

UNICEF
Centre de recherche Innocenti

Digest Innocenti

**CHANGER
UNE CONVENTION SOCIALE NEFASTE :
LA PRATIQUE DE
L'EXCISION/MUTILATION
GENITALE FEMININE**

unissons-nous
pour les enfants

unicef 

**CHANGER
UNE CONVENTION SOCIALE NEFASTE :
LA PRATIQUE DE L'EXCISION/MUTILATION
GENITALE FEMININE**

**Les opinions exprimées sont celles des auteurs
et des éditeurs et ne reflètent pas nécessairement
les politiques ou les points de vue de l'UNICEF.**

Editrice de la publication : Alexia Lewnes

Traduction : Mariette Mosette Barraud

Mise en page : Bernard & Co, Sienne, Italie

Imprimé par : ABC Tipografia, Sesto Fiorentino, Italie

Photo de couverture : UNICEF/MENA/2004/1301/Ellen Gruenbaum

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 2005

ISBN : 88-89129-30-1

ISSN : 1028-3528

Réimpression Mai 2008

Remerciements

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, situé à Florence, en Italie, a été créé en 1988 pour renforcer le potentiel de recherche du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et soutenir son engagement en faveur des enfants du monde entier. Le Centre (connu officiellement sous le nom de Centre international pour le développement de l'enfant) contribue à déterminer et à approfondir les domaines d'activité de l'UNICEF présents et à venir. Ses principaux objectifs consistent à améliorer la compréhension internationale des questions liées aux droits des enfants et à faciliter la pleine application de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Les *Digests Innocenti* sont produits par le Centre dans le but de fournir des informations fiables et accessibles sur des questions spécifiques concernant les droits des enfants.

Le présent *Digest Innocenti* est dû principalement au travail de recherche et de rédaction de Michael Miller et de Francesca Moneti, avec la contribution à la recherche de Camilla Landini. Il a été préparé sous la supervision de la Directrice du Centre, Marta Santos Pais. Claire Akehurst s'est occupée du soutien administratif.

Des remerciements particuliers sont adressés à Samira Ahmed, Farida Ali, Daniela Colombo, Maria Gabriella De Vita, Malik Diagne, Neil Ford, Gerry Mackie, Molly Melching, Rada Noeva, Cristiana Scoppa, Mamadou Wane et Stan Yoder pour leur contribution spécialisée, leur soutien et leurs conseils tout au long de l'entreprise.

Cette publication a bénéficié de l'apport des participants à la consultation sur l'E/MGF tenue au Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF en octobre 2004, parmi lesquels Zewdie Abegaz, Heli Bathija, Nafissatou Diop, Amna Hassan, Khady Koita, Edilberto Loaiza, Diye Ndiaye, Eiman Sharief et Nadra Zaki. Elle a également tiré profit des informations recueillies lors de la réunion technique sur l'E/MGF organisée par la Section de protection de l'enfance des services de l'UNICEF de New York, qui s'est déroulée au CRI de l'UNICEF en octobre 2004.

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF est reconnaissant aux Comités nationaux hollandais, espagnol et suisse de l'UNICEF de lui avoir fourni des informations supplémentaires, et aux bureaux nationaux et régionaux d'Afrique de l'Est et du Sud, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, et d'Afrique occidentale et centrale pour leur contribution et leur assistance.

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF exprime sa gratitude pour l'aide financière dont il a bénéficié, et en particulier, pour ce projet, aux gouvernements de l'Italie et du Japon.

Les titres des *Digests* précédents comprennent :

- _ Des médiateurs pour les enfants
- _ Les enfants et la violence
- _ La justice pour mineurs
- _ L'adoption internationale
- _ Les enfants domestiques
- _ Violence domestique à l'égard des femmes et des filles
- _ Le mariage précoce
- _ Les institutions indépendantes protégeant les droits des enfants
- _ L'enregistrement à la naissance : un droit pour commencer
- _ La pauvreté et l'exclusion parmi les enfants des villes
- _ Garantir les droits des enfants autochtones

Pour plus de renseignements et pour télécharger ces publications et autres, veuillez visiter notre site Internet à www.unicef-irc.org or, pour commander des publications veuillez contacter florenceorders@unicef.org

Les publications du Centre sont des contributions à un débat global sur des questions relatives aux droits de l'enfant et contiennent un vaste éventail d'opinions. Pour cette raison, le Centre peut produire des publications qui ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'UNICEF sur certains thèmes. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et sont publiées par le Centre afin de stimuler et de faire progresser le débat sur les droits des enfants. En cas de divergence dans le contenu du texte, vous êtes prié de faire référence à la version original en anglais.

Des extraits de cette publication peuvent être librement reproduits à condition que soient dûment cités la source et l'UNICEF. Le Centre invite les lecteurs à lui adresser leurs commentaires et leurs éventuelles suggestions d'amélioration sur le contenu et la présentation du *Digest* en tant qu'instrument d'information.

Prière d'adresser toute correspondance à :

Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF
Piazza SS. Annunziata 12
50122 Florence, Italie
Tél: (+39) 055 20 330
Fax: (+39) 055 2033 220
E-mail (informations générales) : florence@unicef.org
E-mail (commandes de publications) : florenceorders@unicef.org
Site internet : www.unicef-irc.org
(une version électronique de ce rapport est disponible sur le site)



Mona Omar, éducatrice, lors d'une session de sensibilisation à l'E/MGF, avec une affiche disant que "du point de vue médical, l'E/MGF est la pratique la plus néfaste".
District de Nazlet Ebeed, Haute-Egypte, Better Life Association.
UNICEF/Egypt/2005/838/Pirozzi

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
1. Introduction	9
Qu'entend-on par E/MGF ?	9
2. Ampleur, évaluation et mensuration	11
Où pratique-t-on l'E/MGF ?	11
Ventilation des données	13
<i>Les circonstances dans lesquelles se déroule l'E/MGF</i>	14
L'E/MGF et les changements au cours du temps	15
Normalisation des indicateurs pour l'analyse des situations et le suivi des progrès	16
3. La dynamique sociale de l'E/MGF	19
Les mécanismes qui renforcent la convention sociale	19
Changer la convention sociale: vers l'abandon de l'E/MGF	20
L'abandon de l'E/MGF : six éléments-clés pour le changement	21
4. L'E/MGF et les droits humains	23
L'E/MGF et les droits de l'enfant	23
<i>L'intérêt supérieur de l'enfant et le droit de l'enfant au respect de ses opinions</i>	23
<i>Le droit à la vie et au meilleur état de santé possible</i>	24
<i>Protection contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales</i>	26
Les obligations des Etats	26
5. L'action au sein des communautés	31
Transformer la convention sociale: de la théorie à la pratique	31
Promouvoir le dialogue et la discussion non critique	34
Rites de passage alternatifs	34
Emplois alternatifs pour les exciseurs traditionnels	34
Collaborer avec les communautés d'immigrés dans les pays industrialisés	35
6. Création d'un environnement propice au changement	37
Législation nationale	37
Normes régionales	38
Sensibiliser le public et encourager le dialogue	39
Intégrer l'abandon de l'E/MGF dans les programmes de l'Etat	40
Coordonner les initiatives	40
7. Conclusion	43
Liens	45

ENCADRE

Encadré 1 - Classification des différents types d'E/MGF	10
Encadré 2 - Enquêtes démographiques et sanitaires et Enquêtes en grappes à indicateurs multiples	13
Encadré 3 - L'E/MGF et la pratique des pieds bandés: une façon d'accéder au mariage et à une meilleure position sociale	20
Encadré 4 - Déclarations de dirigeants religieux islamiques et coptes	21
Encadré 5 - Histoire d'une mère : le dilemme des initiateurs du processus de changement	21
Encadré 6 - L'émergence de l'E/MGF en tant que question relevant des droits humains	24
Encadré 7 - La tendance à la médicalisation et aux interventions "symboliques"	25
Encadré 8 - Quelques observations finales récentes du Comité des droits de l'enfant sur les E/MGF	27
Encadré 9 - Les débuts de la diffusion organisée au Sénégal	32
Encadré 10 - La communication visant le changement social	33
Encadré 11 - Nantoondiral: le cinéma au service de la discussion	34
Encadré 12 - Les lois contre l'E/MGF en Europe occidentale	38
Encadré 13 - Les campagnes médiatiques de la TAMWA en Tanzanie	39
Encadré 14 - La participation croissante des Nations Unies à l'effort de mettre fin à l'E/MGF et autres pratiques traditionnelles nuisibles	41

CARTE

Carte 1 - Pays dans lesquels est pratiquée l'E/MGF	12
Carte 2 - République centrafricaine, 2000	13

TABLEAU

Tableau 1 - Prévalence d'E/MGF par pays chez les femmes de 15 à 49 ans	12
Tableau 2 - Prévalence (pour cent) d'E/MGF chez les filles, en fonction de l'éducation des mères	14
Tableau 3 - Prévalence d'E/MGF dans les pays où ont été effectuées deux enquêtes EDS	15

AVANT-PROPOS

Chaque année, trois millions de filles et de femmes subissent l'excision/mutilation génitale, intervention dangereuse, voire mortelle, ainsi que source de douleurs et de maux indicibles. Cette pratique viole les droits humains fondamentaux des filles et des femmes car elle les prive de leur intégrité physique et mentale, de leur droit à une existence exempte de violence et de discrimination, et dans le pire des cas, de la vie même.

La question de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) concerne le monde entier. Cette pratique a lieu non seulement dans certaines communautés d'Afrique et du Moyen-Orient, mais également au sein des communautés d'immigrés à travers le monde. En outre, des données récentes ont révélé qu'elle est bien plus répandue qu'on ne pensait. Aujourd'hui encore, elle constitue une des violations des droits humains les plus obstinées, les plus agressives et les plus soumises à la loi du silence.

Ce *Digest Innocenti* examine la dynamique sociale de l'E/MGF. Dans les communautés où elle est pratiquée, l'E/MGF détient un rôle important au niveau de l'identité culturelle et de genre des femmes et des filles. Le procédé transmet un sentiment de fierté, d'entrée dans l'âge adulte et d'appartenance à la communauté. De plus, le refus de s'y conformer stigmatise et isole les filles et leurs familles, entraînant la perte de leur statut social. Il s'agit d'une convention sociale profondément enracinée si puissante que, sous la pression de la communauté, c'est pour le bien de leurs filles que les parents souhaitent qu'elles soient excisées. Le poids social de l'E/MGF représente un obstacle majeur pour les familles qui sinon choisiraient peut-être de renoncer à cette pratique.

Prenant cela comme point de départ, le *Digest* présente quelques-unes des stratégies les plus prometteuses pour encourager les communautés à abandonner l'E/MGF. Ces approches prennent acte du fait que la décision d'abandonner la pratique doit venir des communautés elles-mêmes et refléter un choix collectif, publiquement revendiqué, solidement ancré dans le respect des droits humains. Une meilleure compréhension des droits humains fournit aux communautés l'instrument de leur propre transformation sociale. La dimension collective explicite renforce le pouvoir des familles individuelles et leur épargne le choix difficile de devoir rompre avec la tradition.

Ce *Digest Innocenti* apporte une contribution au mouvement croissant visant à mettre fin à l'E/MGF dans le monde entier. Dès 1952, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a adopté une résolution sur la question. La Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a marqué une étape importante dans la reconnaissance des conséquences de l'E/MGF en matière de droits humains. Dans la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, le procédé a été dénoncé à la fois comme pratique traditionnelle néfaste compromettant le droit de l'enfant au meilleur niveau de santé possible, et comme une forme de violence. La question a été régulièrement suivie par le Comité des droits de l'enfant ainsi que par d'autres instances issues d'un traité et d'autres dispositifs concernant les droits humains.

L'engagement international pour lutter contre l'E/MGF continue de croître. Les objectifs de développement du Millénaire établissent des indicateurs et des buts de développement mesurables qui ont une incidence directe sur l'abandon de l'E/MGF, à

savoir la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle. *Un monde digne des enfants*, le document final de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants en 2002, appelle expressément à mettre fin « aux pratiques traditionnelles et coutumières nuisibles, telles que le mariage précoce ou forcé, et les mutilations génitales féminines ». Certains pays peuvent atteindre cet objectif s'ils obtiennent les ressources nécessaires, tandis que d'autres peuvent faire d'importants progrès en ce sens. Les Etudes spéciales menées actuellement par les Nations Unies sur la violence à l'égard des enfants et des femmes fournissent de nouvelles

possibilités d'attirer l'attention sur la question et de stimuler l'action afin que cet objectif devienne une réalité.

Aujourd'hui, comme jamais auparavant, la communauté mondiale a une compréhension approfondie des causes de la persistance de l'E/MGF, ainsi que des preuves encourageantes des effets des programmes innovateurs. Il y a de bonnes raisons d'espérer que ces connaissances permettront de rendre l'E/MGF inacceptable dans n'importe quelle perspective et sous n'importe quelle forme que ce soit, et que la pratique pourra être éliminée en l'espace d'une seule génération.

Marta Santos Pais
Directrice du Centre de recherche Innocenti

1

INTRODUCTION

On estime à 130 millions le nombre de filles¹ et de femmes actuellement en vie, dont les droits humains ont été violés par l'excision/mutilation génitale (E/MGF). Cette pratique nuisible ne concerne pas seulement les filles et les femmes en Afrique et au Moyen-Orient, où elle appartient à la tradition, elle affecte aussi la vie de filles et de femmes au sein des communautés d'immigrés dans les pays industrialisés. Même si, au cours des dernières décennies, une politique générale de sensibilisation a suscité un vaste mouvement de lutte contre cette pratique, les résultats ont été limités – à quelques importantes exceptions près.

Ce *Digest Innocenti* répond à la pressante nécessité d'évaluer les progrès accomplis à ce jour d'identifier les défis persistants, ainsi que de mettre en lumière les stratégies d'élimination de l'E/MGF les plus efficaces. Dans le contexte des droits humains, il unit les connaissances tirées de l'expérience de terrain aux théories scientifiques afin de permettre à la communauté mondiale de mieux appréhender les causes de la persistance de l'E/MGF. Cette pratique nuisible est une convention sociale profondément enracinée: elle apporte aux filles et à leurs familles un statut social et le respect de la communauté. Ne pas se soumettre à l'E/MGF signifie la honte et l'exclusion. Il est indispensable de comprendre comment et pourquoi l'E/MGF continue à avoir lieu, afin d'élaborer des méthodes susceptibles de conduire à l'abandon de la pratique.

Ce *Digest Innocenti* se veut un instrument pratique porteur d'un changement positif pour les filles et les femmes, qui :

- s'appuie sur les données les plus récentes pour établir la distribution géographique de l'E/MGF et souligner les tendances principales;

- énonce les formes décisives sous lesquelles l'E/MGF viole les droits humains des filles et des femmes, y compris les graves conséquences physiques, psychologiques et sociales entraînées par cette pratique néfaste ;
- examine les facteurs qui contribuent à perpétuer l'E/MGF ;
- fournit un aperçu des mesures effectives et complémentaires au niveau local, national et international pour mettre fin à l'E/MGF.

Sur la base des analyses effectuées, on peut raisonnablement espérer qu'avec un soutien approprié, de nombreuses communautés abandonneront la pratique de l'E/MGF en l'espace d'une unique génération.

Qu'entend-on par E/MGF ?

L'excision/mutilation génitale féminine recouvre "une série de pratiques incluant l'ablation ou la lésion partielle ou totale des organes génitaux externes pour des raisons non médicales"² Cette procédure peut comporter l'utilisation d'instruments non stérilisés, artisanaux, ou rudimentaires.

La terminologie appliquée à cette procédure a connu plusieurs modifications importantes. Lorsque la pratique commença à être connue au-delà des sociétés dans lesquelles elle appartenait à la tradition, elle était généralement désignée sous le terme de "circoncision féminine". Cette appellation, cependant, établit un parallèle direct avec la circoncision masculine et prête à confusion entre deux pratiques bien distinctes. Dans le cas des filles et des femmes, le phénomène illustre une inégalité de genre aux racines profondes, qui assigne à la femme une posi-

tion inférieure dans la société, de même qu'il entraîne de graves conséquences physiques et sociales.³ Cela n'est pas le cas de la circoncision masculine qui peut contribuer à prévenir la transmission du VIH/SIDA.⁴

L'expression "mutilation génitale féminine" (MGF) se répandit vers la fin des années 70. Le mot "mutilation" non seulement établit une distinction linguistique claire avec la circoncision masculine, mais encore, du fait de sa connotation fortement négative, il souligne la gravité de l'acte. En 1990, ce terme fut retenu lors de la troisième conférence du Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CIAF), à Addis-Ababa.⁵ En 1991, l'OMS recommanda l'adoption de cette terminologie qui depuis est largement utilisée dans les documents des Nations Unies.

Le mot "mutilation" souligne l'idée que la pratique constitue une violation des droits humains des filles et des femmes, et renforce ainsi l'engagement

national et international en faveur de son élimination. Cependant au niveau des communautés, le terme peut susciter des problèmes. Les langues locales décrivent généralement la pratique par le mot moins catégorique d'"excision"; il est compréhensible que les parents n'apprécient pas la suggestion qu'ils "mutilent" leur fille. C'est dans cet esprit qu'en 1999 le rapporteur spécial des Nations Unies sur les pratiques traditionnelles a demandé que l'on fasse preuve de tact et de patience à cet égard et a attiré l'attention sur le risque de "démoniser" certaines cultures, religions et communautés.⁶ Ainsi le terme "excision" s'est-il répandu pour éviter d'aliéner les communautés.

Afin de rendre la signification du terme "mutilation" au niveau politique et, en même temps, dans l'intention de reconnaître l'importance de ne pas employer une terminologie qui véhicule un jugement à l'égard des communautés pratiquantes, le *Digest* a adopté l'expression " excision/mutilation génitale féminine" (E/MGF).

Encadré 1 - Classification des différents types d'E/MGF

Les formes spécifiques de l'E/MGF varient selon les communautés. L'OMS, en collaboration avec l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), est en train de revoir la classification des différents types de l'E/MGF.⁷ La nouvelle version définit cinq types de l'E/MGF:⁸

Toute classification comporte des difficultés. Les intéressées ne sont pas toujours certaines des interventions qu'elles ont subies. Lorsqu'elles ont été excisées dans l'enfance, il arrive qu'elles ne se souviennent même pas d'avoir été soumises à l'E/MGF. De plus, l'ampleur des lésions est extrêmement variée du fait que la procédure se déroule généralement sans anesthésie, sous un éclairage insuffisant, et suscite souvent la résistance des patientes.

Notes

- 1 Le terme "filles" est utilisé dans le texte suivant la définition indiqué par la Convention relative aux droits de l'enfant dans l'article 1 : "Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable."
- 2 Shell-Duncan, Bettina et Ylva Hernlund, ed., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres. L'OMS propose également une définition de l'E/MGF, laquelle est cependant actuellement en révision. Voir OMS/UNICEF/UNFPA (1997), *Mutilations génitales féminines. Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP, Organisation mondiale de la santé*, Genève.
- 3 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys : A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports N° 7, septembre 2004, ORC Macro.
- 4 Reynolds SJ, Sheperd ME, Risbud AR, Gangakhedkar RR, Brookmeyer RS, Divekar AD, Mehendale SM, Bollinger RC (2004) "Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexually transmitted infections in India" *The Lancet*, 27 mars 2004; 363(9414); 1039-40.
- 5 Shell-Duncan, Bettina et Ylva Hernlund, ed., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres.
- 6 "Troisième rapport sur la situation en matière d'élimination des pratiques traditionnelles néfastes pour la santé des femmes et des enfants, établi par Mme Halima Embarek Warzazi conformément à la résolution 1998/16 de la Sous-commission, de la Commission des droits de l'homme, de la Sous-commission pour la prévention de la discrimination et la protection des minorités, E/CN.4/Sub.2/1999/14, 9 juillet 1999.
- 7 OMS/FNUAP/UNICEF (1997), *Mutilations génitales féminines. Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP, Organisation mondiale de la Santé*, Genève.
- 8 Sous sa forme de projet actuelle, le type I se rapporte à l'excision du prépuce avec ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) ; le type II se rapporte à l'ablation partielle ou totale des petites lèvres, et au scellement des deux bords au moyen de points de suture ou par soudure naturelle, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ; le type III se rapporte à l'excision partielle ou quasi-totale des organes génitaux externes et à la suture, au rétrécissement ou au scellement des grandes lèvres ; on le désigne souvent sous le terme d' "infibulation" ; le type 4 se rapporte spécifiquement à une série de pratiques variées ou non répertoriées recouvrant l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus adjacents, le curetage (angurya) de l'orifice vaginal ou la scarification (gishiri) du vagin, ainsi que l'introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer saignements, resserrement ou rétrécissement ; le type 5 se rapporte à des pratiques symboliques comportant l'incision ou le perçage du clitoris pour faire apparaître quelques gouttes de sang.

2

AMPLEUR, ÉVALUATION ET MENSURATION

L'OMS estime que 100 à 140 millions de femmes et de filles à travers le monde ont subi une forme d'E/MGF.¹ Malgré la difficulté d'évaluer des données globales, ces chiffres indiquent sans équivoque l'échelle massive de cette violation des droits humains. L'E/MGF frappe bien plus de femmes qu'on ne le pensait. Des analyses récentes révèlent que chaque année, environ trois millions de filles et de femmes subissent l'E/MGF sur le continent africain (Afrique sub-saharienne, Égypte et Soudan).² Presque la moitié d'entre elles proviennent de deux pays : l'Égypte et l'Éthiopie. Bien que cette nouvelle estimation soit nettement plus élevée que la précédente (deux millions), elle ne reflète pas une incidence accrue, mais correspond à une exactitude majeure due à davantage de données disponibles. Une action efficace pour mettre fin à la pratique requiert un cadre plus précis de la situation.

Où pratique-t-on l'E/MGF ?

La majorité des filles et des femmes susceptibles de subir l'E/MGF vivent dans quelques 28 pays d'Afrique et du Moyen-Orient (voir carte 1). En Afrique, ces pays forment un large ruban, allant du Sénégal à l'ouest jusqu'à la Somalie à l'est. On sait que certaines communautés yéménites de la côte de la mer Rouge pratiquent également l'E/MGF, et on a signalé, mais sans preuves établies, une incidence limitée en Jordanie, dans l'émirat d'Oman, dans les Territoires palestiniens occupés (Gaza) et dans certaines communautés kurdes d'Irak. Il semble que la pratique ait également cours parmi certains peuples en Inde, en Indonésie et en Malaisie.³

Les données les plus sûres et les plus complètes

sur la prévalence et la nature de l'E/MGF proviennent des Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et des Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) (voir encadré 2). La prévalence est définie comme le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant subi une forme de l'E/MGF. Le recueil de données concernant les filles de moins de 15 ans pose un certain nombre de problèmes méthodologiques, entre autres et non des moindres, celui de déterminer si et comment s'est déroulée l'intervention.

Actuellement on dispose de données EDS et MICS sur la prévalence de l'E/MGF dans 18 pays (voir carte 1). Les données les plus récentes en provenance de ces sources, récapitulées au tableau 1, indiquent que la prévalence de l'E/MGF varie nettement d'un pays à l'autre – de 5 pour cent au Niger à 99 pour cent en Guinée.⁴ Les pays qui pratiquent l'E/MGF mais pour lesquels on ne dispose pas encore de données EDS ou MICS sont le Cameroun⁵, la République démocratique du Congo, Djibouti, la Gambie, la Guinée Bissau, le Liberia, le Sénégal, la Sierra Leone, la Somalie, le Togo et l'Ouganda. Ces pays présentent également une grande diversité de prévalence : on estime celle-ci à moins de 5 pour cent en République démocratique du Congo, et à environ 90 pour cent ou plus à Djibouti et en Somalie.

Des schémas de prévalence de l'E/MGF apparaissent lorsque les pays sont groupés par région. Par exemple, dans les pays d'Afrique nord-orientale (Égypte, Érythrée, Éthiopie et Soudan), elle est de 89 à 97 pour cent, alors qu'en Afrique orientale (Kenya et Tanzanie) elle est nettement moindre allant de 18 à 32 pour cent.⁶ Il faut toutefois interpréter ces chiffres avec prudence, car ils représentent les moyennes nationales et ne reflètent pas les différences de prévalence souvent marquées entre les diverses parties

Encadré 2 - Enquêtes démographiques et sanitaires et Enquêtes en grappes à indicateurs multiples

La principale source de données et d'analyses de données relatives à l'E/MGF est constituée par MEASURE DHS+ qui, dans le monde entier, aide les pays en développement à rassembler et à utiliser les données pour suivre et évaluer les programmes en matière de démographie, de santé et de nutrition. Les Enquêtes démographiques et sanitaires fournissent, à l'échelle nationale et sub-nationale, des données sur la planification familiale, la santé maternelle et infantile, la survie infantile, le VIH/SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles, les maladies infectieuses, la santé génésique et la nutrition.⁸ Des modules additionnels facultatifs concernent le statut des femmes, la violence domestique, le VIH/SIDA et l'E/MGF.

