, même si le tissu cicatriciel rend souvent la stimulation douloureuse, 2,2 % des patientes participant à l'étude sur la reconstruction du clitoris affirmaient connaître l'orgasme clitoridien avant la chirurgie<sup>(21)</sup>. Ce chiffre sous-estime sans doute le taux d'orgasme total des femmes dont le clitoris a été excisé, puisqu'un plus grand nombre de femmes parvenaient peut-être à l'orgasme par stimulation vaginale et que les femmes qui demandent une chirurgie réparatrice du clitoris peuvent avoir une fonction sexuelle inférieure à la moyenne.

### En conclusion

Les conséquences médicales et obstétricales des MGF sont de mieux en mieux décrites et doivent être connues des soignants. Elles touchent de nombreuses sphères du corps. Les MGF en tant que vecteurs possibles de maladies infectieuses telles le VIH doivent encore davantage faire prendre conscience de l'ampleur de leurs conséquences sur la santé féminine et encourager les études de qualité. Les conséquences des MGF sur la santé génésique (complications obstétricales, infertilité) sont déjà très bien décrites ainsi que leur coût humain, et elles ne peuvent plus être ignorées. Les conséquences des MGF, néfastes pour la santé, doivent être au cœur du plaidoyer pour l'abandon de cette pratique.

### Références

1. WHO. *Eliminating female genital mutilation : An inter-agency statement* (UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNHCHR, UNICEF, UNFEM, WHO). 2008.
2. Kaplan A, Hechavarria S, Martin M, Bonhoure I. *Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action*. *Reprod Health* 2011;8:26.
3. Yemen Women's Union. *Quantitative study in Aeden, Hadhramout and Al-Hudaidah, including 600 women with at least one daughter cut*. WHO/UNICEF/UNFPA conference on the medicalization of FGM 2009.
4. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. *Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence*. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 Jun;287(6):1137-49.

5. Berg RC, Denison E, Fretheim A. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review of quantitative studies*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2010; Report from Kunnskapssenteret nr 13-2010.
6. Berg RC, Underland V. *The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis*. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:496564. doi: 10.1155/2013/496564.
7. *WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome*, Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. *Lancet.* 2006 Jun 3;367(9525):1835-41.
8. Bishai D, Bonnenfant YT, Darwish M, Adam T, Bathija H, Johansen E, Huntington D; FGM Cost Study Group of World Health Organization. *Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries*. *Bull World Health Organ.* 2010 Apr;88(4):281-8.
9. Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM 2008 whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441\_fre.pdf
10. Hearst AA, Molnar AM. *Female genital cutting: an evidence-based approach to clinical management for the primary care physician*. *Mayo Clin Proc.* 2013 Jun; 88(6):618-29.
11. Krause E, Brandner S, Mueller MD, Kuhn A. *Out of Eastern Africa: Defibulation and sexual function in woman with female genital mutilation*. *J Sex Med* 2011.
12. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. *Defibulation to treat female genital cutting : effect on symptoms and sexual function*. *Obstet Gynecol* 2006;108:55—60.
13. Obermeyer CM. *The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence*. *Cult Health Sex* 2005;7:443—61.
14. Alsibiani SA, Rouzi AA. *Sexual function in women with female genital mutilation*. *Fertil Steril* 2010;93:722-4.
15. Catania L, Abdulkadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulkadir J, Abdulkadir D. *Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C)*. *J Sex Med* 2007;4:1666— 78.
16. Fahmy A, El-Mouelhy MT, Ragab AR. *Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt*. *Reprod Health Matters.* 2010 Nov;18(36):181-90.
17. Abdulkadir J, Margairaz C, Boulvain M, Irion O. *Care of women with female genital mutilation/cutting*. *Swiss Med Wkly* 2011;140:w13137.
18. Bancroft JHJ. *Sexual arousal and response: the psychosomatic circle*. In: *Human sexuality and its problems*. 3rd ed Oxford: Churchill Livingstone; 2009. p. 56—143.
19. Paterson LQP, Davis SN, Binik YM. *Les mutilations génitales féminines et l'orgasme avant et après réparation chirurgicale*. *Sexologies* (2012) 21, 21—28
20. Berg RC, Denison E. *Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C* *Sex Res Soc Policy* (2012) 9:41—56
21. Foldes P, Louis-Sylvestre C. *Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases*. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34:1137—41.



Crédit photo : Sarret

# La médicalisation des mutilations génitales féminines et ses conséquences



Par le Dr Morissanda Kouyaté

Directeur exécutif du Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CI-AF)



## I. Introduction

Les mutilations génitales féminines sont une violation flagrante des droits des femmes et des filles ; quels que soient leurs formes, le lieu où elles sont pratiquées et la personne qui les pratique, elles sont néfastes et doivent buter contre notre volonté commune de les éliminer totalement du monde.

La lutte pour l'élimination des MGF n'est ni africaine, ni européenne, elle est un devoir universel de défense des droits des femmes et des filles.

L'une des caractéristiques fâcheuses de la lutte pour l'élimination des MGF est que la guerre sémantique continue de gaspiller notre temps et nos efforts, et surtout à fissurer notre mouvement. En effet, les termes "mutilations génitales féminines", "mutilations sexuelles féminines", "*female genital cutting*" qui signifie littéralement "coupures génitales féminines" chez certains anglo-saxons, continuent d'opposer des écoles et les acteurs, alors que les vraies victimes ont les vraies dénominations : "Nè korossi" ou "Bolo koli" qui signifient au Mali "asseoir sous le fer", ou "laver les mains" ; "Kodjigui" signifie en Guinée "aller à la rivière" ; en Somalie : Gudniin Fircooni (enlever selon le Pharaon d'Égypte) ; au Soudan : Khifad, Khitan Elbanat (purifier).

Il est aussi grave de réduire les mutilations génitales féminines à leur seul aspect sexuel alors qu'au-delà du sexe, il s'agit de la destruction des organes génitaux externes et souvent internes des filles et des femmes. C'est pourquoi j'aime à répéter que l'on ne peut pas réduire les mutilations génitales féminines à leur seul aspect freudien.

Cette guerre sémantique a semé tellement de confusion que le Comité Inter-Africain m'avait demandé d'écrire un article donnant la position des africains, article que l'on peut retrouver en intégralité sur le lien suivant : <http://www.morissanda.com:mgffgm.htm>

Le 20 décembre 2012, grâce à une campagne internationale féroce menée par le Comité Inter-Africain et deux de ses partenaires (*No Peace without Justice* et La Palabre) auprès des chefs d'états africains et des

états membres des Nations-Unies, l'Assemblée générale des Nations-Unies a adopté, à l'unanimité, la Résolution 67/146 : "Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines" dans laquelle les 193 pays membres des Nations-Unies ont définitivement choisi le terme "mutilations génitales féminines". Pour ceux et celles qui ont pour objectif réel d'éliminer les MGF, le débat sur la terminologie est clos depuis l'adoption de cette résolution.

## II. Formes de MGF

Les mutilations génitales féminines sont souvent classées par type en fonction de la forme de "l'opération" (types 1,2,3,4) et/ou de la personne qui l'exécute, exciseuse ou exciseur, traditionnel(le) ou médicalisé(e). Si ces classifications sont importantes du point de vue scientifique et permettent de mieux organiser la lutte contre les MGF, il faut s'empresse de noter qu'elles ne doivent en rien influencer la tolérance zéro à la pratique. Cette classification montrant certaines formes, plus sévères que d'autres, est souvent la cause du choix fait par certains pays de passer officiellement de l'infibulation à l'excision du clitoris, et d'enregistrer ce ridicule changement comme progrès dans la lutte contre les MGF.

Il est très important de noter que l'extrême gravité de la pratique des MGF réside dans la double violation de l'intégrité physique et des droits des femmes et des filles.

## III. Médicalisation des mutilations génitales féminines

On appelle mutilation génitale féminine médicalisée toute mutilation effectuée par un agent de santé dans ou hors d'un centre de santé, ou par un "non-agent" de santé dans une structure de santé.

La médicalisation des MGF est une conséquence perverse de la lutte des premières heures qui était

entièrement axée sur les aspects médicaux et sanitaires de la pratique. En effet, les arguments utilisés au départ, dans les années 1970-1980, soutenaient que les MGF étaient pratiquées dans des conditions septiques, sans anesthésie, avec des conséquences médico-sanitaires graves telles que les infections, le choc hémorragique, la septicémie, l'infertilité, etc.)

Si la porte d'entrée médico-sanitaire permettait de captiver rapidement et efficacement l'attention des populations, la description scientifique était si belle qu'elle aboutissait à la conclusion indirecte suivante : "Pourquoi pas à l'hôpital, pour limiter les dégâts ?"

La réaction des populations à ces arguments fut immédiate : *"Effectuer les MGF dans de "bonnes conditions" médico-sanitaires, c'est-à-dire à l'hôpital et de surcroît par un agent de santé"*.

Il faut ajouter à cela le fait que les agents de santé (sages-femmes, infirmières, matrones...) sont rémunérés pour exécuter l'excision.

Devant l'immense difficulté de faire changer les comportements face aux MGF, les activistes ont aussi adopté une stratégie dite **"faire semblant"**. Elle consistait à collaborer avec les agents de santé qui

acceptaient de recevoir les filles à exciser et à faire semblant d'exécuter "l'opération" alors que le clitoris de la fille n'aurait été que légèrement pincé.

La synergie de ces différentes considérations a conduit à créer un phénomène gravissime dans la problématique des mutilations génitales féminines : **la médicalisation**.

Il est regrettable de constater que, pendant que des exciseuses traditionnelles déposent leurs couteaux, des agents de santé prennent la relève. Au plus fort de notre combat contre la médicalisation, nous avons été confrontés à ce que l'on appelle **"l'exciseuse fantôme"**. Alors que l'exciseuse traditionnelle, mythiquement habillée et fière de ses pouvoirs surnaturels, esquisse publiquement des pas de danse devant la file des excisées, la praticienne médicale boude la foule et les festivités car elle est convaincue d'avoir agi contre la déontologie médicale et contre sa mission première : sauver et protéger des vies.

C'est pourquoi le Comité Inter-Africain a développé une stratégie spécifique de lutte contre la médicalisation.



Credit photo : Safe Bourgogne



## IV. Comment lutter contre la médicalisation des MGF

Il est important de noter que si la sensibilisation des populations et des exciseuses traditionnelles requiert du temps, celle des agents de santé devrait être plus facile, étant donné leur mission et leur niveau d'éducation. À ce titre, la lutte contre la médicalisation doit être menée comme suit :

- L'application stricte des règles de déontologie médicale dans toutes les structures de santé et par conséquent, une interdiction totale de la pratique des MGF par les agents de santé et dans les centres de santé, par des non-agents de la santé. Les ministères de la santé et les ordres des médecins, doivent prendre des actes administratifs tels que le retrait ou la suspension de diplômes ou d'agrément de ceux ou celles qui pratiquent les MGF médicalisées.
- L'application intégrale de la loi anti-MGF dans les pays où elle existe et, comme le CI-AF le propose, la sévérité des sanctions judiciaires à l'encontre des agents de santé coupables.
- La poursuite de l'information et de la sensibilisation du personnel de santé et son implication dans la campagne anti-MGF. En effet, l'expérience du terrain montre, très souvent, que l'évidence des connaissances des agents de santé sur les mutilations génitales féminines est fautive ou surévaluée. Il nous est arrivé de rencontrer des agents de santé qui faisaient plus confiance aux paroles de faux marabouts dans ce domaine qu'à leurs livres d'anatomopathologie.

C'est pour cette raison que le Comité Inter-Africain a créé le réseau africain des professionnels de la santé contre les mutilations génitales féminines, à l'instar

des réseaux des leaders religieux, des médias, des jeunes et des communicateurs traditionnels.

## V. La réparation chirurgicale des dommages causés par les MGF/la reconstruction/l'anti-médicalisation des MGF

La réparation chirurgicale des dommages causés par les mutilations génitales féminines, ou la reconstruction anatomique, ont redonné l'espoir à des milliers de femmes victimes et d'activistes ; elles doivent être soutenues et encouragées. Des témoignages éloquentes et souvent poignants de femmes ayant bénéficié de cette reconstruction corroborent ce choix.

Il faut cependant éviter de tomber dans le piège de la perversité des conséquences car, en sachant que ce service existe, il est possible d'entendre : **“Coupons le clitoris pour respecter notre tradition, ils vont réparer après.”**

### Conclusion

Les mutilations génitales féminines sont à éliminer totalement dans le monde et sous toutes leurs formes, car elles sont une violation inacceptable des droits des femmes et des filles. Avec l'adoption de la Résolution 67/146 de l'Assemblée Générale des Nations-Unies : “Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines”, les instruments au triple niveau national, régional et international, sont désormais réunis. Il faut agir !





# Regard clinique sur l'excision : l'expérience d'un dispositif de soins pluridisciplinaire

**Dr Emmanuelle Antonetti-Ndiaye<sup>1</sup>, Sokhna Fall<sup>2</sup>, Laura Beltran<sup>3</sup>**

1. Gynécologue-obstétricien

2. Victimologue, ethnologue

3. Sexologue

Unité de soins des femmes excisées, service de gynécologie-obstétrique du Professeur Hervé Fernandez, Hôpital de Bicêtre, France

L'Unité de Soins des Femmes Excisées a été créée en 2007 à l'hôpital intercommunal de Montreuil, en région parisienne. Nous vous présentons ici les principales réflexions et orientations cliniques pour la prise en charge des femmes excisées développées par nous depuis cette date. Une première phase de pratique de la chirurgie clitoridienne, à l'hôpital Rothschild, nous avait conduites à redéfinir notre activité comme une unité de **soins** plutôt que de chirurgie. Une approche en termes de soins nous a paru mieux répondre à la demande des patientes, en s'appuyant sur les constats de la consultation médicale et en systématisant la pluridisciplinarité de l'accompagnement. L'Unité de Soins des Femmes Excisées est dorénavant installée au sein d'un grand hôpital universitaire, l'hôpital de Bicêtre.

## La population accueillie

Nos patientes nous sont adressées par le réseau-ville : les associations, notamment le GAMS, les services sociaux, les centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile), les professionnels de santé en ville ou encore les médias..., ou directement par le personnel de l'hôpital, sages-femmes et gynécologues en particulier. Cette orientation, souvent focalisée sur la chirurgie, biaise parfois la demande des patientes par des discours réducteurs qui proviennent par exemple des médias : "l'horreur d'être excisée", qui stigmatise les femmes ; du milieu associatif : "être excisée est un drame dont la chirurgie est la réparation", vision qui ne correspond pas à toutes les situations ; du milieu médical "l'excision est une amputation dont la chirurgie est le remède", vision "organique" qui ne permet pas de traiter la complexité du vécu des patientes. Nous recevons une vingtaine de nouvelles patientes par mois. Celles qui viennent dans l'Unité sont majoritairement issues de l'immigration de l'Afrique de l'Ouest – du fait que la plupart des populations immigrées pratiquant cette mutilation vient de cette région – et appartiennent aux ethnies soninké, peulh, bambara, malinké... Elles ont en général été excisées bébé ou dans la petite enfance et d'une manière totalement déritualisée. Le type d'excision le plus fréquent est le type II, défini par l'OMS comme l'ablation du capuchon du clitoris, de sa partie externe ainsi que des petites lèvres.

## Le dispositif de soins

Le protocole que nous proposons aux patientes qui consultent l'Unité est le suivant, dans l'ordre : une consultation médicale, une consultation psychologique, une consultation sexologique. Les consultations sont volontairement à distance les unes des autres, à des intervalles de 15 jours minimum ; ces délais favorisent l'élaboration et la maturation de la demande spécifique à chaque patiente. Ensuite, lors d'une réunion pluridisciplinaire, nous partageons nos informations et réflexions afin d'essayer de trouver la réponse la plus appropriée à la demande explicite ou implicite de la patiente. Cette réunion est aussi l'occasion pour nous de rencontrer d'autres équipes, de remettre en question et faire évoluer nos pratiques.

## La consultation médicale

Elle a pour premier objectif d'ouvrir un espace de parole qui permette à la patiente d'exprimer son vécu. Il s'agit ensuite de l'informer sur le type d'excision qu'elle a subie, de la rassurer quant aux conséquences sur sa vie sexuelle et sur la maternité, de lui faire repérer le clitoris encore présent sous la peau et de la possibilité de le stimuler. Très souvent, les patientes arrivent convaincues "qu'il n'y a plus rien" et découvrent alors que le moignon clitoridien est présent et "vivant".

Lorsque la patiente arrive avec une demande spécifique de chirurgie, la technique opératoire, ses suites, les complications possibles sont décrites. Il s'agit notamment de ne pas faire de fausses promesses et de clarifier le fait que l'aspect clinique après l'opération ne sera pas un retour à ce qu'il était l'avant excision. Dans certains cas, malgré l'excision, la femme a un "beau périnée", la chirurgie sera donc déconseillée parce que ne pouvant offrir mieux. D'autres situations conduisent à proposer une chirurgie de réouverture de la vulve quand celle-ci a été fermée suite à une coalescence des petites lèvres (pseudo-infibulation) ou à une suture des grandes lèvres (infibulation, rare en France).

## La consultation psychologique

Elle a pour objectif l'évaluation des éventuelles séquelles post-traumatiques liées à l'excision ou à d'autres traumatismes subis par la patiente et se veut le moment où elle pourra exprimer la souffrance psychique qu'elle met en lien avec l'excision. Au fil des rencontres avec les patientes, il est nous est apparu que la dimension psychotraumatique occupe une place essentielle parmi les séquelles de l'excision. En cas de projet d'intervention chirurgicale, l'évaluation psychologique doit aussi permettre d'éviter une réactivation brutale des souvenirs traumatiques en période post-opératoire. Nous prenons aussi le temps d'évaluer le contexte dans lequel la patiente vivra éventuellement sa convalescence.

## L'objectif de la consultation sexologique

Il est d'évaluer et, éventuellement, de faire évoluer la satisfaction sexuelle des patientes. Beaucoup de femmes sont tellement convaincues que l'excision les prive de tout accès au plaisir sexuel qu'elles n'ont rien exploré des capacités érotiques de leur corps. Par ailleurs, la "solution" chirurgicale a tendance à occulter à leurs yeux l'importance des représentations, des croyances et du contexte relationnel pour l'accession à une sexualité gratifiante. Alors que leurs aînées ont grandi avec l'idée que, si elles n'étaient pas excisées, elles "ne seraient pas des femmes", beaucoup de nos

patientes ont entendu que, puisqu'elles sont excisées, elles "ne sont plus des femmes".

A la suite de la réunion de consultation pluridisciplinaire, dans les cas où il est décidé avec la femme de réaliser une clitoridoplastie (la réparation clitoridienne), nous assurons un suivi pré et postopératoire rapproché. Dans notre unité, les femmes passent une nuit à l'hôpital dans les suites de l'intervention, ce qui permet de les accompagner pour les premiers soins. Un protocole antalgique a été mis au point par le service d'anesthésie pour leur éviter toute souffrance pendant la cicatrisation, celle-ci durant jusqu'à deux mois. Le risque, sans prise en charge spécifique de la douleur, est que, pendant la période de guérison, les femmes revivent l'expérience traumatisante de l'excision. Les patientes sont ensuite revues 15 jours, un mois, deux mois, puis six mois après l'intervention. Ce suivi est impératif. Nous recevons beaucoup de femmes qui ont été opérées dans d'autres services et qui regrettent l'absence d'un suivi régulier. Elles ont notamment besoin de l'aide de professionnels pour intégrer cette expérience, ou restaurer une vie de couple qui ne fonctionne toujours pas.

