

Que sont les MGF ? Où et pourquoi sont-elles pratiquées ?

Intervention Fabienne Richard

Sage-femme, MSc, PhD, directrice du GAMS Belgique et chercheuse invitée à l'Institut de Médecine Tropicale D'Anvers

Définition et classification des MGF

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques. Les mutilations ont été classées par l'OMS en quatre types (WHO 2008).

Encadré 1. Types de mutilations génitales féminines

*Le **type 1** ou clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris ou du capuchon du clitoris.*

*Le **type 2** ou excision concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.*

*Le **type 3** ou infibulation est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.*

*Le **type 4** comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.*

Le type de mutilation pratiquée varie selon le pays et l'ethnie d'origine.

Selon la dernière étude de l'UNICEF (2013), plus d'une fille sur cinq a subi une mutilation de type III (infibulation) à Djibouti, en Erythrée, au Niger, au Sénégal et en Somalie.

Prévalence et distribution géographique

Plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient ont subi une forme de mutilation génitale : clitoridectomie, excision ou infibulation. Trente millions d'autres filles risquent d'en être victimes au cours des dix prochaines années (UNICEF 2013).

Ces pratiques sont également présentes à un degré moindre dans d'autres parties du monde (Asie et Amérique Latine) mais on ignore le nombre exact de filles et de femmes concernées faute d'études nationales.

En Afrique et au Moyen-Orient, la prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région de résidence en sont les facteurs déterminants.

Pour les familles établies en Europe, la pratique continue, dans des proportions moindres, lors de vacances dans le pays d'origine ou sur le territoire du pays d'accueil.

Figure 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines (types 1, 2 et 3) en Afrique et au Moyen-Orient (DHS/MICS disponibles au 23/12/2013) :

Circonstances dans lesquelles se pratiquent les MGF

L'âge auquel les mutilations génitales féminines sont pratiquées dépend du groupe ethnique et peut aller des premiers jours après la naissance jusqu'à l'âge adulte. Dans la moitié des pays disposant de données nationales, la majorité des filles sont excisées avant l'âge de 5 ans. En Egypte, en République centrafricaine, en Somalie et au Tchad, au moins 80% des filles sont excisées entre 5 et 14 ans (UNICEF 2013).

La majorité des excisions sont faites par des exciseuses traditionnelles : au Sénégal, l'excision est l'affaire de femmes appartenant à la caste des forgerons (les « forgeronnes »). Dans d'autres cas, une matrone ou une accoucheuse traditionnelle exerce cette fonction d'exciseuse. La place de l'homme dans l'opération diffère en fonction des régions. Même s'il en est l'instigateur, il a rarement un rôle actif. En Egypte et au Nigeria, l'homme (par exemple le barbier) peut se charger de la mutilation.

Personne n'explique à l'enfant ou à l'adolescente ce qu'elle va endurer. Le plus souvent, la mutilation se fait sans la moindre anesthésie. La fillette ou la jeune fille est maintenue par des proches. On se sert d'instruments grossiers : couteau, lame de rasoir, morceau de verre, etc. Une infibulation peut prendre 15 à 20 minutes. Dans le cas d'une infibulation, la

plaie est recousue à vif avec du gros fil non stérile. En Somalie, des épines d'acacia maintiennent les moignons des grandes lèvres au contact l'une de l'autre. Des cataplasmes (cendres, terre, jaune d'œuf, herbes, ...) sont appliqués ensuite afin de « favoriser la cicatrisation » et « d'éviter l'infection et l'hémorragie ». Pour obtenir la coalescence des grandes lèvres, les membres inférieurs de la fillette sont liés l'un à l'autre de façon à empêcher toute abduction des cuisses.

Dans certains pays, la mutilation a été « médicalisée » et est pratiquée par un médecin ou une infirmière, éventuellement en milieu hospitalier (WHO 2010). C'est le cas par exemple de l'Égypte où 77,4% des excisions chez les filles entre 0 et 17 ans sont pratiquées par du personnel médical selon l'enquête démographique et de santé de 2008. L'Égypte n'est pas isolée et des pays comme le Kenya ou le Soudan ont une proportion importante (plus de 40%) d'excisions pratiquées par des prestataires de santé (UNICEF 2013).

Raisons invoquées pour perpétuer la pratique

Plusieurs raisons sont invoquées par les populations concernées pour justifier ces pratiques, et maintes combinaisons sont possibles. Les raisons habituellement citées diffèrent selon les pays et les ethnies, mais aussi au sein d'une même ethnie, selon l'âge ou le sexe (Gillette-Frenoy 1992).

Le respect de la coutume ou de la tradition. C'est la réponse la plus fréquente à la question : pourquoi exciser ? C'est que cela s'est toujours fait, ça se fait, c'est tout. C'est naturel, c'est normal.