Un module relatif à l'E/MGF a été introduit pour la première fois dans une enquête effectuée dans le nord du Soudan en 1989-90 ; à la fin de 2003, dix-sept pays (16 en Afrique, plus le Yémen) avaient inclus dans leurs enquêtes des questions sur l'E/MGF.⁹ Ce module constitue un instrument précieux pour standardiser les rapports, suivre les progrès et fixer des objectifs dans les pays où l'E/MGF reste un problème. Bien que la forme et le fond des questions posées aient évolué au cours du temps, les enquêtes ont généralement essayé d'établir si une femme avait subi l'E/MGF et si oui, à quel âge, de quel type, et par la main de qui. D'autres questions déterminent également si la fille de la personne interrogée a été soumise à la pratique et le cas échéant, à nouveau, dans quelles circonstances (cela s'adresse généralement à la proportion de femmes de 15 à 49 ans dont une fille au moins a été excisée, mais plusieurs études ne considèrent que la situation de la fille aînée). Enfin, un certain nombre de questions concernent l'attitude de la personne interrogée par rapport à la pratique. Du fait que l'étude porte sur une population composée de femmes de 15 à 49 ans¹⁰ dans des communautés où les filles sont soumises à l'E/MGF à un très jeune âge, le tableau tiré des données EDS ne reflète pas forcément la prévalence actuelle. Les données relatives aux filles excisées à cinq ans, par exemple, ne seront enregistrées que 10 ans après.

Les données EDS sont complétées par les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), qui présentent une structure semblable et visent à fournir un système d'enquêtes-ménages accessible, rapide et sûr dans des situations où on ne dispose pas d'autres sources de données. Le premier cycle de MICS a été inclus dans l'examen des progrès réalisés par rapport aux objectifs établis lors du Sommet mondial des enfants en 1990 ; le second (MICS 2) a pris la forme d'enquêtes de fin de décennie dans 66 pays, lesquelles ont apporté une contribution à la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants, à New York en 2002. Les MICS, avec un module sur l'E/MGF, ont été menées en République centrafricaine, au Tchad et au Soudan en 2000 ; un nouveau cycle (MICS3) est prévu pour 2005.

nées recueillies par le bureau d'immigration à celles sur la prévalence en provenance des pays d'origine, le Comité national suisse de l'UNICEF a estimé qu'il y a en Suisse quelques 6.700 filles et femmes qui ont déjà subi ou risquent de subir l'E/MGF. Plus d'un tiers d'entre elles sont d'origine somalienne. Ce nombre ne tient pas compte des femmes et des filles en possession d'un passeport suisse.

Ventilation des données¹¹

Tant les EDS que les MICS permettent de ventiler les données recueillies au niveau national par groupe d'âge, résidence urbaine/rurale, région ou province. De nombreuses enquêtes font aussi apparaître des différences de prévalence en fonction de l'appartenance ethnique et religieuse. Il est fonda-

Carte 2 - République centrafricaine, 2000



mental de pouvoir analyser des données ventilées en matière de prévalence car les moyennes nationales peuvent dissimuler d'importantes variations à l'intérieur d'un pays. Cela vaut moins pour les pays où la prévalence de l'E/MGF est très élevée, comme l'Égypte, la Guinée et le Soudan où les taux de prévalence sont d'au moins 90 pour cent. Quoi qu'il en soit, dans les pays où une importante fraction de la population ne pratique pas l'E/MGF, la ventilation permet de mieux saisir le phénomène et d'élaborer en connaissance de cause des programmes pour promouvoir l'abandon de la pratique.

L'importance de la ventilation par région ou province est illustrée par le cas de la République centrafricaine (carte 2), où selon des données de MICS2, au niveau national 36 pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi l'E/MGF. L'examen de la situation dans une perspective sub-nationale révèle d'importantes variations géographiques. Dans cinq préfectures de l'ouest du pays et dans deux de l'est, la prévalence d'E/MGF se situe entre 0 et 19,9 pour cent, alors qu'elle est de 85 à 100 pour cent dans trois préfectures du nord du pays.¹²

Les variations s'expliquent principalement par la présence de diverses communautés ethniques dont l'attitude et les coutumes varient en ce qui concerne l'E/MGF. En République centrafricaine, à travers le pays, la prévalence d'E/MGF va de 5 pour cent chez les Mboum et les Zande-N'zakara à 75 pour cent chez les Banda, un des plus grands groupes ethniques du pays. Chez les Gbaya, le principal groupe ethnique, le taux de prévalence est de 24 pour cent. Les analystes des EDS soulignent que les données varient beaucoup plus en fonction de l'appartenance ethnique qu'en fonction de toute autre variable sociale ou démographique. En d'autres mots, l'identité ethnique et la pratique de l'E/MGF sont étroitement liées. Certains groupes ne pratiquent que rarement ou pas du tout l'E/MGF tandis que d'autres la font subir à presque toutes les femmes.

On ne dispose de données sur l'appartenance ethnique que pour un nombre limité de pays, et lorsqu'on les analyse, on doit tenir compte d'au moins trois éléments importants. Premièrement, les groupes ethniques correspondent rarement à des divisions administratives nationales clairement définies, et les groupes qui pratiquent l'E/MGF peuvent être présents dans un certain nombre de provinces ou de districts. Deuxièmement, même dans le cadre d'une étude relativement détaillée, les groupes ethniques relevés peuvent en fait constituer une catégorie ethnique composée de nombreux sous-groupes aux pratiques diverses. Enfin, si la ventilation des données sur la prévalence par appartenance ethnique est utile pour élaborer des programmes en connaissance de cause, ces données doivent être interprétées avec prudence afin d'éviter toute stigmatisation.

On a considéré le développement urbain comme un facteur susceptible d'influencer la prévalence, bien que le lien entre urbanisation et prévalence ne soit pas sans équivoque. Parmi les 18 pays examinés par les EDS ou les MICS, 12 présentent une prévalence d'E/MGF plus élevée dans les zones rurales que dans

les zones urbaines, bien que dans certains cas la différence soit minime. Dans deux cas (Ethiopie et Guinée), les taux urbains et ruraux apparaissent identiques ou presque, tandis que dans quatre cas (Burkina Faso, Nigeria, Soudan et Yémen), la prévalence dans les zones urbaines est plus élevée que dans les zones rurales, ce qui s'explique principalement par l'effet confondant de l'appartenance ethnique.

L'éducation, des femmes en particulier, est fondamentale pour sauvegarder leurs droits humains et ceux de leurs enfants. Dans l'ensemble, les filles de mères plus instruites sont moins susceptibles d'avoir subi l'E/MGF que les filles de mères peu ou pas du tout instruites.¹³ Cela est illustré par les données du tableau 2. Il n'y a qu'en Guinée que n'émerge aucun lien entre l'excision des filles et le niveau d'éducation des mères, ce qui s'explique aisément par l'infime proportion de femmes de ce pays ayant suivi des études secondaires ou plus poussées. Le tableau 2 montre aussi que malgré la différence statistique entre les femmes ayant reçu une éducation secondaire et les autres, l'E/MGF est toutefois également pratiquée par les femmes plus instruites. En d'autres mots, l'éducation peut contribuer à réduire la pratique, mais n'est pas suffisante pour porter à son abandon.

Les circonstances dans lesquelles se déroule l'E/MGF

Les EDS et les MICS fournissent des informations précieuses sur les circonstances dans lesquelles se déroule l'E/MGF, notamment l'âge auquel une fille ou une femme subit la pratique, le type d'intervention, et la personne qui l'effectue. Ces études indiquent des variations importantes tant au niveau de la forme que de la signification de l'E/MGF ; ces variations apparaissent principalement entre les différents groupes, plutôt qu'à l'intérieur des groupes.

L'âge auquel les filles sont le plus souvent soumises à l'E/MGF varie fortement d'un pays à l'autre.

Tableau 2 - Prévalence (pour cent) d'E/MGF chez les filles, en fonction de l'éducation des mères¹⁴

Enquête	Sans éducation	primaire	secondaire	total
Bénin (2001)	11.1	2.5	0.7	8.2
Égypte (2000)	64.7	62.6	21.2	49.5
Erythrée (2002)	67.5	59.4	40.0	62.5
Ethiopie (2000)	55.7	35.4	25.4	51.8
Guinée (1999)	54.7	44.0	55.1	53.9
Mali (2001)	73.1	73.9	64.8	72.8
Mauritanie (2000-01)	77.4	60.6	41.1	70.9
Yémen (1997)	41.4	23.9	29.0	38.3

En Egypte environ 90 pour cent des filles sont excisées entre 5 et 14 ans,¹⁵ alors qu'en Ethiopie, au Mali et en Mauritanie, 60 pour cent ou plus des filles prises en compte par les enquêtes ont subi la pratique avant leur cinquième anniversaire.¹⁶ Au Yémen, l'enquête démographique et sanitaire effectuée en 1997 a constaté que 76 pour cent des filles avaient subi l'E/MGF au cours de leurs deux premières semaines d'existence. Des variations existent également à l'intérieur d'un même pays, souvent en fonction de la distribution des groupes ethniques. Au Soudan, une étude par cohortes menée en 2004 a établi qu'au moins 75 pour cent des filles avaient subi la pratique vers 9 ou 10 ans dans le Darfour méridional, majoritairement peuplé d'Arabes et de Fours, alors qu'au Kassala, majoritairement peuplé de Beja, 75 pour cent des filles avaient été excisées dès l'âge de 4 ou 5 ans.¹⁷

Les informations sur le type d'E/MGF effectuée sont utiles pour prévoir l'étendue des conséquences physiques de la pratique. Il est cependant relativement difficile de rassembler de telles données, notamment d'avoir la certitude que les personnes interrogées aient compris le sens des questions sur le type d'opération subie. Dans la plupart des pays où les EDS et les MICS comprenaient une question sur le type d'E/MGF, la forme "la plus légère"¹⁸ résulta être la plus commune. Ce n'est qu'au Burkina Faso que l'intervention la plus importante, comprenant l'excision des petites lèvres, apparut comme la plus fréquente (représentant 56 pour cent de toutes les opérations¹⁹). Il fut constaté que l'infibulation – excision suivie de suture ou de rétrécissement – était pratiquée sur d'importants groupes de femmes dans deux pays : le Soudan, où l'enquête MICS2 effectuée en 2000 estimait que 74 pour cent des femmes excisées avaient subi cette intervention ; et l'Erythrée, où l'EDS de 2002 estimait que 39 pour cent des femmes avaient été soumises à l'infibulation. On sait que ce type d'E/MGF est également largement pratiqué à Djibouti et en Somalie.

La grande majorité des filles et des femmes sont excisées par des praticiens traditionnels, parmi lesquels on trouve des spécialistes locaux (exciseurs/ses), des accoucheuses traditionnelles et, généralement, des personnes âgées de la communauté, en principe des femmes. Cela vaut pour 80 pour cent des filles soumises à la pratique au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Erythrée, en Ethiopie, en Guinée, au Mali, au Niger, en Tanzanie et au Yémen. Dans la plupart des pays, les membres des professions médicales, notamment les médecins, les infirmières, les sages-femmes diplômées, ne sont guère associés à la pratique. L'Egypte constitue une exception manifeste : on estime qu'en 2000, dans 61 pour cent des cas l'E/MGF a été effectuée par des professionnels de la santé. La proportion d'excisions pratiquées en milieu médical est également relativement élevée au Soudan²⁰ (36 pour cent) et au Kenya (34 pour cent).

L'E/MGF et les changements au cours du temps

La pratique de l'E/MGF évolue et a connu au cours du temps des changements de caractéristiques et de

distribution. Au Yémen, par exemple, elle n'est apparue qu'au XXème siècle à la suite de contacts avec des communautés pratiquantes de la corne de l'Afrique.

Les changements de prévalence d'E/MGF peuvent être obtenus en comparant l'expérience des femmes de différents groupes d'âge dans un pays donné. Cette méthode a permis de constater une prévalence nettement inférieure au sein des groupes plus jeunes (de 15 à 25 ans) dans 9 des 16 pays où on dispose de données EDS, à savoir le Bénin, le Burkina Faso, la République centrafricaine, l'Erythrée, l'Ethiopie, le Kenya, le Nigeria, la Tanzanie et le Yémen. Dans les sept autres pays (Côte d'Ivoire, Egypte, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger et Soudan²¹), la prévalence est presque la même pour tous les groupes d'âge, ce qui laisse penser que dans ces cas les taux d'E/MGF sont restés relativement stables durant les dernières décennies. On n'a constaté aucun indice de changement de prévalence au cours du temps dans aucun des quatre pays aux taux de prévalence les plus élevés (Egypte, Guinée, Mali et Soudan²²).

Des changements de prévalence se sont également vérifiés dans un certain nombre de pays où ont été effectuées deux enquêtes, ce qui a permis de comparer les résultats à différents moments dans le temps. Le tableau 3 montre que parmi les sept pays où ce type de comparaison est actuellement possible, on constate une nette diminution de la prévalence générale en Erythrée, au Kenya et au Nigeria.

Ces données justifient un optimisme prudent. Quand on leur demande si elles pensent que l'E/MGF doit continuer, les jeunes femmes sont généralement moins d'accord que les plus âgées. Cela ressort clairement de l'EDS conduite en 2002 en Erythrée : 63 pour cent des femmes de 45 à 49 ans étaient en faveur de l'E/MGF contre 36 pour cent de celles âgées de 15 à 19 ans. Bien que ces données soient encourageantes, les opinions peuvent changer avec l'âge. De plus l'expérience du terrain indique que le fait de ne pas soutenir l'E/MGF (c'est-à-dire un changement

Tableau 3 - Prévalence d'E/MGF dans les pays où ont été effectuées deux enquêtes EDS²³

Pays	Date de l'enquête	Prévalence d'E/MGF (%)
Burkina Faso	1998-99	71.6
Burkina Faso	2003	76.6
Côte d'Ivoire	1994	42.7
Côte d'Ivoire	1998-99	44.5
Egypte	1995	97.0
Egypte	2000	97.3
Erythrée	1995	94.5
Erythrée	2002	88.7
Kenya	1998	37.6
Kenya	2003	33.7
Mali	1995-96	93.7
Mali	2001	91.6
Nigeria	1999	25.1
Nigeria	2003	19.0

d'attitude à l'égard de la pratique) ne se traduit pas toujours par un changement de comportement.

Outre les changements de prévalence, on constate trois tendances significatives dans un certain nombre de pays où est pratiquée l'E/MGF.²⁴

- *L'âge moyen auquel une fille est excisée est en baisse dans certains pays.* Parmi les 16 pays concernés par les EDS, l'âge médian d'E/MGF a nettement baissé au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Egypte, au Kenya et au Mali. Cela résulte peut-être notamment de l'interdiction de l'E/MGF de la part du gouvernement, qui aurait entraîné l'exécution de la pratique à un plus jeune âge où il est plus facile de se cacher des autorités. Il est également possible que la tendance soit influencée par la volonté des partisans ou des exécutants de la pratique de minimiser la résistance des intéressées.
- *La "médicalisation" de l'E/MGF, effectuées par un personnel qualifié et non plus par des praticiens traditionnels, est en hausse.* Cette tendance, si elle reflète certainement l'influence des campagnes qui soulignent les risques associés à la pratique, échoue cependant à combattre les raisons sous-jacentes du phénomène. L'analyse des données de l'enquête par groupe d'âge indique une impressionnante diffusion de la médicalisation de l'E/MGF en Egypte, en Guinée et au Mali au cours des dernières années.
- *L'importance des aspects rituels de l'E/MGF est en déclin dans de nombreuses communautés.* On peut également rapporter cette tendance, en partie, à l'interdiction légale de l'E/MGF, qui décourage les manifestations publiques de la pratique.

Normalisation des indicateurs pour l'analyse des situations et le suivi des progrès

Les informations contenues dans cette section ne représentent qu'une brève introduction aux données sur l'E/MGF fournies par les EDS et les MICS. Les questions posées dans ces enquêtes ouvrent la voie à toute une série de comparaisons à l'intérieur des pays et entre eux. Leur potentiel comparatif est ultérieurement renforcé dans la mesure où ces enquêtes tendent à établir un ensemble d'indicateurs normalisés pour analyser les situations et le suivi des progrès dans l'élimination de l'E/MGF. En novembre 2003, un accord international en ce sens sur les indicateurs appropriés a été atteint lors d'une Consultation mondiale de l'UNICEF sur les indicateurs.²⁵ A cette occasion, cinq indicateurs standards ont été déterminés pour l'analyse des situations.

1. *Prévalence d'E/MGF par cohortes d'âge, de 15 à 49 ans.* Cet indicateur est le plus important. Les cohortes d'âge sont 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-

39, 40-44 et 45-49.

2. *La situation de toutes les filles en ce qui concerne l'E/MGF.* Cet indicateur se rapporte à la prévalence d'E/MGF pour toutes les filles des mères de 15 à 49 ans. Il est recommandé de rassembler des données sur l'âge actuel des filles ainsi que sur l'âge auquel elles ont été excisées.
3. *Pourcentage d'E/MGF "fermée" (infibulation, suture) et de d'E/MGF "ouverte" (excision).* Cette catégorie simplifiée est introduite pour faciliter l'identification du type spécifique d'E/MGF subie par une femme ou sa fille.
4. *Praticien de l'E/MGF.*
5. *Attitude (positive ou négative) à l'égard de l'E/MGF de la part des femmes et des hommes de 15 à 49 ans.*

Lors de la Consultation mondiale, on a également proposé d'étendre le recueil de données relatives à la prévalence parmi les filles de 5 à 14 ans. On peut recueillir ces données par le biais d'enquêtes locales, mais celles-ci ne fournissent pas de données sur la prévalence au niveau national.

Trois indicateurs d'évaluation d'efficacité des programmes d'élimination de l'E/MGF ont été convenus.

- *Déclaration publique d'intention.* Les questions doivent saisir l'intention déclarée de la part des individus, des communautés et des villages d'abandonner l'E/MGF. Les formes de déclaration publique peuvent varier d'une communauté à l'autre.
- *Mécanismes de suivi locaux pour suivre les filles à risque.* Des renseignements devraient être recueillis auprès de la communauté par le biais des structures de santé, d'éducation, et des associations de jeunes, parallèlement à d'autres systèmes de suivi au choix de la communauté. Ces renseignements peuvent porter sur le nombre de filles excisées ou non, l'âge auquel est pratiqué l'intervention (et tout changement concernant cet âge), le nombre d'hommes prêts à épouser des filles non excisées, et la diffusion des messages par les membres de la communauté et les ex-exécutants.
- *Baisse de la prévalence.* Il s'agit de l'ultime mesure quantitative témoignant des progrès en direction de l'abandon de l'E/MGF, et donc de l'efficacité du programme en place. Cet indicateur peut être obtenu au moyen d'enquêtes-ménages organisées avec le soutien international (EDS, MICS) ou au niveau local.

Les données nécessaires pour mesurer ces indicateurs peuvent être tirées d'études et de programmes de suivi et d'évaluation locaux plus réduits. Les communautés doivent être associées à tout processus d'évaluation de façon à déterminer les indica-

Notes

- 1 Voir, par exemple, OMS (2000), *Mutilations génitales féminines*. Aide-mémoire n° 241, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 2 On a calculé qu'en 2000, environ 3.050.000 filles ont été excisées sur le continent africain. Chiffre fourni par Stan Yoder, Measure DHS, ORC Macro. Ce chiffre a été obtenu en considérant le nombre de filles nées en 2000 dans ces pays, en calculant la perte due à la mortalité infantile, et en multipliant le chiffre obtenu par la prévalence de l'E/MGF dans la cohorte des 15 à 24 ans dans chacun des pays pratiquant l'E/MGF. Le chiffre obtenu est approximatif, en partie car il n'existe pas de chiffre de prévalence parmi les filles de moins de 15 ans, et en partie car on n'est pas sûr de la prévalence dans un certain nombre de pays (RDC, Gambie, Libéria, Sénégal, Sierra Leone et Soudan méridional).
- 3 Amnesty International (1998), "Section 1: What is Female Genital Mutilation", Female Genital Mutilation – A Human Rights Information Pack, www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm#a3, 10.2.2005.
- 4 Enquête démographique et sanitaire, Niger, 1998: femmes de 15 à 49 ans, et Enquête démographique et sanitaire, Guinée, 1999: femmes de 15 à 49 ans.
- 5 Des données provisoires EDS 2004 indiquent une prévalence d'environ 1% au Cameroun.
- 6 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septembre 2004, ORC Macro. Voir aussi UNICEF (2004), *La situation des enfants dans le monde 2005*, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, tableau 9.
- 7 Tableau établi par UNICEF Strategic Information Section, Division of Policy and Planning. *Les données relatives à l'Égypte, au Yémen, et au Soudan sont basées sur un échantillon de femmes ayant été mariées au moins une fois. On suppose que la prévalence du taux d'E/MGF n'est pas différent pour les femmes non mariées.
- 8 Pour en savoir plus sur les Enquêtes démographiques et sanitaires, voir www.measuredhs.com.
- 9 On compte actuellement 25 Enquêtes démographiques et sanitaires qui comportent des données sur l'E/MGF (deux autres comportent des chiffres encore provisoires), y compris les pays dans lesquels ont été effectuées deux enquêtes.
- 10 Dans la plupart des pays, l'enquête comprend toutes les femmes dans la cohorte des 15 à 49 ans, toutefois dans les EDS concernant l'Égypte et le Yémen, l'échantillon n'inclut que les femmes de ce groupe d'âge ayant été mariées au moins une fois.
- 11 Pour une analyse plus détaillée des thèmes introduits dans cette section, voir Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septembre 2004, ORC Macro.
- 12 Toutes les données proviennent de l'enquête MICS, République centrafricaine, 2000.
- 13 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septembre 2004, ORC Macro. On considère que le niveau d'instruction d'une femme qui a été excisée n'a pas d'importance, vu que l'excision intervient presque toujours avant que l'éducation d'une fille soit complétée et même parfois avant qu'elle ne commence.
- 14 Tableau basé sur les données EDS, de Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septembre 2004, ORC Macro.
- 15 Enquête démographique et sanitaire, Égypte, 1995 et 2000.
- 16 Enquête démographique et sanitaire, Éthiopie, 2000 ; Mali, 2001 ; Mauritanie, 2000-01.
- 17 Bayoumi, Ahmed (2003), *Baseline Survey on FGM Prevalence and Cohort Group Assembly in Three CFCI Focus States*, Bureau national UNICEF Soudan, Khartoum.
- 18 Excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris. Cela se rapporte à la classification initiale de l'OMS, actuellement en phase de révision.
- 19 Enquête démographique et sanitaire, Burkina Faso, 1998-99.
- 20 Les enquêtes ont été menées dans le nord du Soudan.
- 21 Les enquêtes ont été menées dans le nord du Soudan.
- 22 Les enquêtes ont été menées dans le nord du Soudan.
- 23 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septembre 2004, ORC Macro.
- 24 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septembre 2004, ORC Macro.
- 25 UNICEF (2004), "UNICEF Global Consultation on Indicators, November 11-13, 2004, NYHQ. Child Protection Indicators Framework. Female Genital Mutilation and Cutting", New York, USA, révision en date du 12 juillet 2004.



UNICEF/MENA/2004/1292/Ellen Gruenbaum

3

LA DYNAMIQUE SOCIALE DE L'E/MGF

Au sein de toutes les sociétés où elle est en usage, l'E/MGF constitue une manifestation de l'inégalité des genres profondément ancrée dans les structures sociales, économiques et politiques. Dans la pratique, cependant, cette dimension n'est pas explicitement abordée et parfois même pas reconnue par les personnes qui approuvent et perpétuent l'E/MGF.