Les patientes qui ne sont pas opérées peuvent bénéficier d'un accompagnement médical, psychologique ou sexologique selon leurs besoins.

## L'évaluation des demandes

Les femmes qui viennent dans notre unité ont une demande qui n'est pas obligatoirement celle de la chirurgie. La plupart ont surtout des interrogations autour de l'excision. Elles veulent savoir quelle est l'ampleur des dommages, s'inquiètent de leur sexualité... Elles se questionnent à propos de l'accouchement ou se demandent si leur insatisfaction sexuelle est due à l'excision, pourquoi elles n'ont pas de plaisir pendant les rapports sexuels. Certaines posent d'emblée une demande d'intervention chirurgicale. Le recul que nous avons aujourd'hui nous a conduites à penser que la demande de "réparation chirurgicale" masque très souvent une demande de réparation d'autres traumatismes, sexuels pour la plupart. Trop souvent, l'intervention chirurgicale est attendue comme le remède magique qui effacera le passé douloureux. Elle peut être aussi demandée parce que les femmes, baignées dans un discours occidental qui, en condamnant l'excision, n'évite pas toujours d'en

stigmatiser les victimes, se sentent comme "anormales", "honteuses" de leur situation. Il arrive également que l'intervention soit demandée dans un contexte de difficultés de couple, déplacées sur l'excision (et donc sur la femme).

Ces différents types de demandes masquées doivent inviter à la plus grande prudence par rapport à l'indication de la chirurgie, car le risque que les patientes soient non seulement déçues mais aussi fragilisées après l'opération est important.

Dans la plupart des cas, la demande de chirurgie est l'affaire de la femme, qui n'en n'a parlé à aucun proche, surtout pas à sa mère, rarement à son compagnon. Cela pose ou révèle parfois une difficulté en termes d'identité culturelle. Les demandes les plus aisées à satisfaire sont celles où la femme attend simplement de la chirurgie qu'on "lui rende ce qu'on lui a pris".

Il est important que la réponse chirurgicale, dans le cas où c'est la réponse adaptée, ne vienne pas trop vite. Nous tenons à prendre le temps, avant l'intervention, de laisser parler les femmes et de les écouter. Certaines vont découvrir, grâce à la prise en charge sexuelle, qu'elles n'ont pas besoin de passer par la chirurgie pour avoir des orgasmes. Parfois, le manque de désir vient d'autre chose : le conjoint néglige les préliminaires, le mariage a été forcé... Le traitement des séquelles psychotraumatiques de l'excision, d'un mariage forcé ou d'autres traumatismes sexuels peut être un passage obligé. Il faut souvent avancer sur la sexualité et l'état psychique avant de passer si nécessaire à la chirurgie. Aucune opération ne fera d'un mari brutal un époux attentif, ni ne fera disparaître des reviviscences traumatiques surgissant lors d'un rapport sexuel. Moins de 50 % des patientes que nous rencontrons ont finalement demandé à être opérées.

## Conclusion

Il nous paraît important de rester conscient des limites de la chirurgie : la chirurgie n'est pas la réparation. Prendre le temps d'identifier la demande cachée derrière le motif initial de consultation nous semble essentiel. Les femmes ont le droit d'en finir avec la honte : honte de ne pas être excisée dans les sociétés qui excisent, honte d'être excisée ici, il faut se méfier du pouvoir "mutilant" des discours. Il s'agit bien d'abolir l'excision, et pas les femmes qui ont été excisées.

Aujourd'hui, en 2014, il faut faire le constat que beaucoup de familles, ici et en Afrique, abandonnent la pratique soit à la suite des campagnes d'information, soit d'elles-mêmes. D'autres familles continuent, envers et contre tout, usant de tous les moyens possibles – trahison, pressions, violences – pour exciser leurs filles. Dans ce contexte, la prévention et la lutte contre les mutilations sexuelles doivent s'associer au repérage et à l'action contre les maltraitances et les violences sexuelles en général.

*Le lecteur intéressé par une description plus détaillée de notre travail et les résultats de notre étude rétrospective sur notre activité peut se référer à : Antonetti E. Fall S. Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014, Sous presse.*



# Mutilations sexuelles féminines : reconstruction clitoridienne. Résultats, pour quels enjeux ?



**S. Madzou<sup>1</sup>, C. M. R. Ouédraogo<sup>2</sup>, P. Gillard<sup>1</sup>, C. Lefebvre-Lacoeuille<sup>1</sup>, L. Catala<sup>1</sup>,  
V. Combaud<sup>1</sup>, L. Sentilhes<sup>1</sup>, P. Descamps<sup>1</sup>**

1. Pôle Femme-Mère-Enfant, CHU d'Angers, France

2. Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

L'excision – mutilations sexuelles féminines (MSF) – est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme "toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales"<sup>(1)</sup>.

On estime à plus de 125 millions le nombre de jeunes filles et de femmes victimes de mutilations sexuelles qui sont pratiquées dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, régions où ces pratiques sont concentrées. Trente millions de filles sont exposées au risque d'être excisées d'ici à la prochaine décennie<sup>(2)</sup>.

En France, on estime que le nombre de femmes excisées se situe entre 42 000 et 61 000<sup>(3)</sup>.

L'impact des MSF sur la sexualité est potentiellement complexe, car il fait intervenir :

- Une réduction anatomique du clitoris, avec ses conséquences directes sur l'orgasme, mais également sur le désir, l'excitation et la lubrification de façon indirecte.
- Une réduction symbolique, avec un impact sur l'identité féminine, l'image du corps, de la féminité, et de soi.
- Une composante de violence pouvant engendrer un stress post-traumatique.
- Une douleur possible lors des relations sexuelles, liée à la cicatrice.

En France, depuis 1979, les mutilations relèvent de l'article 222 du Code Pénal sur les violences. Les autorités françaises ont mis en place un protocole de chirurgie réparatrice remboursé par l'Assurance Maladie pour les femmes et les jeunes filles qui ont subi une MSF et qui en souffrent. Notre étude se propose de faire une revue de la littérature des résultats issus de la prise en charge chirurgicale des MSF réalisée en France (Angers et Paris) et au Burkina Faso<sup>(4,5,6)</sup>.

## I. Prise en charge globale des MSF

La prise en charge chirurgicale des MSF s'inscrit dans le cadre de plusieurs approches de demandes formulées par les femmes qui en ont été victimes, notamment la revendication identitaire (rejet de la mutilation, image sociale ou conjugale), la revendication sexuelle (image comparative, expériences et antécédents) et le rejet de la douleur lors des rapports sexuels. La mise en place de la chirurgie réparatrice des MSF nécessite une consultation préopératoire qui fait intervenir plusieurs disciplines : consultation avec un psychologue, un chirurgien gynécologue et un anesthésiste.

## Rappel de la technique de la reconstruction clitoridienne

La technique chirurgicale est un procédé de reconstruction du clitoris après excision rituelle, élaboré par le Dr P. Foldes. Elle repose sur le fait que le clitoris est beaucoup plus long qu'on ne le pense (il se prolonge sur plus de 10 cm le long de l'os pubien<sup>(7,8)</sup>), et l'intervention consiste à remettre à jour la partie enfouie, à libérer les ligaments qui la retiennent au pubis et à la remettre à sa place pour former un nouveau gland tout à fait sensible.

## La technique opératoire se déroule en plusieurs étapes

### Etape 1 : Incision pré-pubienne

La région excisée est parfois porteuse d'une cicatrice irrégulière, voire chéloïdienne, stigmata d'un geste réalisé sans aseptie ni hémostase, d'où la nécessité de sa résection pour découvrir le moignon clitoridien qui se trouve en dessous.

### Etape 2 : Section du ligament suspenseur et libération du genou clitoridien

Il s'agit de :

- dégager le triangle vulvaire,
- libérer le genou clitoridien pratiqué très près du périoste, et suivre une bifurcation divergente qui amène aux corps clitoridiens, lesquels descendent le long des branches ischio-pubiennes.

### Etape 3 : Libération du corps clitoridien

Une libération complète s'obtient par une poursuite de la dissection le long de la branche ischio-pubienne, en dégageant progressivement le corps, qui mesure huit centimètres environ.

### Etape 4 : Résection cicatricielle

Cette étape consiste à supprimer les tissus cicatriciels et retrouver en arrière une recoupe saine de corps caverneux normalement innervés et vascularisés, de façon à reconstituer un néo-gland fonctionnel.

La recoupe en zone saine laisse apparaître les corps caverneux au raphé médian, le tissu alvéolaire saigne normalement ; la nécessité d'une bonne hémostase est importante.

### Etape 5 : Reconstitution du gland et réimplantation

Elle consiste à :

- Préserver le pédicule dorsal en reconstituant un néo-gland par un hémi-surjet en avant du clitoris par le vicryl 3/0 et par un point en arrière du clitoris par du vicryl 2/0, ce qui permet de reposi-

tionner le gland reconstitué dans sa situation normale.

- Adosser des muscles bulbo-caverneux par des points simples au vicryl 2/0 afin d'éviter toute réascension du clitoris.
- Fermer la peau par points séparés simples au vicryl 2/0 sans drainage.
- Réaliser une infiltration sous-cutanée d'un anesthésique local (ropivacaïne + clonidine) pour les douleurs postopératoires.

### Autres situations : Prise en charge chirurgicale des MSF de type 3 (infibulation)

Elle consiste à réséquer la fermeture vulvaire sur une sonde cannelée afin de découvrir en dessous l'entrée vaginale et le méat urinaire, et parfois les petites lèvres et le clitoris quand ils n'ont pas été sectionnés. Dans le cas où le clitoris a été sectionné, on peut réaliser une reconstruction clitoridienne selon la technique décrite ci-dessus.

## II. Résultats

Trois études réalisées au Burkina Faso et en France (Angers et Paris) ont permis d'évaluer les résultats immédiats et à long terme de la chirurgie réparatrice<sup>[4-6]</sup>. Les résultats fonctionnels (douleur pendant ou en dehors des rapports sexuels et plaisir clitoridien), et les résultats anatomiques (présence du néoclitoris) ont été évalués à l'aide d'une grille établie par le docteur Foldes<sup>[9]</sup>.

### 1. Evaluation préopératoire de la douleur

Les résultats indiqués dans le tableau I mentionnent que, dans les études de Ouedraogo et Foldes, 17 % et 8,7 % des femmes ressentait respectivement une douleur forte et intolérable.

Tableau 1 : évaluation de la douleur préopératoire des patientes devant bénéficier d'une reconstruction clitoridienne

Score	Douleur	Ouedraogo, 2013 [N, (%)] N = 94	Foldes, 2012 [N, (%)] N = 840
0	Pas de douleurs	57 (60,6 %)	486 (57,8 %)
1	Gêne légère pendant les rapports sexuels	5 (5,4 %)	124 (14,8 %)
2	Douleurs modérées pendant les rapports sexuels	16 (17 %)	129 (15,3 %)
3	Douleurs fortes à intolérables	16 (17 %)	73 (8,7 %)
4	Douleurs en dehors des rapports sexuels	-	28 (3,3 %)

## 2. Evaluation préopératoire du plaisir clitoridien

Ouedraogo et Foldes mentionnent dans leurs résultats que respectivement 54,3 % et 44,1 % des femmes n'avaient jamais ressenti de plaisir clitoridien.

Tableau 2 : évaluation du plaisir clitoridien préopératoire des patientes devant bénéficier d'une reconstruction clitoridienne

Score	Plaisir clitoridien	Ouedraogo, 2013 [N, (%)] N = 94	Foldes, 2012 [N, (%)] N = 840
0	Jamais	51 (54,3 %)	368 (44,1 %)
1	Sensation discrète	19 (20,2 %)	120 (14,3 %)
2	Plaisant, sans orgasme	12 (12,8 %)	196 (11,5 %)
3	Orgasme restreint par la mutilation	4 (4,2 %)	97 (11,6 %)
4	Orgasme régulier (sans restriction)	8 (8,5 %)	53 (6,3 %)

## 3. Evaluation postopératoire

### a) Résultats anatomiques postopératoires

Les études de Ouedraogo, Madzou et Foldes mentionnent respectivement que 3,2 %, 21,6 % et 28 % des femmes présentaient un néoclitoris proche de la normale.

Tableau 3 : résultats anatomiques du néoclitoris chez les patientes ayant bénéficié d'une reconstruction clitoridienne

Score	Néoclitoris	Ouedraogo, 2013 [N, (%)] N = 94	Madzou, 2008 [N, (%)] N = 116	Foldes, 2012 [N, (%)] N = 840
0	Aucun changement	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (0,4 %)
1	Palpable mais non visible	4 (4,3 %)	12 (10,3 %)	51 (6 %)
2	Saillie clitoris visible	38 (40,4 %)	35 (30,2 %)	210 (24 %)
3	Gland exposé sans capuchon	49 (52,1 %)	44 (37,9 %)	363 (42 %)
4	Aspect proche de la normale	3 (3,2 %)	25 (21,6 %)	239 (28 %)

### b) Résultats fonctionnels postopératoires

Il n'a pas été recensé de douleurs chez les patientes opérées dans l'étude de Madzou (0 %). Une femme sur 94 (1,1 %) a décrit avoir une douleur après l'opération. Dans les études de Ouedraogo et Madzou, les femmes opérées ont déclaré avoir une sexualité normale (38,3 % et 29,3 %).

Tableau 4 : résultats fonctionnels (douleurs, plaisir clitoridien) postopératoire chez des patientes ayant bénéficié d'une reconstruction clitoridienne

Scores	Résultats fonctionnels (douleurs, plaisir clitoridien)	Ouedraogo, 2013 [N, (%)] N = 94	Madzou, 2008 [N, (%)] N = 116
0	Douleur	1 (1,1%)	0 (0%)
1	Inconfort, gêne	1 (1,1%)	1 (0,9%)
2	Petite Amélioration	5 (5,3%)	2 (1,7%)
3	Forte amélioration sans orgasme	14 (14,8%)	13 (11,2%)
4	Capacité orgasmique	34 (36,2%)	50 (43,1%)
5	Sexualité normale	36 (38,3%)	34 (29,3%)
	Aucune activité sexuelle	3 (3,2%)	16 (13,8%)

L'analyse de Foldes a consisté à comparer la douleur et le plaisir clitoridien préopératoire avec les résultats fonctionnels postopératoires à un an de suivi pour 841 (97 %) des 866 femmes vues en consultation un an après l'intervention.

Les résultats sur le plaisir clitoridien montrent que :

- sur 368 femmes/841 qui n'avait jamais eu de plaisir clitoridien en préopératoire, 88 femmes, soit 24 %, ont éprouvé un orgasme restreint et 41 femmes, soit 11 %, un orgasme régulier en postopératoire [5].
- sur 97 femmes qui ont présenté un orgasme restreint avant la chirurgie réparatrice, 51 femmes, soit 52 %, ont rapporté avoir un orgasme régulier [5].
- 12 des 53 patientes (23 %) qui avaient eu régulièrement des orgasmes avant l'opération ont signalé une réduction de ceux-ci après l'opération [5].

Sur le plan de la douleur, parmi les 486 patientes qui n'avaient pas de douleur avant la réparation, 8 (2 %) ont signalé de l'inconfort et 1 (< 1 %) une douleur [5].

### Le bénéfice apporté par la reconstruction clitoridienne

Foldes a trouvé que 2 933 (99 %) des 2 938 femmes colligées ont eu une récupération identitaire (sensation de se sentir entière et de retrouver une autonomie personnelle en rejetant la mutilation physique qui leur a été imposée par les membres de leur communauté [10]) et 2 378 (81 %) des femmes ont eu une amélioration de leur vie sexuelle [5].

La chirurgie reconstructrice a été acceptée dans l'étude réalisée par Ouedraogo car 100 % des patientes étaient satisfaites quant à l'intégrité physique du clitoris retrouvée. Aussi, 98,9 % recommanderaient l'intervention à leur entourage féminin victime de mutilation et 91,5 % referaient l'intervention si elle était à refaire [6].

### Conclusion

Les mutilations sexuelles féminines sont internationalement considérées comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes [1]. La prise en charge chirurgicale des séquelles issues de ces mutilations permet une réhabilitation de la femme sur le plan juridique, anatomique, sensoriel, sexuel et psychologique, une réduction de la douleur, une prévention

des complications obstétricales et une participation à la lutte contre les pratiques de mutilation (les femmes qui ont été opérées sont les militantes de la lutte contre l'excision). Il est important que les professionnels de santé soient formés à la prise en charge des séquelles de l'excision et qu'il y ait une accessibilité (géographique, et financière) à cette prise en charge pour les femmes qui en sont victimes.

### Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Mutilations sexuelles féminines. Aide-mémoire N°241, Février 2014 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> Consulté le 26 juin 2014.
2. United Nation international Children Emergency Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change, 2013. [http://www.unicef.org/media/files/FGCM\\_Lo\\_res.pdf](http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf). consulté le 20 juin 2014.
3. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population et sociétés, Ined, numéro 438 octobre 2007.
4. Madzou S, Henry - Latrouite E, Sentilhes L, Descamps P. Réparation chirurgicale des mutilations sexuelles féminines (à partir d'une série de 123 cas). XIème congrès de la société africaine de gynécologie et obstétrique (SAGO); 2011 Dec 24 -28; Libreville, Gabon.
5. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. Lancet 2012 Jul 14; 380(9837):134 - 41.
6. Ouédraogo CM, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. Report of 94 cases. Ann Chir Plast Esthet. 2013 Jun; 58(3):208-15
7. O'Connell HE1, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. J Urol. 2005 Oct; 174 (4 Pt 1):1189 - 95.
8. O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR, Plenter RJ. Anatomical relationship between urethra and clitoris. J Urol. 1998 Jun; 159(6):1892-7.
9. Foldes P, Louis-Sylvestre C. Results of surgical repair after ritual excision: 453 cases: Gynecol Obstet Fer-til.2006 dec; 34 (12):1137 - 41.
10. Johnsdotter S, Essen B. Sexual health among young Somali women in Sweden: living with conflicting culturally determined sexual ideologies. International Network to Analyze, Communicate and Transform the Campaign against Female Genital Cutting, Female Genital Mutilation, Female Circumcision (INTACT) conference; Alexandria, Egypt; Oct 10-12, 2004. <http://www.mbali.info/doc311.htm>. consulté le 23 juin 2014.





# La prévention des mutilations sexuelles féminines



## Par Emmanuelle Piet

Médecin, présidente du Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV)

J'ai été confrontée pour la première fois à une infibulation en 1974, lorsque je faisais fonction d'interne à la maternité de l'hôpital de la Cité Universitaire : une étudiante Somalienne était infibulée. J'avais été très impressionnée ! Là commence ma lutte contre l'excision et les mutilations sexuelles féminines.

## Regard sur la situation 40 ans plus tard

En PMI, on découvre l'excision à la fin des années 1970. En 1980, une pétition initiée par le docteur Marie-Hélène FRANJOU circule pour mobiliser les équipes dans la lutte contre les mutilations sexuelles.

En Seine-Saint-Denis, les mutilations sexuelles sont apparues dans la fin des années 1970 ; en effet, c'est dans cette période que les travailleurs maliens, qui avaient été attirés en France pour travailler, ont été autorisés à faire venir leur famille : c'est le regroupement familial, femmes et enfants arrivent en France et fréquentent les PMI.

Les premières actions de prévention suivent l'arrivée des familles dans les départements à proximité des foyers : Montreuil, Pantin, puis sont généralisées dans le département.

Pour organiser, soutenir cette prévention, nous avons mis en place des formations pour les personnels.