La cohésion sociale, l'intégration sociale : pour être comme tout le monde, ne pas être exclue.

Le mariage : une fille non excisée ne trouvera pas de mari. C'est avec le respect de la coutume, une des raisons les plus citées. Certaines filles sont ré-excisées avant le mariage si on s'aperçoit que cela n'a pas été bien fait ou dans le cas des infibulations, si la cicatrice s'est désunie spontanément. Certaines mères reconnaissent les dangers des MGF, mais avouent que le fait de ne pas pouvoir se marier dans leur société est pire que le risque d'avoir des complications suite aux MGF, et que c'est donc le meilleur choix qu'elles puissent faire pour leurs filles.

La virginité, la chasteté, la fidélité : les MGF sont vues comme un moyen de préserver l'honneur de la famille en prévenant tout désir sexuel et grossesse avant le mariage. Dans le cadre de mariages polygames, où le mari ne pourrait peut-être pas satisfaire l'ensemble de ses épouses et où la femme pourrait être frustrée et tentée d'avoir une relation hors mariage, les MGF sont vues comme un moyen de préserver l'honneur du mari.

La fécondité : il existe beaucoup de mythes autour de la fécondité. Ces pratiques sont censées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant. Ainsi certaines communautés pensent que le clitoris, s'il n'est pas coupé, atteindra la taille du pénis, ou que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait blesser l'homme pendant la pénétration (et le rendre impuissant ou stérile) ou empêcher le bon déroulement de l'accouchement.

La séduction, la beauté : en particulier dans les ethnies qui pratiquent l'infibulation, un sexe ouvert, béant est considéré comme laid. Un sexe cousu, fermé, épilé est perçu comme plus hygiénique et il est censé rendre la femme plus attrayante.

La pureté, la propreté : tant qu'une fille n'aura pas été excisée ou infibulée, elle sera considérée comme impure, sale et certaines choses, comme préparer le repas ou servir à manger, lui seront interdites.

La religion: la pratique des MGF est antérieure à l'avènement des religions monothéistes, et en particulier de l'Islam. Alors que, ni le Coran, ni aucun autre texte religieux ne prescrit

l'excision ou l'infibulation, certaines communautés la pratiquent en croyant qu'elle est exigée par la religion. Notons que les MGF perdurent parmi des communautés chrétiennes (catholiques, protestantes, coptes), juives d'Ethiopie (les Falachas) et animistes. Les diverses autorités religieuses diffèrent d'opinion : certaines les encouragent, d'autres les considèrent comme étrangères à la religion et, d'autres encore, luttent pour leur abolition. En ce qui concerne l'Islam, lors d'une réunion internationale à l'université d'al-Azhar au Caire en 2006, de hauts représentants sunnites se sont prononcés contre les MGF (fatwa déclarant que les MGF sont infondées en droit musulman) (Andro & Lesclingand 2007). Les MGF de type 1 sont souvent dénommées Sunna par les communautés musulmanes. Sunna représente pour l'Islam tout ce qui est bon pour Dieu, l'utilisation de ce terme pour parler de la clitoridectomie participe à la confusion et à l'idée que les MGF seraient une prescription de l'Islam.

Si le statut des exciseuses ne fait pas partie des justifications invoquées par la population, on peut toutefois le considérer comme un élément favorisant la continuité de ces pratiques. En effet, les mutilations génitales féminines sont une source de revenus et de reconnaissance sociale pour les exciseuses. Elles n'ont, dès lors, pas intérêt à arrêter la pratique.

Conséquences des mutilations génitales féminines

Complications immédiates

- Douleur très intense, accompagnée de peur, d'angoisse pouvant entraîner un état de choc
- Hémorragie risquant d'entraîner la mort
- Infection des plaies
- Rétention des urines
- Lésions des organes voisins.

Complications à long terme

- Dysménorrhée, infections génitales, stérilité
- Dyspareunie, troubles de la sexualité (pour les deux partenaires)
- Infections urinaires à répétition, dysurie, incontinence
- Douleurs au niveau de la cicatrice, kyste, abcès, neurinomes
- Problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement (travail bloqué, déchirures, fistules) en particulier pour les femmes infibulées

Conséquences psychologiques

Les mutilations sexuelles peuvent marquer une femme à vie. Les complications psychologiques peuvent être profondément enfouies dans le subconscient de l'enfant.

- Troubles du comportement
- Perte de confiance dans les êtres aimés (trahison parentale)
- Anxiété, angoisse

- Dépression.

Tous les types de mutilations vont entraîner des complications à des degrés divers. La mutilation de type 3 (infibulation) qui est la plus sévère en termes de tissu excisé et de rétrécissement de l'orifice vulvaire est aussi la plus sévère en termes de complications, en particulier au moment de l'accouchement. Au-delà des conséquences psychologiques et physiques les MGF entraînent également des coûts supplémentaires pour le système de santé qui doivent prendre en charge les complications comme le montre une étude récente de l'OMS (Adam 2010).