Les chercheurs qui tentent de comprendre le pourquoi et le comment de la persistance de l'E/MGF sont confrontés à ce qui apparaît comme un paradoxe: dans de nombreux cas, les parents ou autres membres de la famille perpétuent une tradition qu'ils savent être nuisible pour la santé physique et psychologique de leurs filles. Cela s'explique par la dynamique sociale au sein des communautés qui pratiquent l'E/MGF. Les mères organisent le rite car elles considèrent que cela fait partie de leur devoir d'éduquer convenablement leur fille¹ et de la préparer à l'âge adulte et au mariage. Lors des débats sur l'E/MGF, des femmes Maninka de Guinée centrale ont expliqué que les parents ont un triple devoir envers leurs filles: les éduquer convenablement, les faire exciser, et leur trouver un mari.² L'obligation de faire exciser leur fille peut être perçue comme une convention sociale à laquelle les parents se conforment, même si la pratique est nuisible. Dans cette perspective, le non respect de la convention serait plus néfaste encore car il signifierait la honte et l'exclusion sociale.

La convention sociale a un tel poids que les filles elles-mêmes désirent parfois être excisées, poussées par leurs pairs, et par la crainte – non sans fondement – d'être blâmées et rejetées par la communauté si elles ne suivent pas la tradition.³ L'E/MGF joue un rôle important dans l'identité culturelle et de genre des filles et des femmes et peut également transmettre un sentiment de fierté, d'entrée dans l'âge adulte et

d'appartenance à la communauté. Les filles qui subissent le rite sont récompensées par la considération collective, ainsi que par des cérémonies et des cadeaux. En outre, dans les communautés au sein desquelles l'E/MGF est quasiment la norme, ne pas se conformer à la pratique peut entraîner le blâme, l'exclusion sociale et l'impossibilité de trouver un mari. Il arrive aussi que les filles et les femmes vivant dans des communautés d'immigrés considèrent la pratique comme une façon de renforcer leur identité culturelle au sein d'un contexte étranger.

Considérer l'E/MGF comme une convention sociale permet de mieux comprendre pourquoi les femmes ayant elles-mêmes enduré la pratique et ses conséquences néfastes, encouragent sa continuation.⁴ Ces femmes s'opposent aux initiatives qui ont pour but de mettre fin à l'E/MGF non pas par ignorance de ses aspects nuisibles, mais par crainte que cela n'entraîne une perte de statut et de protection. Cela explique également pourquoi les familles individuelles qui déclarent leur désir d'abandonner la pratique y soumettent toutefois leurs filles. La convention ne peut être modifiée que si, au sein d'une communauté donnée, un nombre significatif de familles choisit collectivement et unanimement d'abandonner la pratique, de telle sorte qu'aucune fille ou famille individuelle ne soit désavantagée par la décision.⁵

Les mécanismes qui renforcent la convention sociale

Les arguments avancés pour justifier l'E/MGF sont nombreux et, dans leur contexte spécifique, convaincants. S'ils peuvent varier selon les communautés, ils présentent cependant un tronc commun: l'E/MGF

Encadré 3 - L'E/MGF et la pratique des pieds bandés: une façon d'accéder au mariage et à une meilleure position sociale

Il existe des similitudes significatives et instructives entre l'E/MGF et la coutume bien connue de bander les pieds des femmes dans la Chine ancienne, lesquelles nous aident à remonter aux causes premières de cette convention sociale néfaste. On pense que l'E/MGF, comme la pratique des pieds bandés, est apparue dans le contexte d'un empire fortement stratifié où l'empereur et l'élite utilisaient la pratique pour contrôler la fidélité de leurs nombreuses épouses. Avec le temps, l'usage se répandit dans les familles de couche sociale inférieure dans l'espoir que leurs filles se marient au-dessus de leur rang. La pratique des pieds bandés et l'E/MGF finirent par devenir des conditions essentielles au mariage, au sein des empires respectifs, dans toutes les classes sociales excepté les plus pauvres. Ainsi ces pratiques se transformèrent-elles en convention sociale à laquelle il fallait se conformer pour marier les filles, et cette convention persista quand bien même les conditions originelles eurent disparu.⁶

L'hypothèse selon laquelle l'E/MGF, tout comme la coutume des pieds bandés, est liée à la possibilité de mariage, se vérifie dans de nombreuses communautés pratiquantes d'Afrique et du Moyen-Orient. Plusieurs indices suggèrent que l'E/MGF est en grande partie associée au statut social, à la respectabilité et à l'honneur des filles et de leurs familles. En Sierra Leone, par exemple, qui n'est pas affilié à une des sociétés secrètes nationales qui exigent le rite de l'E/MGF, est exclu de la société en général. Dans tous les cas, les parents qui renoncent à la pratique privent leurs filles, sinon tous les membres de la famille, de la possibilité de faire partie de plein droit de la communauté. Les parents qui soumettent leurs filles à l'E/MGF le font en tant que personnes respectables qui souhaitent le bien de leurs enfants.

garantit une position sociale, la possibilité de se marier, la chasteté, la santé, la beauté, ainsi que l'honneur de la famille. Dans certains cas ils sont présentés de façon positive pour souligner les avantages liés à l'E/MGF, et dans d'autres ils mettent l'accent sur les conséquences d'un manque de conformité à la tradition.⁷

"Pourquoi, d'après vous, les gens du village approuvent-ils la pratique ?"

"C'est une norme à laquelle il faut se conformer. Une fille doit être circoncise pour protéger son honneur et celui de sa famille, surtout maintenant que les filles vont à l'université loin du village et peuvent être exposées à des situations de risque."

Interview d'une femme du village de Abu Ashem en Haute-Egypte.⁸

Pour les groupes qui pratiquent l'E/MGF, le fait d'être excisée est un signe de distinction sociale, ethnique et physique.⁹ Il confère importance et valeur à la fois à l'intéressée et à sa famille. Chez les Chagga d'Arusha, en Tanzanie, le lien entre l'E/MGF et la valeur des filles est explicite : le prix à payer pour obtenir en mariage une fille excisée est nettement plus élevé.¹⁰

L'E/MGF est également pratiquée sur la base qu'elle préserve la virginité des filles, ce qui en fait une condition préalable au mariage. Dans une partie du Nigeria, par exemple, l'E/MGF a pour but de permettre à la future belle-mère de vérifier la virginité de la future épouse.¹¹ De même, on invoque souvent la raison que l'E/MGF protège les filles des émotions sexuelles excessives, contribuant ainsi à préserver moralité, chasteté et fidélité. L'E/MGF, en outre, est parfois associée à l'hygiène et à la beauté du corps. Par exemple, en Somalie et au Soudan, l'infibulation est pratiquée dans le but même de rendre les filles physiquement "propres"

La pratique correspond également à des motifs religieux. Les communautés concernées la considèrent souvent comme une condition de pureté spirituelle. Chez les Bambara du Mali, par exemple, l'excision est appelée *Seli ji*, ce qui signifie ablution ou toilette rituelle.¹²

Aucune religion ne prescrit l'E/MGF. Cela ne correspond pourtant pas à la perception générale, en particulier en ce qui concerne l'Islam. Bien qu'une branche théologique de l'Islam prône l'E/MGF du type *sunna*, le Coran ne contient aucun texte qui exige l'ablation des organes génitaux féminins externes (voir encadré 4), et il est communément reconnu que la pratique était courante parmi les populations de Nubie et du Soudan avant l'apparition de l'Islam.¹³ De plus, la majorité des musulmans du monde ne pratiquent pas l'E/MGF. On ne relève aucun signe de l'existence de la pratique en Arabie Saoudite ni dans plusieurs pays musulmans d'Afrique du Nord, notamment en Algérie, en Lybie, au Maroc et en Tunisie.

Qu'ils soient d'ordre religieux, esthétique, hygiénique ou moral, les arguments avancés pour justifier l'E/MGF servent tous à maintenir la convention sociale d'exciser les femmes et les filles et à perpétuer la pratique. Des éclaircissements sur la validité de ces arguments aident à changer les mentalités à l'égard de l'E/MGF, mais c'est probablement la transformation de la convention sociale elle-même qui a le plus de chances de modifier réellement et durablement les comportements.

Changer la convention sociale: vers l'abandon de l'E/MGF

Comme pour toute convention sociale qui s'auto-alimente, le choix d'un individu - dans le cas de l'E/MGF, le choix d'une famille de soumettre ou non sa ou ses filles à la pratique - est conditionné par le choix des autres. La pression sociale tend à perpétuer le rite. Mais elle peut aussi être la clef d'un renoncement collectif rapide à ce même rite. La pratique des pieds bandés en Chine, par exemple, après avoir sévi pendant presque mille ans, fut abandonnée quasiment en l'espace d'une génération.

Une métaphore toute simple permet de comprendre comment une convention sociale peut être transformée. Il existe dans un groupe une convention selon laquelle les spectateurs (au cinéma, au théâtre, à l'opéra) sont debout plutôt qu'assis. Un étranger arrive et explique qu'ailleurs le public est assis. Passé

Encadré 4 - Déclarations de dirigeants religieux islamiques et coptes

“La charia islamique protège les enfants et sauvegarde leurs droits. Ceux qui privent leurs enfants de leurs droits commettent un grave péché. [...] L'E/MGF est une question médicale, nous tenons compte de l'avis des docteurs et leur obéissons. Il n'y a aucun texte dans la Charia, dans le Coran, ou dans la Sunna prophétique qui concerne l'E/MGF”
*Le grand Imam, cheikh Mohammed Sayed Tantawi, cheikh d'Al-Azhar.*¹⁴

“Il nous a été démontré au moyen de preuves religieuses authentifiées que la charia ne contient aucun texte sur lequel fonder la légitimité de quelque forme d'E/MGF que ce soit. De plus des médecins de confiance ont établi que tout type d'E/MGF est nuisible.»

Déclaration signée par 30 cheikhs appartenant aux huit groupes soufistes les plus importants du Soudan, 2004.

“ [...] dans la perspective chrétienne – cette pratique n'a absolument aucun fondement religieux. De plus elle n'obéit à aucune raison médicale, morale ou pratique. [...] Quand Dieu a créé l'être humain, il a fait en sorte que tout soit bon chez lui/elle: chaque organe a sa fonction et son rôle. Pourquoi alors permettons-nous que soit abîmée la création de Dieu ? Aucun verset de la Bible, ni dans l'Ancien ni dans le Nouveau Testament, aucun texte dans l'histoire du judaïsme ou de la chrétienté, aucun verset ne mentionne la circoncision féminine.”

*Evêque Moussa, responsable du département de la jeunesse de l'Eglise copte orthodoxe et représentant du pape Shenouda III.*¹⁵

le premier effet de surprise, quelques personnes commencent à penser qu'on est peut-être mieux assis. Si une seule personne s'assied, elle ne pourra rien voir sur la scène. Mais si on arrive à faire asseoir une masse critique du public, même s'il s'agit d'un groupe inférieur à la majorité, ces personnes se rendent compte qu'elles peuvent être confortablement assises et avoir une bonne vision de la scène.¹⁶

De même, dans les communautés où l'E/MGF est une condition préalable au mariage, si une seule famille y renonce, sa fille ne trouvera pas de mari. Une masse critique est nécessaire pour entraîner un changement. Lorsqu'un nombre suffisant d'individus voudront abandonner l'E/MGF, ils s'emploieront à convaincre les autres d'en faire autant car cela diminuera le discrédit social associé à la non conformité à la pratique. Il n'est pas nécessaire que la masse critique constitue une majorité, mais seulement qu'elle compte un nombre d'individus suffisant pour démontrer aux autres les bénéfices associés à la non pratique de l'E/MGF.

Les individus au sein d'un groupe qui ont choisi d'abandonner la pratique devront continuer de résister à la pression sociale pour ne pas soumettre leurs filles à l'E/MGF, comme le montrent les problèmes d'une mère de famille du Soudan (voir encadré 5). Pour que cette pression disparaisse, le nombre d'individus partisans de l'abandon de la pratique doit atteindre un “point de basculement”. A ce stade, ceux qui envisagent encore de suivre la tradition reconnaissent que la position et l'honneur qui en découlent pour une fille et sa famille ont cessé de l'emporter sur les risques encourus.

Une fois que la nouvelle convention d'appréciation

de l'intégrité physique d'une fille est établie, elle devient, comme la précédente, s'auto-alimente. Ceux qui ont abandonné l'E/MGF n'ont aucun intérêt à y revenir, tandis que les quelques individus qui continuent la pratique se heurteront au désaveu de la communauté.

L'abandon de l'E/MGF : six éléments-clés pour le changement

Les résultats concrets recueillis sur le terrain, ainsi que l'éclairage apporté par les théories scientifiques et les leçons tirées de l'expérience de la disparition de la pratique des pieds bandés en Chine, ont permis de déterminer six éléments-clés susceptibles de contribuer à transformer la convention sociale de l'E/MGF et de promouvoir l'abandon rapide et collectif de cette pratique.

1. *Une approche non coercitive et non critique dont l'objectif premier est le respect des droits humains et l'émancipation des femmes et des filles.* Les communautés tendent à soulever la question de l'E/MGF à mesure qu'elles progressent dans la prise de conscience et la compréhension des droits humains, et dans la mise en oeuvre de ceux de ces droits qu'elles retiennent urgents, comme la santé et l'éducation. Malgré les tabous qui frappent la mise en discussion de l'E/MGF, la question surgit car des membres du groupe sont conscients des effets nuisibles de la pratique. Les débats au sein de la communauté contribuent à diffuser la perspective nouvelle que les filles iraient mieux si tout le monde abandonnait cette pratique.

Encadré 5 - Histoire d'une mère : le dilemme des initiateurs du processus de changement

Khadija est une musulmane Ansar Sunna pratiquante appartenant au groupe tribal Beni Amer du Soudan oriental. Elle vit au sein d'une famille élargie. Lorsqu'elle sort de la maison, elle revêt un *abaya* (vêtement) noir et se voile pudiquement le visage. Autrefois elle a subi l'infibulation, appelée au Soudan circoncision “pharaonique”, selon la tradition Beni Amer.

Khadija a une fille de six ans qui n'a pas encore été excisée. Elle-même a participé à un projet concernant les pratiques traditionnelles néfastes, dans le cadre duquel elle a été informée des problèmes de santé liés à l'E/MGF. Avec d'autres mères, elle a inscrit son enfant dans le groupe des filles non circoncises. Cependant elle hésite. Bien qu'elle ne veuille pas que sa fille souffre des complications dont elle a été informée, elle sait que les hommes sont favorables à la pratique pour des motifs religieux. Elle s'attend également à des objections de la part de sa belle-mère. “Si je ne le fais pas, personne ne voudra l'épouser”, dit-elle. “Je voudrais ne pas avoir de filles, car elles donnent trop de soucis”.¹⁷

2. Une prise de conscience de la part de la communauté des dégâts provoqués par la pratique. Le fait de débattre et de réfléchir collectivement et librement, sans crainte de jugement, fait mieux apparaître le coût de l'E/MGF à travers les témoignages des femmes – et des hommes – qui racontent leurs expériences et celles de leurs filles.
3. La décision d'abandonner la pratique en tant que choix collectif d'un groupe au sein duquel se nouent des mariages, ou qui est étroitement lié d'autres façons. L'E/MGF constitue une pratique communautaire qui par conséquent sera abandonnée de manière plus efficace par la communauté dans son ensemble que par des individus agissant pour leur propre compte. Le succès de la transformation de la convention sociale dépend en dernier ressort de la capacité des membres du groupe d'organiser et de réaliser des initiatives collectives.
4. La déclaration explicite et publique, de la part des communautés, de leur engagement collectif d'abandonner l'E/MGF. Il est nécessaire, mais non suffisant, que la plupart des membres d'une communauté soient en faveur de l'abandon. Pour que la reconversion soit réussie, ils doivent en manifester le désir – en tant que communauté. Ils peuvent le faire sous diverses formes, notamment par une déclaration publique conjointe lors d'une vaste réunion publique, ou par une déclaration écrite faisant autorité, qui attestent tant l'une que l'autre l'engagement collectif d'abandonner la pratique.
5. Un processus de communication méthodique pour promouvoir la diffusion rapide et durable de la décision d'abandonner l'E/MGF d'une communauté à l'autre. Les communautés doivent gagner à leur cause les villages voisins afin qu'ils abandonnent durablement la pratique de l'E/MGF. Il est particulièrement important d'entraîner les communautés les plus influentes. Lorsque la décision d'abandon est suffisamment répandue, la dynamique sociale à l'origine de la perpétuation de la pratique peut servir à accélérer et promouvoir le processus d'abandon. A la pression sociale exercée jusque là pour pratiquer l'E/MGF, se substitue la pression sociale pour abandonner la pratique. Lorsque le processus d'abandon atteint ce stade, la convention sociale de ne pas pratiquer l'E/MGF est appliquée automatiquement, et se propage rapidement et spontanément.
6. Un contexte propice au changement. La réussite du processus d'abandon de l'E/MGF dépend aussi de la volonté du gouvernement, à tous les niveaux, d'introduire des mesures et une législation sociale appropriées, assorties de campagnes efficaces et de programmes de sensibilisation. La société civile est partie intégrante de ce contexte favorable. Les médias, en particulier, ont un rôle fondamental à jouer dans la diffusion du processus.

Notes

- 1 Gruenbaum, Ellen (2001), *The Female Circumcision Controversy: An anthropological perspective*, University of Pennsylvania Press, Philadelphie.
- 2 Yoder, P. Stanley, papa Ousmane Camara, et Baba Soumaoro (1999), *Female genital cutting and coming of age in Guinea*, Macro International Inc., Calverton, MD.
- 3 Plusieurs observateurs ont relevé le pouvoir de la pression exercée par leurs pairs sur les filles et les jeunes femmes en matière d'E/MGF. Voir les chapitres 7, 9, 12 et 14 de *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, par Shell-Duncan, Bettina et Ylva Hernlund, ed., (2000), Lynne Rienner Publisher, Londres.
- 4 Carr, Dara (1997), *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program*, Macro International Inc, Calverton MD.
- 5 Pour en savoir plus sur l'E/MGF en tant que convention sociale, voir Mackie, Gerry (1996), "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account", *American Sociological Review*, vol. 61, n° 6, décembre 1996.
- 6 Pour en savoir plus sur les similitudes entre la pratique des pieds bandés et l'E/MGF, voir Mackie, Gerry (1996), "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account", *American Sociological Review*, vol. 61, n° 6, décembre 1996.
- 7 Par exemple, les Taguana de Côte d'Ivoire font partie des groupes qui croient que les femmes n'ayant pas subi le rite ne peuvent pas avoir d'enfants, voir Dorkenoo, Efua et Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation : proposals for change*, Londres, série: MRG report ; n° 92/3. Dans certaines communautés on pense que les organes génitaux externes d'une femme ont le pouvoir de rendre aveugle toute personne qui l'assiste lors de l'accouchement, ou de causer la mort du nouveau-né si la tête de l'enfant entre en contact avec le clitoris de la mère lors de la naissance. Selon d'autres croyances une femme non excisée peut devenir physiquement monstrueuse, perdre la raison, ou causer la mort de son mari. Voir OMS (2001), *FGM. Integrating the Prevention and Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery. A Teacher's Guide*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 8 Bradford, Quiana et Kimberly Mc Clure (2003), "Qualitative Analysis of the Role of Human Rights Language in Efforts to Stop Female Genital Mutilation (FGM) in Egypt", exercice d'analyse politique pour le Conseil de population, bureau d'Asie occidentale et d'Afrique du Nord, Le Caire, Egypte et The Carr Center for Human Rights Policy, John F. Kennedy School of Government, Harvard University.
- 9 Gachiri, Ephigenia W. (2000), *Female Circumcision. With reference to the Agikuyo of Kenya*, Paulines Publication, Nairobi.
- 10 Information fournie par Ananilea Nkya, directrice de la Tanzanian Media Women's Association, 21 juin 2004.
- 11 Dorkenoo, Efua et Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation : proposals for change*, Londres, série: MRG report; n° 92/3.
- 12 Dorkenoo, Efua et Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation : proposals for change*, Londres, série: MRG report; n° 92/3.
- 13 Carla Pasquinnelli (2004), "Anthropology of Female Genital Mutilation" in *Normes législatives pour la prévention des mutilations génitales féminines*, actes de la Consultation afro-arabe d'experts, Le Caire, Egypte, 21-23 juin 2003 Non c'è pace senza giustizia, supplément spécial 1/2004. Pour d'autres débats sur les E/MGF et la théologie islamique, voir par exemple Johnsdotter, S. (2003), "Somali Woman in Western Exile: Reassessing Female Circumcision in the Light of Islamic Teachings", *Journal of Muslim Minority Affairs*, vol. 23, n° 2, octobre 2003.
- 14 Déclaration faite lors de la Consultation afro-arabe d'experts sur "Normes législatives pour la prévention des mutilations génitales féminines, Le Caire 21-23 juin 2003", rapportée en *Normes législatives pour la prévention des mutilations génitales féminines*, actes de la Consultation afro-arabe d'experts, Egypte, 21-23 juin 2003 Non c'è pace senza giustizia, supplément spécial 1/2004.
- 15 Déclaration faite lors de la Consultation afro-arabe d'experts sur "Normes législatives pour la prévention des mutilations génitales féminines, Le Caire 21-23 juin 2003", rapportée in *Normes législatives pour la prévention des mutilations génitales féminines*, actes de la Consultation afro-arabe d'experts, Le Caire, Egypte, 21-23 juin 2003 Non c'è pace senza giustizia, supplément spécial 1/2004.
- 16 Mackie, Gerry (2000), "Female Genital Cutting: The Beginning of the End" in Shell-Duncan, Bettina et Ylva Hernlund, ed., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres.
- 17 Cité par Gruenbaum, Ellen (2004), "FGM in Sudan: Knowledge, Attitudes and Practices. Qualitative Research on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/FGC) in West Kardofan and Kassa-la States", UNICEF Bureau national du Soudan, Khartoum.

4

L'E/MGF ET LES DROITS HUMAINS

En tant que pratique “coutumière” ou “traditionnelle” néfaste, l'E/MGF est mentionnée dans deux importants instruments internationaux de droits humains ayant force de loi : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) de 1979, et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) de 1989. La CEDEF aborde l'E/MGF et autres pratiques culturelles dans le contexte des rapports de genre inégaux et demande aux Etats parties (article 5) de :

*[...] prendre toutes les mesures appropriées :
[...] pour modifier les schémas et modèles de comportement socio-culturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes.*

La Convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée par 192 pays,¹ fait explicitement référence aux “pratiques traditionnelles nuisibles” dans le contexte du droit de l'enfant à jouir de la meilleure santé possible. Cette vaste catégorie comprend entre autres l'E/MGF, le mariage précoce (voir *Digest Innocenti* n° 7), et le traitement préférentiel accordée aux enfants de sexe masculin.² En outre, l'article 19 de la Convention demande aux Etats parties de “prendre toutes les mesures [...] appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales [...] pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un

d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.”

Les instruments internationaux de droits humains affirment le droit d'un individu de participer à la vie culturelle, mais ils ne défendent pas les pratiques traditionnelles qui violent les droits de l'individu. C'est pourquoi on ne peut alléguer de revendications sociales ou culturelles pour justifier l'E/MGF. En décidant d'abandonner l'E/MGF, une communauté ne renie pas ses valeurs culturelles, mais une pratique qui nuit aux filles et aux femmes et qui renforce l'inégalité des genres.

L'E/MGF et les droits de l'enfant

Les conséquences pour les filles et les femmes de l'E/MGF de tout type sont nombreuses, et la pratique porte atteinte à la réalisation des droits humains, notamment le droit à la vie, le droit à l'intégrité physique, le droit de jouir de la meilleure santé possible (y compris, à la maturité, la santé reproductive et sexuelle), ainsi que le droit d'être à l'abri de toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales. La pratique viole également le droit de l'enfant au développement, à la protection et à la participation. La question de l'E/MGF a souvent été soulevée par le Comité des droits de l'enfant qui, dans le contexte de la CDE, a appelé les Etats parties à “prendre toutes les mesures appropriées” pour abolir une telle pratique.