Dans un premier temps : informations sur les mutilations sexuelles féminines, les populations concernées, les pratiques, les conséquences médicales, sexuelles, les coutumes, la loi.

Au début, l'action se développe toujours en lien avec les interprètes interculturelles, les femmes ne parlant pas encore le français. Il a donc été nécessaire de former aussi les interprètes.

Très rapidement, les personnels ont commencé à poser systématiquement les questions lors de la venue à la PMI d'une petite fille originaire d'un pays concerné par l'excision : que comptent faire les parents pour la petite fille ? Doit-elle être excisée ?... Savent-ils que cela "abîme" les filles ?

Les médecins pédiatres examinent systématiquement le sexe des petites filles et parlent des conséquences néfastes, des dangers pour la santé, de l'interdit.

Les médecins PM/PF, lorsqu'ils examinent les femmes, parlent des conséquences de l'excision et des possibles soins, ainsi que de l'avenir de leur fille.

Ce travail est systématique dans certaines communes. Dans le même temps, les procès se multiplient, une jurisprudence de 1982 reconnaît la mutilation sexuelle comme un crime : les procès se déroulent à la cour d'assises. Ils ont un très fort impact sur la communauté concernée.

## Les populations s'adaptent, la prévention aussi...

Alors que, dans les pays d'origine, dans un même village, les mutilations ont lieu entre 6 ans et 15 ans, en France, dès le début des années 1980, les fillettes sont mutilées bébés (deux bébés meurent des suites d'excision, comme Bobo TRAORE, amenée à l'hôpital de Saint-Denis, vidée de son sang, son père ayant tardé car il sait que l'excision est interdite en France...).

Grâce à la prévention systématique réalisée en PMI et aux procès qui ont un grand retentissement, les mutilations chez les bébés ont pratiquement disparu (dans les années 1980, 50 % des mutilations sont faites en France).

Dans les années 1990 (alors que 40 % des mutilations sont réalisées en France), les excisions sont pratiquées sur des enfants plus grandes, âgées de 6 à 10 ans, pendant les vacances.

Nous avons alors entrepris la sensibilisation des personnels de l'Education Nationale – médecins,

infirmières scolaires – afin qu'ils soient attentifs aux signaux d'alerte.

A l'école, les enfants parlent et sont entendues : une petite fille dit à sa maîtresse qu'elle partira dans son pays avant la fin de l'année scolaire pour une fête destinée aux filles. La maîtresse informée prévient le médecin scolaire, un signalement est fait, la famille n'emmènera pas cette fillette pour la faire exciser...

D'autres enfants reviennent après les grandes vacances transformées, mutiques, tristes... Quelques signalements, une modification de la loi permettant de poursuivre les parents qui pratiquent une excision hors du territoire français... Est aussi un crime la mutilation pratiquée dans le pays d'origine si l'enfant réside habituellement en France. L'efficacité de cette mesure est réelle : nous n'avons plus vu de petites filles mutilées pendant le temps de l'école primaire.

Une nouvelle adaptation se développe dans les années 2000, les jeunes filles sont déscolarisées à la fin du cours moyen deuxième année, à la fin de l'école primaire, elles sont renvoyées dans le pays d'origine, où elles vont être mutilées, mariées de force. Elles reviennent en France enceintes pour accoucher avant l'âge de 16 ans (ces jeunes filles nées en France et y vivant avant cet âge ont vocation à être françaises, leur enfant aussi).

La prévention s'adresse maintenant aux maternités et aux personnels qui suivent les grossesses. Un travail de formation se met en place pour que ces personnels, qui examinent ces jeunes filles, fassent des signalements lorsque les parturientes sont des femmes mineures mutilées.

La prévention doit aussi s'exercer dans les collèges pour que soient signalées les jeunes filles qui n'intègrent pas le collège en début de nouvelle année scolaire et celles qui disparaissent de l'établissement en cours d'année : on attend !

En 2000, se produit une véritable révolution : l'intervention chirurgicale du Dr FOLDES permet la réparation des vulves. En 2003, cette intervention est intégralement remboursée par la Sécurité Sociale.

En 2001, en Seine-Saint-Denis, nous avons invité le Dr P. FOLDES, et des lieux de consultation et de réparation vont ouvrir successivement dans les hôpitaux de Montreuil, Aulnay et maintenant Saint-Denis et Blanc-Mesnil.

La prise en charge des femmes mutilées, dans les

consultations de protection maternelle et de planification familiale, s'améliore au cours du temps, les difficultés sexuelles sont abordées et la réparation est proposée. Les autres violences sont également recherchées : mariages forcés, violences conjugales.

Une autre évolution dans la prise en charge a lieu au début des années 2000 : une meilleure connaissance du syndrome post-traumatique, ce qui nous permet de mieux comprendre les souffrances psychiques importantes que vivent ses femmes mutilées et d'y porter remède.

Pour maintenir un bon niveau de connaissances des personnels et améliorer la prise en charge de ces femmes et enfants, nous organisons chaque année depuis 2004, autour du 6 février, une demi-journée d'information (maintenant en lien avec l'observatoire départemental des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis), durant laquelle sont abordées différentes questions autour des mutilations sexuelles féminines.

Une note rappelle la conduite à tenir en matière d'excision dans le service de PMI.

Ce travail avec les populations d'Afrique subsaharienne a été efficace. A chacune des étapes de la mobilisation des différents services, de nombreux parents renoncent à la pratique des mutilations sexuelles féminines. De très nombreuses petites filles ont ainsi été préservées et aujourd'hui, de nombreuses jeunes femmes déclarent ne pas vouloir d'excision pour leur fille. Les femmes adultes qui ont été mutilées demandent à bénéficier d'une réparation chirurgicale. A ma consultation, de nombreuses jeunes femmes ne sont pas mutilées et savent que leur mère s'y est opposée avec succès.

Mais de nouvelles populations concernées arrivent dans notre département.

En 2010, les Egyptiennes arrivent. Dans leur pays, 97 % d'entre elles sont mutilées, mais personne ne parle de mutilation sexuelle en Egypte ! Même lors du printemps du Maghreb, où le thème des droits des femmes et des agressions sexuelles est débattu, rien n'est dénoncé en matière de mutilation sexuelle. Nous avons aujourd'hui tout à reconstruire pour développer une prévention efficace pour ces nouvelles arrivantes.



# Comment mieux comprendre et gérer les signalements de filles à risque de mutilations sexuelles féminines en Belgique ?

## Présentation des résultats d'une recherche action



Par Fabienne Richard<sup>1</sup>, Marie De Brouwere<sup>2</sup> et Myriam Dieleman<sup>3</sup>

1. Sage-femme, Docteur en sciences de la santé publique, coordinatrice du GAMS Belgique
2. Socio-anthropologue, coordinatrice du réseau des stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (SC-MGF)
3. Socio-anthropologue, chercheur à l'Observatoire du SIDA et des sexualités (Université Saint-Louis)



### Introduction

Les mutilations sexuelles féminines nous concernent aussi en Europe. De plus en plus de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, d'enseignants sont confrontés à des filles ou des femmes excisées souffrant de complications physiques ou psychiques, ou qui risquent d'être excisées (lors d'un retour au pays pendant les vacances par exemple). Ces professionnels, s'ils n'ont pas reçu d'information au préalable, peuvent être démunis face aux besoins spécifiques des filles ou des femmes excisées. Si la France a été confrontée très tôt à la problématique, avec des excisions révélées par des pédiatres de services de PMI (Protection Maternelle et Infantile) chez des petites filles d'origine malienne ou sénégalaise dans les années 1980, la Belgique, elle, a été confrontée plus tardivement à la problématique, principalement avec l'arrivée de migrants d'origine somalienne qui fuyaient la guerre civile au début des années 1990. Des jeunes filles infibulées\*, souffrant de problèmes pour uriner ou d'infection sévère, se sont retrouvées dans des services d'urgence d'hôpitaux belges, des femmes enceintes infibulées ont eu des césariennes inutiles par manque de formation des gynécologues pour la prise en charge de ces femmes. C'est en partie sur ces besoins de la population somalienne que le GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) a été créé en 1996, en se fondant sur l'expérience du GAMS en France, actif depuis déjà 1982. Le GAMS Belgique a été longtemps la seule organisation spécialisée travaillant avec les communautés concernées. Puis en 2006, un Collectif de lutte contre les MGF s'est créé à Liège (grande ville wallonne), suivi par la création en 2009 d'une association spécialisée dans les aspects de protection nationale et internationale, l'asbl INTACT. En 2001, la Belgique s'est dotée d'une loi spécifique punissant l'excision, l'article 409 du code pénal, mais à ce jour, aucun procès n'a eu lieu, contrairement à la France.

### Justification de la recherche

La dernière étude de prévalence disponible en Belgique estime qu'au 31 décembre 2012, les femmes et filles originaires d'un pays où l'excision est pratiquée, elle s'élevait à 48 092 et que 13 112 étaient très probablement excisées et 4 084 à risque de l'être. Plusieurs études réalisées auprès de gynécologues francophones ou néerlandophones montrent que la demande de pratiquer l'excision sur des enfants existe en Belgique : des gynécologues, des urologues ont reçu de la part des parents des demandes d'excision<sup>(1-2)</sup>. Des infirmières et médecins scolaires sont également confrontés à des enfants qui repartent au pays pendant les congés scolaires, pays où le risque d'excision est très grand quand la famille s'aperçoit que la fillette ou la jeune fille n'a pas été excisée.

Depuis 2009, certaines situations de signalement ont été bien vécues par les acteurs, tandis que d'autres ont été ressenties comme des "ratés". Les acteurs ont donc éprouvé la nécessité d'analyser les différentes situations de signalement et les actions prises afin de pouvoir analyser les freins ou les leviers à un accompagnement adéquat des familles. C'est dans ce contexte que le réseau des Stratégies Concertées de lutte contre les MGF (SC-MGF) a initié, en juin 2012, une recherche-action sur les signalements en Belgique\*\*.

### Objectifs de la recherche et méthodes

Les objectifs de cette recherche étaient les suivants :

- 1) Avoir une meilleure image de la situation : combien de signalements depuis 2009 ? Qui les effectue ? Pour quelles situations ? Quels acteurs ont été impliqués ? Quels enseignements peut-on retirer des pratiques de terrain ?

2) Dégager les grands enjeux dans le suivi des signalements et formuler des recommandations pour contribuer à l'écriture de lignes directrices de prévention et de protection des filles et des femmes à risque d'excision.

3) Améliorer la prise en charge des situations de signalement au sein des différentes institutions/organisations concernées.

Pour atteindre les objectifs fixés, nous avons opté pour une approche mixte<sup>(5)</sup> combinant les méthodes quantitatives et qualitatives. Plusieurs devis d'étude sont possibles avec les études mixtes, nous avons choisi un devis transformatif : une collecte et une analyse de données quantitatives (relevé exhaustif des cas de signalements) suivie d'une collecte et d'une analyse de données qualitatives (interview d'une sélection de situations parmi les signalements recensés).

## Résultats

### Nombre et types de signalement

C'est à partir de 2009 que le GAMS a commencé à recenser systématiquement les cas de signalements. Il existe des cas antérieurs mais ils n'ont pas pu être exploités faute d'une documentation. L'étude a permis de recenser 62 signalements aux associations spécialisées entre 2009 et 2013 (*graphique 1*), avec une forte augmentation ces deux dernières années (15 signalements en 2012 et 31 en 2013). Cela s'explique sans doute par le nombre de formations dispensées auprès des actrices et acteurs de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> lignes par les associations spécialisées et par la reconnaissance croissante de la problématique des MGF.

La majorité des signalements concernait des enfants à risque d'excision (*figure 1*).

Il est à noter que quelques signalements – pour des situations d'excision ou de risque d'excision – se sont révélés, après prise en charge et analyse de la situation, être un autre problème que l'excision (faux positifs). Par exemple, un signalement concernant une suspicion d'excision sur une enfant s'est avéré être une situation de violence sexuelle. Ou encore, un signalement concernant une jeune fille à risque d'excision s'est avéré être un problème de reconstruction d'hymen et non de MGF.

Les personnes qui ont contacté les associations spécialisées pour des situations à risque sont principalement des professionnels de la petite enfance et

Graphique 1 : évolution des signalements de MGF entre 2009 et 2013 (n=62)

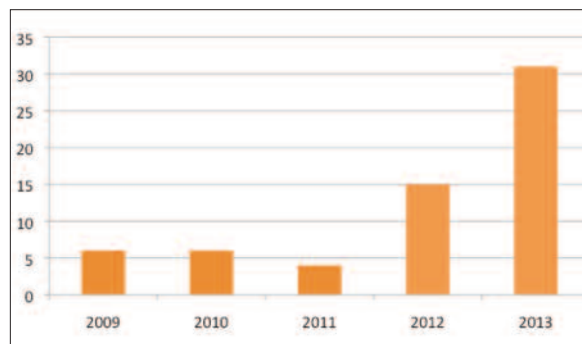
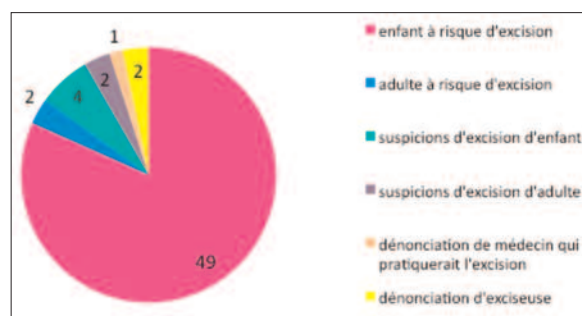


Figure 1 : types de signalement de MGF 2009-2013 (n=62)



des services de médecine scolaire (48 professionnels, 12 familles ou proches, 2 victimes elles-mêmes).

Les personnes à risque étaient originaires pour la majorité de Guinée, de Somalie, de Djibouti et de Côte d'Ivoire. Un cas concernait l'Indonésie.

### Etudes de cas et premières améliorations apportées à la prise en charge des situations de signalement

Après le recensement des cas, une analyse en profondeur de 7 situations a permis, en concertation avec les acteurs et actrices de terrain, de relever les principaux "nœuds" empêchant une prise en charge optimale et d'apporter ensemble des solutions. Ce sont les avantages d'une recherche-action : la mise en pratique directe des résultats de la recherche.

Les principaux nœuds étaient le problème de communication entre les professionnels et les familles concernées (problème de langue mais aussi peur d'aborder le sujet) et le manque de lignes directrices et d'arbres décisionnels clairs (les professionnels ne savent pas où référer en cas de filles à risque).

Pour répondre à ces deux grands nœuds principaux, des actions ont déjà été mises en place ou sont prévues courant 2014.

### Communication

Un DVD contenant des messages de prévention en 10 langues différentes a été réalisé pour être diffusé dans les salles d'attente auprès des primo-arrivants. Il rappelle les dangers de l'excision sur la santé, l'interdiction en Belgique, et les droits des filles et des femmes. Les messages sont donnés par des membres de la communauté (des jeunes, des plus vieux, des hommes et des femmes).

Le réseau des SC-MGF est également en train de mettre sur pied un module de formation, pour les professionnels, à l'entretien motivationnel pour savoir comment aborder la question avec les familles et travailler sur le long terme par un suivi des familles vers l'abandon de l'excision.

Un premier groupe de relais communautaires est en cours de formation, également au GAMS Belgique (hommes et femmes). Ces relais auront pour but d'aller à la rencontre de leur communauté et d'organiser des activités de sensibilisation. Ils pourront aussi être appelés par les professionnels pour jouer le rôle de médiateurs, si nécessaire, lors de consultations médicales ou d'autres RDV.

### Lignes directrices et arbres décisionnels

Pour répondre à la demande des professionnels, le réseau des SC-MGF a travaillé sur un "kit prévention d'une enfant à risque d'excision" qui contient tous les outils nécessaires pour un intervenant médical ou social pour prendre en charge une fille à risque.

Ce kit, disponible depuis mai 2014, contient :

- la carte mondiale des prévalences ;
- le "passeport STOP MGF" rappelant la loi belge concernant les MGF ;
- les brochures des différentes organisations spécialisées ;
- le certificat médical qui permet d'attester de l'intégrité des organes génitaux externes ou du type d'excision (en cas d'excision déjà pratiquée) ;
- un triptyque reprenant les critères d'évaluation du risque, l'échelle de risque et l'arbre décisionnel ;
- un guide sur la manière de mener les entretiens avec les familles.

Nous avons spécialement développé pour ce kit une

échelle de risque à 5 niveaux. Sur une fiche cartonnée, les professionnels peuvent trouver :

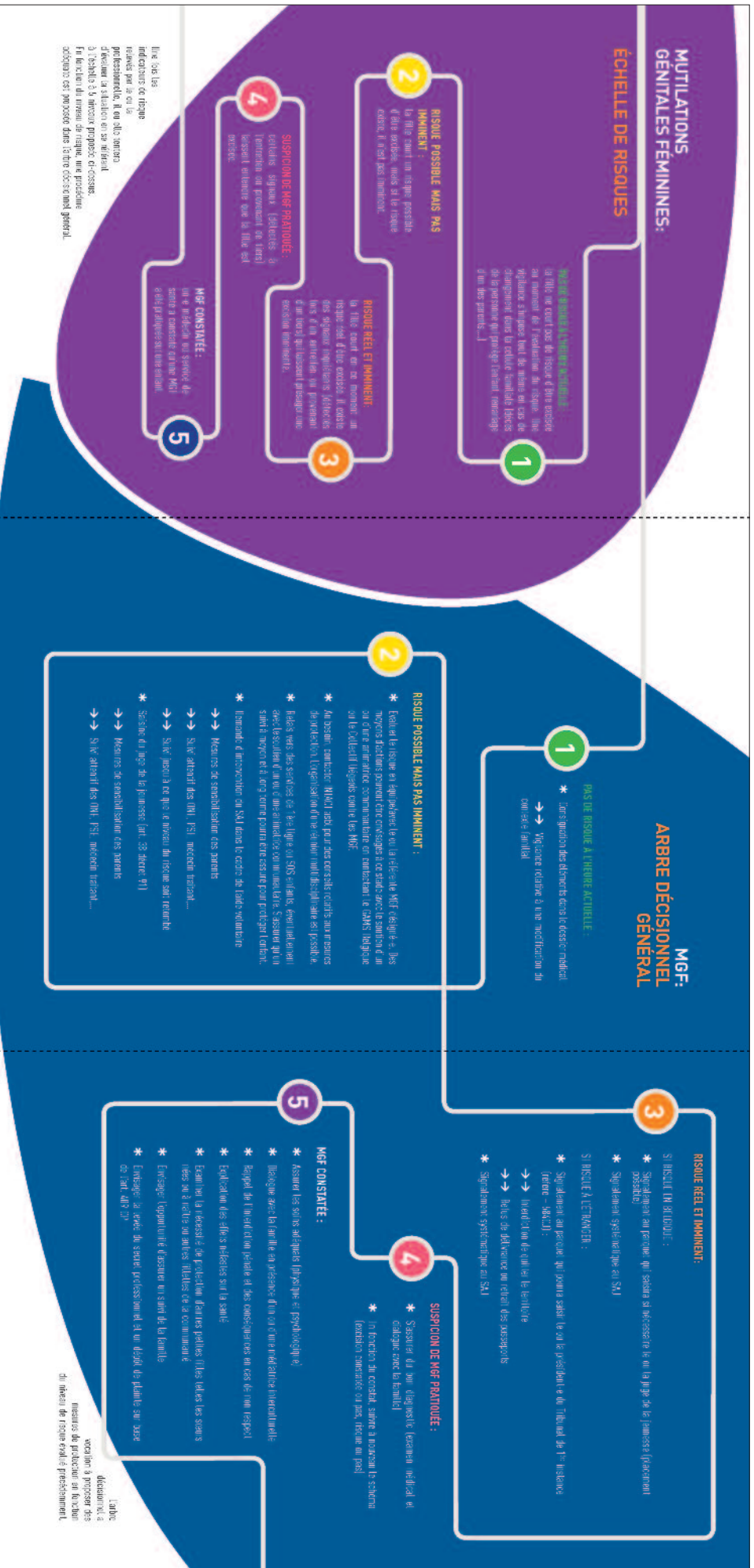
- l'échelle de risque à 5 niveaux ;
- les indicateurs qui permettent de classer la situation sur l'échelle de risque ;
- les actions à entreprendre en fonction du niveau de risque (arbre décisionnel).