Qu'en est-il en Belgique ?

L'étude de prévalence coordonnée par l'IMT d'Anvers et soutenue par le SPF Santé publique (collaborations : ICRH, ISP, ONE, K&G, Fedasil, CGRA) montre qu'au 31 janvier 2012 on estimait à 48 092, le nombre de femmes et filles originaires d'un pays où l'excision est pratiquée. Parmi celles-ci, 13112 sont très probablement excisées et 4084 sont à risque de l'être (Dubourg & Richard 2014).

La Région flamande (6761 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) et la Région de Bruxelles-Capitale (5831) sont les régions les plus concernées suivies de la Région wallonne (3303). On doit y ajouter 1300 filles et femmes demandeuses d'asile qui n'ont pas été réparties dans les trois régions, comme elles ne sont pas enregistrées au registre national.

Les données désagrégées par province nous renseignent sur la répartition de la population cible entre les grandes villes du pays. Nous pouvons constater qu'après Bruxelles (5831 filles et femmes excisées ou à risque de l'être), les provinces les plus concernées sont Antwerpen (3125) et Liège (1794).

Les données par tranche d'âges permettent d'identifier les besoins pour les services médico-sociaux aux différentes périodes de la vie :

- Les **moins de 5 ans**, qui fréquentent les services de l'ONE, de K&G et du CLB¹ : on estime à **2 493**, les filles potentiellement à risque de subir une excision ou peut-être déjà excisées pour celles nées dans un pays où se pratique l'excision.
- Les **5-19 ans** : on estime à **3 887**, les filles et adolescentes qui fréquentent les services de promotion de la santé à l'école.
- Les **femmes de 20 à 49 ans** : on estime à **9 846**, les femmes qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction.
- Les femmes de **50 ans et plus** : on estime à **970**, les femmes susceptibles de souffrir de complications tardives.
- Les **demandeuses d'asile** : on estime à **1 300** les femmes très probablement excisées nécessitant une prise en charge appropriée au sein du réseau d'accueil et des associations travaillant avec les demandeuses d'asile et réfugiées.

La **risque d'excision** existe en Belgique comme le montre différentes études :

En 2006, une enquête réalisée auprès de gynécologues flamands (334 répondants/724 questionnaires envoyés) montrait que 58,4% des répondants avaient vu en consultation une ou des femmes / filles mutilées (Leye 2008). Parmi 328 répondants, six ont reçu une demande d'excision et 13 ont été questionnés pour savoir si l'excision pouvait se faire en Belgique.

¹ K&G (0 à 3 ans), CLB (3 à 6 ans)

En 2007, un sondage réalisé auprès de 254 membres du Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (GGOLFB 2009) révèle que huit demandes d'excision ou d'infibulation ont été formulées cette année-là. A ce jour aucun procès n'a eu lieu en Belgique.

Plus récemment, une recherche-action réalisée dans le cadre du Réseau des stratégies concertées de lutte contre les MGF montre que le nombre de signalements d'enfants à risque d'excision, notamment à l'occasion d'un retour dans le pays d'origine pendant les vacances, augmente en Belgique (De Brouwere 2013). Ainsi, 52 cas ont ainsi pu être recensés entre le 1er janvier 2009 et le 30 juin 2013. La majorité des signalements se concentrent sur les années 2012 et 2013 et 80% de situations signalées concernait des enfants à risque d'excision.

Pour en savoir plus nous vous invitons à lire les rapports complets de différentes recherches sur le site des Stratégies concertées de lutte contre les MGF (www.strategiesconcertees-mgf.be)

Références :

Adam T, Bathija H, Bishai D, Bonnenfant YT, Darwish M, Huntington D, et al. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. Bull World Health Organ, Apr;88(4):281-8; 2010.

Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Popul Soc 2007; 438.

De Brouwere M, Richard F, Dieleman M. Recherche-action sur les signalements de mutilations génitales féminines: Enquête menée au sein des associations belges spécialisées (GAMS Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF), Ed. GAMS Belgique, Bruxelles, 2013.

Dubourg D et Richard F. Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2014.

GGOLFB. Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail Éthique et économie: Gynécologie-obstétrique et multiculturalité. Bruxelles: GGOLFB; 2009.

Gillette-Frenoy I. L'excision et sa présence en France: Etude ethno-sociologique. Paris: GAMS; 1992.

Leye E., Ysebaert I., Deblonde J., Claeys P., Vermeulen G., Jacquemyn Y., et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. Eur J Contracept Reprod Health Care, Jun;13(2):182-90; 2008.

United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New-York, 2013.

World Health Organization, Eliminating female genital mutilation: an interagency statement, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, Geneva, 2008.

World Health Organization, Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA, Geneva, 2010.