L'intérêt supérieur de l'enfant et le droit de l'enfant au respect de ses opinions

Un des principes directeurs de la CDE est l' “intérêt supérieur de l'enfant”. L'article 3 demande

Encadré 6 - L'émergence de l'E/MGF en tant que question relevant des droits humains

Aujourd'hui, l'E/MGF est considérée dans une large mesure comme une violation des droits humains, mais cette notion a évolué au cours du temps. Pendant de nombreuses années, l'E/MGF a été perçue comme un acte "privé" exécuté par des individus plutôt que par des acteurs publics. On était réticent à "imposer" des valeurs universelles à un phénomène perçu dans une large mesure comme une tradition culturelle qui contribuait à forger l'identité culturelle des communautés qui la pratiquaient.³

Les premières initiatives des Nations Unies pour porter la pratique à l'ordre du jour international remonte au début des années 1950, lorsque la question fut abordée au sein de la Commission des droits de l'homme. En 1958, le Conseil économique et social des Nations Unies invita l'Organisation mondiale de la santé à entreprendre une étude sur la persistance des coutumes soumettant les filles à des interventions rituelles.⁴ Ces initiatives furent certes importantes pour attirer l'attention internationale sur la question, mais leur impact resta limité.

Les années 1960 et 1970 furent marquées par une prise de conscience croissante des droits des femmes dans de nombreuses parties du monde, et les associations féminines commencèrent à organiser des campagnes de sensibilisation sur les dangers de l'E/MGF pour la santé des filles et des femmes. Ces actions s'inscrivent dans un important courant de l'histoire du mouvement pour l'abolition de l'E/MGF. Le premier séminaire régional sur les Pratiques traditionnelles nuisibles affectant la santé des femmes, organisé par l'OMS à Khartoum, au Soudan, en 1979, lança un appel historique pour condamner la pratique sous toutes ses formes, y compris dans des conditions médicales et hygiéniques appropriées. En outre, il aboutit à une recommandation pour l'établissement d'un Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Depuis le Comité joue un rôle majeur au niveau international pour garantir que la question soit soulevée lors des conférences internationales et abordée au moyen d'instruments juridiques relatifs aux filles et aux femmes.

Les années 1980 et 1990 représentèrent une époque fondamentale pour la reconnaissance de l'E/MGF en tant que violation des droits humains des filles et des femmes. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, en 1979, marqua une étape importante en ce sens.⁵ La question de l'E/MGF dans la perspective des droits humains fut reprise par la suite dans le cadre de plusieurs conférences internationales, notamment lors de la Conférence mondiale de l'ONU sur les droits de l'homme à Vienne, en Autriche (1993)⁶, lors de la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire, en Egypte (1994)⁷, et lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing, en Chine (1995)⁸, ainsi que lors des rencontres qui suivirent, Beijing + 5 et Beijing + 10, à New York, aux USA, respectivement en 2000 et 2005.

que l'intérêt supérieur de l'enfant constitue une considération primordiale "dans toutes les décisions qui concernent les enfants". Ce principe est d'une importance capitale dans le contexte familial puisque "la responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant"⁹ (article 18 de la CDE).

Les parents qui décident de soumettre leur fille à l'E/MGF pensent agir dans son intérêt. En répondant à une attente sociale et culturelle en vertu de laquelle les filles doivent être excisées, ils veulent consolider le statut et la reconnaissance de leur fille au sein de la communauté. Bien que les parents – en particulier les mères et les autres femmes de la famille – soient parfois conscients des graves conséquences physiques et psychologiques éventuelles de l'E/MGF, ils considèrent que les bénéfices procurés par l'intervention sont supérieurs aux risques encourus. Cette façon de voir ne peut en aucune façon justifier la violation des droits des filles et des femmes.¹⁰ Comme on peut le voir dans d'autres sections de ce *Digest*, il existe des modes efficaces de résoudre ce dilemme et de collaborer avec les parents, les familles et les communautés pour promouvoir une approche qui respecte les droits humains et encourage l'abandon de l'E/MGF.

Il est primordial, dans le contexte de l'E/MGF comme dans de nombreuses autres situations, de prendre en considération les opinions de l'enfant. Comme le souligne l'article 12 de la CDE, "les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion

sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité." Dans la majorité des cas, les filles subissent l'E/MGF contre leur volonté. Dans les cas de consentement apparent, il est difficile de démêler si ce consentement a été pris en connaissance de cause et s'il est valable. En effet, il est fortement assujéti à la tradition et à la culture, aux attentes de la communauté et à la pression des pairs – notamment par le biais de chansons et de poèmes qui tournent en dérision les filles non excisées¹¹ – et conditionné par le désir de l'intéressée elle-même d'être acceptée comme membre à part entière de sa communauté. Tous ces aspects exercent une contrainte sur les filles et les femmes.¹²

Le droit à la vie et au meilleur état de santé possible

L'E/MGF compromet de façon irréversible l'intégrité physique des filles et des femmes. Les dégâts causés par l'intervention peuvent mettre gravement en danger leur santé et leur bien-être.¹³

Dans les cas extrêmes, l'E/MGF peut violer le droit à la vie. La mort est souvent provoquée par des hémorragies abondantes et incontrôlables, ou par des infections successives à l'intervention.¹⁴ En outre, l'E/MGF peut entraîner ou causer la mort maternelle.¹⁵ On ignore le taux de mortalité des filles et des femmes soumises à l'E/MGF car les documents à cet égard sont peu nombreux, et les décès par suite de l'E/MGF sont rarement déclarés comme tels.¹⁶ Les dossiers médicaux ne sont guère utiles non plus

pour déterminer la morbidité due à l'E/MGF car les complications résultant de l'intervention, notamment les difficultés ultérieures lors d'un accouchement, souvent ne sont pas reconnues ou déclarées comme telles, et sont parfois attribuées à d'autres causes. Ces causes supposées peuvent être de nature médicale, mais peuvent aussi refléter des croyances traditionnelles ou surnaturelles. Ainsi, le plus souvent on soigne les complications au moyen de remèdes ou de traitements traditionnels, sans envoyer les patientes aux centres de santé.

Jusqu'à une date récente, les informations disponibles sur les complications de santé associées à l'E/MGF se basaient principalement sur les dossiers des hôpitaux. De plus, les comparaisons établies avec les femmes non excisées sont insuffisantes pour déterminer la fréquence relative de ces complications.¹⁷ Consciente de la nécessité de données plus complètes, l'OMS a élaboré maintenant des protocoles de recherche sur l'E/MGF à partir d'un réseau d'institutions de recherche associées à la tâche, ainsi que de chercheurs en biomédecine et en sciences sociale en contact avec les communautés concernées.¹⁸

L'impact spécifique de l'E/MGF sur la santé dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment l'étendue et le type de l'intervention, l'habileté de l'exécutant, la propreté des instruments et de l'environnement, et l'état physique de la patiente.¹⁹ De fortes douleurs et hémorragies sont les conséquences immédiates les plus communes de toutes les formes d'E/MGF. Comme la grande majorité des interventions ont lieu sans anesthésie, la souffrance et les traumatismes éprouvés peuvent laisser la patiente dans un état de choc médical. Il arrive aussi que des hémorragies prolongées provoquent des anémies de longue durée.

L'infection est une autre conséquence fréquente,

surtout lorsque l'intervention est pratiquée dans de mauvaises conditions d'hygiène, au moyen d'instruments non stérilisés. Les infections, de type et de gravité variables, comprennent notamment la septicémie et le tétanos, tous deux fatals. Le risque d'infection est parfois aggravé par des habitudes traditionnelles comme le fait d'immobiliser les jambes après l'infibulation ou d'appliquer certains onguents sur les plaies. La rétention d'urine est une autre complication fréquente, surtout lorsque la peau est cousue au-dessus de l'urètre. Tous ces facteurs peuvent ralentir la cicatrisation de la plaie, tout comme d'autres éléments relatifs à l'état de santé général, notamment l'anémie et la malnutrition.²⁰

L'E/MGF peut avoir des effets à long terme. Une guérison lente et incomplète laisse des abcès, des kystes douloureux et d'épaisses cicatrices en relief appelées chéloïdes. Celles-ci peuvent à leur tour causer des problèmes ultérieurs, notamment au cours de la grossesse et de l'accouchement. La déinfibulation – réouverture de l'orifice après suture ou rétrécissement – et la réinfibulation – nouvelle suture du vagin – peuvent être pratiquées lors de chaque naissance et compromettre gravement la santé des femmes.

L'E/MGF met également en danger la santé et la survie des enfants nés de mères ayant subi la pratique. Une étude récente de l'OMS a examiné les effets de l'E/MGF sur une série de facteurs affectant la mère et l'enfant pendant et immédiatement après l'accouchement, notamment la délivrance par césarienne, la durée du travail, l'hémorragie post-partum, les lésions du périnée, l'insuffisance pondérale à la naissance, un score AGPAR²¹ peu élevé, et la mort périnatale. Les premières analyses de données portant sur 28.000 femmes en provenance du Burkina Faso, du Ghana, du Kenya, du Nigeria, du Sénégal et du Soudan, indiquent un lien entre certains résultats relatifs à la santé maternelle et infantile et l'E/MGF, en

Encadré 7 - La tendance à la médicalisation et aux interventions "symboliques"

Dans certains pays, l'E/MGF est pratiquée dans des hôpitaux et des cliniques par des professionnels qui utilisent des instruments chirurgicaux, des anesthésiques et des antiseptiques. Les données fournies par les EDS signalent cette tendance à la "médicalisation" dans plusieurs pays, notamment en Guinée et au Mali en Afrique de l'Ouest, et en Egypte en Afrique du Nord-Est, où la plupart des initiatives contre l'E/MGF au cours des 20 dernières années ont mis l'accent sur les risques de santé liés à l'intervention. En Guinée, par exemple, on a constaté que 21,8 pour cent des filles et des femmes âgées de 15 à 19 ans avaient été opérées par des agents de la santé, contre moins de 1 pour cent pour les femmes âgées de 45 à 49 ans.²⁴

Le fait de savoir que des membres du corps médical participent à la pratique peut contribuer à répandre l'idée fautive que l'E/MGF est en quelque sorte acceptable. En réalité, la majorité des professionnels de la santé ont condamné la médicalisation de la pratique. L'OMS a déclaré sans équivoque que "la MGF, sous n'importe quelle forme, ne peut pas être pratiquée par des professionnels de la santé, dans aucun cadre, notamment dans les hôpitaux ou autres établissements médicaux"²⁵, et dès 1993, l'Association mondiale de médecine a explicitement condamné la pratique de l'E/MGF ainsi que la participation de médecins à son exécution.²⁶ Du point de vue des droits humains, la médicalisation ne rend nullement la pratique plus acceptable. L'E/MGF reste un acte de violence liée au genre, qui compromet l'intégrité physique de celle qui les subit.

La même critique s'applique aux formes symboliques de l'E/MGF, comme le perçage du clitoris sous anesthésie, apparues ces dernières années au sein des communautés d'immigrés dans les pays industrialisés.²⁷ Les partisans de ce genre d' "alternatives" soutiennent qu'elles sont moins nocives. En fait, il n'est pas prouvé qu'un geste symbolique réponde à l'attente selon laquelle l'E/MGF comprend l'ablation d'une fraction de chair. Il en résulte que les filles risquent de subir l'E/MGF "traditionnelle" à une date ultérieure, par exemple dans le cadre des préparatifs au mariage. De façon plus profonde, les interventions "symboliques" ne résolvent pas l'inégalité liée au genre qui sous-tend l'exigence de la pratique, et peuvent en fait entraver son abandon.

particulier les formes d'interventions les plus graves.

On a également soulevé la question d'un lien éventuel entre l'E/MGF et la transmission du VIH/SIDA. A ce jour cela n'a pas été concrètement prouvé, et les taux d'infection du VIH en Afrique sont généralement plus bas dans les 28 pays où est pratiquée l'E/MGF. Cela peut toutefois résulter de facteurs qui l'emportent sur le risque supplémentaire causé par l'E/MGF, notamment les attitudes culturelles et religieuses par rapport à la sexualité. Une étude locale effectuée en milieu rural en Gambie en 1999 a déterminé une prévalence plus élevée du virus de l'herpès simplex 2 parmi les femmes ayant subi l'E/MGF, ce qui suggère que ces femmes peuvent également être plus vulnérables au VIH.²²

Certaines des premières initiatives pour mettre fin à l'E/MGF, insistaient particulièrement sur les conséquences sur la santé. Elles ont certes joué un rôle important pour sensibiliser l'opinion publique aux dangers de la pratique, mais l'accentuation excessive de cet aspect, hors du contexte d'une approche globale de droits humains, a involontairement contribué à l'extension des phénomènes de "médicalisation" et d' "interventions symboliques" (encadré 7). C'est en partie du fait de ces campagnes axées exclusivement sur les risques de santé associés à l'E/MGF que de plus en plus de parents ont fait opérer leur fille dans des conditions hygiéniques permettant de réduire la douleur et le risque. La médicalisation est en partie également encouragée par certains professionnels de la santé pour lesquels l'E/MGF représente une source de revenus.²³

Protection contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales

Pour de nombreuses filles et femmes l'E/MGF est une expérience profondément traumatisante qui laisse des traces psychologiques durables et peut avoir une influence néfaste sur le développement émotionnel. Dans ce domaine également, la recherche scientifique est limitée, mais les récits des intéressées témoignent de l'impact de l'E/MGF sur leur existence. Les patientes sont en général conscientes lors de l'intervention et la plupart subissent un choc marqué non seulement par des douleurs intenses, mais aussi par des sentiments de peur et de honte. Dans les cas où elles ont été en quelque sorte préparées à l'intervention, on attend d'elles qu'elles répriment ces sentiments et se montrent coopératives. On a constaté que l'expérience de l'E/MGF s'accompagne également d'une série de troubles psychologiques et psychosomatiques qui affectent notamment les habitudes alimentaires, le sommeil, l'humeur et la conscience du monde extérieur ; cela peut se manifester par des insomnies, des cauchemars récurrents, le manque d'appétit, une perte ou une prise de poids excessive, ainsi que par des crises de panique, des difficultés de concentration et d'apprentissage, et autres symptômes de stress post-traumatique.²⁸

Les dégâts physiques résultant de l'E/MGF, associés au traumatisme psychologique et à la douleur qui les accompagnent, peuvent compromettre la vie

sexuelle de la femme adulte. En outre, les femmes infibulées peuvent être déinfibulées au moment du mariage, ce qui amène de nouvelles souffrances et un éventuel traumatisme psychologique supplémentaire.²⁹ Cela peut susciter des problèmes conjugaux allant jusqu'au divorce³⁰, lequel à son tour peut ébranler le statut social et économique de la femme ainsi que celui de ses enfants.

Le plus souvent, les femmes et les filles traumatisées par l'E/MGF gardent le silence sur leur expérience. Dans certaines cultures elles ne disposent d'aucun exutoire socialement acceptable pour exprimer leur malaise ou leur détresse psychologique. Lorsqu'elles ne peuvent ou ne veulent pas parler ouvertement de leurs problèmes psychologiques, il arrive que ceux-ci se manifestent sous forme de troubles physiques. Certains indices des conséquences psychologiques de l'E/MGF apparaissent également au sein des communautés d'immigrés en Europe, en Amérique, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les femmes immigrées qui ont subi l'E/MGF portent souvent un fardeau psychologique accru, car tant les valeurs associées à la pratique que leur impact physique et psychologique ne sont guère compris dans leur pays d'accueil.³¹

La pratique de l'E/MGF peut compromettre d'autres droits humains, notamment le droit à l'instruction. Les Etats parties à la CDE sont tenus de prendre des mesures pour promouvoir l'accès universel à une éducation de bonne qualité, pour encourager la fréquentation scolaire et diminuer les taux d'abandon scolaire, en vue de favoriser le développement maximum de l'enfant. On constate de plus en plus que l'E/MGF est une cause d'abandon scolaire pour les filles.³² Les problèmes de santé, la souffrance et le traumatisme éprouvés se traduisent souvent par l'absentéisme, un manque de concentration, des résultats médiocres et une diminution d'intérêt. Dans certaines parties de l'Afrique sub-saharienne, comme au Kenya et en Tanzanie, l'E/MGF est pratiquée dans le cadre de cérémonies et de rites qui demandent une longue préparation et empêchent la fréquentation scolaire régulière. De plus, dans de nombreuses cultures, on considère que les filles qui ont subi la pratique sont désormais adultes et bonnes à marier, et par conséquent il arrive qu'on les retire de l'école. Tout cela a une influence profonde non seulement sur le développement personnel des intéressées, mais aussi sur leur communauté, car l'éducation des filles et leur participation de plein pied à la vie sociale sont fondamentales pour réduire la discrimination et favoriser le développement et le progrès social.

Les obligations des Etats

En vertu de la ratification de la CDE et d'autres instruments de droits humains pertinents, les Etats parties sont tenus par la loi de prévenir la pratique de l'E/MGF parmi leurs citoyens et autres ressortissants placés sous leur juridiction.³³ Ces mesures sont appropriées et nécessaires au niveau national et sub-national, et requièrent la participation et la mobilisation de nombreux partenaires, notamment les dirigeants des

Encadré 8 - Quelques observations finales récentes du Comité des droits de l'enfant sur les E/MGF

Burkina Faso, CDE/C/15/Add.193, 9 octobre 2002

3. Le Comité relève avec satisfaction: [...]

(e) L'interdiction des mutilations génitales féminines en vertu du nouveau code pénal, et l'établissement d'un Comité national de lutte contre la circoncision féminine [...].

45. Le Comité invite l'Etat partie à poursuivre ses efforts pour mettre fin à la pratique des mutilations génitales féminines [...], entre autres, par la mise en application de la législation et la mise en œuvre de programmes visant à sensibiliser la population à ses effets néfastes.

Egypte, 21/02/2001. CDE/C/15/Add.145.

45. Prenant note de la décision gouvernementale de 1996 d'interdire les mutilations génitales féminines, et du décret ministériel de 1997 proscrivant cette pratique dans les services relevant du ministère de la Santé, ainsi que des diverses initiatives en vue d'informer le public des dangers de cette pratique, notamment des campagnes médiatiques et scolaires, le Comité s'inquiète de ce que la pratique est encore largement répandue.

46. Le Comité [...] recommande que l'Etat partie considère la question des mutilations génitales féminines comme prioritaire. De plus, il exhorte l'Etat partie à organiser et à réaliser des campagnes éducatives efficaces pour lutter contre les pressions traditionnelles et familiales favorables à la pratique, en particulier parmi les couches illettrées de la population.

Pays-Bas, 26/10/99.

18. Le Comité apprécie les efforts de l'Etat partie et comprend les difficultés qu'il doit affronter pour protéger les filles placées sous sa juridiction contre les mutilations génitales féminines pratiquées hors de son territoire. Toutefois, le Comité engage l'Etat partie à entreprendre des campagnes d'information énergiques et efficacement ciblées pour combattre le phénomène, ainsi que d'envisager l'adoption d'une législation de portée extraterritoriale susceptible d'améliorer la protection des filles placées sous sa juridiction contre de telles pratiques traditionnelles nuisibles.

Sierra Leone, 24/02/2000. CDE/C/15/Add.116.

61. Le Comité se déclare très préoccupé par la pratique largement répandue des mutilations génitales féminines.

62. En vertu de l'article 24.3 de la Convention, le Comité exhorte l'Etat partie à adopter une législation qui interdise la pratique des mutilations génitales féminines, à garantir la mise en œuvre de telle législation, et à entreprendre des campagnes d'information préventives.

communautés et les organisations locales. L'article 24 (3) de la CDE appelle les Etats parties à "prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants". Ces mesures comprennent des campagnes de sensibilisation et d'éducation, la mise en place de mécanismes pour protéger les enfants contre ces pratiques, l'introduction d'une législation qui empêche ces pratiques et garantit l'accès aux soins et à l'information sanitaires.³⁴

Le Comité des droits de l'enfant a pour mission de suivre la mise en application de la Convention et d'évaluer les progrès des Etats parties en ce qui concerne la garantie du respect des droits des enfants. A la suite de l'examen des rapports des Etats parties sur la mise en œuvre de la CDE, le Comité a souvent exprimé des inquiétudes sur l'E/MGF, et a émis des recommandations pour la faire cesser (voir encadré 8). En 1995, le Comité a organisé un débat général sur le statut de l'enfant féminin dans le sillage de la quatrième Conférence des femmes de Beijing. Ce débat a souligné l'importance de promouvoir et de protéger les droits des filles en brisant le cercle des traditions et des préjudices nuisibles aux femmes, ainsi que la nécessité de l'éducation pour donner aux filles l'assurance et les instruments qui leur permettent de faire librement les choix les concernant.

Comme le Comité des droits de l'enfant, le Comité qui suit la mise en œuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 (CEDEF), a fait spécifiquement référence aux obligations des Etats parties par rapport à l'E/MGF. Dans sa recommandation générale de 1990 (n° 14), le Comité recommande que les Etats parties "prennent des mesures efficaces appropriées en vue d'éradiquer la pratique de la circoncision féminine". La Recommandation demande également que les Etats parties "introduisent dans leurs programmes de santé nationaux des actions visant à éradiquer la circoncision féminine dans la sphère de la santé publique. Ces actions devraient tenir compte de la responsabilité particulière du personnel sanitaire, y compris les accoucheuses traditionnelles, d'expliquer les conséquences nuisibles de la circoncision féminine".³⁵ Plus récemment, le Comité a émis une Recommandation générale sur les femmes et la santé, qui demande aux Etats parties de s'engager à promulguer et à faire respecter des lois interdisant les mutilations génitales féminines.

La Résolution prise en 2001 par l'Assemblée générale de l'ONU sur les pratiques traditionnelles ou coutumières affectant la santé des femmes et des filles, réaffirme l'obligation de tous les Etats de promouvoir et de protéger les droits humains, et leur demande

instamment entre autres de rassembler et diffuser les données relatives à l'E/MGF et autres pratiques, d'adopter et mettre en œuvre une législation spécifique, de mettre en place des services d'aide aux victimes, de prévoir la formation du personnel de santé et autre, de promouvoir l'émancipation des femmes et de renforcer leur indépendance économique, de mobiliser l'opinion publique, de traiter des pratiques traditionnelles dans les programmes scolaires, d'encourager les hommes à prendre conscience de leur rôle et de leurs responsabilités, et de collaborer avec les communautés pour prévenir la pratique.³⁶

L'ampleur des mesures préconisées dans cette Résolution montre bien que les gouvernements doivent s'engager à promouvoir et à protéger les droits humains. Il est de leur devoir d'adopter une vaste série de mesures, notamment un cadre juridique efficace, ainsi que d'organiser des campagnes de sensi-

bilisation et d'éducation. La Résolution indique aussi la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives au niveau local.