Nous avons également développé des lignes directrices claires par secteur (maternité, services de médecine préventive pré-scolaire, services de médecine scolaire, services d'asile). Tous ces documents sont disponibles sur le site du réseau des Stratégies concertées ([www.strategiesconcertees-mgf.be](http://www.strategiesconcertees-mgf.be)).

### Discussion

Cette recherche-action a montré qu'il est possible, *via* une approche participative, d'apporter des améliorations à la prise en charge des situations à risque. En revanche, il reste encore des "nœuds" qui n'ont pas été résolus. La prévention et la protection des filles nécessitent une chaîne d'information entre la maternité et les services de médecine préventive pour les moins de 3 ans, puis à l'école. Or, en Belgique, il n'y a pas de dossier informatisé unique qui suit l'enfant de la naissance jusqu'à ses 18 ans, comme c'est le cas par exemple en Hollande. Ce qui signifie qu'il y a souvent une rupture dans l'information quand l'enfant quitte la maternité ou quand il rentre à l'école, le dossier papier ne suit pas automatiquement, de même en cas de déménagement. Des filles à risque d'excision sont ainsi perdues de vue suite à cette cassure de l'information. Mais cela ne touche pas que le secteur de la prévention de l'excision, tout le secteur de la prévention de la maltraitance est concerné.





L'autre point qui n'a pas trouvé de réponse *via* la recherche-action est la durée de l'accompagnement d'une famille à risque. Après la détection d'un risque et sa prise en charge par les services d'aide à la jeunesse, le cas est bien souvent "classé" – et ce plus particulièrement si le Parquet est intervenu. Mais est-ce parce que le risque a été temporairement écarté que l'on peut être certain que les enfants ne courront plus jamais aucun risque et jusqu'à quel âge le risque peut-il être écarté ? En effet, peut-on être certain que, lors d'un prochain départ en vacances, les enfants ne seront pas excisées si la famille n'est pas suivie sur le long terme ? Comment effectuer un suivi sur le long terme des familles jugées à risque ? Et qui a le mandat pour le faire ? En effet, dans l'état actuel des choses, les associations spécialisées, en intervenant dans les situations de signalement, répondent à un besoin du "terrain" mais ne possèdent aucun mandat pour le faire ni pour effectuer un suivi sur le long terme des enfants à risque. Il faut encore voir avec le secteur de l'aide à la jeunesse quel suivi pourrait être mis en place et par qui.

Le dernier point concerne l'accompagnement de jeunes enfants excisées. Si des centres multidisciplinaires s'ouvrent en France et en Belgique pour prendre en charge les complications physiques et psychologiques des femmes, quasiment aucun n'offre un suivi spécifique pour des filles de moins de 14 ans. Pourtant, nous voyons dans nos associations des filles excisées juste avant leur arrivée en Europe. Quel accompagnement peut-on proposer pour une enfant excisée de 6 ou 8 ans, adapté à ses besoins ?

En conclusion, nous pouvons dire que cette

recherche-action sur les situations à risque a permis de retirer beaucoup d'enseignements sur les choses à améliorer et de faire des propositions concrètes aux professionnels. Mais ce travail de fond nécessite un suivi continu de la part des associations pour assurer la pérennité et l'intégration de ces recommandations dans les procédures officielles des différents acteurs de la médecine préventive et de l'aide à la jeunesse.

\* La Somalie est l'un des pays les plus touchés par la pratique, avec une prévalence de 97 %. On y pratique le type III, l'infibulation, qui consiste à couper le clitoris, les petites lèvres et refermer les grandes lèvres avec du gros fil ou des épines d'acacia.

\*\*L'initiative des Stratégies concertées de lutte contre les MGF découle du constat posé en 2008 que plusieurs associations/institutions travaillent auprès des femmes excisées et des familles en Belgique en l'absence de coordination des acteurs concernés (professionnels et représentants des communautés). Le GAMS Belgique a été à l'initiative du réseau des SC-MGF. Son but est d'offrir un lieu de rencontre aux acteurs afin de réfléchir ensemble à la problématique et ainsi d'améliorer l'accompagnement des familles concernées. Ce réseau a permis de manière participative de mener une analyse situationnelle et de proposer un plan d'action opérationnel. C'est un réseau unique en son genre en Europe. Trois ou quatre ateliers sont organisés chaque année et un site internet interactif permet de rester au courant des nouvelles du terrain

#### Références

1. Leye E., Ysebaert I., Deblonde J., Claeys P., Vermeulen G., Jacquemyn Y. & Temmerman M. "Female Genital Mutilation : knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists", in *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13:2, 2008, p.182-190.
2. Gutierrez R. "Pas d'interdit sur le certificat de virginité", in *Le Soir* (édition du 15 novembre), 2008.
4. Creswell J.W, et Plano Clark V.L. *Designing and conducting mixed methods research*, London, Sage, 2011, 457p (p. 69-70)



Credit photo : GAMS





# La prise en soin des femmes victimes de mutilations sexuelles

**Par Marie Abemyil**

Infirmière, sage-femme, MSc., SIDIIEF, Cameroun

Toutes les sociétés du monde sont interpellées par l'ampleur de la problématique des mutilations génitales féminines (MGF). En effet, avec le phénomène de l'immigration, ces pratiques ne sont plus seulement une réalité de certains pays, mais affectent également de plus en plus le monde dans son ensemble. Les infirmières et infirmiers de tous les pays doivent être informés et rester vigilants face à cet enjeu mondial. Il importe que la profession fasse circuler l'information pertinente sur le sujet et sur les politiques et procédures à adopter pour une offre de soins culturellement adaptée à ce genre de situation (SIDIIEF, 2013).

## I. La prise en soin infirmière

Le but de la prise en soin est de pallier aux conséquences et de prévenir les complications physiques et psychologiques de l'excision sur la jeune fille ou la femme. Les objectifs de cette prise en soins sont notamment de :

- lutter contre le saignement, et les infections ;
- gérer la douleur physique ;
- soulager la souffrance psychologique ;
- éduquer la personne soignée et sa famille ;
- initier un plaidoyer en faveur de la santé des popula-

tions dans ce contexte, notamment l'éradication de la pratique des MGF.

Plus concrètement, la prise en soin infirmière consistera à :

1. collecter des données pertinentes englobant non seulement l'aspect physique de la personne, mais aussi ses aspects socioculturels et psychologiques ;
2. poser un diagnostic infirmier pertinent selon la situation ;
3. mettre en route des interventions infirmières ;
4. évaluer ces interventions par la suite.

## 1. Collecte de données

<b>Données socio-démographiques</b>	Âge, ethnie, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession.
<b>Données physiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- État de conscience : agitation, prostration.</li> <li>- État de la zone d'excision (saignement, inflammation, infection).</li> <li>- Signes vitaux : tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (pouls), fréquence respiratoire (FR), température et douleur.</li> <li>- Système cardiovasculaire : saignement, pâleur, tachycardie.</li> <li>- Signes de choc : agitation, sueurs, extrémités froides, soif.</li> <li>- Système génito-urinaire : troubles mictionnels et menstruels, rapports sexuels douloureux.</li> <li>- État général : fatigue, fièvre.</li> </ul>
<b>Données psychologiques et émotionnelles</b>	Agitation, anxiété, agressivité, torpeur, résignation, sérénité, état dépressif, insomnie, sentiment de culpabilité, faible estime de soi, pensée récurrentes de suicide.
<b>Données culturelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la culture de la personne soignée est en faveur de l'excision : conséquences psychologiques positives (sérénité).</li> <li>- Si la culture de la personne soignée est contre l'excision : conséquences psychologiques négatives évoquées plus haut.</li> </ul>



## 2. Diagnostics infirmiers possibles

Diagnosics (liste non exhaustive)	Facteurs relatifs
Risque de choc hypovolémique	Hémorragie
Douleur	Inflammation, blessure aux mouvements
Altération des interactions sociales	Peur du rejet
Risque d'infection	Traumatisme des tissus, brèche cutanée
Isolement social	Perturbation de l'estime de soi
Altération de l'élimination des urines	Hypovolémie, traumatisme, douleur, infection des voies urinaires
Perturbation du sommeil	Anxiété, douleur
Risque potentiel d'automutilation	Colère, révolte, impuissance, déni
Peur	Douleur, perte d'une partie et d'une fonction du corps

## 3. Interventions infirmières

### Dans les conséquences immédiates

#### a) L'hémorragie :

- Allonger la victime.
- Réaliser l'hémostase par compression des vaisseaux saignant, si nécessaire.
- Ouvrir une voie veineuse pour prévenir un éventuel choc hypovolémique.
- Prendre et surveiller les paramètres vitaux : TA, fréquence cardiaque, température.
- Prélever du sang pour numération formule sanguine (NFS), taux d'hémoglobine, groupage sanguin et facteur rhésus (GSRH).
- Arrêter le traitement anticoagulant s'il est en cours.
- Administrer des bains de siège à l'eau tiède salée.
- Administrer le traitement médicamenteux prescrit et surveiller les effets non désirables.
- Expliquer les effets secondaires des médicaments et les interventions de soin à la personne soignée et à sa famille.

#### b) La douleur et l'inflammation :

- Évaluer la douleur selon l'échelle disponible, ainsi que le degré d'inflammation
- Utiliser le chaud et le froid :
  - le chaud : bouillottes, compresses chaudes, bains de siège à l'eau tiède salée;
  - le froid : appliquer des compresses froides, la vessie de glace ou le brumisateur.
- *Dans les deux cas, éviter les contacts trop prolongés et directs qui peuvent occasionner des brûlures.*
  - Recommander la position antalgique : celle où elle se sent le moins mal.

- Éviter les mobilisations brutales et inutiles qui peuvent exacerber la douleur.
- Administrer le traitement médicamenteux tel que prescrit, et surveiller les effets non désirés des médicaments.
- Expliquer à la personne soignée et à sa famille les effets secondaires des médicaments et les interventions de soin.
- Favoriser la relaxation : éviter le bruit et les lumières trop vives.
- Conseiller d'éviter de longs trajets en voiture, surtout en saison chaude, ainsi que la position assise prolongée sans mobilisation, avant guérison complète.

### Dans les conséquences à moyen terme

#### Le risque infectieux : lutter contre l'infection

- Éviter les phénomènes de macération par une hygiène stricte :
  - bains de sièges à l'eau tiède salée ;
  - séchage soigné de la zone blessée et des plis ;
  - port de sous-vêtements en coton non serrés.
- Administrer le traitement tel que prescrit, surveiller les effets non désirables des médicaments et expliquer les effets secondaires à la personne malade et à sa famille.
- Risque d'infection VIH/sida : réaliser le test de départ, surveillance épidémiologique, et traitement d'urgence.
- Risque de tétanos : administrer le sérum antitétanique, et procéder plus tard à la vaccination si la femme n'est pas complètement ou pas du tout immunisée.

**Dans les conséquences à plus ou moins long terme**

**Les conséquences émotionnelles et psychologiques**

L'infirmière s'engagera dans une **relation d'aide** à travers :

- Une écoute attentive pour déterminer l'état psychique et émotionnel de la femme excisée et la mettra en confiance en vue de lui permettre d'exprimer librement son ressenti social, psychologique et culturel.

- La compassion par laquelle l'infirmière montrera son intérêt et son souci de partager la souffrance de la femme, et la comprendra.
- Le soutien psychologique en encourageant la femme à transcender sa situation, et en favorisant la socialisation, l'aidera à rester positive. Elle l'aidera à retrouver le plaisir des petites choses, à apprendre à pardonner, à se reposer régulièrement.

**Conseils contributifs à la réduction des manifestations psychologiques de l'excision**

Interventions possibles		Composantes utiles	Action et effet sur la réduction des conséquences psychiques de l'excision
Nutrition : aliments à consommer	Céréales complètes	Oméga-3	Augmentation de la sérotonine (induction du sommeil, calme les émotions et agit positivement sur l'humeur)
		Vitamines du groupe B Acides aminés	Précurseurs de la sérotonine
	Fruits et légumes Eau	Acide folique Constituant majoritaire de l'organisme	Entretien et régénération du tissu nerveux Aide à éliminer les toxines
	Jus de fruits naturels	Apport important de vitamines et d'acides aminés	Lutte contre l'asthénie et effet désintoxiquant (vit C)
Phytothérapie : tisanes			Effets relaxant de certaines tisanes sur le système nerveux
Physiothérapie : exercice physique avec modération après guérison physique		Libération des endomorphines par diminution de la tension musculaire	Amélioration de l'humeur
Héliothérapie : exposition aux rayons doux du soleil		Rayons UV B	Augmentation de la circulation périphérique et de la sudation, conduisant à une action sur l'humeur ; combat la mélancolie

**Autres interventions possibles :**

- Troubles mictionnels: référer à un urologue.
- Troubles psychiques : référer à un psychologue.
- Référer aux groupes de soutien s'il en existe.
- Éduquer les familles et les proches sur les risques et les complications liés à la pratique de l'excision.
- Faire valoir le rôle d'avocat et d'agent de relations de l'infirmière : en dénonçant les situations critiques et de non consentement (cf: conventions internationales des droits de l'homme, de la femme, de l'enfant (CIDE) sur l'élimination de toute forme de discrimination).
- Accompagner la famille en cas de décès de la victime.

**Conclusion**

Enfin, les infirmières et infirmiers ont un important rôle de plaidoyer à jouer dans la prise en soin des communautés face à la problématique des mutilations génitales féminines. C'est pourquoi, le SIDIIEF (2013) "encourage l'infirmière et l'infirmier, à titre de professionnel et de citoyen, à participer à des campagnes sur les conséquences dangereuses des MGF auprès des fillettes, des femmes, des familles et des communautés ; à initier et soutenir l'action communautaire destinée à favoriser l'accès aux soins et à des services de santé adaptés aux besoins des femmes, et à participer aux initiatives permettant de réduire les inégalités entre les genres".

Le SIDIIEF dénonce toute forme de pratique des MGF dans le monde et en appelle à la mobilisation de la communauté infirmière francophone pour agir ensemble contre ces pratiques. En ce sens, le SIDIIEF :

- Fait appel aux gouvernements et autorités concernés pour qu'ils adoptent une politique de protection sociale et créent des conditions favorables à la protection de la santé des femmes en adoptant des lois qui condamnent la pratique des MGF.
- Invite la communauté infirmière francophone à se mobiliser et à collaborer avec d'autres partenaires (locaux, nationaux et internationaux) à des campagnes de sensibilisation auprès des communautés pour les conscientiser aux méfaits des pratiques de MGF et les dénoncer.
- Appuie toutes les initiatives des infirmières et infirmiers de par le monde qui travaillent à améliorer les soins et services de santé pour les femmes et les filles à risque ou qui ont subi une MGF.
- Dénonce la participation de médecins, d'infirmières et de sages-femmes à des pratiques de MGF et considère qu'il s'agit d'un manquement grave à la déontologie professionnelle.
- Souscrit à la promotion de rites de passage alternatifs, c'est-à-dire proposer des activités symboliques pour marquer l'entrée des jeunes filles dans l'âge adulte sans porter atteinte à leur intégrité physique et psychologique.

### Références bibliographiques

1. Gelabert R.C. (2008) Stress et anxiété. Vidasan. Sargasonne p. 13-46.
2. Gelabert R.C. (2008), Dépression, traitements scientifiques et naturels. Vidasan. Sargasonne p. 20-53
3. Samsout A. Toumia J. (2008): rôle de l'infirmière dans la prise en charge d'un patient polytraumatisé. Journée internationale de l'infirmière, Hammamet 2008.
4. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). (2013). "Agir ensemble contre les mutilations génitales féminines", Prise de position, [en ligne], [http://www.sidiief.org/~media/Files/3\\_0\\_APropos/3\\_6\\_PrisePosition/Prise-Position-Mutilations-genitales-feminines-TF.ashx](http://www.sidiief.org/~media/Files/3_0_APropos/3_6_PrisePosition/Prise-Position-Mutilations-genitales-feminines-TF.ashx).
5. Tick B., Lyster W.P., Bernocchi-Losey (1989), Nursing diagnosis and care planning. Saunders Philadelphia.
6. www. Fiche-de-soins.com : fiche de soins infirmiers: risques hémorragiques: signes, actes, et surveillance. Le 06 avril 2014.
7. OMS (2014), mutilations sexuelles féminines. Aide-mémoire n° 241, février 2014.
8. OMS Cameroun (2012). Statistiques sanitaires du Cameroun, 2012.





**Par Louis Guinamard**

Coordinateur de la mobilisation *Excision, parlons-en !*

### Changements des normes et dynamiques sociales

L'excision est une norme sociale profondément enracinée dans les sociétés qui la pratiquent.

Refuser de s'y conformer peut affecter les possibilités pour une fille de se marier, entraîner son exclusion sociale et avoir un impact sur le statut social de sa famille. Les programmes doivent donc tenir compte des dynamiques sociales qui sous-tendent la perpétuation de la pratique et contribuer à remettre en question les idées et les stéréotypes invoqués par les communautés concernées.

### Approche communautaire

Les modalités d'intervention promouvant l'abandon de l'excision doivent s'adapter aux contextes locaux tout en respectant plusieurs exigences : correspondre aux réalités et sensibilités culturelles pour mieux pénétrer les pratiques locales ; éviter la stigmatisation des femmes ; envisager la reproductibilité ; agir avec un nombre suffisant de communautés pour que le changement soit collectif et assure aux femmes non excisées un avenir social.

Les interventions dans les zones où les taux de prévalence sont élevés impliquent un travail au niveau collectif. Elles doivent inclure l'adhésion d'un ensemble d'acteurs : leaders communautaires, personnels médicaux, chefs religieux, femmes et hommes. Le consensus se construit aussi entre les générations (grands-parents, parents, adolescents, enfants) qui ont toutes un rôle à jouer dans l'abandon de l'excision.

### Approche holistique

L'abandon de l'excision passe par une approche pluridisciplinaire qui comprend plusieurs dimensions.

L'éducation et la prévention permettent de dispenser de nouvelles connaissances (droits humains, santé) mais aussi d'offrir aux participant(e)s un espace pour échanger sur leurs expériences, d'examiner leurs

“croyances” et valeurs relatives à l'excision et imaginer des solutions pour abandonner la pratique.

La diffusion organisée, en partant du cas localisé d'un groupe ayant fait connaître son intention d'abandonner la pratique, jusqu'à ce qu'une part importante de la communauté où se nouent les mariages soit prête à abandonner les MSF. Après l'atteinte d'une masse critique, les attentes sociales changent et l'abandon peut se pérenniser.

L'engagement public de groupes pratiquant jusqu'alors l'excision et choisissant de manière collective et explicite d'abandonner la pratique permet l'instauration d'un climat de confiance, le basculement de la norme sociale et représente une étape essentielle dans le processus d'évolution durable au sein des communautés.

Des liens au-delà des frontières nationales doivent être noués. En effet, les efforts et stratégies locales doivent considérer le fait que les groupes ethniques ne s'arrêtent pas aux frontières nationales.

Ces mesures doivent s'accompagner de campagnes d'information pour garantir l'adhésion de l'opinion publique.

### Cercle vertueux

Cette diffusion permet au changement social positif de se propager à tous les membres du groupe, puis d'enclencher un cercle vertueux. L'expérience a montré que l'abandon de pratiques millénaires, à l'image du bandage des pieds des femmes en Chine, est possible. Au-delà, l'abandon de l'excision doit amener des changements profonds en faveur de l'égalité femmes-hommes. Les pratiques sociales discriminantes à l'égard des femmes doivent être remises en question. Un véritable processus d'*empowerment* doit permettre aux femmes de s'approprier leurs droits et d'exprimer leurs opinions, et de trouver une place différente au sein de leur communauté.



# Références religieuses et rôle des leaders musulmans pour l'abandon de l'excision



## Par le Professeur Gamal I. Serour

Professeur d'Obstétrique et de Gynécologie  
Directeur, Centre International Islamique pour les études  
et recherches en populations, Université d'Al-Azhar, Le Caire, Egypte



Une certaine confusion a longtemps régné sur le caractère religieux de la pratique de l'excision, notamment au sein de certaines communautés musulmanes. A l'Université Al-Azhar, nous avons étudié cette pratique à la lueur des textes islamiques et présentons ici les raisons qui militent en faveur de son abandon.

## Une pratique pré-islamique et non majoritaire chez les musulmans

Les mutilations génitales féminines (MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou la lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou pour toutes les autres raisons non thérapeutiques.<sup>(1)</sup>

Aujourd'hui, plus de 125 millions de filles et de femmes à travers le monde ont subi une forme de MGF dans 29 pays à travers l'Afrique et le Moyen-Orient<sup>(2)</sup>, au sein de communautés musulmanes ou d'autres religions.

Cette pratique a également été signalée parmi des populations musulmanes en Asie du Sud-Est, en Indonésie, au Sri Lanka, en Malaisie et en Inde, ainsi qu'au sein de communautés d'immigrés dans le Nord et en Amérique latine, en Europe et en Australie.

En dépit de tous les efforts pour abandonner les MGF, on estime qu'environ 30 millions de filles risquent d'être excisées dans la prochaine décennie.<sup>(2,3)</sup>

La base religieuse est souvent citée comme justification pour effectuer les MGF. Elle est ainsi appelée par exemple Tuhara au Soudan, Tahara en Egypte ou Sili-ji au Mali pour les relier à des pratiques et des normes religieuses.

Cependant, nous devons considérer que les MGF n'ont pas de fondement religieux. Elles ont été décrites et réalisées près de 2000 ans avant l'Islam et ne sont pas pratiquées par la majorité des musulmans dans le monde entier. Ainsi, elles ne sont pas pratiquées en Arabie Saoudite, berceau de l'Islam et centre de la Terre Sainte, au Pakistan, en Iran et dans de nombreux autres pays musulmans.

## L'Islam ne recommande pas l'excision

Il convient tout d'abord de rappeler que les instructions réglant l'activité de la vie quotidienne et que tout bon musulman doit respecter forment la Charia. Les principales sources de la Charia sont, dans un ordre chronologique :

- le Saint Coran, la Sunna et les Hadiths qui sont les paroles authentiques et les actes du Prophète Mohamed (PSL) recueillis par des spécialistes de hadiths ;
- l'Igmaa, qui est l'avis unanime des savants musulmans ;
- l'analogie (Kia) qui est le raisonnement intelligent utilisé pour statuer sur les événements non mentionnés par le Coran et la Sunna, ceci en utilisant des correspondances avec les événements similaires ou équivalents du passé.<sup>(4)</sup>

Nous devons maintenant considérer les principes de la jurisprudence islamique qui sont :

- est permis à moins d'interdiction par un texte (IBAHA) ;
- ne pas faire le mal, ni le harcèlement ;
- la nécessité ou force majeure peut permettre de lever un interdit ;
- enfin, faire le choix du moindre dommage.

Rien dans le Coran ne concerne explicitement ou implicitement les MGF. Quelques paroles attribuées au Prophète Mohammad (PSL) se réfèrent à l'excision, mais elles sont classées par les spécialistes comme faibles, fausses et inauthentiques. Il n'existe par ailleurs aucune preuve que l'une des filles du Prophète ait été excisée.

Ainsi, dans un Hadith, Um Atiyya al-Ansariyyah

parle d'une femme utilisée pour effectuer l'excision à Médine. Le Prophète (paix soit sur lui) lui dit : *“Ô Oum Atiya, ne coupe qu'une petite partie et n'ex-cise pas, car ceci sera plus agréable à la femme et plus apprécié du mari”*.<sup>(5)</sup> Ce hadith est connu pour être “faible” car il ne remplit pas les critères stricts pour être considéré comme authentique. En outre, si couper peu est mieux pour une femme et plus souhaitable pour son mari, alors il est certainement préférable de ne pas couper du tout.

En l'absence de toute référence claire, dans le Coran et dans les Hadiths, confirmant l'appui de cette pratique, les principaux théologiens islamiques, tels que Cheikh Shaltout et le Grand Cheikh d'Al-Azhar Mohamed Sayed Tantaoui, ont réfuté l'argument fondé sur la doctrine religieuse de la pratique de l'excision.

En 1998, des chercheurs de plus de 35 pays musulmans se sont ainsi réunis à Al-Azhar au Caire pour conclure que les MGF sont une coutume et qu'elles ne sont pas obligatoires dans l'Islam.

## L'Islam recommande de protéger la santé

La Charia interdit la violation physique du corps humain. Ainsi, Dieu dit :

- *“Certes, je ne manquerai pas de les égarer, je leur donnerai de faux espoirs, je leur commanderai, et ils fendront les oreilles aux bestiaux ; je leur commanderai, et ils altéreront la création d'Allah. Et qui-conque prend le Diable pour allié au lieu d'Allah, sera, certes, voué à une perte évidente”*<sup>(6)</sup> ;
- *“Nous avons certes créé l'homme dans la forme la plus parfaite”*<sup>(7)</sup>.

De plus, le Prophète (paix soit sur lui) a dit : *“Pas de nuisance ni à soi-même ni à autrui”*<sup>(8)</sup>.

Ces éléments nous disent clairement que l'Islam recommande de protéger la santé des personnes et de ne pas porter atteinte à leur intégrité physique.

## L'Islam prône la connaissance scientifique

L'Islam est une religion qui invite à la connaissance scientifique afin de permettre d'améliorer la condi-

tion des populations. Dans le domaine de la santé, la recherche médicale permet, au fil des années, de mieux connaître les maladies ou les pratiques qui nuisent à la santé des populations.

Nous pourrions également citer la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé qui indique que le droit de jouir du meilleur état de santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, de convictions politiques, de condition économique ou sociale.

Il convient à ce titre de citer le Coran : *“Ô mon père, il m'est venu de la science ce que tu n'as pas reçu ; suis-moi, donc, je te guiderai sur une voie droite”*<sup>(9)</sup>.

Ceci induit que l'état de la science, qui évolue, permet à de nouvelles générations d'accéder à des informations dont les anciens ne disposaient pas et ainsi d'améliorer leurs conditions de vie.

## Les études montrent les effets néfastes de l'excision sur la santé

De nombreuses études récentes évaluant l'impact de l'excision ont bien montré les effets négatifs sur la santé des jeunes filles, des mères ou encore des nouveau-nés au moment de l'accouchement. Cette pratique peut également favoriser la diffusion de certaines pathologies. L'excision empêchera ainsi la fille ou la mère, et plus globalement la famille tout entière, de jouir du meilleur état de santé.

Les complications des MGF peuvent être immédiates, mettant en danger la vie de l'enfant mutilé, et à long terme : complications physiques et psychologiques nuisant à la qualité de vie, risques accrus de complications lors de l'accouchement (comparativement à des femmes non excisées)<sup>(10)</sup>.

La Charia préconise ce qui peut apporter des bénéfices à la personne et interdit les pratiques néfastes. L'excision ne présente aucun avantage, elle est physiquement invasive, émotionnellement dommageable et peut avoir des complications mettant en danger la vie de la jeune fille ou affectant ses capacités de procréer<sup>(3,11)</sup>.

Par ailleurs, les MGF suppriment des parties importantes des organes génitaux externes de la femme et les mutile. Elles interfèrent avec le plaisir sexuel de la

femme, la privent de sa jouissance et peuvent même rendre douloureuses et indésirables les relations sexuelles.

La Charia régleme et protège des actes sexuels entre maris et femmes. Le Saint Coran fait référence à la relation sexuelle dans le mariage, qui pourrait être compromise par les MGF ; la satisfaction mutuelle est considérée comme une miséricorde de Dieu. Dieu dit : *“On vous a permis, la nuit d’as-Siyam, d’avoir des rapports avec vos femmes ; elles sont un vêtement pour vous et vous un vêtement pour elles”*<sup>(12)</sup>. Plusieurs paroles du Prophète soulignent l’importance de donner et de tirer du plaisir de l’intimité entre mari et femme. De toute évidence, tout acte qui interfère avec l’accomplissement d’une relation sexuelle appropriée, comme l’excision, est en contradiction avec l’essence même de l’Islam basée sur les sources primaires de la Charia.

L’enfant musulman a aussi le droit de se développer physiquement d’une manière saine, de recevoir des soins médicaux et une éducation, d’être protégé contre toutes les formes de violence, de blessures, d’abus ou de mutilation. Mutiler les organes génitaux d’une fille au nom de l’Islam viole donc les principes les plus sacrés de la foi islamique.

## Mieux impliquer les leaders religieux

Un partenariat avec les chefs religieux et les instituts islamiques est important pour écarter l’idée fautive que cette pratique nuisible, longtemps pratiquée, a un fondement religieux. Les chefs religieux éclairés devraient dissiper les malentendus à propos de la religion et de l’excision, et montrer au public, aux décideurs et aux parlementaires l’absence de toute obligation religieuse ou de tout soutien à l’excision. Des sources crédibles de la Charia interdisent ce type de pratique néfaste.

Des organisations confessionnelles peuvent produire des documents de référence et des manuels de formation sur le droit des enfants dans l’Islam et leur protection contre les pratiques néfastes, y compris contre l’excision.

Par exemple, le Centre International Islamique Al-Azhar pour les études et la recherche sur les populations (IICPSR) a produit, en collaboration avec l’UNICEF, des documents sur :

- l’excision, entre utilisation incorrecte de la science et de la doctrine mal comprise ;
- les enfants dans l’Islam : le développement de leurs soins et de leur protection.

Les chefs religieux peuvent jouer un rôle déterminant dans l’éradication des MGF. Ils peuvent faire des déclarations publiques contre les MGF, émettre des Fatwas les condamnant, influencer les débats, les discussions et l’élaboration de législations criminalisant ces pratiques.

Ils peuvent organiser des cours de formation pour leurs pairs sur l’éradication des MGF et montrer que cette pratique néfaste n’a aucun fondement religieux.

Les chefs religieux, au niveau des gouvernorats ou des communautés, ou encore dans les zones rurales reculées, peuvent agir en tant que défenseurs contre les MGF, par exemple lors des prières du vendredi, pour inclure la protection de l’enfant contre les pratiques néfastes. Ils peuvent également travailler en étroite collaboration avec des ONG et sensibiliser les populations pour l’éradication des MGF.

Les chefs religieux féminins peuvent également organiser des séminaires pour les familles, les ONG et sensibiliser par exemple les accoucheuses traditionnelles ou les femmes leaders.

Les chefs religieux éclairés dans les villages reculés ont un rôle crucial dans l’évolution des attitudes des familles, des décideurs et des sociétés en général sur la pratique de l’excision.

## Conclusions

Nos travaux réalisés à l’Université Al Azhar (*voir notamment les publications référencées 13 à 16*) nous permettent d’affirmer que l’excision est néfaste pour la santé et n’a pas été une pratique recommandée ou exigée par l’Islam. Considérant par ailleurs d’une part, que la religion islamique cherche à développer le meilleur état de santé des personnes, d’autre part, que de nombreuses études médicales ont démontré l’effet néfaste de l’excision, il est donc fortement souhaitable d’abandonner totalement cette pratique.

Par ailleurs, considérant le rôle important des leaders religieux, nous recommandons que ces derniers soient bien informés sur les textes islamiques qui appellent à la protection de la santé des personnes et qu’ils soient ensuite parfaitement impliqués dans les campagnes d’abandon de l’excision.

**Professeur Gamal I. Serour**

Directeur de Clinique, Centre Egyptien In Vitro Fertilization and Embryo Transfer (IVF & ET),  
Maadi, Le Caire, Egypte

Ancien Président de l'International Federation Gynecology and Obstetrics (FIGO)

*Fellowship Royal college Obstetricians and Gynecologists (FRCOG)*

*Fellowship Royal college for Surgeons (FRCS)*

*Fellowship American College Obstetrics and Gynecology (FACOG)*

*Fellowship Society Obstetrics and Gynecology Canada (FSOGC)*

*Fellowship Japanese Society Obstetrics and Gynecology (FJSOG)*

**Références :**

1. OMS 1997
2. UNICEF 2013
3. OMS EB 122/9 Jan. 2008
4. *Islamic perspectives in human reproduction*. Serour GI. Reproductive BioMedicine onLine (RBM online) October 2008, issue 4 volume 17, Suppl 3:34-8.
5. Rapporté par l'Imam Abou Daoud dans ses Sou-nanes Al-Adab, Livre de la circoncision 4-370 H 5271.

6. Sourate An-Nisa (les femmes), verset 119.
7. Sourate Al Tin (le figuier), verset 4.
8. Narré par Al-Darkatny dans ses sou-nanes Kitab Al-Bayou' 3/77, p. 288, selon Abou Saïd al Khoudri, et narré par Al-Hakim dans Al-mustadrak Kitab Al-Bayou' 2/66, 2345, selon Abou Saïd al Khoudri.
9. Sourate Maryam (Marie), verset 43.
10. *WHO study group on FGM and obstetric outcome*. Lancet 2006;376; 1835-41.
11. *FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health and FIGO Committee on Women's Sexual and Reproductive Rights*. Int J GO (2006) 94, 176 -177.
12. Sourate Al-Baqarah (la Vache), verset 187.
13. *The Issue of Reinfibulation*. G. I. Serour. Int J Gynaecol Obstet. 2010 May; 109(2):93-6.
14. *Medicalization of female genital mutilation/cutting*. Gamal Serour. African Journal of Urology (2013) 19, 145-149
15. *Female circumcision: between the incorrect use of science and the misunderstood doctrine* International Islamic Center for Population Studies and Research Al Azhar University 2013. Serour G I and A. Ragab. UNICEF.
16. *Children in Islam: their care, development and protection*. UNICEF and Al Azhar University. Nov. 29th 2005.



Crédit photo : Guinamard





# Le cas de Tostan au Sénégal : les droits humains comme fondement des changements sociaux



Par **Marine Casaux-Bussière**

Tostan, France



Née au Sénégal, l'organisation non gouvernementale Tostan met en œuvre, depuis vingt ans, sur le territoire africain un programme d'éducation non formelle en langues nationales. La problématique de l'excision et de son abandon n'a surgi dans les activités de l'organisation qu'au milieu des années 1990, au Sénégal. Le premier abandon collectif dans le pays, par le village de Malicounda Bambara, a été l'un des points de départ pour comprendre les mécanismes qui sous-tendent les dynamiques de changement social au sein des communautés.

## I. Le Programme de Renforcement des Capacités Communautaires (PRCC) : l'éducation basée sur les droits humains

Tostan travaille dans la durée avec les populations des villages qui reçoivent son Programme de Renforcement des Capacités Communautaires (PRCC). D'une durée de trois ans, ce programme communautaire n'est pas centré sur la question de l'excision. Il aborde des thèmes transversaux tels que la gouvernance, l'éducation, la santé, l'économie et l'environnement.

Les premières séances du programme de Tostan facilitent la prise de confiance en soi et permettent de créer un climat propice au dialogue et au fait d'aborder des sujets sensibles. Dans les discussions consacrées aux droits humains, les participants, et en particulier les femmes, développent leur capacité à s'exprimer en public, apprennent leur droit à la santé et leur droit à être protégés contre toute forme de violence. Ils discutent aussi des responsabilités attachées à ces droits. Certaines des séances consacrées à la santé permettent aux participants de recevoir de nouvelles informations sur les conséquences néfastes à court et à long terme de la pratique de l'excision. En pratique, un "facilitateur" ou une "facilitatrice", issu(e) de la zone d'intervention et formé(e) par Tostan aux techniques de facilitation, anime trois fois par semaine deux classes de 40 à 50 participants, l'une composée d'adultes et l'autre d'adolescents.

Le programme est organisé en deux phases, décomposées en modules :

- **Phase 1** : le Kobi (préparer la terre pour la semence en langue mandingue) : réflexion et apprentissage des concepts relatifs à la démocratie, aux droits humains, au processus de résolution des problèmes mais également sessions d'information sur l'hygiène et la santé.
- **Phase 2** : l'Aawde (semer en langue pular) : alphabétisation, calcul, gestion, techniques de mobilisation sociale et de leadership.

La représentation des concepts des droits humains par des images faciles à comprendre permet de les employer dans des sketches, des chansons, des poèmes et d'autres éléments de la tradition orale. Les participants peuvent ainsi s'impliquer pleinement dans le processus d'apprentissage.

Le rapport "La dynamique du changement social. Vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains" de l'Unicef (2010) souligne : "l'expérience dans les communautés montre que des droits humains renforcent la confiance, surtout chez les filles et les femmes qui acquièrent ainsi le courage d'exprimer leurs opinions et d'articuler leurs inquiétudes en matière de santé lors de réunions de village, même face à une audience beaucoup plus vaste, à travers les médias".

Les participants sont encouragés à identifier et analyser des situations (par exemple la violence domestique) puis à trouver des solutions (par exemple : création de comités de protection) et à examiner ces problèmes au regard des droits humains (par exemple : droit à être protégé contre toute forme de violence).

La réappropriation des droits est ainsi plus facile car ils sont abordés au regard des valeurs locales.

Tout au long du programme, plutôt que de condamner ou de critiquer, Tostan encourage le dialogue sur l'excision et facilite la remise en question d'une pratique qui est souvent considérée comme immuable.

## II. Une sensibilisation élargie grâce à la "diffusion organisée"

Les premiers cas d'abandon collectif de l'excision au Sénégal et les recherches théoriques ont permis de comprendre que la pratique est une "norme sociale". Concrètement, cela signifie que la décision de faire exciser sa fille est le produit d'attentes réciproques : une famille respectera une norme sociale parce qu'elle voit que les autres familles la respectent et parce qu'elle pense que c'est ce que l'on attend d'elle. Par ailleurs, ne pas respecter la règle et ne pas faire exciser sa fille peut conduire à des sanctions sociales telles que l'ostracisme, la désapprobation ou encore l'impossibilité pour une fille de se marier. Par conséquent, l'abandon d'une norme sociale passe par le changement des attentes au sein du groupe de référence et par la promotion de ces nouvelles attentes réciproques au sein de ce même groupe : la diffusion de l'information et la prise de décision doivent donc être coordonnées et ne peuvent résulter d'une seule personne ou famille.