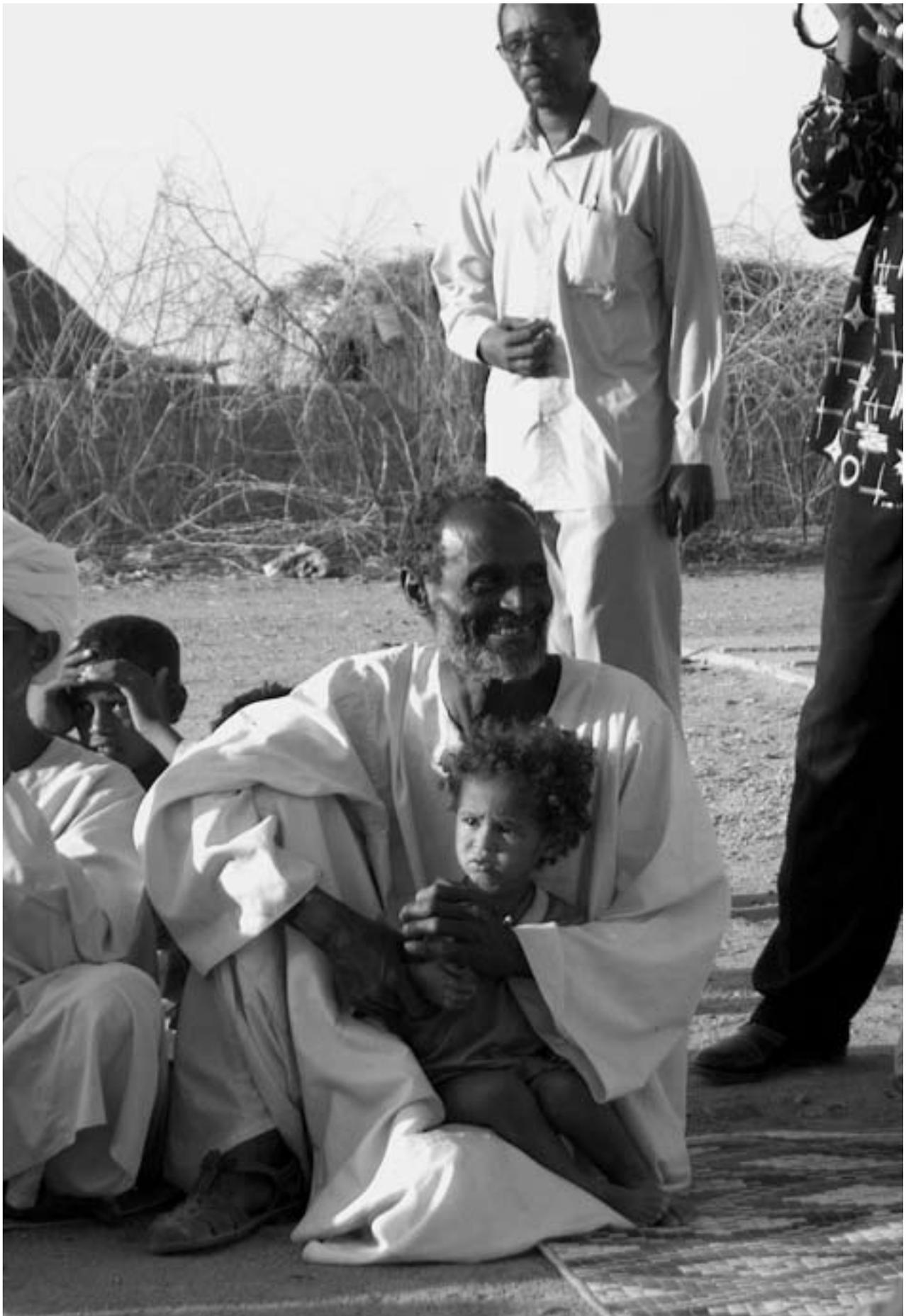
De nombreux acteurs non gouvernementaux ont également entrepris de lutter contre l'E/MGF dans la perspective des droits humains. Une des principales révisions récentes des méthodes utilisées pour inciter les communautés à renoncer à la pratique, effectuée par l'ONG RAINBO, confirme que l'approche des droits humains est particulièrement efficace promouvoir l'émancipation des femmes, transformer leur statut et créer un consensus dans la communauté.³⁷

Il est essentiel, pour mettre en place un environnement protecteur pour les enfants³⁸ et pour accélérer le revirement sociétal indispensable à l'abandon de l'E/MGF, d'informer tous les membres des communautés locales sur les droits humains et de les associer à des discussions sur la façon dont

Notes

- 1 Seuls deux pays n'ont pas encore ratifié la CDE : la Somalie et les Etats-Unis d'Amérique.
- 2 Outre la CDE et la CEDEF une série d'autres importants instruments de droits humains contiennent des articles applicables à l'E/MGF. Les instruments internationaux comprennent la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (articles 2 et 3), le Pacte international de 1966 sur les droits civils et politiques (articles 7 et 24) et le Pacte international de 1966 sur les droits économiques, sociaux et culturels (article 12). Le Comité des Nations Unies des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré dans ses commentaires généraux sur le droit à la santé (article 12) qu'il est important d'entreprendre des actions pour protéger les femmes et les enfants contre les pratiques traditionnelles néfastes qui affectent leur santé.
- 3 Amnesty International, "Section 4: A Human Rights Issue", *Female Genital Mutilation – A Human Rights Information Pack*, 1998, www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm4.htm, 10.2.2005.
- 4 Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (1997), "Pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants", UNHCDH, aide-Mémoire n° 23.
- 5 Certains Etats où est pratiquée l'E/MGF – y compris la Somalie et le Soudan - ne sont pas signataires de la CEDEF. Les Etats-Unis d'Amérique, où certaines communautés d'immigrés pratiquent l'E/MGF, ne sont pas non plus signataires.
- 6 Voir les paragraphes 49 et 224 de la Déclaration et du Programme d'action de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 1993.
- 7 Voir les paragraphes 4.22, 5.5 et 7.6 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994.
- 8 Voir les paragraphes 108, 125 et 232 de la Déclaration et de la plate-forme d'action de la quatrième Conférence mondiale des femmes, Beijing, 1995.
- 9 Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant est établi à l'article 3 de la CDE.
- 10 Voir, par exemple, Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, pp. 257-71.
- 11 OMS (1999) *Female genital mutilation - Programmes to date: What works and what doesn't - A review*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 12 Pour plus de détails sur le consentement valable à l'E/MGF, voir Mackie, Gerry (2004), "Ending Harmful Conventions: Liberal Responses to Female Genital Cutting", préparé pour le département de sciences politiques de l'université de Yale.
- 13 Pour un examen plus complet des complications de santé résultant de l'E/MGF, voir : Organisation mondiale de la santé (2000), "Examen systématique des complications de santé provoquées par les mutilations génitales féminines, y compris lors de l'accouchement", OMS, Genève.
- 14 OMS (2000), *Mutilations génitales féminines*, Aide-mémoire n° 241, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 15 OMS (2001), "Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation", rapport de consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 octobre 1997.
- 16 OMS (1996), *Mutilations génitales féminines: kit d'information*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 17 Obermeyer, C. (1999), "Female genital surgeries: The known, the unknown, and the unknowable", *Medical Anthropology Quarterly*, 13(1), cité in Jaldesa, Guyo W., Ian Askew, Carolyne Njue, Monica Wanjiru (2005), "Female Genital Cutting among the Somali of Kenya and Management of its Complications", USAID.
- 18 OMS (2000), *Mutilations génitales féminines*. Aide-mémoire n° 241, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 19 OMS (1995), "Mutilations génitales féminines. Rapport du groupe de travail technique de l'OMS, Genève, 17-19 juillet", Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 20 Voir Jones, Heather, Nafissatou Diop, Ian Askew et Inoussa Kabore (1999), "Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes", *Studies in Family Planning*, septembre 1999, 30(3) pp. 219-30.
- 21 Appar est l'acronyme des cinq indicateurs utilisés pour établir le résultat: activité, grimace, pouls, aspect et respiration.
- 22 Morison, Linda, Caroline Sherf, Gloria Ekpo, Katie Paine, Beryl West, Rosalind Coleman et Gijs Walraven (2001), "The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, no. 8, août 2001, pp. 643-53.
- 23 OMS (1999), *Female genital mutilation - Programmes to date: What works and what doesn't - A review*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- 24 Yoder, P. Stanley, Noureddine Abderrahim et Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, DHS Comparative Reports No. 7, septembre 2004, ORC Macro.
- 25 OMS/FNUAP/UNICEF (1997), Déclaration commune, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 26 World Medical Association Statement on Condemnation of Female Genital Mutilation, déclaration adoptée par la 45th World Medical Assembly, Budapest, Hongrie, octobre 1993.
- 27 Pour plus de détails, voir Shell-Duncan, Bettina et Ylva Hernlund, éd., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres.
- 28 Frontiers in Reproductive Health et Conseil de population (2002), *Using Operation Research to Strengthen Programs for Encouraging Abandonment of Female Genital Cutting*. Report of the Consultative Meeting on Methodological Issues for FGC Research, 9-11 avril 2002, Nairobi, Kenya.
- 29 Stewart, Holley, Linda Morison et Richard White (2002), "Determinants of Coital Frequency among Married Women in Central African Republic: the Role of Female Genital Cutting", *Journal of Biosocial Science*, 34(4), pp. 525-39.
- 30 Le lien entre l'E/MGF, les problèmes conjugaux et le divorce sont apparus clairement pendant le travail de terrain et les

- interviews menées en septembre 2004 dans le cadre des projets ACDA financés par l'UNICEF à Assiut, Egypte.
- 31 Les sentiments conflictuels éprouvés par les femmes immigrées sont décrits in Johnsdotter, Sara et Birgitta Essen (2004), "Sexual Health Among Young Somali Women in Sweden: Living with conflicting culturally determined sexual ideologies"; rapport présenté à la conférence "Advancing Knowledge on Psychosexual Effects of FGM/C: assessing the evidence"; Alexandrie, Egypte, 10-12 octobre 2004.
 - 32 Voir, par exemple, "Basic Education and Female Genital Mutilation", GTZ Topics, www2.gtz.de/fgm/downloads/eng_basic_education.pdf, 4.5.2005.
 - 33 Voir Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law"; *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, pp. 257-71.
 - 34 Pour une liste complète des obligations des Etats en ce qui concerne les pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des filles, voir la Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/54/133, 7 février 2000.
 - 35 Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale 14, 1990, HRI/GEN/1/rév.5.
 - 36 Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/56/128, 7 décembre 2001.
 - 37 Toubia, Nahid et Eiman Sharief (2003), "Female Genital Mutilation: have we made progress?"; *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82 (2003), pp. 251-61. Sur la base de cette étude, RAINBO a développé le "Women's Empowerment and Community Consensus model (WECC)" pour améliorer la conception, l'évaluation et le suivi des projets sur l'E/MGF. Le modèle comporte deux dimensions principales. La première est la promotion de l'auto-émancipation des femmes – y compris l'émancipation économique – basée sur une prise de conscience majeure et le renforcement de leurs capacités décisionnelles. Cela permet aux femmes de redéfinir leur identité et leur statut social en des termes qui excluent l'E/MGF. La deuxième dimension consiste à obtenir le consensus de la communauté en ce qui concerne la protection des droits des femmes et des enfants et le changement social grâce au soutien de ceux qui détiennent le pouvoir tels que les hommes, les chefs religieux et politiques, les professionnels de la santé et autres.
 - 38 L'UNICEF indique huit éléments-clés d'un environnement protecteur pour les enfants: reconnaissance de la part du gouvernement d'un manque de protection des enfants et engagement de promouvoir la protection des enfants; législation pour protéger les enfants et punir ceux qui les maltraitent ou les exploitent; promotion de mentalités, coutumes, comportements et pratiques qui soutiennent, valorisent et protègent les enfants; débats publics sur les questions de protection des enfants avec la participation de la société civile et des médias; promotion de l'autonomie fonctionnelle, de l'information et de la participation des enfants aux questions les concernant; sensibilisation de la communauté, complétée par la formation adéquate des personnes en contact avec les enfants (par ex. famille, travailleurs sanitaires, représentants de la loi); mise en place de services essentiels et la réinsertion des victimes de violence ou d'exploitation ; système de suivi et de compte rendu.



Homme du groupe ethnique Beni amir du Soudan oriental, tenant sa fille lors d'un atelier sur l'E/MGF, Idimair, Kassala.
UNICEF/Sudan/2004/1139/Ellen Gruenbaum

5

L'ACTION AU SEIN DES COMMUNAUTÉS

Au niveau des communautés, les initiatives qui recueillent le plus de succès sont celles basées sur les droits humains et qui intègrent les éléments clés pour le changement (voir page 21).

Transformer la convention sociale : de la théorie à la pratique

Plusieurs programmes, opérationnels au niveau communautaire, protègent les filles contre l'E/MGF. Les plus efficaces relèvent de la participation et guident généralement les communautés afin qu'elles définissent elles-mêmes les problèmes et les solutions. Ils exploitent les traditions positives des villages pour inciter les gens à s'exprimer et à discuter. Ils informent les familles sur les droits humains et sur leurs responsabilités. Ils encouragent les communautés qui ont pris la décision de renoncer à l'E/MGF à transmettre le message à leurs voisins. Tous ces éléments contribuent à instaurer le changement social nécessaire pour protéger les femmes et les filles contre l'E/MGF.

Au Sénégal, Tostan, une ONG internationale qui se spécialise dans l'enseignement non traditionnel, a développé et perfectionné une méthode basée sur la promotion des droits humains. Cette méthode comprend les éléments clés pour changer la convention sociale au niveau de la communauté, notamment l'action collective, la déclaration publique et la diffusion organisée. Le Programme Tostan d'émancipation des communautés est un programme collectif, non traditionnel et éducatif, qui dure 30 mois. Avec la contribution de l'UNICEF et en collaboration avec le gouvernement, il a été mis en oeuvre dans plus de 1.500 communautés dans 11 régions du pays.

Au départ, une communauté établit un comité de gestion pour coordonner les activités et garantir la durabilité. Ce comité développe, applique, gère et évalue de petits projets pour répondre aux besoins définis par la communauté, il supervise les activités des classes et fait le lien entre Tostan et la communauté.

Le programme d'éducation type de Tostan établit deux classes dans chaque communauté, une de 25 adultes et une de 25 adolescents, principalement des femmes et des filles. Les éléments du programme couvrent la démocratie et les droits humains, la résolution des problèmes, l'hygiène et la santé, l'alphabétisation, les méthodes de calcul et de gestion. Ces thèmes sont renforcés par l'utilisation de manuels d'alphabétisation interactifs. Le programme est soigneusement organisé de façon que les séances soient corrélatives et s'appuient sur les leçons précédentes. Les éducateurs suscitent la participation active des élèves peu ou pas du tout scolarisés au moyen de divers procédés, notamment la mise en commun des expériences personnelles, l'utilisation de textes et d'images, le théâtre, la poésie et le chant. Le programme contribue à développer les compétences essentielles et encourage la réflexion nécessaire au changement social. Les leçons favorisent le consensus et l'unité par des initiatives qui rassemblent toutes sortes de personnes de la communauté, dont des hommes et des femmes, des jeunes et des gens âgés, ainsi que des membres de tous les groupes ethniques.

L'enseignement et le contenu des leçons sont partagés avec la famille, les amis, les parents et d'autres communautés grâce à un processus de diffusion organisée. Suivant une pratique répandue dans la société Wolof, les participants adoptent un ami ou un membre de la famille avec lequel ils partagent ce qu'ils apprennent. Les informations se répandent d'un village à l'autre, entraînant les communautés

des alentours sur la voie du changement (encadré 9).

Le programme Tostan d'émancipation des communautés a obtenu de remarquables résultats dans les communautés où il a été appliqué, notamment une fréquentation scolaire accrue de la part des filles, l'enregistrement systématique des naissances, et une forte augmentation des taux de vaccination. L'un des résultats les plus importants a été le mouvement de base pour l'abandon de l'E/MGF, qui est en train de s'étendre à tout le Sénégal. La possibilité de comprendre ce que sont les droits humains et d'examiner leur applicabilité directe dans le cadre du village donne de l'assurance, en particulier aux filles et aux femmes. Cela augmente également la capacité du groupe d'aborder des questions plus délicates et de préparer le terrain pour que les membres de la communauté décident d'abandonner l'E/MGF. A leur tour, les communautés communiquent leur savoir et leur expérience à d'autres groupes avec lesquels elles nouent des mariages. Les communautés motivées accueillent des réunions entre les différents villages pour s'entendre sur l'abandon de cette pratique qui affecte leur avenir commun. En date du 28 décembre 2004, ces réunions avaient entraîné 18 déclarations publiques de la part de 1.527 communautés, à savoir environ 30 pour cent de la population censée pratiquer l'E/MGF au Sénégal en 1997.¹

Le vaste retentissement médiatique de ces déclarations publiques contribue à introduire l'idée de l'alternative de l'abandon dans les communautés qui maintiennent la pratique, ainsi qu'à créer une atmosphère propice au changement au niveau national. Depuis 1977, le programme a touché quelque 700.000 personnes et il continue à se répandre.

Une évaluation indépendante du Programme Tostan d'émancipation des communautés, récemment effectuée par le Conseil de population, a comparé les connaissances, la mentalité et le comportement des femmes et des hommes de 20 villages ayant expérimenté le programme Tostan, à ceux de 20 villages qui ne l'avaient pas expérimenté. Cette étude a constaté que le programme Tostan avait considérablement accru, parmi les hommes et les femmes, la compréhension des droits humains, de la violence liée au genre, de la santé reproductive et des conséquences de l'E/MGF. Elle a relevé également une diminution notable du nombre d'hommes et de femmes parti-

sanes de l'E/MGF, bien que 16 pour cent des femmes ayant participé au programme n'aient pas changé d'opinion à cet égard. Parmi les femmes ayant exprimé leur désapprobation à l'égard de l'E/MGF, 85 pour cent déclarèrent qu'elles étaient arrivées à cette conclusion à la suite du programme Tostan. Juste avant le début du programme, 7 femmes sur 10 avaient décrété qu'elles souhaitaient que leurs filles soient excisées. A la fin du programme, cette proportion était tombée de 1 à 10 parmi les participantes, et à 2 sur 10 parmi les autres habitantes du village.² MACRO International, le Conseil de population et l'UNICEF contribueront à une étude ultérieure sur la dynamique sociale qui entraîne un changement positif dans les villages ayant appliqué le programme Tostan. Cette étude complètera l'enquête EDS prévue pour 2005.³

Au Burkino Faso, l'ONG Mwangaza Action a adapté et appliqué le Programme Tostan d'émancipation des communautés dans 23 villages.⁴ Une adaptation est également en cours en Guinée et au Soudan. Avant 2002, le Programme de transformation sociale accélérée (PFAST) soudanais avait privilégié la diffusion d'informations sur les conséquences de l'E/MGF sur la santé et insisté sur la dissociation de la pratique de l'Islam. Devant l'insuffisance des résultats, le programme a commencé à déplacer l'accent sur l'augmentation du pouvoir des femmes et sur la promotion et la sauvegarde des droits humains. Cette tactique a manifestement suscité un processus de changement qui s'est traduit, face à l'E/MGF, par une volonté de réforme et de résistance chez certains membres des communautés concernées, suggérant le déclenchement d'une dynamique sociale ; les convictions traditionnelles en matière d'honneur, de honte, de virginité et d'aptitude au mariage sont mises en discussion ; certains éléments portent à croire que de nombreux membres des communautés, y compris des dirigeants, remettent en question leurs certitudes et s'interrogent sur un comportement alternatif. Ouvrant principalement dans les zones de Kassala, de l'ouest du Kordofan, du sud du Darfour et d'Al Gadarif, le PFAST couvre environ 120 communautés sélectionnées, représentant une population de quelque 6.000.000 d'habitants. Il met en place un environnement social qui permet aux gens d'être réceptifs aux messages précédemment reçus sur les conséquences de l'E/MGF.

Encadré 9 - Les débuts de la diffusion organisée au Sénégal

Lorsque les femmes de Malicounda Bambara ont déclaré qu'elles abandonnaient l'E/MGF le 31 juillet 1997, la nouvelle a éveillé l'intérêt de nombreux villages voisins. Demba Diawara, âgé de 70 ans, chef religieux et participant à Tostan, du village voisin de Keur Simbara, se rendit compte qu'il serait impossible que son village abandonne seul l'E/MGF puisque ses habitants se marient avec ceux de douze communautés des environs. Comme toutes ces communautés retenaient l'E/MGF nécessaire pour que leurs filles soient acceptées, respectées et susceptibles de trouver un mari, Diawara décida d'organiser des discussions entre les familles des diverses communautés pour arriver à un accord sur la question.

Après plusieurs mois d'information et de débats intenses dans les treize villages concernés, les membres du groupe concerné décidèrent de faire une déclaration publique selon laquelle, en tant que famille élargie unie désireuse d'améliorer la santé et le bien-être de ses filles et de ses femmes, ils abandonnaient l'E/MGF. Les chefs religieux ainsi que les autorités traditionnelles et administratives appuyèrent leur décision. La Déclaration de Diabougou incita les autres participants à Tostan à organiser des déclarations publiques intercommunautaires pour mettre fin à l'E/MGF. La couverture médiatique suscitée par ces événements entraîna, pour la première fois au niveau national, un débat public sur ce sujet jusque là tabou.

En Egypte, les activités menées par l'Organisation évangélique Copte pour les services sociaux (CEOSS) et le Centre pour l'éducation, le développement et la population (CEDPA) misent également sur l'efficacité d'une approche globale basée sur les droits humains permettant aux communautés de discuter et d'abandonner par la suite l'E/MGF.

Les stratégies de la CEOSS – basées sur plus de 50 ans d'expérience – insistent particulièrement sur l'amélioration du statut des femmes et sur la définition de schémas de partenariats efficaces entre les hommes et les femmes à la tête des communautés. Les initiatives locales comportent divers projets de développement visant à l'émancipation des communautés et des individus dans tous les domaines, notamment l'éducation, la santé, la création de revenu, l'agriculture et la protection de l'environnement. Les activités spécifiques visant l'abandon de l'E/MGF comprennent: la constitution de comités féminins au niveau local; l'accroissement de la prise de conscience des pratiques traditionnelles néfastes; la formation de certains membres de la communauté tels que les enseignants, les agents sanitaires, et les médias; les visites au domicile de familles ayant des filles à risque de subir l'E/MGF ; l'établissement d'ONG locales pour garantir l'application des programmes et un sens d'appartenance communautaire.⁵

L'expérience du village de Deir el Barsha, dans le gouvernorat de Minya en Haute-Egypte, démontre que le changement est possible. Une évaluation externe effectuée en 1997-8⁶ a constaté dans le village un changement évident des attitudes et des comportements par rapport à l'E/MGF, avec une proportion de filles non excisées atteignant 50 pour cent (selon l'EDS de 1995 la prévalence d'E/MGF était en Egypte de 97 pour cent). D'après l'évaluation, plusieurs facteurs ont contribué à ce résultat : des activités de développement liées au genre menées dans le village pendant plus de deux décennies; l'émigration temporaire des hommes à l'étranger qui a entraîné plus de pouvoir décisionnel pour les femmes de la communauté⁷; et le rôle des membres du clergé qui ont éclairé les habitants sur l'E/MGF et les ont unis contre la pratique.⁸ En 1991, après presque 10 ans de d'efforts menées par le CEOSS contre l'E/MGF, les praticiens traditionnels, y compris les barbiers et les sages-femmes, ont signé publiquement un document par

lequel ils s'engageaient à abandonner la pratique.

En Egypte également, l'expérience du CEDPA met l'accent sur l'importance de soutenir les membres de la communauté ayant déjà choisi d'abandonner la pratique de l'E/MGF. Ce soutien renforce leur décision et leur permet de commencer à discuter de la question avec d'autres.

Le CEDPA s'emploie à promouvoir l'abandon de l'E/MGF depuis 1998, au moyen de la "méthode du revirement positif". Son programme d'abandon de l'E/MGF est basé sur la mobilisation active de la communauté, s'appuie sur le savoir local et cherche à exploiter des solutions déjà existantes au sein des communautés. Il repère les membres des communautés qui ont choisi de s'opposer à la pratique de l'E/MGF et les aide à gagner à leur cause d'autres individus. Des évaluations internes ont démontré l'efficacité potentielle de cette stratégie, ce qui a encouragé le CEDPA à entreprendre une amplification systématique du programme.⁹ Toutefois l'impact à long terme de cette méthode sur le changement des comportements n'a pas encore été évalué.

En partenariat avec le CEDPA, l'UNICEF soutient les organisations non gouvernementales qui ont formé des pairs en tant qu'éducateurs et militants parmi les villageois de quatre gouvernorats de Haute-Egypte (Assiut, Sohag, Quena et Minya), et qui, avec le concours des chefs religieux, animent des groupes de discussion et font du porte-à-porte pour sensibiliser les gens à la question de l'E/MGF.¹⁰ Ces pairs éducateurs, des femmes et des hommes d'âges et de milieux différents, font preuve d'un grand sens de leurs responsabilités et sont très écoutés au sein de la communauté. Leur capacité de convaincre leurs voisins sur la question de l'E/MGF est renforcée par leur connaissance profonde de la dynamique interne de leurs communautés, ainsi que par la confiance dont ils jouissent auprès des autres villageois. Comme pour les autres programmes concluants, l'approche retenue est respectueuse et non critique. Lors d'interviews, les pairs éducateurs ont insisté sur l'importance d'informer sur l'E/MGF de façon non directive.

En soutenant ceux qui ont choisi d'abandonner l'E/MGF et en encourageant les discussions au sein des communautés, la CEOSS et le CEDPA ont contri-

Encadré 10 - La communication visant le changement social¹¹

Les messages concernant les conséquences de l'E/MGF sur la santé, s'ils font prendre davantage conscience des risques associés à l'intervention et changent même les mentalités par rapport à la pratique, n'entraînent pas forcément un changement des comportements. Les méthodes de communication les plus efficaces pour obtenir un changement social sont celles qui font des membres de la communauté les acteurs de leur propre développement.