Pour atteindre une masse critique d'individus et de communautés et faire ainsi basculer la norme sociale, Tostan s'appuie sur la stratégie de la "diffusion organisée". Le programme d'éducation est mis en œuvre dans de grandes communautés (villages ou quartiers) susceptibles d'avoir de l'influence dans la zone. Chaque participant "adopte" un ami ou un membre de sa famille avec qui il partage l'information reçue en classe. Parallèlement, les villages associent jusqu'à cinq villages environnants, ce qui engage la communauté dans un changement à l'échelle départementale. Souvent, les participants les plus engagés se déplacent avec les leaders traditionnels et religieux dans les villages voisins ; ils invitent parfois aussi ces villages à passer la journée chez eux et organisent des séances de sensibilisation.

Des tournées de sensibilisation, impliquant les élus locaux, les chefs de villages, les anciennes exciseuses, les imams, les adolescents, les enseignants, les journalistes, les leaders d'associations de femmes, les notables, les responsables des services déconcentrés de l'état, les matrones et le personnel sanitaire local, sont organisées par les Comités de Gestion Communautaire (CGC). Composé de 17 membres, dont au moins la moitié de femmes, le CGC est formé par Tostan aux activités de sensibilisation, de mobilisation sociale et aux techniques de gestion de projet. Il assure la pérennité des acquis du programme.

Dans chaque région du Sénégal, des émissions de radio, diffusées de façon hebdomadaire sur les stations communautaires, contribuent à transmettre aux communautés qui n'ont pas accès aux classes des connaissances sur la démocratie, la santé et les droits humains.

Enfin, Tostan facilite l'organisation de rencontre inter-villageoises (RIV), intergénérationnelles (RIG) et inter-quartiers (RIQ). Ces discussions publiques, impliquant un ensemble de communautés liées entre elles, favorisent l'émergence de consensus à l'échelle départementale ou régionale.

Conscient de l'importance d'impliquer l'ensemble des membres d'un réseau social pour parvenir à un changement social durable, Tostan facilite aussi les liens et les discussions dans les zones transfrontalières, ainsi qu'entre les communautés et leurs ressortissants résidant en Europe ou aux Etats-Unis.

Dans cette même dynamique de partage et de vulgarisation de ses activités, Tostan renforce le partenariat avec les ONG intervenant dans les mêmes zones, les autorités gouvernementales et les élus locaux à travers des séminaires d'information et des réunions inter-départementales.



Crédit photo : Tostan

### III. Les déclarations publiques d'abandon de l'excision

Grâce à ce processus, de nombreuses communautés interconnectées décident d'elles-mêmes d'abandonner l'excision, parfois sans même avoir directement pris part au programme de Tostan.

Sont organisées des "déclarations publiques d'abandon". Ces cérémonies festives sont des moments de liesse qui regroupent des représentants de villages, des autorités gouvernementales, traditionnelles, religieuses, des associations et des médias. Elles permettent de partager la décision d'abandon de l'excision, souvent couplée à celle des mariages précoces/forcés avec un nombre plus grand de communautés, et ainsi de changer les attentes concernant les filles et les femmes.

Si les déclarations publiques représentent un moment fort de l'engagement des communautés, elles ne constituent pas le point d'achèvement du processus. Elles indiquent qu'une masse critique d'individus a décidé de renoncer à la pratique de l'excision et encourage publiquement les autres à faire de même. Des représentants de villages n'ayant pas encore renoncé à la pratique sont par exemple invités à participer afin de comprendre que le changement est possible.

Tostan a mis en place des outils de collecte de données statistiques auprès des CGC pour les initier à assurer des activités de suivi/supervision de l'abandon de l'excision et des mariages des enfants. A la fin du programme de Tostan, les CGC, en relation avec les Comités départementaux de protection de l'enfant (CDPE), rendent compte mensuellement aux Préfets de l'évolution des statistiques collectées par les Agents porteurs de dynamique communautaire (APDC) qui représentent les relais entre les CGC et les CDPE.

#### Quelques chiffres sur le Sénégal

- 26 % : taux de prévalence de l'excision au Sénégal chez les femmes de 15 à 49 ans (Unicef, 2013).
- 470 communautés reçoivent le PRCC de Tostan au Sénégal.
- 5 800 communautés ont participé à des déclarations publiques pour l'abandon de l'excision.
- Jusqu'à 77 % : taux d'abandon réel après les déclarations publiques au Sénégal (évaluation externe Macro International/Unicef, 2008).

#### Quelques clés du programme de Tostan

- L'apprentissage des droits humains est le socle des autres apprentissages.
- L'héritage culturel est un outil du développement : utilisation des langues nationales et des traditions orales.
- Tostan n'utilise jamais un langage/des images qui choquent, blâment ou jugent.
- Les participants engagés sont les meilleurs agents de mobilisation sociale.
- Le programme aide les gens à prendre des décisions ensemble plutôt que de manière isolée : il tient compte des réseaux sociaux.
- Le programme est non directif.
- Le programme est inclusif : il s'adresse aux femmes comme aux hommes et il est intergénérationnel.

#### 1997 : l'origine des déclarations publiques au Sénégal

Le 31 juillet 1997, un événement inattendu survient au Sénégal : **les femmes d'un village bambara annoncent publiquement qu'elles renoncent désormais à faire exciser leurs filles.** Pour la première fois, 35 femmes ont pu, dans le cadre des classes de Tostan, partager leurs expériences, discuter d'un sujet qui était tabou et mener une réflexion critique sur une situation qu'elles considéraient comme donnée. Elles identifient pour la première fois l'excision comme une violation de leur droit à la santé et de leur droit à être protégées contre toute forme de violence.

Le Serment de Malicounda représente un engagement fort, né du consensus de l'ensemble d'une communauté. Au milieu des années 1990, un tel phénomène est encore inédit au Sénégal où l'excision reste une pratique traditionnelle ancrée chez de nombreux groupes de populations. Si l'événement est historique, il ne suscite pas dans un premier temps l'approbation des villages voisins.

#### Documents stratégiques pour l'abandon coordonné des pratiques néfastes

- **Changer une convention sociale néfaste (Digest Innocenti-Unicef) - 2005** : cet outil pratique, auquel a participé Tostan, allie les connaissances tirées de l'expérience de terrain à des théories

scientifiques éprouvées, pour faire le point sur les progrès accomplis et les stratégies à adopter en matière d'abandon de l'excision :

[www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm\\_fr.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_fr.pdf)

- **Stratégie coordonnée pour l'abandon de l'excision en une génération (Unicef) - 2007** : ce document de travail décrit une approche programmatique de l'excision axée sur les droits humains. Il a pour but de guider les programmeurs qui œuvrent en Egypte, au Soudan et dans les pays d'Afrique subsaharienne pour l'abandon à grande échelle de cette pratique néfaste :

[http://www.childinfo.org/files/fgmc\\_Coordinated\\_Strategy\\_to\\_Abandon\\_FGMC\\_in\\_One\\_Generation\\_fren.pdf](http://www.childinfo.org/files/fgmc_Coordinated_Strategy_to_Abandon_FGMC_in_One_Generation_fren.pdf)

- **Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions - 2008** : l'ensemble des institutions concernées des Nations-Unies (OMS, UNICEF, UNESCO, UNIFEM, HCR, ONUSIDA...) fait le point sur la persistance de la pratique et endosse la stratégie de son abandon en une génération :

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/fmg/fmg\\_statement\\_2008\\_fr.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/fmg/fmg_statement_2008_fr.pdf)

- **La dynamique du changement social. Vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains, Unicef (Centre de recherche Innocenti) - 2010.** Cette étude de la dynamique sociale qui accompagne l'abandon de l'excision dans cinq pays (Egypte, Ethiopie, Kenya, Sénégal et Soudan) vise à fournir des informations destinées aux mesures politiques et programmes visant l'abandon de la pratique.



*Crédit photo : Tostan*



# Protéger la Prochaine Génération : un projet pilote et intégré de promotion de l'abandon des MGF dans le district sanitaire de Kayes

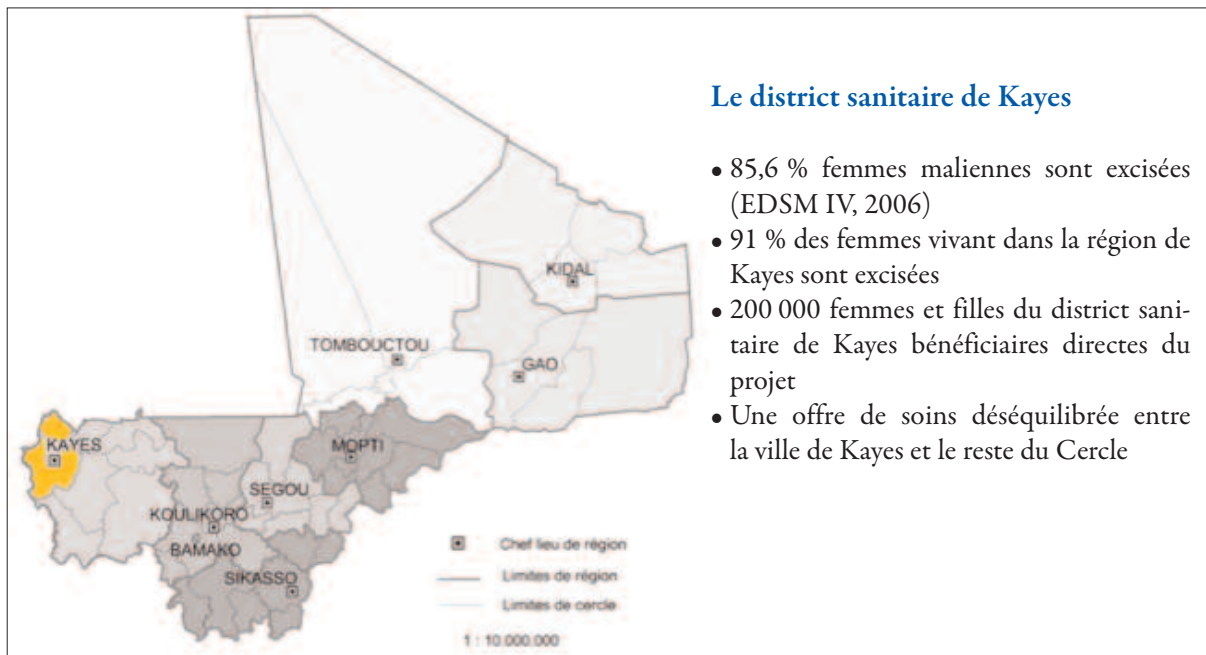


Par Aurélie Desrumeaux<sup>1</sup>, Bréhima Ballo<sup>2</sup>

1. Chargée de projets pour Equilibres et Populations

2. Chargée de programmes, AMSOPT Mali pour Equilibres et Populations

Depuis 2006, l'ONG française Equilibres & Populations (EquiPop) et son partenaire malien l'AMSOPT (Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles) interviennent dans le district sanitaire de Kayes pour la promotion de l'abandon collectif de l'excision. Le but du projet "Protéger la Prochaine Génération" est de développer une expérience pilote et reproductible, qui repose sur un dispositif intégré de changement des comportements. Il s'agit de montrer par l'exemple que le changement social est possible et durable si les communautés identifient elles-mêmes les mutilations sexuelles féminines (MSF) comme une pratique nuisible à leur bien-être et à leur développement. Il n'existe pas une réponse unique à la problématique des MSF. Aussi, le projet combine plusieurs approches et allie prévention, prise en charge médicale et plaidoyer.



## I. Le mode opératoire du projet : une approche holistique par la santé et les droits humains

Le projet a démarré en 2006 dans 20 villages, puis a intégré graduellement de nouvelles communautés pour atteindre 100 villages au total. Dans sa version actuelle, le projet "Protéger la Prochaine Génération" (PPG) vise une extension dans 150 nouveaux villages

sur 3 ans afin de couvrir les 250 villages qui composent le district sanitaire de Kayes.

Le projet est guidé par 8 principes directeurs reliés entre eux :

1. Une **approche non coercitive et non critique** dont l'objectif premier est le respect des droits humains et l'autonomisation des femmes et des filles.
2. Une **prise de conscience, de la part de la communauté**, des préjudices entraînés par la pratique de l'excision.

3. La **décision collective** d'abandonner la pratique dans un groupe au sein duquel se font les mariages ou qui est étroitement lié d'autres façons.
4. Une **déclaration explicite et publique** de la part des communautés, qui s'engagent collectivement à abandonner l'excision.
5. Un **processus de communication méthodique** pour promouvoir la diffusion rapide et durable de la décision d'abandonner l'excision d'une communauté à l'autre.
6. Une **approche genre** à tous les stades du projet.
7. Une **intégration graduelle** des villages dans le projet.
8. Un **contexte propice** au changement.

La stratégie du projet tient compte des dynamiques qui sous-tendent le maintien de la pratique de l'excision au sein des communautés, en se basant sur le principe de la théorie de la convention sociale développée par Thomas Schelling<sup>(1)</sup>. Les familles pratiquent les MSF pour préserver les perspectives de mariage et le statut social de leurs filles au sein du groupe où elles peuvent trouver un conjoint. Ce qu'une famille décide de faire dépend des choix d'autres familles au sein de la communauté. Une famille ne peut renoncer seule à cette pratique, cela ruinerait les possibilités de mariage et nuirait au statut des filles. Pour changer la norme, il est donc nécessaire que l'abandon de la pratique se fasse de façon coordonnée et collective.

Le projet repose sur trois volets d'action mis en œuvre par l'AMSOPT au Mali et un volet de sensibilisation des ressortissant(e)s malien(ne)s vivant en France, développé par l'association Entraide et Espoir.

### **Volet d'action n°1 : la communication pour les changements de comportements**

Des animatrices, issues des communautés et résidant dans un village de leur zone d'intervention, sont chacune responsables de la sensibilisation de 10 villages. Chaque jour, elles interviennent dans une ou deux communautés en organisant des causeries/débats, des visites à domicile ou des sessions de *counseling*\*. En partant des problématiques liées à la santé, aux droits humains et plus spécifiquement aux droits sexuels et

de la procréation, les animatrices accompagnent progressivement les communautés pour identifier l'excision comme une problématique à aborder. Une communication efficace en faveur de l'abandon de l'excision ne doit pas se contenter d'informer sur les effets néfastes de la pratique. Elle doit aussi permettre aux communautés de découvrir comment y mettre fin, en facilitant la conduite de débats ouverts qui les conduiront à prendre collectivement la décision de changer de comportement.

Les autorités et les groupements villageois sont également impliqués en étant associés à la conception de **plans de communication** visant à l'abandon des mutilations sexuelles féminines. Des **relais communautaires** sont par ailleurs identifiés pour appuyer et faciliter le travail des animatrices dans les villages.

En parallèle, des émissions radiophoniques ont été enregistrées et diffusées par 10 radios locales de la région de Kayes sur des thématiques relatives à la santé et aux droits sexuels et de la procréation. Ces émissions, très écoutées, ont contribué à diffuser plus largement les messages de sensibilisation.

À l'issue de chaque phase de mise en œuvre du projet, une **cérémonie publique d'abandon** est organisée et réunit l'ensemble des villages ayant pris la décision de changer de norme sociale. En amont de ces cérémonies, les leaders communautaires rédigent et signent une lettre les engageant à abandonner ouvertement l'excision dans leur village. Les cérémonies et les lettres d'abandon permettent de marquer le basculement de la norme sociale et le changement de comportement. Par ailleurs, la couverture médiatique locale et nationale des cérémonies d'abandon facilite le partage de la décision des communautés qui ont abandonné la pratique et montre à celles qui la perpétuent que le changement social est possible.

### **Volet d'action n°2 : la prise en charge des complications de l'excision**

Le projet vise aussi à améliorer la prise en charge, par le système sanitaire malien, des cas de complications des mutilations sexuelles féminines. Un schéma rationnel de prise en charge a été élaboré en collaboration avec les autorités sanitaires et sociales du district de Kayes selon les types de complications identifiés. Les animatrices ont été formées à l'identification des

complications liées à l'excision et accompagnent les femmes durant leur parcours de soin. Celles-ci bénéficient d'une prise en charge et d'un suivi quasi-gratuits, en partenariat avec les pharmacies et les centres de santé de la zone du projet.

### Volet d'action n°3 : le renforcement du système de santé

Afin d'optimiser la prise en charge des complications de l'excision, des formations pour les médecins et agents de santé de la zone sont organisées et un appui est apporté aux autorités sanitaires de la région pour renforcer le système de référencement et contre-référencement\*\* des cas de complications identifiés. Un comité *ad hoc* relatif au système de référencement /contre-référencement, composé de médecins, gynécologues, autorités sanitaires et sociales et salarié(e)s du projet, a également été créé et se réunit trimestriellement.

Au Mali, le Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE) a instauré dans chaque région des Comités Locaux d'Action pour l'Abandon des Pratiques traditionnelles Néfastes (CLAPN). Ces comités, composés des acteurs sanitaires et sociaux engagés dans l'abandon de l'excision, ont peu de moyens et restent peu dynamiques malgré leur rôle clé dans la diffusion de la politique publique nationale. Un appui est donc apporté dans le cadre du projet au CLAPN de Kayes. L'organisation de rencontres trimestrielles est facilitée entre les acteurs impliqués et le CLAPN est associé aux activités et événements du projet.

Dans une optique d'accompagnement et d'appropriation du changement par les acteurs politiques, l'équipe du projet travaille en constante collaboration avec la Direction Régionale de la Santé, la Direction Régionale de la Promotion de la Femme et de l'Enfant, le centre de santé de référence et l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Le maire et le préfet sont également très régulièrement sollicités pour prendre part aux activités du projet telles que la prise de contact avec les villages, la résolution de conflits ou la cérémonie publique d'abandon.

### Volet d'action n°4 : l'implication des migrants

En 2009, le projet PPG a intégré un nouveau volet d'action en France. Partant du constat que les migrants sont des acteurs clés du développement de leur village et des décisions communautaires, il a été décidé de les impliquer dans le processus de changement social. Avec l'appui de l'association Entraide et Espoir, l'objectif est d'amener les migrants des communautés maliennes ciblées par le projet à adhérer au processus d'abandon et à devenir des relais auprès de la communauté africaine vivant en France. Associer les migrants aux décisions communautaires permet d'en faire des acteurs de l'abandon tout en diminuant les risques de repli identitaire ou d'envoi de fillettes au Mali pour les faire exciser.

Les activités menées auprès des migrants reprennent la stratégie de communication pour le changement de comportement développée au Mali.

Un groupe de migrant(e)s relais d'une dizaine de personnes a été formé pour s'impliquer spécifiquement en faveur de l'abandon en informant, sensibilisant et mobilisant leurs pair(e)s.

Dans le même temps, des réunions grand public sont organisées pour informer sur l'excision et sur des thèmes connexes.

Enfin, des rencontres avec des associations de migrant(e)s issu(e)s des villages du projet permettent de les informer sur le projet et sur les dynamiques en cours dans les villages, et de les mobiliser autour de la signature d'une charte de soutien à l'abandon de l'excision.

La participation de migrant(e)s volontaires à une cérémonie d'abandon a été initiée au Mali en 2010 et l'organisation d'une cérémonie de soutien à l'abandon en France est encouragée.

## II. Résultats et défis du projet

Une évaluation externe<sup>(2)</sup>, menée en janvier 2013, a permis de mettre en lumière les principaux résultats du projet et de souligner les défis à relever dans le cadre d'un passage à l'échelle de 100 à 250 villages.

L'évaluation souligne que "le projet a permis de lever les tabous sur le thème de l'excision et a amorcé un débat public". La diffusion d'informations a permis de renforcer les connaissances des villageois sur les

conséquences néfastes de la pratique et de leur faire prendre conscience du fait qu'elle n'est pas requise par l'Islam.

Quatre-vingts villages sont officiellement entrés dans la dynamique d'abandon de l'excision par la signature de lettres d'abandon, et l'évaluation estime que 61 d'entre eux l'ont définitivement bannie de leurs pratiques communautaires. Un débat positif émerge, mais les efforts doivent être poursuivis et les messages de sensibilisation renouvelés en fonction de l'avancée des villages dans le processus d'abandon des MSF (abandon, en voie d'abandon, réticents).

Conformément à son objectif, le projet participe au renforcement du système sanitaire malien, grâce notamment au renforcement des connaissances et des capacités du personnel soignant. L'évaluation confirme une plus grande articulation entre les centres de santé communautaires, les centres de santé de référence et l'hôpital régional, et note une amélioration dans le schéma de prise en charge des complications dues à l'excision.

Ainsi, 1 328 femmes ont bénéficié d'une prise en charge quasi-gratuite. Parmi elles, 90 % souffraient d'infections gynécologiques et ont pu être soignées dans les centres de santé de la zone. Il est intéressant de noter que la quasi-gratuité des soins a eu un effet très positif et a largement influencé les décisions d'abandon. Le traitement des pathologies causées par l'excision a rendu plus concret le lien entre la pratique et ses conséquences sur la santé.

Dans le cadre du volet diaspora, plus de 200 migrant(e)s malien(ne)s ont été touché(e)s par les actions de sensibilisation menées en Ile-de-France. Ces actions ont contribué à une meilleure compréhension des enjeux liés à l'abandon de l'excision, à ouvrir un dialogue entre la diaspora et les communautés d'origine et à développer une parole au sein des groupes de migrants.

Les résultats du projet "Protéger la Prochaine Génération" sont encourageants et ouvrent la voie à un changement social durable. Des défis devront cependant être relevés d'ici 2016, parmi lesquels le renforcement de l'approche par les droits humains. S'il est principalement orienté vers l'abandon de l'excision, le projet vise plus largement à renforcer le statut et la santé des femmes et à leur donner les moyens de défendre leurs droits. Le projet doit renforcer l'approche genre amorcée en invitant les communautés à questionner les rôles sociaux et de pouvoir attribués aux hommes et aux femmes. Les actions de plaidoyer seront également intensifiées pour permettre une véritable appropriation de la dynamique par les autorités maliennes.

\* Le *counseling* correspond au temps pendant lequel les animatrices sont dans un village et sont à l'écoute de personnes seules ou en groupe qui souhaitent partager un problème, une préoccupation. Cela peut concerner, par exemple, les complications liées à l'excision.

\*\* Le référencement/contre-référencement est un système permettant d'orienter les patient(e)s vers le niveau de soins le plus adéquat en fonction de leur pathologie. Dans le cadre du projet, les patient(e)s sont pris(e)s en charge par les centres de santé communautaire, le centre de santé de référence ou l'hôpital régional de Kayes.

## Références

1. Thomas C. Schelling, *La stratégie du conflit*, Paris, PUF (1963), 1986.
2. Danièle Sexton, "Evaluation externe du projet Protéger la Prochaine Génération : un projet intégré de promotion de l'abandon des mutilations sexuelles féminines dans le district de Kayes au Mali", version finale du rapport du 10/05/2013, 95 p.





# Projet commun Femmes Solidaires et Karera-Gamissa de lutte contre les MGF en région Afar d'Ethiopie



**Par Aïcha Dabalé**

Vice-présidente de l'association *Excision, parlons-en !*



La pratique de l'excision est antérieure au judaïsme, au christianisme et à l'islam : on a en effet retrouvé des momies excisées en Egypte. Dans la corne d'Afrique, deux pratiques coexistent actuellement : l'excision et l'infibulation, celle-ci étant la forme radicale des mutilations génitales féminines (MGF). En Somalie, où l'infibulation est généralisée, vingt années de révolution n'ont pas pu mettre fin à ces pratiques. En Éthiopie, l'excision est pratiquée par les adeptes de toutes les religions – animiste, juive, chrétienne et musulmane –, l'infibulation est spécifique aux Afars et aux Somalis.

L'expérience de lutte contre les MGF dont il est question ici est menée en région Afar d'Éthiopie où 98 % des petites filles sont excisées et infibulées. Il s'agit d'une région laissée pour compte et en marge du développement, et où les facteurs négatifs (maladies, mortalité infantile, nombreux décès en couches, famine, sécheresse, soif) l'emportent sur les facteurs positifs. Dans cette région d'Éthiopie, les conséquences des MGF s'ajoutent à ces facteurs négatifs et sont désastreuses sur le plan de la santé des femmes et ce, tout au long de leur vie.

## **Le marrainage : une idée des femmes pour aider d'autres femmes**

Un projet de marrainage a été mis en place par Femmes Solidaires (à travers ses 180 comités) pour les petites filles non excisées que les mères avaient réussi à soustraire à ces pratiques.

Cette idée de marrainage – une idée de femmes pour aider d'autres femmes – est née des échanges et des dialogues entre des femmes pionnières de cette région et Femmes Solidaires. Son but est de soutenir ces femmes courageuses qui résistent à la pression de la société, à contre-courant, en s'opposant à l'excision et à l'infibulation, et tournent le dos à ces traditions néfastes.

Plusieurs facteurs ont contribué à cette prise de conscience : d'abord la volonté d'une poignée de femmes qui se sont juré de ne plus jamais faire cela à leurs filles ; leurs initiatives ont été confortées et même encouragées par les religieux qui ont proclamé que les MGF étaient contraires aux préceptes de l'islam. L'argument selon lequel les filles saoudiennes ne sont pas excisées est imparable.

Au-delà des souffrances inouïes infligées aux petites filles, ce sont les problèmes de santé qui ont emporté

la conviction chez les mamans qui refusent que leurs filles soient excisées. Les filles et les femmes de condition modeste, qui vivent dans les campagnes les plus reculées et ne bénéficient pas de la proximité d'une structure sanitaire, sont les plus exposées aux méfaits des mutilations sexuelles. Les petites filles meurent parfois en raison d'une banale rétention urinaire.

Rappelons aussi que, dans cette région, la mortalité en couches est très élevée, à tel point que le recensement officiel fait ressortir qu'il y a plus d'hommes que de femmes dans la population Afar.

## **MGF causes de mortalité des femmes Afar au cours de l'accouchement**

Le docteur Claude-Emile Tourné, obstétricien qui, à l'occasion de plusieurs voyages, a parcouru le pays Afar et examiné de nombreuses femmes enceintes, a décrit la situation des femmes de cette région de la manière suivante : "Les femmes du pays Afar éthiopien sont sujettes à une morbidité et à une mortalité extrêmement élevées. Selon les études démographiques menées par le gouvernement éthiopien, la population de l'état régional Afar était de 1 390 000 personnes en 2007, avec une répartition par sexe de

775 117 hommes pour 615 156 femmes. Ce déséquilibre démographique représente globalement un déficit de 160 000 femmes par rapport au sex ratio naturel, quasiment à parité. Ce déséquilibre est particulièrement flagrant dans la zone 5 (sultanat de Dawwe) où il manque **une femme sur quatre**.

Toujours selon le Dr Tourné, “les femmes enceintes sont essentiellement sujettes à une anémie, aggravée par les infections urinaires secondaires aux MGF majeures qu’elles subissent dans l’enfance...”

La moindre hémorragie au cours de l’accouchement est alors mortelle”. Il ajoute que “La première cause de mortalité dans l’enfance, et avant même la période de reproduction, est la pratique des **Mutilations Génitales Féminines**, qui prend la forme, en pays Afar, de la MGF dite “pharaonique”. Les conditions de réalisation de cette mutilation constituent la première cause (dans le temps) de morbi-mortalité par hémorragie, choc, infection locale et générale”.

En région Afar, la période d’accouchement est particulièrement crainte : avant de se préparer à l’accouchement, la femme met en ordre toutes ses affaires, s’acquitte de ses dettes, comme si elle se préparait à la mort. La première prière chez les Afar concerne la femme enceinte, on implore Dieu pour que l’accouchée reste en vie “ULLA Tasalamay”, que Dieu bénisse la femme en train d’accoucher.

C’est après avoir constaté toutes ces dimensions des MGF dans cette région que Femmes Solidaires a voulu encourager les efforts de ces femmes, les accompagner, les soutenir, comme elle menait déjà en France des campagnes de sensibilisation contre les méfaits des excisions.

Le Marrainage consiste à aider la famille : chaque fille non excisée aura une marraine qui lui donnera 15 € par mois pour lui permettre d’être scolarisée et valorisée dans le village. Elle peut ainsi braver le sobriquet de “Kimbidalé”, de porteuse de clitoris, et faire face à sa mise à l’index et à sa marginalisation.

A charge pour la famille de ne pas exciser la petite fille et de la scolariser.

Sur place, une ONG partenaire, Karera – Gamissa, est référente et en charge des visites aux familles à qui elle allouera l’argent du marrainage.

Le volet contrôle est régulièrement assuré afin d’évaluer la santé des petites filles et de vérifier leur intégrité. Une jeune fille, marrainée depuis le début du projet, a donné naissance à une petite fille. C’est une première

dans le village. Toutes les femmes ont assisté à l’accouchement et ont constaté qu’il n’y avait pas d’hémorragie ni de déchirement ! La maman et sa petite fille sont appelées dans le village “les deux clitoris”.

## Cercle vertueux

Toutes ces filles marrainées sont aujourd’hui scolarisées. C’est en ce sens que l’on peut parler de cercle vertueux.

Grâce à ce projet, ces filles, qui ont conquis la pleine possession de leur corps, peuvent espérer maîtriser leur destin en accédant à l’école.

Mais plus généralement, les discussions et les échanges suscités par ce projet entre les personnes venues d’autres horizons et les femmes Afar de la région ont permis à ces dernières de s’ouvrir aux idées nouvelles, comme l’importance de l’éducation des filles.

De la même manière qu’elles ont échappé aux MGF, ces filles découvrent qu’il n’y a pas de fatalité : elles ne doivent pas être assignées à vie à des corvées d’eau ou à des gardiennages des chèvres.

Ces expériences sont aussi une formidable opportunité, pour ces femmes isolées et enclavées, de prendre conscience du fait qu’elles peuvent acquérir une autonomie, en s’adonnant à des activités lucratives : artisanat, commerce de petit bétail, etc. Ces échanges avec des personnes d’autres civilisations leur permettent aussi de mieux résister aux offensives dévastatrices de la doctrine wahabite véhiculées à grand renfort de petrodollars, et qui veulent réduire les femmes au simple rôle d’objet. Le wahabisme a pour vocation de faire table rase des traditions et veut ici faire fi des expériences humaines de plusieurs siècles où la mixité s’illustre dans les chants, danses et joutes oratoires du soir.

Ces expériences sont d’ores et déjà une réussite dans la mesure où elles ont pu consolider les luttes anti-MGF menées par une poignée de femmes courageuses. Elles ont même permis d’élargir le champ d’action des luttes contre l’excision et l’infibulation. Elles doivent continuer, s’étendre et être complétées par le volet microcrédit pour donner une réelle autonomie aux femmes, afin d’amorcer un développement équilibré.

Le projet marrainage peut constituer un exemple de lutte contre les MGF dans les sociétés rurales où les traditions sont fortement ancrées et qui sont réfractaires à l’abandon de l’excision et de l’infibulation.



# Trente ans de réussite face à une pratique millénaire



**Par Isabelle Gillette-Faye**

Sociologue, Directrice de la Fédération nationale GAMS, France

Comment résumer en quelques minutes trente ans de militantisme en France, qui se croisent également avec les actions menées sur d'autres continents et en Europe...

Que dire pour commencer ? Une première chose qui me paraît essentielle, la redite étant pédagogique, et c'est l'une des raisons d'être de mon engagement personnel : les premiers mouvements "abolitionnistes" sont partis du continent africain, d'Éthiopie, au XV<sup>ème</sup> siècle... Puis Awa THIAM, avec "La Parole aux Négresses", a, en tant que femme africaine, sénégalaise, la première porté un regard critique sur l'excision. Puis, les pays industrialisés n'ont fait que rejoindre le mouvement, en particulier à la fin des années 1970, avec les premiers rapports de Fran HOSKEN sur "Les mutilations sexuelles féminines" ou de Benoîte GROULT, avec "Ainsi soit-elle". Enfin, le concert des Nations, sous-entendue Unies, comme la philosophe Renée Saurel, l'a rappelé dans les Temps Modernes.

Donc un petit retour en arrière s'impose... Pour la France, au début des années 1980, des hommes originaires de l'Afrique subsaharienne font venir en France leurs épouses. Des fillettes naissent, dont certaines mourront après avoir été excisées. Des femmes d'origine africaine et occidentale se mobilisent alors contre les mutilations sexuelles féminines. Ces pratiques constituent une atteinte grave aux droits fondamentaux de tout être humain, à la dignité et à l'intégrité. Elles ont par ailleurs des conséquences dramatiques sur la santé.

**Ainsi, dès 1981**, des pédiatres de PMI (Protection Maternelle et Infantile), parmi lesquels Marie-Hélène Franjou, Jacqueline de Chambrun et Emmanuelle Piet, témoignent dans le Quotidien du Médecin du 12 mars, "Mutilations sexuelles féminines : un problème qui concerne les praticiens français". Ces médecins proposent alors la formalisation d'un programme d'éducation sanitaire.

Puis, l'association GAMS (Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) est créée à Paris en 1982. Elle est constituée de femmes d'origine africaine – Coumba Touré, Madina Diallo, Khady Diallo, Sophie Soumare, Nafissatou Fali... –

et de femmes d'origine occidentale, de médecins – Marie-Hélène Franjou, Luce Sirkis, Danièle Bugeon, Annie-Laurence Godefroy, Josyane Buhot –, de militantes associatives, parmi lesquelles Chantal Gazeau, qui se fixent comme objectif de contribuer à la disparition des pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, notamment des mutilations sexuelles féminines.

D'emblée, deux règles fondamentales de travail sont posées :

- agir ensemble, femmes africaines et femmes françaises,
- agir en réseau avec les groupes œuvrant sur les mêmes sujets en Afrique et ailleurs dans le monde.

De nos réflexions naît un objectif : informer la population concernée de l'extrême dangerosité des mutilations sexuelles féminines afin que les parents des filles décident eux-mêmes d'y renoncer. Notre propos est de faire appel surtout à la réflexion mais n'exclut pas la référence à la loi. D'autres associations sont plus particulièrement orientées sur la loi, telle que la CAMS, Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines, animée par Maître Linda Weil-Curiel. Nous nous efforçons de contacter les différentes administrations et organismes en relation avec la population concernée pour les sensibiliser à la nécessité de mettre en place une telle information. Divers secteurs sont définis et, en priorité, la santé, le social et l'éducatif.

Nous n'oublions pas les médias. Convaincues de l'importance de l'information pour convaincre les familles africaines, nous soulignons cet aspect lors des travaux du groupe de travail mis en place par le Ministère des Droits de la Femme en 1982. Depuis lors, notre travail privilégie sans cesse l'information des populations concernées, soit directement, soit indirectement en sensibilisant les professionnels qui sont en contact avec elles. Depuis 1982, nous participons à de nombreuses journées de formation initiale et continue de professionnels de santé (notamment en Protection Maternelle et Infantile) et de travailleurs socio-éducatifs.

**En 1984**, sous l'impulsion du Ministère des Droits

de la Femme, un ouvrage rédigé en collectif : “Les mutilations du sexe des femmes aujourd’hui en France (Editions Tierce)” est publié. Ont notamment contribué à la rédaction de cet ouvrage : outre le GAMS, la Ligue du Droit International des Femmes (créée par Simone de Beauvoir et aujourd’hui présidée par Annie Sugier), le Modafen (Mouvement pour la Défense des Droits de la Femme Noire), animé par Lydie Dooh-Bunya, Santé et Droits de la Femme, ainsi que Simone Iff, conseillère technique auprès du Ministère des Droits de la Femme, le Mouvement Français pour le Planning Familial, présidé alors par Marie-France Casalis, Sylvie Fainzang et Nicole Echard, ethnologues, dont les travaux s’inscrivent dans ceux de Nicole-Claude Mathieu.

**Toujours en 1984**, a lieu la seconde rencontre internationale à Dakar sur la question des pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Des rapports sont présentés pour six pays africains : Sénégal, Egypte, Soudan, Mali, Sierra Léone, Somalie. Les différent(e)s intervenant(e)s confirment les recommandations faites à Khartoum. L’excision sous toutes ses formes doit disparaître. Les moyens à privilégier pour cela sont “l’information et une éducation particulièrement intensive afin de changer la mentalité masculine” et “l’interdiction de la pratique à tout le personnel médical et paramédical”. Au cours du séminaire, un Comité interafricain est créé, chargé de susciter la création d’un comité national de lutte dans chaque pays concerné et de suivre les travaux engagés. Le GAMS, représenté à la rencontre, devient “la section française du Comité Interafricain”. Le Comité Interafricain regroupe aujourd’hui une trentaine de comités nationaux africains et au moins autant d’affiliés dans les pays industrialisés. Il a reçu en 1995 le prix des Nations-Unies en matière de population.

En 1985, Patricia Allal, membre du GAMS, soutient sa thèse de doctorat en médecine : “Les mutilations du sexe des femmes. Etude dans un département français : les Yvelines. Propositions pour la disparition de ces pratiques”. A l’occasion de cette thèse, une étude est conduite dans une maternité d’Ile-de-France sur “les conséquences obstétricales de l’excision féminine”. Elle confirme à nouveau que les femmes excisées ont beaucoup plus souvent des déchirures périnéales que les autres femmes.

**Toujours en 1985**, au forum des ONG, en marge de

la troisième rencontre internationale des Nations-Unies sur les discriminations faites aux femmes à Nairobi (Kenya), le Comité Interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants tient sa première assemblée générale. Les comités nationaux africains nouvellement constitués et le GAMS évoquent leurs travaux.

**En 1987**, a lieu le séminaire régional sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants à Addis-Abeba (Ethiopie), organisé par le Comité Interafricain, coparrainé par le Ministère de la Santé d’Ethiopie, la Commission Economique des Nations-Unies pour l’Afrique, l’Organisation de l’Unité Africaine, le Fonds des Nations-Unies pour l’Enfance (UNICEF) en collaboration avec l’Organisation Mondiale de la Santé.

Des comités créés dans différents pays du continent africain rapportent leurs travaux. Les pratiques traditionnelles telles que les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés d’adolescentes, les tabous alimentaires ou le non-espacement des naissances ont des conséquences désastreuses sur la santé des populations. Des actions d’information sur leurs dangers sont peu à peu organisées dans différents pays africains et du matériel éducatif est créé.

**En 1990**, lors du Séminaire régional sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants qui a lieu à Addis Abeba (Ethiopie) et est organisé par le Comité Interafricain, nous présentons notre travail réalisé depuis 1987.

**En 1992**, le GAMS participe à la première conférence européenne organisée à Londres (Royaume-Uni) par le FORWARD (*Foundation for women’s health research and development*), sur la thématique des Mutilations Sexuelles Féminines ; puis à nouveau **en 1993**, en Suède.

**En 1993**, nous participons également à un groupe de travail sur les mutilations sexuelles féminines mis en place par la Délégation aux Droits des Femmes d’Ile-de-France, représentée par Mme Catherine Morbois, pour préparer un matériel didactique à l’intention des professionnels et des familles originaires de l’Afrique subsaharienne. Le préfet de Région Ile-de-France lance officiellement une campagne de prévention des mutilations sexuelles féminines en novembre 1993. Les affiches et dépliants préparés par le groupe de travail sont très largement diffusés et utilisés. Puis, **en 1994**, la campagne “Nous protégeons nos petites filles”

est étendue de l'Île-de-France au plan national et notamment à dix départements davantage concernés.