La communication comme moyen d'émancipation des communautés s'éloigne des stratégies de communication traditionnelles sur plusieurs points :

- au lieu de concevoir et d'émettre des messages, elle favorise et encourage le dialogue, ce qui implique l'échange des idées plutôt que des déclarations critiques ou la définition de la pratique comme "erronée";
- au lieu de miser sur le comportement individuel, elle mise sur le changement collectif social;
- au lieu d'insister sur les problèmes sociaux, elle apprécie la richesse culturelle et encourage un processus d'échange culturel;
- au lieu de privilégier les solutions élaborées par des spécialistes, elle privilégie les solutions élaborées par les communautés, ce qui engage les communautés à définir les structures existantes et des solutions appropriées.

bué à changer les mentalités et les comportements à l'égard de l'E/MGF. Leurs méthodes, cependant, n'ont eu qu'un écho limité dans d'autres villages.

Promouvoir le dialogue et la discussion non critique

L'élaboration, au sein de la communauté, d'espaces et d'occasions appropriés à la discussion - espaces dans lesquels les personnes se sentent libres de s'exprimer en toute confiance - permet aux membres des communautés d'être les acteurs de leur propre développement plutôt que les destinataires passifs de messages de communication. Cela donne également la possibilité de se faire entendre à ceux qui normalement n'auraient pas voix au chapitre. Dans le cas de l'E/MGF ce sont souvent les femmes et les filles, mais aussi parfois des hommes qui n'ont pas toujours l'occasion de discuter de cette question.

Le débat et la réflexion publique non critique et non directive font émerger le coût, jusque là dissimulé, de l'E/MGF, à mesure que les femmes et les hommes font le récit de leurs expériences et de celles de leurs filles. En même temps, les personnes désireuses de mettre fin à la pratique se rassemblent et transmettent le message à d'autres membres de la communauté.

L'Agence allemande pour la coopération technique (GTZ) a appliqué ces principes à la question de l'E/MGF en Guinée à travers "l'écoute et le dialogue". Les organisateurs du projet laissent entendre que cette approche s'est révélée leur intervention la plus efficace. La possibilité d'exprimer leur opinion dans un cadre respectueux et non critique a permis aux femmes et aux hommes d'exposer leurs sentiments ambivalents par rapport à la pratique de l'E/MGF et a fourni à la communauté un nouveau discours et des alternatives de comportement.

Cette méthode de communication ménage également les sensibilités en ce qui concerne l'utilisation d'images et de messages que les communautés peuvent percevoir comme inadéquates et dans certains cas choquantes. L'expérience de la GTZ dans la région de Kolda au Sénégal illustre l'importance d'employer une approche non critique et respectueuse qui stimule la discussion et la réflexion (voir encadré 11).

Rites de passage alternatifs

Dans les cas où la pratique de l'E/MGF est associée à des rites d'initiation ou à des cérémonies

d'accès à la majorité qui marquent le passage à l'âge adulte, comme dans certaines communautés de Gambie, du Kenya, de Tanzanie et d'Ouganda, les initiatives ont souvent porté sur le développement de rites de passage alternatifs. Ces rites alternatifs préservent les aspects sociaux-culturels du rituel, sans exiger que les filles soient soumises à l'E/MGF. Le potentiel de cette stratégie se réduit aux communautés qui associent l'E/MGF à de tels rites et cérémonies. De plus il est limité par la tendance de beaucoup de ces communautés d'exciser les filles plus tôt et avec un rituel associé moindre.¹²

Les rites alternatifs ont obtenu un succès variable dans la d'efforts pour mettre fin à contre l'E/MGF. A eux seuls ils ont une portée réduite car ils n'affrontent pas les valeurs sociales sous-jacentes associées à l'E/MGF et donc ne garantissent pas qu'une fille ne sera pas excisée à une date ultérieure. Cependant, comme le montre l'expérience de la Maendeleo Ya Wanawake (MYWO), une organisation féminine du Kenya, les cérémonies alternatives sont bien accueillies et contribuent à réduire l'incidence de l'E/MGF lorsqu'elles s'accompagnent d'une prise de conscience de la part de la communauté et de discussions à cet égard.¹³ La MYWO, avec l'assistance technique du Programme pour la technologie sanitaire appropriée, a élaboré un projet qui commence par des activités de sensibilisation visant à recruter des participants, introduit une préparation à la vie familiale pour les filles, et se termine par une manifestation publique calquée sur une cérémonie traditionnelle de la communauté pour marquer le passage à l'âge adulte. La partie éducative repose sur les connaissances traditionnelles imparties aux filles avant ces cérémonies, souvent pendant une période de retraite, auxquelles viennent s'ajouter des informations sur la santé sexuelle et reproductive.

Selon une étude effectuée par le Conseil de population en 2000,¹⁴ le travail de la MYWO a une influence à la fois sur les mentalités et sur les comportements en matière d'E/MGF. On a cependant constaté qu'il était plus efficace quand d'autres institutions et d'autres développements socio-culturels contribuaient à changer les mentalités à l'égard de l'E/MGF et quand les bases étaient fournies par des activités de sensibilisation. Il est trop tôt pour savoir si ce succès initial se maintiendra dans le temps et quels sont les rituels qui fonctionnent le mieux.¹⁵

Emplois alternatifs pour les exciseurs traditionnels

Dans plusieurs pays, dont le Burkina Faso,

Encadré 11 - Nantoondiral: le cinéma au service de la discussion

Dans des villages de la région de Kolda, au Sénégal, on se sert d'un film intitulé *Nantoondiral* ("consensus" en langue Pulaar) pour inciter à l'abandon de l'E/MGF. Le film, produit par le projet Fankanta de la GTZ couvre de vastes sujets, notamment les conséquences médicales et sociales de l'E/MGF, le point de vue de l'Islam sur la pratique, et les valeurs traditionnelles sociales en ce qui concerne les femmes et les filles. Avant la projection du film, un message d'introduction prépare le public au thème délicat qu'il évoque. Après la projection, on encourage le public à poser des questions qui stimulent la discussion. On fournit des informations sur les structures sanitaires et on propose des éclaircissements pour une réflexion plus approfondie. *Nantoondiral* a été tourné en réponse à la réaction négative du public à un film précédent, *La duperie*. Ce film contenait des scènes et des images jugées choquantes par la plupart, ce qui a provoqué une certaine inquiétude parmi les spectateurs soucieux que les auteurs du film avaient voulu critiquer leur

l’Ethiopie, la Gambie, le Kenya, le Mali, le Soudan et l’Ouganda, des initiatives ont eu lieu pour informer les praticiens de l’E/MGF des risques de santé associés à la pratique et pour leur donner la possibilité de gagner leur vie autrement. En général les projets allient une partie éducative sur les dégâts causés par l’E/MGF à l’acquisition de nouvelles compétences et à l’octroi de prêts ou autres facilités afin de trouver une source de subsistance. Dans certains cas, la formation est suivie d’une cérémonie publique ou privée, au cours de laquelle l’exciseur renie la pratique et remet symboliquement ses instruments ou fait serment sur le Coran qu’il cesse toute activité à cet égard. Bien que ces initiatives aient contribué à diminuer le nombre des exciseurs, elles ne changent pas la convention sociale qui crée la demande de leurs services, et les familles continuent à chercher des personnes disposées à exécuter la pratique.¹⁶ Fournir aux exciseurs d’autres moyens de subsistance peut compléter des stratégies visant à supprimer la demande de la pratique, mais cela ne suffit pas à mettre fin à l’E/MGF.

Collaborer avec les communautés d’immigrés dans les pays industrialisés

Le fait que de nombreuses communautés d’immigrés continuent de pratiquer l’E/MGF dans leurs nouveaux pays de résidence prouve la force de la convention sociale. Les éléments essentiels pour affronter la question au sein des communautés d’immigrés dans des pays où l’E/MGF ne fait pas partie de la tradition, sont pratiquement les mêmes que pour les pays à prévalence élevée.

*“Du fait qu’on a émigré, et avec le temps, on en est venu à penser différemment et maintenant nous voyons le mal causé par nos traditions. Cependant, nos parents n’auraient pas pu agir autrement et il est déplacé de parler de violence. Ils voulaient faire de leur mieux pour nous, leurs enfants. Après tout, nous rêvions toutes du jour où à l’école nous pourrions annoncer que nous aussi nous avions été circoncises. Maintenant nous sommes en mesure de dire la tristesse et la douleur qui ont marqué notre histoire, et que la mutilation génitale des filles n’est plus appropriée aujourd’hui à notre époque. Nous voulons donner à nos filles un avenir heureux, un avenir qui leur permette de s’épanouir affectivement, et un avenir où elles aient le droit de jouer et de se sentir protégées.”
Femme somalienne, Pays-Bas*

Le travail de Pharos, une ONG qui aide les réfugiés dans le domaine des prestations sanitaires, et celui de la Fédération des associations somaliennes des Pays-Bas, illustrent l’importance d’adopter une approche respectueuse des cultures et des sensibilités, de travailler avec des groupes plutôt qu’avec des individus, de favoriser les discussions et d’amener à prendre conscience plutôt que d’imposer des solutions, et de laisser aux communautés le temps nécessaire pour arriver à leurs propres décisions par rapport à la pratique.

L’E/MGF devint une question primordiale aux Pays-Bas pendant les années 1990, avec l’arrivée de femmes réfugiées de Somalie. Bien que la pratique ait été interdite en vertu de la loi générale sur les lésions criminelles en 1993, les filles continuent d’être soumises. En 2000, avec l’aide financière du Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, Pharos et la Fédération des associations somaliennes ont élaboré un projet pour promouvoir les débats sur l’E/MGF au sein de la communauté somalienne d’une part, et améliorer les connaissances sur l’E/MGF dans les services de santé d’autre part.

Conscients que le débat sur l’E/MGF au sein d’une communauté doit être mené par la communauté elle-même, les partenaires du projet ont établi des séances éducatives sur mesure, dirigées par des “éducateurs” qualifiés et des “personnages-clés” issus des communautés somaliennes. Ces derniers sont des personnes qui jouissent de la confiance et du respect de leur communauté, capables de faciliter la discussion, et familiarisées avec les institutions hollandaises. La plupart des séances ont lieu le week-end, lorsque les participants ont du temps libre. Parfois les hommes, les femmes et les jeunes se réunissent séparément, les hommes se retrouvent à la mosquée après les prières du vendredi, et les femmes dans des centres communautaires ou chez l’une d’elles le soir. Toutefois, l’une des réalisations importantes du projet à ce jour, a été une série d’assemblées communes où les femmes et les hommes ont discuté ensemble de la question. Ces réunions ont conduit à élargir le débat sur l’E/MGF au sein de la communauté. En même temps elles ont fait émerger que de nombreux parents somaliens ont toujours l’intention de faire exciser leurs filles. La dernière évaluation du projet souligne que de plus en plus de gens prennent conscience du problème, mais qu’il faut continuer les efforts pour obtenir un changement des comportements.¹⁷

Parmi les groupes d’immigrés, la tradition de l’E/MGF est souvent renforcée par le lien social et culturel qu’elle établit avec la communauté d’origine. Un récent développement du programme Tostan, dont il est question au début de ce chapitre, a le potentiel d’utiliser ces mêmes liens pour toucher et influencer les groupes pratiquants dans les pays industrialisés. En mai 2005, les représentants de 44 villages de la région de Kolda au Sénégal se sont réunis dans le village de Marakhissa pour déclarer publiquement leur décision d’abandonner la pratique de l’E/MGF et du mariage d’enfants. Cette décision a été prise à la suite de plusieurs réunions et discussions non seulement entre les villages concernés, mais aussi avec des réseaux de parents dans les principales villes du Sénégal et, de façon significative, en Gambie et aux Etats-Unis. Des délégations de ces pays ont assisté à la déclaration, la première à avoir directement associé des parents émigrés à la décision d’abandonner l’E/MGF. La déclaration a fourni l’occasion à des émigrés des communautés Diola d’affirmer leur refus de l’E/MGF tout en renforçant des aspects positifs de leur culture.

“C’est une journée magnifique pour nous tous Diolas qui vivons aux Etats-Unis. Nous pouvons maintenant envoyer nos filles chez

Notes

- 1 L'UNICEF a estimé qu'environ 5000 villages pratiquaient l'E/MGF au Sénégal en 1997.
- 2 Diop, Nafissatou J., Modou Mbacke Faye, Amadou Moreau, Jacqueline Cabral, Hélène Benga, Fatou Cissé, Babacar Mané, Inge Baumgarten et Molly Melching (2004), *The TOSTAN Program. Evaluation of a Community Based Education Program in Senegal*, rapport final de FRONTIERS, Conseil de population, Washington DC.
- 3 A ce jour il n'y a pas eu d'enquête EDS ni MICS pour déterminer la prévalence d'E/MGF au Sénégal. On attend des résultats préliminaires de l'enquête EDS pour juillet 2005.
- 4 Pour plus de détails sur l'action de Tostan au Burkina Faso, voir Ouoba, Djingri, Zakari Congo, Nafissatou J. Diop, Molly Melching, Baya Banza, Georges Guiella et Inge Baumgarten (2004), *Experience from a Community Based Education Program in Burkina Faso. The Tostan Program*, Rapport final de FRONTIERS, Conseil de population, Washington, DC.
- 5 Des membres du comité des femmes rendent visite aux familles où les filles sont considérées à risque d'E/MGF ou de mariage précoce, jusqu'à ce qu'on considère que le risque est passé. Les efforts portent en particulier sur les mères pour les sensibiliser aux conséquences néfastes de ces pratiques. Pendant la période de suivi, d'autres comités, en collaboration avec des dirigeants non officiels et des personnalités religieuses, s'emploient à changer la position des autres membres de la famille, en particulier des hommes. CEOSS (2003), *Empowerment: From theory into practice*, Ceopress, Le Caire.
- 6 Hadi, Amal Abdel (1998), *We are Decided. Struggle of an Egyptian village to eradicate female circumcision*, Cairo Institute for Human Rights Studies, Le Caire.
- 7 L'évaluation indique un pourcentage d'E/MGF plus bas chez les filles d'hommes ayant émigré à l'étranger que chez les filles d'hommes n'ayant pas émigré. Des interviews approfondies ont montré que l'émigration des hommes à l'étranger avait eu une influence importante sur le statut des femmes du village de Deir el Barsha, leur donnant des responsabilités et des possibilités de décision au-delà des domaines traditionnels.
- 8 Pour plus de détails sur l'impact de ces divers facteurs, voir Hadi, Amal Abdel (1998), *We are Decided. Struggle of an Egyptian village to eradicate female circumcision*, Cairo Institute for Human Rights Studies, Le Caire.
- 9 CEDPA (2004), "Female Genital Mutilation Abandonment Program- Implementation results June 2003-June 2004." Le programme d'abandon du CEDPA présente cinq phases successives: 1. activités d'orientation et recherche d'individus qualifiés de "déviant positifs"; 2. mobilisation de la communauté à travers des activités de sensibilisation en vue d'accroître les connaissances, l'engagement des dirigeants et le soutien de la communauté pour abandonner la pratique; 3. formation d'une équipe pour promouvoir l'abandon de l'E/MGF dans la communauté; 4. établissement d'un contact direct avec les familles: chaque deux semaines l'équipe rend visite à des familles où une fille est considérée à risque imminent d'E/MGF, jusqu'à ce que chaque famille manifeste publiquement la ferme intention de ne pas soumettre la fille à la pratique; 5. activités de suivi et d'évaluation; les visites à domicile continuent de façon espacée jusqu'au mariage, lorsque les filles ne sont plus considérées à risque d'E/MGF.
- 10 UNICEF Egypte, (2004), "Campaigning against Female Genital Mutilation/Cutting in Egypt", mise à jour UNICEF, septembre 2004.
- 11 Ford, Neil "A Human Rights Approach to FGM/C Programming". Rapport présenté lors de la réunion technique sur l'E/MGF organisée par l'UNICEF, Florence, Italie, 18-20 octobre, 2004.
- 12 Voir Herlund, Ylva, "Cutting without Ritual and Ritual without Cutting: Female 'Circumcision' and the Re-ritualization of Initiation in the Gambia" in Shell-Duncan, Bettina et Ylva Herlund, éd., (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londres, et Dorkenoo, Efua (1994), *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: the practice and its prevention*, Minority Rights Group, Londres.
- 13 Pour plus de détails sur les méthodes employées par MYWO/Path pour promouvoir l'abandon de l'E/MGF, voir: PATH/ Maendeleo Ya Wanawake Organization (2002), *Evaluating Efforts to Eliminate the Practice of Female Genital Mutilation. Raising Awareness and Changing Harmful Norms in Kenya*, PATH, Washington DC.
- 14 Chege, Jane, Ian J Askew et Jennifer Liku (2001), "An

- assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of FGC in Kenya", Rapport final de FRONTIERS, Conseil de population, Washington DC.
- 15 GTZ (2001), *Addressing Female Genital Mutilation; Challenges and Perspectives for Health Programmes. Part 1: Select approaches*, GTZ, Eschborn.
- 16 Le Conseil de population a effectué une étude au Mali pour évaluer les stratégies de reconversion utilisées par trois ONG. Ces ONG ont toutes trois employé des agents de terrain pour informer les exciseurs et les communautés des effets négatifs de l'E/MGF sur la santé des femmes. Deux d'entre elles ont mis au point des plans de création de revenu pour fournir aux exciseurs des moyens alternatifs de subsistance, l'autre a essayé de former les exciseurs à prêcher l'abandon de l'E/MGF. Ces stratégies n'ont pas été accompagnées de campagnes de sensibilisation générales pour le grand public. Les résultats de l'étude montrent que le plan de reconversion des exciseurs a été inefficace: il y a eu peu de revirements, et les parents ont continué à chercher des exciseurs ainsi que des travailleurs sanitaires disposés à pratiquer l'intervention. De plus, des membres des communautés et le personnel des ONG ont rapporté que les exciseurs continuaient à exercer bien qu'ils aient déclaré aux enquêteurs qu'ils avaient abandonné la pratique. Conseil de population (2000), "Mali: FGC Excisors Persist Despite Entreaties," FRONTIERS OR Summary n° 2, Conseil de population, Washington, DC.
- 17 "Female Genital Mutilation in the Netherlands. From policy to practice. September 2000-December 2002", Extraits de l'évaluation du projet, Pharos - Utrecht, traduction effectuée par le Comité national de l'UNICEF pour les Pays-Bas, 2004.

Jeune Soudanaise lors d'une visite de sensibilisation avec sa mère, village d'Adarma, Kassala.
UNICEF/Sudan/2004/1141/Ellen Gruenbaum



6

CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU CHANGEMENT

Les communautés ont besoin d'être soutenues pour abandonner la pratique de l'E/MGF à grande échelle. Les gouvernements nationaux doivent mettre en place un environnement protecteur pour les femmes et les enfants et contribuer à l'abandon de la pratique par l'introduction de mesures sociales et d'une législation appropriée. Les initiatives de propagande et de sensibilisation, soutenues par les médias et les leaders d'opinion, sont également importantes pour accroître l'engagement au niveau local, national et international.

Législation nationale

L'introduction d'une législation nationale qui interdit l'E/MGF est plus à même d'accélérer efficacement le changement quand un processus de revirement sociétal est déjà en cours et que les citoyens sont sensibilisés à la question.¹ La législation a au moins trois objectifs évidents : expliciter la désapprobation de l'Etat à l'égard de l'E/MGF ; adresser un message de soutien clair à ceux qui ont renoncé ou souhaiteraient renoncer à la pratique ; dissuader les personnes de se conformer à la pratique. Il est important que la législation introduise ou comporte des dispositions de protection des enfants, des mécanismes généraux d'assistance sociale et des campagnes d'information et de sensibilisation, toutes mesures plus dissuasives que punitives. La seule menace de sanctions risque de faire basculer la pratique dans la clandestinité sans guère changer les comportements.

En Afrique et au Moyen-Orient, de nombreux pays ont introduit une législation spécifique pour mettre fin à l'E/MGF par ordonnance ou par décret, notamment le Bénin (2003), le Burkina Faso (1996), la

République centrafricaine (1966²), la Côte d'Ivoire (1998), Djibouti (1995), l'Égypte (1996), le Ghana (1994), la Guinée (1965, mise à jour en 2002), le Kenya (2001), le Niger (2003), le Sénégal (1999), la Tanzanie (1998) et le Togo (1998). Dans certains cas, la pratique est interdite en vertu de la constitution nationale. Par exemple, en Éthiopie, la constitution de 1994 interdit explicitement les pratiques traditionnelles néfastes, notamment celles qui oppriment les femmes et portent atteinte à leur santé physique et mentale. Les constitutions du Ghana, de la Guinée et de l'Ouganda contiennent des interdictions semblables. Dans d'autres pays, comme le Tchad, le Mali et le Niger, l'E/MGF est considérée comme une lésion relevant du droit pénal.

L'examen des lois nationales promulguées en 2000 a révélé que seuls quatre des 28 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où est pratiquée l'E/MGF avaient intenté des poursuites à cet égard : le Burkina Faso, l'Égypte, le Ghana et le Sénégal.³ Au Burkina Faso, la première détention d'une *exciseuse* a suivi de près l'introduction de la législation en 1996. La législation nationale prévoit un emprisonnement de 6 mois à 3 ans et/ou une amende allant de l'équivalent de 300 \$US à 1.850 \$US⁴ pour toute personne reconnue coupable d'avoir pratiqué l'E/MGF. Des sanctions plus sévères sont appliquées dans les cas d'interventions fatales, et des mesures spéciales sont prévues contre les membres des professions médicales et paramédicales qui pratiquent l'opération. La législation prévoit également des amendes pour toute personne complice de silence en matière d'E/MGF. Au Burkina Faso, la législation n'est qu'un des éléments d'une approche plus vaste qui comprend des mesures de sensibilisation et d'assistance sociale. L'EDS de 1999 effectuée dans le pays

démontre un changement d'attitude positif. D'après l'enquête, seules 23,8 pour cent des femmes circonscrites déclarent souhaiter le maintien de l'E/MGF, tandis que 63,7 pour cent souhaitent l'abandon de la pratique. Il se peut cependant que ces réponses reflètent une certaine réticence à soutenir clairement une pratique interdite plutôt qu'une conviction personnelle.

Des lois interdisant l'E/MGF ont également été promulguées par plusieurs pays où le problème a surgi dans les communautés d'immigrés, notamment l'Australie (de 1994 à 1996 selon les Etats), le Canada (1997), la Nouvelle-Zélande (1995), les USA (1996) et plusieurs pays d'Europe occidentale (voir encadré 12).

Reconnaître l'importance de la législation nationale n'empêche pas de constater ses limites. Dans certains cas, des lacunes peuvent subsister que ne manqueront pas d'exploiter les partisans du maintien de l'E/MGF. En Egypte, en 1996, le ministère de la Santé a émis un décret interdisant l'E/MGF, excepté lorsqu'elle est nécessitée par des raisons médicales. Malgré une décision successive du tribunal de première instance égyptien en 1997 confirmant l'interdiction de la pratique, l'exception pour raisons médicales subsiste. En réalité, cette clause a créé une lacune qui, associée à une intense propagande sur les risques potentiels de l'E/MGF, a contribué à une médicalisation accélérée de la pratique.

Normes régionales

Le développement et l'adoption d'instruments juridiques internationaux sont également importants pour créer un cadre favorable aux actions entreprises, susceptible d'encourager l'abandon de la pra-

tique. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981, sur les droits des femmes en Afrique, désigné sous l'appellation de Protocole de Maputo, est un document juridique adopté par consensus en 2003 par les chefs d'Etat de l'Union africaine. L'article 5 de ce Protocole interdit et condamne explicitement l'E/MGF et autres pratiques nuisibles. Il demande aux Etats parties de prendre des mesures en vue de sensibiliser l'opinion publique à la question, d'introduire une législation qui interdise et sanctionne la pratique de l'E/MGF, de soutenir les filles et les femmes qui ont subi la pratique et de protéger celles qui sont à risque. Pour que le Protocole entre en vigueur, il doit être ratifié par 15 Etats membres de l'Union africaine. En avril 2005, il avait été ratifié par 10 Etats.⁹

L'Europe a également été le témoin de développements importants qui ont contribué au processus de changement dans les pays concernés. La Résolution 1247 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (2001) sur les mutilations génitales féminines invite les gouvernements à prendre une série de mesures, notamment à introduire une législation nationale, à attirer l'attention sur la question, à poursuivre les auteurs de l'E/MGF et à adopter des mesures plus souples pour accorder le droit d'asile aux mères et à leurs enfants qui craignent de subir l'E/MGF.¹⁰ La Résolution du Parlement européen sur les mutilations génitales féminines, également de 2001, condamne fermement l'E/MGF en tant que violation des droits humains fondamentaux et demande entre autres à la Commission européenne d'élaborer un programme complet pour éliminer la pratique de l'E/MGF dans l'Union européenne, lequel devrait "établir des mécanismes juridiques et administratifs, mais également préventifs, éducatifs et sociaux permettant aux femmes victimes et en situation de l'être

Encadré 12 - Les lois contre l'E/MGF en Europe occidentale

Actuellement, trois des dix principaux groupes nationaux de demandeurs d'asile dans l'Union européenne proviennent de pays africains où est pratiquée l'E/MGF, (Nigeria, Somalie et République démocratique du Congo).⁵ Les pays européens ont affronté la question principalement aux moyens de mesures législatives interdisant la pratique et punissant toute personne qui exécute, favorise ou encourage cet acte.⁶

En Europe, les législateurs ont généralement privilégié une des trois attitudes suivantes face à l'E/MGF : l'introduction *ex novo* d'une législation spécifique criminalisant la pratique (Norvège, Suède et Royaume-Uni), la modification de la législation existante introduisant une référence spécifique à la pratique (Belgique, Danemark, Italie et Espagne), ou l'interdiction d'E/MGF en vertu des lois pénales existantes relatives aux lésions corporelles et aux actes de violence à l'égard des mineurs (Finlande, France, Allemagne, Grèce, Pays-Bas et Suisse)⁷. En outre, plusieurs pays européens intègrent le principe d'extraterritorialité dans leur législation pour éviter que l'interdiction juridique n'incite les familles à renvoyer les femmes et les filles dans leur pays d'origine pour y subir l'E/MGF.

Le nombre de poursuites intentées en vertu de ces diverses lois est indicatif de la réaction des divers Etats européens à l'E/MGF. Par exemple, au Royaume-Uni, depuis l'introduction en 1985 d'une législation spécifique criminalisant la pratique, il n'y a eu aucune poursuite pour l'E/MGF. En Suède, environ 18 ans après que le pays eut introduit une loi spécifique, un seul cas avait été porté devant le tribunal en 2000. A cette même date, on comptait en France 25 poursuites pour participation à l'E/MGF, en vertu de la loi relative aux lésions criminelles. L'existence d'une législation pénale générale n'entraîne pas forcément des poursuites. Par exemple, la situation législative des Pays-Bas est semblable à celle de la France, mais à ce jour on ne compte aucune poursuite pour E/MGF, et le gouvernement a explicitement prôné une politique orientée vers la prévention, où l'autorité judiciaire ne doit intervenir qu'en dernier ressort.⁸ C'est également la position de l'Italie. Le projet de législation de 2004 sur l'E/MGF témoigne de l'action des organisations de la société civile, sous la direction de AIDOS (Association italienne pour les femmes en développement), pour prévoir, outre les mesures punitives initiales, des crédits budgétaires desti-

Encadré 13 - Les campagnes médiatiques de la TAMWA en Tanzanie

La TAMWA a utilisé des campagnes médiatiques pour réclamer et préconiser des changements culturels, administratifs et juridiques qui défendent les droits humains des femmes et des enfants. En 2002, dans le cadre des activités de la campagne STOP MGF, la TAMWA a organisé une campagne nationale d'éducation et d'information, avec la participation de tous les médias du pays et, en particulier, de ceux des régions à forte prévalence de l'E/MGF, notamment Arusha (81 pour cent), Dodoma (68 pour cent) et Mara (44 pour cent).¹³ La TAMWA a affronté la question au moyen de ce qu'on appelle le journalisme "bang-style", une méthode basée sur la diffusion simultanée d'histoires et d'informations par les diverses institutions médiatiques locales, qui permet de toucher un plus large public. L'efficacité de l'action de la Tamwa est due essentiellement à l'utilisation d'enquêtes sociales et journalistiques visant à promouvoir la discussion au sein des communautés et la participation de ces communautés à la mise en oeuvre et au suivi des initiatives. La TAMWA a également organisé des réunions pour les professionnels des médias, les ONG, les organisations locales et les groupes de théâtre en vue de faire mieux connaître l'E/MGF et de promouvoir l'utilisation de termes et d'approches appropriés.

d'obtenir une véritable protection"¹¹

D'importantes conférences internationales ont soutenu l'action des gouvernements pour introduire une législation nationale appropriée et mobiliser les forces sociales dans l'effort de mettre fin à l'E/MGF. En juin 2003, la Consultation afro-arabe d'experts sur les normes législatives pour la prévention des mutilations génitales féminines a conduit à la définition d'un contenu et de stratégies juridiques pour instaurer des lois plus efficaces pour prévenir l'E/MGF.¹² La "Déclaration du Caire" issue de cette Consultation énonce 17 recommandations concrètes, parmi lesquelles l'adoption par les gouvernements d'une législation spécifique pour mettre fin à l'E/MGF, tout en spécifiant que les lois en question ne soient qu'une des composantes d'une approche pluridisciplinaire pour mettre fin à la pratique. La déclaration recommande également que les gouvernements et les ONG s'unissent pour promouvoir un processus continu de changement social conduisant à l'adoption d'une législation contre l'E/MGF.

En septembre 2004, le gouvernement du Kenya a accueilli une conférence internationale axée sur le développement d'un environnement politique, juridique et social favorable à la mise en oeuvre du Protocole de Maputo. En février 2005, une conférence sub-régionale accueillie par le gouvernement de Djibouti, organisée par l'ONG No Peace Without Justice avec le soutien de l'UNICEF, a établi une plate-forme pour la ratification officielle de Djibouti au Protocole de Maputo. D'autres conférences tournant autour du Protocole de Maputo sont prévues pour 2005.

Sensibiliser le public et encourager le dialogue

Les mesures législatives sont d'autant plus efficaces si elles sont complétées et même précédées par des actions concrètes plus vastes pour sensibiliser l'opinion publique à la fois sur le plan général et sur des points précis, et pour instaurer un dialogue au sein des différents groupes et entre les groupes. Une loi introduite à un moment peu opportun (par exemple avant que les mentalités n'aient changé à l'égard de la pratique) ou sans l'adjonction de mécanismes d'assistance sociale, peut faire basculer la pratique dans la clandestinité ou encourager le mou-

vement transfrontalier. Si la menace d'incarcération ou d'amende peut être dissuasive, elle ne suffit pas à changer le point de vue des parents selon lequel il est dans l'intérêt de leur fille de subir la pratique.

Les médias peuvent contribuer de façon importante à "briser le silence" qui entoure l'E/MGF et à rendre la question du domaine public. L'expérience de la Tanzanian Media Women Association (TAMWA) montre qu'en fournissant aux médias des informations précises et à jour sur l'E/MGF et en renforçant la capacité des journalistes de diffuser ces informations, on peut contribuer à l'abandon de la pratique (voir encadré 13). Cette expérience concorde avec les résultats d'une étude commanditée par l'UNICEF en Egypte, selon laquelle de nombreux journalistes ne traitent pas de la question de l'E/MGF en grande partie du fait d'un manque d'informations à cet égard.

La participation des leaders d'opinion, notamment des dirigeants traditionnels, des personnalités politiques, des chefs religieux et des intellectuels a contribué de façon importante à sensibiliser l'opinion publique et à stimuler le débat public. Au Sénégal, les parlementaires ne se sont pas contentés de voter une législation pour prévenir les pratiques traditionnelles nuisibles, ils ont aussi favorisé l'application de cette législation en se rendant dans les villages où le processus d'abandon est en cours et en exposant la situation juridique lors de réunions de plusieurs villages. Ils assistent régulièrement aux proclamations publiques et ont établi un partenariat avec d'autres parlementaires d'Afrique de l'Ouest pour collaborer à la mise en place de programmes efficaces. Sur le plan international, l'Union interparlementaire (UIP) a décidé en 2001 de développer une base de données en ligne sur l'E/MGF accessible à partir de son propre site Internet¹⁴ et de nommer une commission parlementaire spécialisée pour l'éradication de l'E/MGF. Lors de leur première réunion à Marrakech, au Maroc, en 2002, les membres de la commission ont défini les stratégies essentielles pour mettre fin à l'E/MGF, notamment des campagnes de sensibilisation devant être subventionnées par l'Etat, la collaboration avec les ONG à cet égard, l'introduction d'une législation spécifique et la mobilisation des médias.¹⁵

Dans les communautés où domine la conviction que l'E/MGF est requise par l'Islam, la participation des chefs religieux aux débats publics s'est révélée essentielle pour sensibiliser l'opinion, en dissociant

la pratique de toute considération religieuse et en créant une atmosphère favorable au changement. La conférence sub-régionale sur l'E/MGF, accueillie par le gouvernement de Djibouti en février 2005, a été marquée par deux jours de débats entre les chefs religieux de Djibouti et ceux des pays voisins sur les aspects théologiques de l'E/MGF. A la suite d'une discussion importante, le document final, la Déclaration de Djibouti, soutient que les allégations selon lesquelles le Coran exige l'E/MGF sont infondées et réaffirme que tous les types d'E/MGF sont en contradiction avec les préceptes religieux de l'Islam.

Intégrer l'abandon de l'E/MGF dans les programmes de l'Etat

La mise en place d'un environnement favorable à l'abandon de l'E/MGF nécessite, de la part des gouvernements, un engagement et des actions énergiques pour promouvoir l'égalité des droits entre les garçons et les filles et entre les hommes et les femmes. Pour cela il faut aussi aborder la question de l'E/MGF dans le cadre de programmes de développement visant à éradiquer la pauvreté, à créer des revenus, ainsi qu'à promouvoir l'éducation, l'égalité des sexes, la participation des filles et des femmes à la société et à la main-d'œuvre, la santé féminine, la maternité sans danger, et la prévention du VIH/SIDA.

Des représentants de professions diverses entrent en contact avec des filles et des femmes ayant subi une E/MGF. En Suisse, par exemple, une étude menée par le comité national de l'UNICEF en collaboration avec l'Institut de médecine sociale et préventive de l'université de Berne,¹⁶ a constaté que 61 pour cent des gynécologues,¹⁷ 38 pour cent des sages-femmes, 6,3 pour cent des pédiatres et 8 pour cent des centres sociaux avaient été confrontés à des cas d'E/MGF. L'étude a également mis en lumière une considérable demande d'information. Les personnels de toutes les professions considérées souhaitaient que la question soit intégrée dans la formation tant initiale que continue.

Les agents sanitaires ont un rôle important dans le traitement des complications liées à l'E/MGF de même que dans la promotion de l'abandon de la pratique. L'OMS, l'UNICEF et le FNUAP ont reconnu le rôle décisif des professionnels de la santé et ont déclaré prioritaire leur formation en matière de questions liées à l'E/MGF.¹⁸ La période prénatale, en particulier, est un moment opportun pour informer les femmes et autres membres de la famille sur les conséquences de la pratique sur la santé.¹⁹ En Suède, on conseille aux agents sanitaires d'entamer la discussion sur de l'E/MGF dès qu'un bébé considéré à risque est enregistré dans les services de santé. On recommande de soulever à nouveau la question lors de la visite médicale standard prévue lorsque l'enfant atteint cinq ans. Les agents sanitaires ont pour mission d'avertir les parents des risques entraînés par l'E/MGF et de les informer que la pratique est interdite par la législation suédoise.²⁰ Dans de nombreux pays, dont le Canada, le Danemark, l'Allemagne, l'Italie, la Suisse et le Royaume-Uni, les associations médicales ont proscrit toute participation

des médecins à la pratique de l'E/MGF au motif que c'est une violation de leur code de déontologie.

Les enseignants, que ce soit dans le contexte scolaire officiel ou non, peuvent contribuer à reconnaître les filles à risque et à débattre des questions relatives à l'E/MGF pendant les leçons de sciences naturelles, de biologie et d'hygiène, de même que pendant les leçons concernant l'éducation personnelle, sociale, de genre ou religieuse. Les infirmières, les sages-femmes et les médecins peuvent seconder et assister les enseignants dans ces activités.²¹ Quelquefois, les ONG sont les premières à s'engager dans cette direction. Au Sénégal, FAWE, une ONG qui s'emploie à faciliter l'accès des filles à l'éducation, a élaboré des manuels et des guides sur l'E/MGF à l'intention des enseignants et des élèves de quatrième et de troisième, et a organisé des séminaires sur l'E/MGF à l'intention des agents de formation et des enseignants.²²

Pour soutenir les efforts des Etats, l'ONG italienne AIDOS, grâce à des subventions de la Banque mondiale, a mis au point un prototype de manuel pour intégrer la question de l'E/MGF dans les projets de développement.²³ Ce manuel est destiné aux agents de formation collaborant avec les cadres administratifs et le personnel des ONG. Des versions locales du manuel seront publiées pour en amplifier la portée.

Coordonner les initiatives

Plusieurs pays dont le Burkina Faso, l'Egypte, la Norvège, le Sénégal, le Soudan et la Tanzanie, ont établi des plans d'action nationaux pour coordonner et appuyer les initiatives des organisations gouvernementales et non gouvernementales en faveur de l'abandon de l'E/MGF. Au Soudan, le plan d'action national contre l'E/MGF, approuvé par le ministère de la Santé en 2001, a établi des mécanismes à tous les niveaux pour mettre fin à l'E/MGF. Au niveau fédéral, un comité directeur assure la coordination entre les ministères, les réseaux des ONG et des groupes de la société civile. Au niveau des états, des conseils et des comités directeurs s'occupent de la question de l'E/MGF, tandis qu'au niveau des communautés, des organisations locales rassemblent des associations de femmes, des chefs religieux, des sages-femmes, des dirigeants locaux, ainsi que des enfants et des adolescents en vue de favoriser un changement des mentalités. Des campagnes médiatiques sont organisées au niveau fédéral et des états, tandis qu'au niveau des communautés, des émissions radiophoniques présentent des personnalités locales dans les langues locales.

La mise en place d'institutions administratives spécifiques et de mécanismes de coordination chargés de mener à bien les programmes de promotion de l'abandon de l'E/MGF, y compris dans le contexte plus général d'un programme global de droits des enfants, peut contribuer à traduire les projets en actions concertées. En Egypte, par exemple, ce rôle est rempli par le Conseil national de l'enfance et de la maternité avec le concours du PNUD et de l'UNICEF. Le Conseil, qui est l'organe national de plus haut niveau chargé des questions de l'enfance, élabore

Encadré 14 - La participation croissante des Nations Unies à l'effort de mettre fin à l'E/MGF et autres pratiques traditionnelles nuisibles

On a assisté à un engagement croissant au sein des Nations Unies à l'égard du problème de l'E/MGF. Cet engagement s'est traduit par un certain nombre de réalisations, notamment l'établissement d'un groupe de travail sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, qui a présenté un rapport à la Commission des droits de l'homme en 1986 ; la nomination d'un Rapporteur spécial sur les pratiques traditionnelles nuisibles par la Commission des droits de l'homme en 1988 ; l'adoption, par l'Assemblée générale, de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes en 1993, qui définit clairement l'E/MGF comme une forme de violence contre les femmes ; et la nomination du Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, en 1994. La même année, la sous-commission des Nations Unies pour la prévention de la discrimination et la protection des minorités a adopté un Plan d'action pour l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants.

En 1997 l'OMS, l'UNICEF et le UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population) ont émis une déclaration commune importante affirmant leur soutien aux programmes de prévention de la pratique des E/MGF, renforçant leur engagement d'appuyer l'action des gouvernements et des communautés pour promouvoir et protéger la santé et le développement des femmes et des enfants.²⁵ Cette déclaration commune est actuellement en révision et devrait être renouvelée à la fin de 2005 avec de nouveaux partenaires internationaux. Les Etudes du secrétaire général des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes et sur la violence à l'égard des enfants, qui doivent être soumises à l'Assemblée générale respectivement en 2005 et 2006, constituent également une occasion importante d'aborder la question de l'E/MGF.

des programmes, rédige des projets de loi et intègre les actions en faveur de l'enfance et de la maternité dans les plans quinquennaux du gouvernement. Il appuie les initiatives locales, et favorise le dialogue national sur l'E/MGF ainsi que les réformes juridiques et administratives.

Ces dernières années ont vu des progrès importants au niveau global vers la réalisation d'une structure opérationnelle commune pour mettre fin à l'E/MGF (encadré 14). Le sentiment d'entreprise collective est en partie renforcé par la tâche commune d'avancer vers les objectifs de développement du Millénaire. Le "Plan de campagne pour la mise en oeuvre de la Déclaration du Millénaire" de l'ONU (2001) fait spécifiquement référence aux "pratiques traditionnelles nuisibles telles que les mutilations génitales féminines" dans le cadre de la lutte contre toute forme de violence à l'égard des femmes.²⁴ En même temps, *Un monde digne des enfants*, le document final approuvé par la session spéciale de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée aux enfants en 2002, demande spécifiquement l'abandon de telles pratiques. De façon plus générale, les objectifs du Millénaire et *Un monde digne des enfants* visent l'accès universel à l'éducation élémentaire pour les filles et les garçons. L'éducation est un des meilleurs moyens de vaincre la discrimination, d'augmenter le pouvoir des filles et des femmes et de produire des sociétés basées sur les principes des droits humains. Concrètement, il devient manifeste que les filles qui ont reçu un certain niveau d'instruction sont moins susceptibles de faire exciser leurs propres filles que les femmes guère ou pas du tout instruites.

Les institutions des Nations Unies coordonnent également de plus en plus les politiques et les actions avec les donateurs bilatéraux. Depuis 2001, le groupe de travail des donateurs sur les mutilations génitales féminines, composé d'institutions des

Nations Unies, de la Banque mondiale, de gouvernements et de fondations, s'est retrouvé régulièrement pour faire le point sur les programmes et augmenter leur efficacité en tant que bailleurs de fonds.²⁶

Les ONG jouent un rôle essentiel pour stimuler l'engagement national et international à mettre fin à la pratique de l'E/MGF. Au niveau régional, le Comité inter-africain contre les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CIAF) a été le premier réseau non gouvernemental à oeuvrer pour l'abandon de l'E/MGF en Afrique. Il agit par l'intermédiaire de comités nationaux dans tous les pays africains où est pratiquée l'E/MGF, et fait un travail de sensibilisation et de propagande, d'évaluation des lois et des programmes en la matière, de formation et de mise en valeur du potentiel. Au-delà de l'Afrique, le Réseau européen pour la prévention de l'E/MGF (Euronet-FGM) s'emploie à améliorer les conditions de santé des femmes immigrées en Europe et à prévenir les pratiques traditionnelles nuisibles affectant la santé des femmes et des enfants, en particulier l'E/MGF.

La campagne STOP MGF vise à créer et à promouvoir dans le public un courant d'opinion favorable à l'abandon de l'E/MGF, en Afrique comme dans les pays d'Europe, et à encourager les initiatives au niveau national et international. La campagne, lancée en 2002, est coordonnée par l'ONG italienne AIDOS en collaboration avec No Peace Without Justice et diverses ONG africaines.

Ces dernières années ont vu s'amplifier le mouvement pour mettre fin à l'E/MGF, et de nouveaux acteurs, dont les gouvernements italien²⁷ et japonais²⁸, sont intervenus énergiquement pour faire avancer les choses. Compte tenu des progrès accomplis pour comprendre le phénomène de l'E/MGF, et des indications encourageantes selon lesquelles les bons résultats obtenus au niveau des communautés

Notes

- 1 Rahman, Anika et NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londres.
- 2 Dans ce cas, un ordre présidentiel. Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, pp. 257-71.
- 3 Rahman, Anika et NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books; Londres.
- 4 A un taux de change de 487.300 CFA Fr: 1 US \$.
- 5 Les chiffres se réfèrent à l'UE avant l'élargissement en 2004. Eurostat, *New Asylum Applications EU by Main Group of Citizenship*, janvier – septembre 2003.
- 6 Pour plus de détails sur la législation pertinente dans 15 Etats de l'Union européenne, voir Leye, Els et Jessika Deblonde (2004), *Legislation in Europe Regarding Female Genital Mutilation and the Implementation of the Law in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK*, Centre international de santé génésique, Gand.
- 7 Trechsel, Stefan et Schlauri, Regula (2005), "Les mutilations génitales féminines en Suisse. Expertise juridique. Edité par le Comité Suisse pour l'UNICEF.
- 8 Rahman, Anika et NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londres.
- 9 Comores, Djibouti, Lesotho, Libye, Maurice, Namibie, Nigeria, Rwanda, Sénégal, et Afrique du Sud.
- 10 Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, Résolution 1247 (2001), Mutilations génitales féminines, para. 11. Dans cette Résolution, l'Assemblée parlementaire invite les gouvernements, *inter alia*: "i. à introduire une législation spécifique qui interdise les mutilations génitales et les reconnaisse comme étant une violation des droits de la personne humaine et une atteinte à son intégrité; ii. à prendre des mesures visant à informer de ces interdictions toutes les personnes avant leur entrée dans un Etat membre du Conseil de l'Europe; iii. à adopter des mesures plus souples pour accorder le droit d'asile aux mères et à leurs enfants qui craignent de subir ce genre de pratique; [...] v. à réprimer et poursuivre les auteurs et les complices, y compris les parents et le personnel de santé, sur la base d'une incrimination pour violence entraînant une mutilation, y compris pour celles pratiquées à l'étranger [...]"
- 11 Résolution du Parlement européen sur les mutilations génitales féminines (2001/2035(INI)), para. 7.
- 12 Pour plus de détails voir *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, actes de la Consultation africaine d'experts, Le Caire, Egypte, 21-23 juin 2003, Non c'è pace senza giustizia, special supplement to periodical 1/2004.
- 13 Données UNICEF (2004), "Tanzania FGM/C country sheet", d'après l'Enquête démographique et sanitaire de 1996 en Tanzanie. Fiche disponible à : www.childinfo.org/areas/fgmc/profiles/Tanzania%20FGM%20profile.pdf
- 14 Voir www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov.htm, en date du 5.5.2005.
- 15 Conjointement avec l'UNICEF, l'UIP a également élaboré un manuel de protection des enfants à l'intention des parlementaires, lequel comprend des informations de base sur l'E/MGF, les principales normes internationales en la matière et les principaux objectifs et stratégies définis par le groupe de l'UIP. Voir O'Donnell, Dan (2004), *Child Protection. A handbook for parliamentarians*, IPU/UNICEF, Suisse.
- 16 Edité par le comité suisse de l'UNICEF, "Les Mutilations Génitales Féminines en Suisse. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses." Zurich 2004. L'enquête a bénéficié du soutien du professeur Patrick Hohlfeld, ancien président de l'Association suisse de gynécologie.
- 17 En ce qui concerne les gynécologues, cela représente une augmentation de 10 pour cent par rapport à l'enquête menée par UNICEF Suisse en 2001. Jäger, Fabienne, Sylvie Schulze et Patrick Hohlfeld (2002), "Female Genital Mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists," *Swiss Medical Weekly*, 132, 2002, pp 259-64.
- 18 OMS/FNUAP/UNICEF (1997), *Mutilations génitales féminines. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 19 OMS (2001), *FGM. Integrating the Prevention and Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery. A Teacher's Guide*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- 20 Rahman, Anika et NahidToubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londres
- 21 OMS (2001), "Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation", rapport de la consultation technique de l'OMS, Genève, 15-17 octobre 1997.
- 22 UNICEF (2004), "Rapport de la réunion inter-pays sur les mutilations génitales féminines et pratiques néfastes", Dakar, Sénégal 22-24 septembre 2004.
- 23 Le manuel, établi par AIDOS s'intitule "Mainstreaming the Fight Against FGM/C"
- 24 Secrétaire général des Nations Unies, (2001) "Plan de campagne pour la mise en oeuvre de la Déclaration du Millénaire. Rapport du Secrétaire général ", A/56/326, 6 décembre 2001, para. 209.
- 25 Organisation mondiale de la santé, Mutilations génitales féminines: Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP, 1997.
- 26 Depuis mars 2005, les membres comprennent le FNUAP, l'UNICEF (Secrétariat de coordination), l'UNIFEM, l'OMS, la Banque mondiale, l'USAID, la GTZ, la Coopération Hollandaise, la Fondation Ford, le Wallace Global Fund et la Public Welfare Foundation. Le nombre d'adhésions augmente chaque année.
- 27 En juin 2004, le gouvernement italien a octroyé 1,8 millions d'euros pour soutenir le travail de l'UNICEF et des ONG internationales et nationales en faveur de l'abandon de l'E/MGF dans 8 pays d'Afrique et du Moyen-Orient.
- 28 En août 2003, le gouvernement japonais s'est associé au gouvernement du Soudan et à l'UNICEF pour organiser un symposium régional sur l'abandon de l'E/MGF pour garantir une maternité sans danger, à Khartoum. Le symposium a permis une meilleure appréhension de l'E/MGF parmi différents secteurs du gouvernement et dans la société civile dans son ensemble, et a renforcé la volonté politique du Soudan de mettre fin à la pratique.