**De 1994 à 1995**, le GAMS finance, grâce à la Coopération française, cinq programmes de prévention organisés par les comités nationaux du Comité interafricain du Niger, du Mali, du Burkina Faso et de Guinée Conakry.

**En 1995**, grâce au concours de différentes directions ministérielles et de la Fondation de France, nous coproduisons un programme de formation "Femmes assises sous le couteau" comprenant un film documentaire, réalisé par Laurence Petit-Jouvet, et un manuel destiné à l'animation de réunions ayant pour thème la prévention des mutilations sexuelles féminines. L'ensemble est réalisé avec notre participation et diffusé par nos soins.

**En 1996**, nous avons participé activement à la création du GAMS Belgique, à l'initiative de Mme Khadia Diallo.

**En février 1996**, nous co-organisons une journée nationale sur la prévention des mutilations sexuelles féminines au Ministère des affaires sociales destinée aux professionnels médico-sociaux et associations travaillant auprès des populations concernées. Des représentants de différents services ministériels apportent leur soutien à cette manifestation qui est très appréciée. Des représentants de l'O.M.S. interviennent. La présidente du Comité Interafricain, Mme Berhane Ras-Work, évoque le travail réalisé en Afrique et fait appel à l'assemblée pour que le travail déjà réalisé soit poursuivi avec détermination. Notre association peut témoigner du fait que les actions de prévention mises en place avec la participation de femmes africaines convaincues sont efficaces, et permettent de faire disparaître les mutilations sexuelles féminines. Il convient toutefois de veiller à l'application de la loi lorsque les familles font exciser leurs filles malgré l'information reçue.

**En 1997**, Isabelle Gillette-Faye, Directrice du GAMS depuis 1990, soutient sa thèse de Doctorat de Sociologie, intitulée "La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysée sous l'angle de la souffrance sociale des femmes". Cette thèse a été publiée aux Presses Universitaires du Septentrion, en 1998.

**De 1999 à 2001**, Isabelle Gillette-Faye conduira, pour le ministère des Affaires étrangères français, une

étude dans 4 pays de la sous-région : Côte d'Ivoire, Mali, Bénin et Burkina Faso, afin de développer en multilatéral des actions communes avec l'UNICEF, visant à prévenir les pratiques traditionnelles néfastes, dont les mutilations sexuelles féminines.

**En 2001**, le GAMS organise et prépare, avec Equilibres & Populations, un premier Colloque à l'Académie Nationale de Médecine à Paris : "Comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ?".

**Entre 2001 et 2002**, le GAMS coordonnera le "Premier Programme Européen de lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) en Europe" qui concerne 10 pays européens, 15 ONG et centres de recherche partenaires. Cela aboutira à la cofondation du Réseau Européen de lutte contre les mutilations génitales féminines (Euronet FGM), 15 pays de l'Union Européenne étant partenaires.

**En juin 2004**, le GAMS préparera activement et collectivement un second Colloque "Les mutilations sexuelles féminines, un autre crime contre l'humanité. Connaître, prévenir, agir", qui se tient à l'Académie Nationale de Médecine à Paris, et présente des recommandations visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines (MSF).

**De 2006 à 2007**, ont lieu un Colloque National Interministériel à l'Institut Pasteur et neuf déclinaisons Régionales "Halte aux mutilations sexuelles féminines", initiés par le Ministre de la Santé et la Direction Générale de la Santé. Le GAMS est associé au déroulement et à la co-animation de ces Colloques avec Gynécologie sans Frontières.

**De 2009 à 2013**, la Fédération nationale GAMS est partenaire de la campagne européenne d'Amnesty International Irlande "End FGM", qui vise à l'adoption par l'Union Européenne d'une stratégie commune pour prévenir les mutilations génitales féminines sur les femmes et les petites filles en Europe et protéger celles qui ont fui leur pays d'origine par crainte d'être mutilées. Le travail se poursuit par la création d'une association européenne "End FGM".

**A partir de juin 2009**, le GAMS se structure en Fédération Nationale ; aujourd'hui, sept représentations régionales sont réparties sur l'ensemble du territoire français. D'autres femmes africaines, Nana Camara, Catherine Traoré, Naky Sy Savanne, Sadio Diabira, Goundo Sakhanoko sont venues compléter

notre équipe. Christine Beynis devient la Présidente du GAMS.

En juillet 2009, le GAMS organise avec ses partenaires africains une Caravane des femmes africaines pour la Paix, l'Égalité et la Citoyenneté, au Mali. Le film est disponible au siège de la Fédération nationale GAMS.

En mars 2010, la Fédération nationale GAMS accompagne le lancement du film "Fleur du Désert" en partenariat avec la Fondation Kering, avec des projections/débats sur l'ensemble du territoire français, animés par la Fédération Nationale GAMS et avec l'exposition de photos de Catherine Cabrol "Blessures de femmes".

Le 1<sup>er</sup> février 2013, les co-fondateurs d'"Excision parlons-en", TAOR Communication, TOSTAN France, et la Fédération nationale GAMS animent la Conférence de Presse de lancement de la mobilisation, à Paris, au Comptoir Général.

En décembre 2013, l'infatigable militante Khady Koïta, auteur de "Mutilée", membre du GAMS, obtient, grâce au partenariat avec *No Peace Without Justice*, ONG fondée par Mme Emma Bonino, et le Comité inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, le vote, par l'Assemblée générale des Nations-Unies, de la première résolution mondiale pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.

*Nous voici en 2014, et de nouvelles pages continuent et continueront de s'écrire...*



Crédit photo : Tostan

# Un nouvel élan en faveur de l'abandon de l'excision



**Par Louis Guinamard**

Coordinateur de la mobilisation *Excision, parlons-en !*

*Excision, parlons-en !* est un rassemblement inédit d'actrices et d'acteurs francophones de la société civile souhaitant mutualiser leurs efforts et leurs ressources pour intensifier la mobilisation en faveur de l'abandon de l'excision/mutilations sexuelles féminines (MSF) tant à l'international qu'en France. Il s'agit d'un lieu de rencontre et de partage des expertises. Lieu virtuel, notamment grâce au site internet et aux réseaux sociaux ; lieu réel, qui prend corps lors des rencontres et des réunions ou des commissions, carrefours de savoirs, de compétences et d'initiatives.

Les travaux de pionniers ont positionné la France comme un acteur incontournable de l'action en faveur de l'abandon de l'excision. La pugnacité de Maître Linda Weil-Curiel, qui a conduit aux premières condamnations pénales, a été un facteur clé pour la prise en compte de la question. La découverte et la mise au point du procédé de réparation du clitoris par le docteur Pierre Foldès, ainsi que son combat pour obtenir la prise en charge de cette intervention par la Sécurité Sociale au même titre que toute autre intervention médicale, sont reconnus dans le monde entier. De même, la Fédération nationale GAMS (Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) œuvre en France depuis plus de 30 ans pour sensibiliser et accompagner les femmes victimes.

## L'intuition de départ

L'intuition d'origine d'*Excision, parlons-en !* était de profiter de la date du 6 février 2014 (Journée internationale Tolérance zéro contre les MGF) pour créer un événement qui rassemblerait l'ensemble des acteurs et des initiatives en France. Une démarche destinée à promouvoir une vision globale, en évitant de se retrancher à des approches segmentées par domaine d'intervention (juridique, médicale, sociale...).

Depuis son lancement officiel le 1<sup>er</sup> février 2013, la mobilisation *Excision, parlons-en !* a largement dépassé les projections initiales, se développant au fur et à mesure des besoins exprimés par les partenaires. Initialement lancée par trois acteurs – Taor Communication (Louis Guinamard), la Fédération nationale Gams et Tostan France –, la mobilisation s'est

ouverte à d'autres acteurs de la société civile.

Elle rassemble désormais une trentaine de structures partenaires qui l'ont adoptée comme un lieu de rencontre et d'échange sur la thématique de l'excision. Parmi elles, certaines sont directement impliquées, d'autres, y sont régulièrement ou occasionnellement confrontées dans leurs interventions et ont besoin de ressources pour mieux comprendre les problématiques et réagir en conséquence. Ainsi, ont rejoint le mouvement : France Terre d'Asile, Femmes solidaires, la FNSF<sup>(1)</sup>..., ainsi que des associations plus modestes, mais très actives localement : Safe, Terres de couleurs, SOS Africaines en danger... *Excision, parlons-en !* s'est également ouverte aux bureaux français d'organisations internationales : HCR<sup>(2)</sup> et UNICEF<sup>(3)</sup>. Elle a reçu le soutien de ministères – Droits des femmes, Affaires étrangères, Intérieur – et d'institutions publiques comme la CNCDH<sup>(4)</sup>, l'Ofpra<sup>(5)</sup>... Enfin, dès l'origine, la mobilisation a été rejointe par des acteurs d'autres pays francophones : Gams Belgique, Intact (Belgique), SIDIIEF<sup>(6)</sup> (Canada)...

Face à l'ampleur de ce mouvement, la question de la pérennité de la mobilisation, au-delà de la date du 6 février 2014, s'est rapidement imposée et a amené à affiner son objet et ses modalités d'intervention.

## Le principe de transversalité

L'objet de la mobilisation est d'accroître les compétences des acteurs impliqués en faveur de l'abandon de l'excision en favorisant les échanges sur leurs pratiques et en croisant les connaissances dans les différents domaines d'action. Elle repose sur un

principe de transversalité permettant d'appréhender toutes les complexités du phénomène, d'obtenir une vision multidimensionnelle et de chercher, pour les différentes situations, les meilleurs outils, depuis la prévention jusqu'à la réparation, en passant par la prise en charge ou la condamnation...

La mobilisation s'adresse prioritairement à un public d'acteur avertis : professionnels et membres de la société civile (acteurs associatifs, étudiants, chercheurs, journalistes...). Elle permet d'équiper les professionnels de santé, d'éducation, d'action sociale, parfois démunis face à la complexité de la problématique. Mais aussi de mieux informer et d'armer les acteurs militants en encourageant leur mobilisation ; en confrontant leur désir d'agir à la réalité, à la complexité de la problématique et aux contraintes des professionnels ; en faisant connaître leurs initiatives pour en éprouver la pertinence et apprécier leur reproductibilité.

Pour autant, et même si tous les acteurs agissent dans une même perspective – l'abandon de l'excision – les acteurs peuvent avoir des visions divergentes. La mobilisation n'a pas vocation à parler d'une seule voix, mais à enrichir la qualité des débats. Pas plus qu'elle n'a vocation à devenir une superstructure qui se substituerait aux partenaires. Chacune conserve son identité et ses spécificités. *Excision, parlons-en !* est un catalyseur qui donne de l'ampleur aux actions des associations membres en assurant leur visibilité.

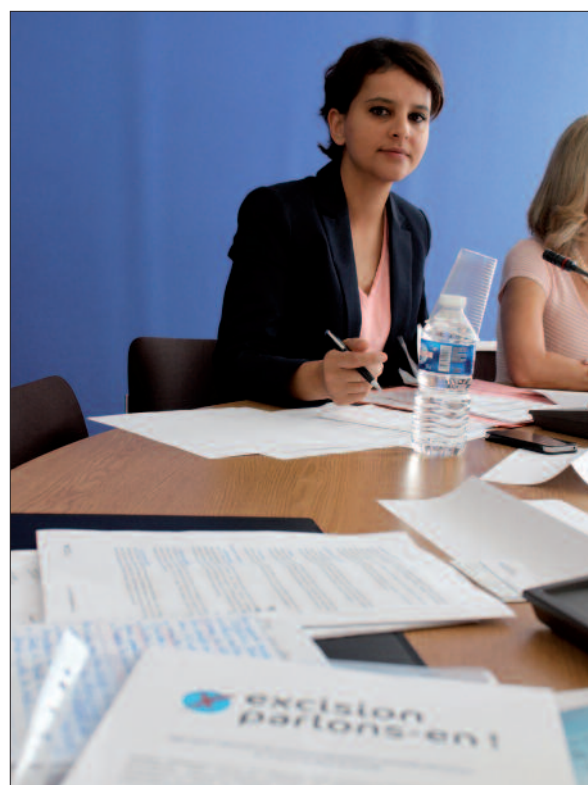
## Visibilité et diffusion des connaissances

Plusieurs outils, largement plébiscités par les acteurs, permettent d'œuvrer dans ce sens : le site internet et les réseaux socionumériques, les journées de rencontres thématiques, les commissions d'experts...

Des rencontres thématiques autour de l'excision sont régulièrement organisées. Ainsi, en octobre 2013, Claudia Cappa, experte pour l'UNICEF, est venue présenter l'étude publiée quelques mois plus tôt par l'UNICEF<sup>(7)</sup>. Devant 80 acteurs français de haut niveau, elle a pu présenter ces résultats pour favoriser une meilleure prise en main de l'étude. En avril 2014, la rencontre "Excision et droit d'asile : les défis de la protection" a rassemblé 200 participantes et participants (avocats, salariés de Cada, assistantes sociales...) venus écouter des acteurs de l'Ofpra, de la CNDA<sup>(8)</sup>, du HCR, de France Terre d'Asile et des juristes et médecins.

Le colloque du 6 février 2014 a constitué le point d'orgue de ces rencontres. Organisé à Paris et intitulé "Excision : les défis de l'abandon", il a réuni plus de 350 participant(e)s au site Convention du ministère des Affaires étrangères. A la tribune, se sont succédé 24 intervenant(e)s, venu(e)s notamment d'Egypte, du Sénégal, du Mali, du Burkina Faso, de la Guinée, de Belgique. Il a été soutenu par la présence de Najat Vallaud-Belkacem, ministre des Droits des femmes et porte-parole du gouvernement, et de deux ministres délégués auprès du ministre des Affaires étrangères : Pascal Canfin, chargé du Développement et Yamina Benguigui, chargée de la Francophonie. La présidente de la CNCDH, impliquée très tôt aux côtés de la mobilisation, s'est également exprimée pour rappeler les conclusions de son avis publié en novembre 2013<sup>(9)</sup>.

Destiné à un public averti (professionnels du secteur humanitaire, bénévoles associatifs, défenseurs des droits humains, étudiants), le colloque a permis de dresser un état des lieux des réalités actuelles, des avancées et des pratiques, des initiatives en France et dans le monde, pour promouvoir l'abandon de l'excision et comprendre les clés de réussite mais également les freins aux processus d'abandon.



Najat Vallaud-Belkacem



## Créer un réseau francophone

Le succès de l'événement du 6 février a permis de donner une envergure internationale à cette mobilisation. L'objectif, qui a parfaitement fonctionné entre des acteurs francophones du Nord (essentiellement français, mais aussi belges et canadiens), est désormais d'étendre la mobilisation aux pays francophones du Sud afin de leur faire bénéficier de cette expertise.

Car *Excision, parlons-en !* a pour ambition de devenir un outil de référence francophone sur la thématique de l'excision, en particulier par le biais de son site internet et de publications. Si la mobilisation s'est déjà ouverte à des organisations canadiennes et belges, le développement d'un réseau vers les pays francophones du Sud n'a pu être concrétisé, faute de ressources humaines suffisantes. Pourtant, des associations de la diaspora ont été régulièrement représentées lors des événements, marquant ainsi leur intérêt pour le projet (une rencontre consacrée au rôle des diasporas dans l'abandon de l'excision est en cours d'élaboration). Des associations de pays du Sud ont régulièrement contacté la coordination dans la perspective de rejoindre le mouvement.

Ce numéro de *Développement et Santé* constitue l'un des outils à destination des professionnels de santé dans les pays pratiquant l'excision, pour mieux les sensibiliser aux risques, aux réalités, à la nécessité de ne pas perpétrer la pratique. Il a été réalisé par des acteurs impliqués dans différentes commissions d'*Excision, parlons-en !*

## Renforcer les commissions de travail

Parallèlement aux rencontres ouvertes au public, *Excision, parlons-en !* anime un réseau de commissions d'experts. Celles-ci réunissent des professionnels engagés sur un sujet précis : santé, juridique, droit d'asile, dynamiques sociales. Certaines commissions se sont régulièrement retrouvées, d'autres se mettent en place. Elles permettent aux experts d'une même thématique d'échanger sur leurs pratiques, leurs problématiques, et de dégager des sujets à aborder conjointement.

Ainsi apparaît la nécessité de développer et d'encourager la réalisation d'outils statistiques de référence. Le travail réalisé par l'UNICEF, tout comme l'étude *Excision et handicap*<sup>(10)</sup> réalisée par Armelle Andro, ont été unanimement adoptés et salués. Ils constituent des bases précieuses pour penser les solutions et orienter les politiques en faveur de l'abandon de l'excision. Ces données ont permis par exemple de révéler la complexité et l'ampleur de la problématique de l'excision en Egypte – 1 femme excisée sur 5 dans le monde est Egyptienne ! – et la recrudescence de la pratique en milieu médical. Des données manquent encore cruellement sur certaines régions du monde, en Asie et au Moyen-Orient notamment. La récolte d'informations sur ces destinations sera l'un des objectifs d'*Excision, parlons-en !* à l'avenir.

[www.excisionparlonsen.org](http://www.excisionparlonsen.org)

1. Fédération Nationale Solidarité Femmes
2. Haut Commissariat aux Réfugiés
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
4. Commission nationale consultative des droits de l'homme
5. Office français pour les réfugiés et apatrides
6. Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone
7. Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements, UNICEF, New York, juillet 2013.
8. Cour nationale du droit d'asile
9. Avis sur les mutilations sexuelles féminines, CNCDH, Paris, novembre 2013.
10. Excision et Handicap, Ined, Paris, 2009.

**Les outils numériques**

Lancé le 1er février 2013, le **site internet** n'a cessé d'être déployé avec de nouvelles fonctionnalités régulièrement affichées. Il comprend des pages fixes (présentation de la mobilisation, présentation de l'excision, cartographie Monde et cartographie France...). La partie éditoriale, actualisée au moins une fois par semaine, est animée par la journaliste Camille Sarret, également contributrice du blog "Terriennes" de TV5 Monde. Grâce à la publication hebdomadaire d'articles inédits ou à la reprise d'articles essentiels, le site internet s'impose comme une référence sur la question de la lutte contre l'excision. Les interviews permettent de donner une visibilité aux partenaires et de démontrer l'intérêt d'une démarche transverse aux différentes disciplines. Le site enregistre 10 000 pages vues par mois.

Les réseaux socionumériques sont entretenus par la présidente de l'association, Marion Shaefer. Plus de 1 150 personnes sont abonnées à la page **facebook** pour suivre l'actualité de la mobilisation et les articles repérés et rediffusés. Le compte **Twitter** est suivi par 200 abonnés, et la **newsletter** mensuelle par 300 abonnés.

**La charte de mobilisation**

Ce document de 4 pages présentant la vision de l'action et les modalités de la mobilisation *Excision, parlons-en !* est soumis à la signature des partenaires du projet, marquant ainsi leur volonté de travailler collectivement. Elle est le gage d'une adhésion morale et d'une implication effective dans la mobilisation.

*Excision, parlons-en !* est une association loi 1901.

Elle fonctionne avec une équipe restreinte :

- un coordinateur, un webmaster et une rédactrice, partiellement indemnisés pour leurs interventions ;
- des bénévoles impliqués dans la gouvernance, dans les commissions et lors de l'organisation des événements ;
- les ressources humaines des structures partenaires.

La mobilisation vit grâce au soutien de ses partenaires (prise en charge de frais, mise à disposition de salle...) et des subventions de fondations privées (Raja, Un monde par tous, Kering) ou d'institutionnels (ministère de l'Intérieur).