7

CONCLUSION

L'excision/mutilation génitale féminine s'est perpétuée de génération en génération du fait d'une dynamique sociale qui permet difficilement aux familles individuelles ainsi qu'aux filles et aux femmes en tant qu'individus de renoncer à la pratique. Même lorsque les familles sont conscientes des conséquences néfastes de l'intervention, elles continuent d'y soumettre leurs filles car cela est considéré par la communauté comme partie intégrante de toute bonne éducation, nécessaire pour protéger l'honneur des filles et le statut social de toute leur famille. Qui ne se conforme pas à la tradition condamne toute la famille à la honte et à la désapprobation et empêche l'intéressée de devenir un membre reconnu et à part entière de la communauté.

Ce *Digest* démontre qu'il est possible de changer les choses. Les attitudes sociétales ne sont pas immuables et certaines communautés choisissent de renoncer à cette pratique nuisible. Les éléments clés pour le revirement des communautés sont de plus en plus évidents.

Les méthodes les plus efficaces sont celles qui procurent aux communautés le soutien nécessaire pour qu'elles définissent elles-mêmes les problèmes et leurs solutions, de sorte qu'elles ne se sentent ni contraintes ni jugées. Ces méthodes incitent également les communautés qui ont pris la décision d'abandonner la pratique à proclamer publiquement leur choix et à essayer de gagner leurs voisins à leur cause. On a constaté que les approches basées sur les principes des droits humains sont les plus susceptibles de promouvoir l'abandon de l'E/MGF parmi les

communautés. Plutôt que d'aborder la question de l'E/MGF isolément, ces méthodes misent sur l'exploitation des capacités des personnes, et en particulier des femmes et des filles, de promouvoir et sauvegarder leurs propres droits humains. Enfin, les communautés ont besoin de soutien pour que l'E/MGF soit abandonné à grande échelle. Elles ont besoin de la collaboration des chefs traditionnels et religieux ainsi que de celle des législateurs et des décideurs politiques ; elles ont également besoin de forums de discussion publique et de messages médiatiques qui allient précision et sensibilité culturelle.

L'heure est arrivée de déclencher un mouvement mondial en faveur d'un changement positif et durable. La CEDEF et la CDE constituent des normes internationales fondamentales pour donner forme à des politiques et des programmes visant l'abandon de l'E/MGF et autres pratiques traditionnelles nuisibles. Les initiatives régionales s'appuient sur un mouvement croissant en faveur de l'abandon de la pratique. En Afrique, la ratification du Protocole de Maputo à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples réaffirme l'engagement des Etats à promouvoir et à protéger les droits humains des femmes et des enfants.

L'abandon de l'E/MGF est une réalité en marche. On dispose aujourd'hui des connaissances basiques sur la meilleure façon de soutenir les communautés à y mettre fin. Ce savoir peut être mis en pratique à grande échelle, sur le plan national et international. Avec le soutien de tous, il est possible d'envisager que l'E/MGF soit abandonné par les communautés

المخزن





Liens

Cette section contient des informations sur un certain nombre d'institutions des Nations Unies, d'organisations internationales et d'ONG auxquelles il est fait référence dans le présent *Digest*, et indique en outre d'autres ressources Internet en matière de droits humains. Ces points de contact devraient servir de liens vers d'autres types d'organisations, notamment les ONG nationales et locales, les organisations professionnelles et les associations locales, les instituts universitaires et autres ainsi que les institutions publiques dont le travail se rapporte également au sujet traité ici. La liste ne prétend pas être exhaustive ni établir un ordre de priorité ou de rang parmi les organisations énumérées.

INSTITUTIONS SPECIALISEES DES NATIONS UNIES ET AUTRES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Union interparlementaire (UIP)

5, chemin du Pommier
Case postale 330
CH-1218 Le Grand-Saconnex /
Genève
Suisse
Tél.: (4122) 919 41 50
Fax: (4122) 919 41 60

L'Union interparlementaire est l'organisation internationale des Parlements des Etats souverains. Foyer de la concertation interparlementaire à l'échelle mondiale, l'UIP oeuvre en vue de la paix et de la coopération entre les peuples et en vue de la consolidation de la démocratie représentative. A ces fins, elle favorise les contacts, la coordination et l'échange d'expériences entre les Parlements et les parlementaires de tous les pays; examine les questions d'intérêt international et contribue à la défense et à la promotion des droits humains. Plus de 130 Parlements nationaux sont actuellement membres de l'UIP.

Site Internet
[:www.ipu.org/english/home.htm](http://www.ipu.org/english/home.htm)

UNICEF/MENA/2004/1288/Ellen Gruenbaum

Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM)

304 East 45th Street, 15th floor
New York, NY 10017
USA

Tél.: +1 212 906 6400

Fax: +1 212 906 6705

UNIFEM est le Fonds des Nations Unies pour la femme. Il fournit une assistance financière et technique aux politiques et stratégies novatrices qui favorisent les droits humains, la participation politique et la sécurité économique des femmes. Les stratégies visent entre autres à renforcer la capacité de mobilisation des organisations nationales et régionales des femmes, à augmenter l'accès et le recours des femmes aux mécanismes internationaux en matière de droits humains, et à intégrer la question dans les activités du système des Nations Unies.

Site Internet: www.unifem.org

Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH)

8-14 Avenue de la Paix
1211 Genève 10
Suisse

Tél.: +41 22 917-9000

Fax: +41 22 917 9016

Le HCDH joue un rôle essentiel dans la coordination des questions relevant des droits humains et met en relief l'importance des droits humains aux niveaux international et national. Il s'emploie en faveur de la coopération internationale en matière de droits humains, entreprend des actions préventives sur ce plan et mène des activités et des opérations pertinentes sur le terrain. Le site Internet permet l'accès à tous les commentaires formulés par le Comité des droits de l'enfant à propos des rapports des Etats parties.

Site Internet: www.unhchr.ch

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)

220 East 42 Street
New York, NY 10017
USA

Tél.: +1 212 297 5020

Fax: +1 212 557 6416

Le UNFPA collabore avec les gouvernements et les organisations non gouvernementales dans plus de 140 pays. Il vise à garantir l'accès universel aux soins de santé génésique, y compris la planification familiale et l'hygiène sexuelle, à soutenir les stratégies en matière de population et de développement permettant un renforcement des capacités sur le plan de la programmation démographique, et à contribuer à une sensibilisation sur les questions de population et de développement.

Site Internet: www.unfpa.org

Banque mondiale

1818 H Street, N.W.
Washington, DC 20433
USA

Tél.: +202 473 1000

Fax: +202 477 6391

La mission du Groupe de la Banque mondiale consiste à lutter contre la pauvreté et à améliorer le niveau de vie des gens dans les pays en développement. Il s'agit d'une banque de développement qui fournit des prêts, des conseils stratégiques, une assistance technique ainsi que des connaissances aux pays à bas ou à moyen revenu en vue de réduire la pauvreté. La Banque favorise la croissance pour créer des emplois et permettre aux pauvres de bénéficier des possibilités offertes.

Site Internet: www.worldbank.org

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse

Tél.: + 41 22 791 21 11

Fax: + 41 22 791 3111

L'OMS fournit une orientation à l'échelle mondiale dans le domaine de la santé, établit des normes globales de santé, coopère avec les gouvernements en vue de renforcer les programmes sanitaires et développe une technologie, des informations et des normes sanitaires appropriées. Au sein de l'OMS, le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP)

réunit prestataires de soins de santé, décideurs, scientifiques, médecins hospitaliers ainsi que représentants des consommateurs et de la communauté dans le but d'identifier et d'aborder les questions prioritaires pour la recherche visant à améliorer la santé sexuelle et génésique.

Site Internet: www.who.int

INSTITUTS DE RECHERCHE, RESEAUX, ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET INSTITUTIONS NATIONALES

Centre pour l'éducation, le développement et les activités en matière de population (CEDPA)

1400 16th Street, NW, Suite 100
Washington, DC 20036
USA

Tél.: +1 202 667 1142

Fax: +1 202 332 4496

Le CEDPA s'emploie à améliorer la vie des femmes et des filles dans le monde entier et considère l'égalité des genres comme essentielle pour le développement, la démocratie et le progrès global. L'approche du CEDPA est ancrée dans son engagement en faveur d'un plus vaste développement social et économique et d'un renforcement du rôle décisif des femmes à cet égard. Le CEDPA oeuvre pour assurer aux femmes les ressources, les instruments et les moyens qui leur permettent d'influencer leur contexte social, culturel et politique. Ses programmes sont centrés sur l'éducation des filles et sur le développement des jeunes, sur le genre et la gouvernance ainsi que sur la santé reproductive et le VIH/SIDA.

Site Internet: www.cedpa.org

Organisation évangéliste copte pour le service social (CEOSS)

P.O. Box 162-11811 El Panorama,
Le Caire,

Egypte

Tél.: +202 6221425/6/7/8

Fax: +202 6221434

CEOSS est l'une des plus vastes organisations en matière de déve-

loppement de l'Égypte, offrant aux communautés pauvres des approches intégrées dans les domaines du développement économique, agricole et environnemental, des soins sanitaires et de l'éducation. CEOSS, qui encourage musulmans et chrétiens à collaborer pour atteindre des objectifs communs, joue un rôle de premier plan dans le développement des communautés locales et sert de catalyseur pour la coopération et le renforcement des capacités parmi d'autres organisations de la société civile.

Website: www.ceoss.org.eg

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

Postfach 5180,
65726 Eschborn,
Allemagne
Tél.: +49 6196 790
Fax: +49 6196 791115

La GTZ (Agence gouvernementale de coopération technique) agit dans le cadre de la coopération internationale en faveur d'un développement durable et oeuvre dans le monde entier. Elle cherche à fournir des solutions viables en ce qui concerne le développement politique, économique, écologique et social dans un monde globalisé. Toutes les activités sont orientées vers l'amélioration des conditions de vie et des perspectives des populations sur une base durable. La GTZ couvre une vaste gamme de sujets spécialisés, y compris des thèmes intersectoriels comme le genre.

Website: www.gtz.de

Réseau européen pour la prévention des pratiques traditionnelles néfastes, en particulier des MGF (Euronet FGM)

c/o Amazone,
Middaglijnstraat 10-14,
B-1210 Bruxelles,
Belgique
Tél.: +32 (0)495 99 24 27/ +32 9
240 35 64

L'Euronet FGM, créé en 1998 dans le cadre d'un projet financé par la Commission européenne, a été par la suite renforcé au cours des réunions successives des organi-

sations participantes. L'adhésion au réseau présuppose avant tout la gestion de la part d'une organisation d'un projet pertinent dans un contexte européen. Les objectifs d'Euronet FGM consistent à abolir l'E/MGF par la voie d'une solution globale, à promouvoir l'échange d'informations, à partager les connaissances et les expériences, à créer et à maintenir des liens entre le Comité interafricain et les autres organisations.

Réseau INTACT

Le réseau qui réunit des chercheurs, des universitaires et des militants qui utilisent une approche scientifique à l'égard de la pratique, a été créé à l'initiative du Conseil de population en 2002. Le site Internet d'INTACT facilite la communication au sein du réseau et sert de forum pour l'interaction entre les membres et le public intéressé.

Site Internet: www.intact-network.net

Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CIAF)

P.O.Box 3001
Addis Abeba
Ethiopie
Tél.: +251 1 51 57 93
Fax: +251 1 51 57 93

Le CIAF vise l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes, dont l'E/MGF, en organisant des réseaux et des ateliers et en procédant à une mobilisation et à une sensibilisation aux niveaux régional, national et international. Il collabore avec les gouvernements, les ONG, les instituts de recherche, les organisations de femmes et de jeunes, les écoles, les universités, les syndicats, les instituts religieux et les institutions des Nations Unies. Le CIAF a procédé à une évaluation des politiques, lois et programmes nationaux qui visent l'intégrité physique des femmes et des jeunes filles. Il a en outre contribué à la création de réseaux nationaux et internationaux et a favorisé le renforcement des capacités du personnel des comités nationaux et d'autres organisations.

Site Internet: www.iac-ciaf.ch

Centre international de santé génésique (ICRH)

ICRH - University Hospital Ghent
De Pintelaan 185 4K3 Gand –
9000

Belgique
Tél.: +32 (9) 240 3564
Fax: +32 (9) 240 3867

L'ICRH a été créé en 1994 au sein de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Gand. Sa philosophie-clef consiste en la reconnaissance de la santé génésique comme un droit humain fondamental. En tant que groupe universitaire l'ICRH se concentre sur la recherche, la formation et les interventions à l'intérieur du vaste domaine de la santé génésique. Il a également facilité un grand nombre d'ateliers et de sessions de formation qui ont contribué au développement du Réseau européen pour la prévention des MGF.

Site Internet: www.icrh.org

Association italienne pour la participation des femmes au développement (AIDOS)

30, Via dei Giubbonari
00186 Rome
Italie
Tél.: +39 06 687 3214
Fax: +39 06 687 2549

En collaboration avec des partenaires locaux, AIDOS mène des projets démonstratifs visant à identifier les besoins spécifiques des femmes et à développer des stratégies appropriées pour y répondre. En s'appuyant sur des activités de mobilisation et d'information, les projets cherchent en outre à influencer les politiques gouvernementales et à améliorer les conditions de vie des populations dans les régions où AIDOS opère. Cette approche vise à assurer la durabilité de l'action après le retrait des donateurs et l'achèvement du projet initial. Parmi les activités d'AIDOS figure le soutien des programmes portant sur l'élimination de la violence liée au genre et l'abandon de l'E/MGF en Afrique et en Europe.

Site Internet: www.aidos.it

Maendeleo Ya Wanawake (MYWO)

P.O. Box 44412,
Nairobi
Kenya
Tél.: +254 2 222095

Maendeleo Ya Wanawake ("Women's Progress") vise à améliorer les conditions de vie des femmes au Kenya et à favoriser leur émancipation. Parmi ses domaines d'activité figurent la santé génésique et l'E/MGF.

Conseil national pour l'enfance et la maternité, Egypte (NCCM)

Kornish El Nile - Al Maadi Cairo
P.O. Box 11 Misr Al Kadima
Le Caire
Egypte
Tél.: +20 2 524-0288
Fax: +20 2 524-0701

Le NCCM est une organisation gouvernementale chargée de proposer des stratégies et des politiques générales dans le domaine de l'enfance et de la maternité et d'élaborer un plan global dans le cadre du plan national général de l'Egypte. Le Conseil collabore avec les organismes gouvernementaux et les ONG qui opèrent dans le domaine de l'enfance et de la maternité aux niveaux régional et international.

Site Internet:
www.sis.gov.eg/women/child/html/mother1.htm

No Peace without Justice (NPWJ)

Via di Torre Argentina 76,
Rome 00186,
Italie
Tél.: +39 06 6880 3613
Fax: +39 06 6880 3609

NPWJ est un comité international de parlementaires, de maires et de citoyens, dont l'objectif consiste à établir un système efficace de justice internationale. NPWJ milite également activement en faveur de l'élimination de l'E/MGF et a, à cet effet, organisé plusieurs conférences internationales et régionales importantes.

Site Internet: www.npwj.org

Pharos

Herenstraat 35,
Postbus 13318,
3507 LH Utrecht,
Pays-Bas
Tél.: +30 234 9800
Fax: +30 236 4560

Pharos est un service national de diffusion des connaissances centré sur le développement, l'approfondissement et la transmission des connaissances dans le domaine de la santé et des soins sanitaires en ce qui concerne les réfugiés et les demandeurs d'asile aux Pays-Bas.

Site Internet: www.pharos.nl

Conseil de population

1 Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017
USA
Tél.: +1 212 339 0500
Fax: +1 212 755 6052

Le Conseil se consacre à l'étude d'un grand nombre de questions relatives à la population: enquêtes démographiques, recherche, assistance technique, et développement de nouveaux moyens contraceptifs. De plus il contribue à améliorer la capacité de recherche des scientifiques concernés par la procréation et la démographie dans les pays en développement, en offrant des subventions et des bourses et en soutenant les centres de recherche. Le Conseil s'intéresse aussi particulièrement à la santé génésique et au bien-être du milliard d'adolescents des pays en développement.

Site Internet:
www.popcouncil.org

Public Welfare Foundation

1200 U Street, NW
Washington, DC 20009-4443
USA
Tél.: +1 202 965 1800
Fax: +1 202 265 8851

Cette Fondation est un organisme non gouvernemental qui s'occupe de la subvention des organisations qui fournissent des services aux populations désavantagées et se consacrent aux améliorations durables en ce qui concerne la prestation de services répondant aux besoins humanitaires de base. Les efforts

internationaux tendant à éliminer la pratique des mutilations génitales féminines ont bénéficié du soutien de la Fondation dans des pays comme la Gambie.

Site Internet:
www.publicwelfare.org

RAINBO (Réseau de recherche, d'action et d'information pour l'intégrité corporelle des femmes)

Suite 5A, Queens Studios
121 Salisbury Road
Londres NW6 6RG
Royaume-Uni
Tél.: +44 20 7625 3400
Fax: +44 20 7625 2999

RAINBO est une organisation internationale non gouvernementale, sous direction africaine, qui se consacre aux questions de l'émancipation des femmes, au genre, à la santé génésique, à l'autonomie de genre et à la mise à l'abri de toute violence comme composantes centrales du Programme africain en matière de développement. RAINBO vise en particulier un renforcement des efforts globaux pour éliminer la pratique de l'E/MGF en favorisant l'auto-émancipation des femmes et l'accélération du changement social.

Site Internet: www.rainbo.org

Campagne "STOP-MGF"

Lancée en 2002 par AIDOS en collaboration avec *No Peace Without Justice* et un certain nombre d'ONG africaines, dont TAMWA, la campagne contribue à la constitution d'un front international d'acteurs promouvant l'abandon de l'E/MGF. La création d'un portail sur le web en anglais, français et arabe a été cruciale pour engendrer une meilleure compréhension et un consensus à cet égard. Ce portail sert à documenter, à analyser et à diffuser les informations en matière d'E/MGF, ainsi qu'à promouvoir une bonne pratique pour son abandon et à constituer un forum pour l'interaction entre les différents acteurs. En outre, le portail fournit un soutien et des informations aux associations médiatiques dans les pays où est pratiquée l'E/MGF.

Website: www.stopfgm.org

Tanzanian Media Women's Association (TAMWA)

Mkunguni Street,
P.O.Box 8981
Dar es Salaam,
Tanzanie
Tél.: +255-22-2115-278
Fax: +255-22-2115-278

TAMWA utilise les médias pour parvenir à un changement culturel, politique et juridique en vue de la promotion des droits humains des femmes et des enfants. Par son travail TAMWA sensibilise et provoque un débat sur une gamme de questions en rapport avec la violence liée au genre, y compris la violence domestique, la violence sexuelle et l'E/MGF.

Site Internet: www.tamwa.or.tz

Tostan

BP 326, Thiès
Sénégal
Tél.: +221 951 10 51
Fax: +221 951 3427

Tostan s'emploie à renforcer la capacité des communautés africaines à s'occuper de leur propre développement, en élaborant et mettant en oeuvre un programme participatif non formel d'éducation dans les langues nationales. Tostan inculque aux élèves les connaissances et les compétences leur permettant de devenir des acteurs efficaces dans le processus de transformation sociale et de développement économique de leur communauté. Un enseignement de qualité, une éducation intégrée et des activités de développement basées sur les principes des droits humains fournissent aux communautés les instruments nécessaires pour diriger leur propre transformation sociale et économique.

Site Internet: www.tostan.org

Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID)

Ronald Reagan Building
Washington, D.C. 20523-1000
USA
Tél: +1 202 712 4810
Fax: +1 202 216-3524

USAID s'emploie en faveur d'une croissance économique équitable et à long terme et fait avancer la réalisation des objectifs de la politique étrangère américaine en promouvant la croissance économique, l'agriculture et les échanges, la santé et la démocratie au niveau mondial, la prévention des conflits et l'assistance humanitaire. Les activités en rapport avec l'E/MGF s'insèrent dans son objectif consistant à améliorer la santé dans le monde.

Site Internet: www.usaid.gov

Wallace Global Fund

1990 M Street, NW, Suite 250
Washington, DC 20036
USA
Tél: +1 202 452 1530
Fax: +1 202 452 0922

La mission du Fonds consiste à former des citoyens instruits et responsables, à combattre l'injustice et à protéger la diversité de la nature et les systèmes naturels dont toute vie dépend. Dans le domaine des droits humains de la femme, le Fonds soutient les initiatives à fort effet de levier, susceptibles d'avoir un impact global.

Website: www.wgf.org

AUTRES RESSOURCES WEB

www.crin.org

CRIN est un réseau mondial qui diffuse des informations sur la Convention relative aux droits de l'enfant et sur les droits de l'enfant parmi les organisations non gouvernementales, les organismes des Nations Unies, les organisations intergouvernementales, les institutions d'éducation et autres experts en la matière. Le réseau est soutenu et subventionné par l'UNICEF, Radda Barnen, Save the Children UK et l'Alliance internationale Save the Children. Son site Internet permet d'accéder à un vaste éventail d'informations, de ressources et de publications.

www.eldis.org

Eldis fournit de nombreux liens permettant l'accès en ligne aux

informations en matière de développement dans des domaines tels que l'environnement, l'agriculture, les catastrophes naturelles, les droits humains, les droits civils et la population. Eldis donne en outre la possibilité d'accéder à des informations statistiques, aux principales organisations internationales, à des institutions de recherche ainsi qu'à des informations et des bases de données bibliographiques.

www.hri.ca

Human Rights Internet (HRI) contribue au renforcement des capacités des militants et des organisations en matière de droits humains ainsi qu'à l'information des organismes gouvernementaux et intergouvernementaux, des fonctionnaires et d'autres acteurs sur les questions des droits humains et le rôle de la société civile. HRI possède un programme relatif aux droits de l'enfant, qui met en lumière des domaines tels que les droits civils et la protection juridique.

www.umn.edu/humanrts/index.html

La Bibliothèque des droits humains de l'université du Minnesota, développée par le Centre de droits humains de l'université, permet d'accéder en ligne à plus de 7.200 documents et autres matériels portant sur les droits humains. Parmi ceux-ci figurent des traités et d'autres instruments internationaux, du matériel régional, des bibliographies et des guides de recherche, des sources concernant les réfugiés et les demandeurs d'asile, ainsi que des liens vers plus de 3.000 autres sites. On y trouve en outre un moteur de recherche capable de localiser des documents sur des sites multiples en matière de droits humains.

La pratique de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) viole chaque année les droits humains d'environ trois millions de filles et de femmes rien qu'en Afrique et au Moyen-Orient. De plus, du fait des migrations croissantes, le problème est apparu de plus en plus au-delà des pays où l'E/MGF fait partie de la tradition. Malgré les efforts déployés au cours des dernières décennies pour lutter de façon concertée contre la pratique, les communautés sont réticentes à l'abandonner – avec quelques exceptions significatives. Ce *Digest Innocenti* répond à la pressante nécessité d'évaluer les progrès accomplis, de déterminer les mesures les plus efficaces, et de fournir des informations sur les meilleures stratégies pour mettre fin à l'E/MGF. Alliant les connaissances tirées de l'expérience de terrain à des théories scientifiques éprouvées, le *Digest* constitue un instrument pratique pour changer de façon positive la vie des filles et des femmes.

**Pour chaque enfant
Santé, Éducation, Égalité, Protection
FAISONS AVANCER L'HUMANITÉ**

UNICEF Innocenti Research Centre
Piazza SS. Annunziata 12
50122 Florence, Italie
Tél: (+39) 055 20 330
Fax: (+39) 055 2033 220
E-mail (informations générales) : florence@unicef.org
E-mail (commande de publications) : florenceorders@unicef.org
Site internet: www.unicef-irc.org

ISBN: 88-89129-30-1
ISSN: 1028-3528

Réimpression Mai 2008

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance