

Corps mutilés et âmes meurtries

Considérées comme une violation fondamentale des droits humains par la communauté internationale, les mutilations génitales féminines sont combattues en Afrique depuis une trentaine d'années avec plus ou moins de succès. Dans le cadre de la coopération au développement et de l'action humanitaire, le Luxembourg finance d'ailleurs depuis plusieurs années des campagnes de prévention et de sensibilisation ⁽¹⁾ auprès des femmes et des hommes en Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal, Niger, Burkina Faso). Cependant, la plupart d'entre nous ignorent que ces interventions extrêmement douloureuses et parfois mortelles ont également lieu en Europe, en Amérique du Nord et en Australie, où elles se pratiquent au sein des communautés d'immigrés en provenance du continent africain. En Europe, quelques centaines de milliers de jeunes filles et adolescentes sont concernées par cette pratique qui porte atteinte de manière irréversible à leur intégrité physique et psychique.

Il y a une vingtaine d'années, quelques pays européens ont commencé à réagir suite à l'existence des mutilations génitales sur leur propre continent. Cette prise de conscience a été suivie par des mesures législatives et éducatives pour lutter contre ces mutilations que les ONG et la communauté internationale qualifient de violation fondamentale des droits de la personne et de discrimination fondée sur le genre.

Avant de présenter la situation en Europe et les diverses mesures mises en place pour combattre cette pratique, il est important de rappeler les faits pour mieux cerner l'envergure et la complexité de cette problématique.

La répartition géographique et la fréquence

Les termes « excision » ou « circoncision féminine » ne sont plus que très rarement employés, ils ont été substitués par l'expression « mutilations

génitales féminines » (MGF) qui reflète mieux la nature et la gravité de ces interventions qui ne sont en rien comparables à la circoncision masculine ⁽²⁾. Pratique ancestrale remontant à plusieurs siècles avant Jésus-Christ, les mutilations génitales sont effectuées sur des nouveau-nées, des jeunes filles ou des adolescentes dans 28 pays du continent africain à des degrés divers ⁽³⁾, mais également dans une moindre mesure au Moyen-Orient (Égypte, Jordanie, Iraq, Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Yémen, Oman) et en Asie (Pakistan, Inde, Indonésie et Malaisie). À l'intérieur d'un même pays, différents types de mutilations peuvent être pratiqués et il peut y avoir des variations d'une région, d'une ethnie ou d'une religion à l'autre ⁽⁴⁾. L'Organisation mondiale de la santé estime le nombre de femmes ayant subi des mutilations génitales de par le monde entre 100 et 140 millions. Sur base des taux de natalité actuels, environ 2 millions de jeunes filles sont mutilées tous les ans, ce qui équivaut à quelque 6 000 nouveaux cas par jour !

Emanuela
Bossi



© IRIN

La nature des mutilations génitales féminines

L'Organisation mondiale de la santé a classé les différentes formes de mutilations génitales en quatre types bien distincts :

Type I : excision du prépuce, avec ablation partielle ou totale du clitoris (appelée également clitoridectomie)

Type II : excision du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres

(Les mutilations du type I et II représentent entre 80 et 85 % de la totalité des interventions.)

Type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes (clitoris, petites et grandes lèvres) et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (appelée également infibulation ou circoncision pharaonique)

(Ce type de mutilation génitale concerne environ 15 % des interventions et se pratique uniquement dans certains pays d'Afrique : Sénégal, Mauritanie, Mali, Niger, Nigeria, Égypte, Soudan, Éthiopie, Kenya, Djibouti et Somalie.)

Type IV : tout autre type d'intervention qui mutilé ou modifie les organes génitaux externes et internes (p.ex. ponction, percement ou étirement du clitoris, introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin...)

Le déroulement de l'opération

Les mutilations génitales ont le plus souvent lieu lors de cérémonies rituelles ou de festivités censées marquer le passage de l'enfance à l'âge adulte. L'initiative revient à la mère ou à la grand-mère et quand l'opération n'a pas lieu en milieu médica-

lisé, les personnes qui effectuent ces interventions sont exclusivement des femmes. Ce sont soit des exciseuses professionnelles qui bénéficient d'un statut social particulier et pour qui cette pratique est une activité bien rémunérée, soit des accoucheuses traditionnelles ou des sages-femmes. La plupart du temps, elles ne disposent d'aucune formation médicale. L'enfant, qui se trouve toujours dans un état conscient lors de l'opération, est maintenu en position de stabilité par plusieurs personnes afin que l'exciseuse puisse procéder avec plus ou moins de précision. Lames de rasoir, verres, couteaux de cuisine ou ciseaux sont généralement les objets tranchants utilisés pour mutiler les organes génitaux et ce sans précautions hygiéniques particulières. Ces instruments servent souvent à plusieurs reprises sans qu'il soit procédé à leur stérilisation, augmentant ainsi considérablement le risque d'infection.

La(les) plaie(s) sont cousues avec des épines d'acacia, du crin de cheval, du raphia ou de la ficelle. Afin d'arrêter les hémorragies plus ou moins importantes qui accompagnent ces mutilations, des herbes, des cendres, des sucres de plantes ou des feuilles sont appliqués sur les plaies. Dans les cas d'infibulation (excision partielle ou totale des organes génitaux externes), le vagin est cousu de manière à laisser une ouverture à peine suffisante pour permettre l'écoulement de l'urine et du sang menstruel. Les petites filles, auxquelles on a ligoté les cuisses, sont maintenues en isolement pendant plusieurs semaines, en position allongée pour permettre une cicatrisation plus rapide des tissus. Cette intervention extrêmement douloureuse est mortelle dans environ 30 % des cas au vu des nombreux risques de complications et d'infection qu'elle comporte.

Les raisons invoquées pour justifier ces pratiques

La pratique des mutilations génitales est justifiée par toute une série de raisons, basées le plus souvent sur des croyances ou superstitions alliées à une grande méconnaissance du corps féminin et de son fonctionnement. Ces raisons varient d'un pays, d'une ethnie ou d'une communauté religieuse à l'autre et peuvent se résumer comme suit.

- Raisons sociologiques : les mutilations génitales font partie intégrante des traditions et rites de ces sociétés et elles ne sont a priori pas remises en question. Refuser les mutilations génitales pour soi-même ou pour ses filles représente un déshonneur pour la famille et la communauté. Une femme qui n'a pas subi de mutilation génitale est bannie par la société, car elle n'est pas considérée comme un membre à part entière de la communauté. Les mutilations représentent donc un passage indispensable pour l'insertion et la reconnaissance sociales des femmes, leur permettant

par là d'accéder au mariage et d'échapper à un statut social précaire. Toutes ces raisons expliquent pourquoi une large majorité de femmes défend ces pratiques et les accepte pour ses propres filles. Quant aux hommes, ils approuvent cette tradition, mais la plupart d'entre eux ne se sentent pas vraiment concernés, puisque la sexualité en général et les mutilations génitales en particulier sont des sujets tabous entre hommes et femmes, seules les femmes participent à la cérémonie des mutilations et, qui plus est, les détails de l'opération et ses conséquences sont inconnus. Les rares témoignages d'hommes portent à croire qu'une fois informés en détail, ils se déclarent hostiles à cette tradition et la rejettent.

- Raisons religieuses : une majorité de personnes croient, à tort, que la religion musulmane exige les mutilations génitales. Bien que le Coran ne préconise pas ces pratiques, l'interprétation des *hadiths* (propos attribués au prophète Mahomet) varie cependant d'un imam à l'autre, certains se prononçant en faveur des mutilations, d'autres les condamnant ouvertement. La tradition est également pratiquée par les chrétiens (p.ex. les Coptes en Égypte), les juifs, les animistes ou les athées.

- Raisons sexuelles : au vu des souffrances qu'elles provoquent lors des rapports sexuels, ces mutilations constituent un moyen de contrôler la sexualité féminine en garantissant la virginité de la jeune fille et la fidélité de l'épouse.

- Raisons esthétiques/hygiéniques/sanitaires : les organes génitaux sont considérés comme étant laids et sales ; les mutilations sont censées favoriser la fécondité ou renforcer les chances de survie de l'enfant.

Les conséquences sur la santé psychique et physique

Le choc psychique et émotionnel que de telles mutilations procurent à l'enfant est d'autant plus grand que ce dernier ne comprend pas ce qui lui arrive, étant donné qu'il est rarement informé de ce qui l'attend vraiment. Les mutilations génitales sont entourées de mystère et à ce point taboues que les femmes adultes osent à peine aborder ce sujet entre elles. Encore bien des années après l'opération, elles ont du mal à verbaliser ce vécu traumatisant – souvent refoulé – qui provoque une perte de confiance et un sentiment de trahison à l'égard de la mère, de l'angoisse, des cauchemars, de la dépression, des névroses et qui peut, dans les cas extrêmes, conduire au suicide. À tous ces symptômes et maladies s'ajoute l'incapacité d'associer leur corps à la notion de plaisir sexuel.

Sur le plan des séquelles physiques, les conséquences sur la santé varient en fonction du type et de la gravité de la mutilation. La situation des femmes sur lesquelles a été pratiquée l'infibula-

tion est particulièrement pénible et douloureuse : elles doivent être rouvertes le soir des noces pour permettre la pénétration, soit par le mari à l'aide d'un ustensile tranchant, soit par une exciseuse ou un médecin. Lors de l'accouchement, il faut obligatoirement procéder à l'agrandissement de l'orifice vaginal (désinfibulation) pour éviter à la femme la déchirure brutale de sa cicatrice et à l'enfant de subir des dommages cérébraux. Ensuite, la femme est « recousue » jusqu'à la naissance du prochain enfant, entre autres pour augmenter le plaisir sexuel du mari, cette procédure de réinfibulation étant répétée à chaque accouchement.

De manière générale, il y a lieu de distinguer entre :

- les conséquences immédiates
hémorragies, choc postopératoire, lésions à l'urètre, à la vessie, à l'anus et au vagin, infections incluant le tétanos et la septicémie, rétention d'urine, frigidity

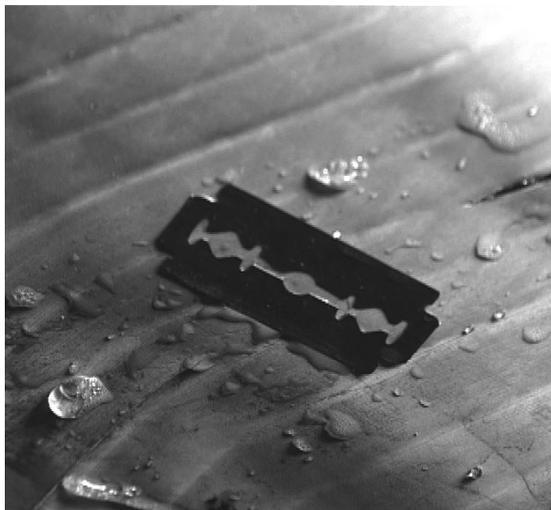
- les conséquences à moyen terme
infections de la vessie et de l'appareil génital interne, abcès, formation excessive de tissus cicatriciels, tumeurs bénignes et kystes, rapports sexuels douloureux et vaginisme

- les conséquences à long terme
infections récidivantes et chroniques des voies urinaires, fistules recto-vaginales et vesico-vaginales, rétrécissement de l'orifice vaginal, accumulation de sang/pus dans le vagin, incontinence, risque accru de transmission de maladies sexuellement transmissibles, stérilité

La situation en Europe

Il n'existe pas de statistiques officielles en Europe pour plusieurs raisons : non seulement le phénomène des mutilations génitales féminines est peu et mal connu dans l'ensemble, mais elles sont en plus difficiles à recenser. Les mutilations sont pratiquées clandestinement par des exciseuses ou des médecins peu scrupuleux dont les adresses se transmettent dans les communautés respectives grâce au bouche-à-oreille. Quand les familles ne font pas mutiler leur fille dans le pays d'accueil, l'opération est effectuée soit dans le pays d'origine, soit dans un autre pays européen où ce genre de « tourisme » est fréquent (Pays-Bas, Royaume-Uni), ce choix étant également motivé par la volonté d'échapper à des poursuites judiciaires. Aussi bien les enquêtes policières, les instructions judiciaires que les investigations journalistiques montrent à quel point il est ardu d'obtenir des informations ou de recueillir des témoignages, voire des preuves. À cela s'ajoute la fluctuation des mouvements migratoires et l'immigration clandestine qui rendent le recensement des mutilations génitales encore plus difficile. Les chiffres avancés sont en fait des estimations établies à partir du nombre d'immigrés appartenant à une com-

La pratique des mutilations génitales est justifiée par toute une série de raisons, basées le plus souvent sur des croyances ou superstitions alliées à une grande méconnaissance du corps féminin et de son fonctionnement.



© IRIN

munauté jugée « à risque », à savoir qui pratique les mutilations dans son pays d'origine. Pour un même pays, les estimations peuvent varier sensiblement d'une source à l'autre, mais l'absence de chiffres précis est finalement secondaire, puisque cela n'enlève rien ni à la gravité de la situation ni au fait que chaque adolescente ou femme excisée en est une de trop.

Les familles où ont lieu les mutilations sont aussi bien issues de la première que de la deuxième génération, leur statut socioculturel et le degré d'intégration dans la société d'accueil ne jouant qu'un rôle secondaire. Il y a tout d'abord l'ignorance des familles qui recourent aux mutilations génitales sans savoir que cette pratique est interdite par la loi. Ces familles méconnaissent la plupart du temps tous les risques de santé graves qu'elles font courir à leur enfant. Qui plus est, dans une situation d'isolement social et de déracinement, dans les cas où l'intégration sociale est mal vécue ou absente, les mutilations représentent une sorte de repli identitaire, elles sont perçues comme un attachement aux traditions ancestrales, l'affirmation ou la démarcation de sa propre identité culturelle par rapport aux valeurs de la société d'accueil. Mais l'ignorance et l'isolement ne sont pas la seule raison qui poussent les parents à faire ce choix. Synonyme d'appartenance à une culture ou une ethnie, les mutilations ont une forte symbolique et constituent le passage obligé pour toute intégration sociale au sein de la communauté. Tant que les mutilations seront considérées comme incontournables pour permettre à la jeune fille de trouver un mari, leur existence sera difficilement contestée. Le conditionnement culturel et la pression sociale sont tellement fortes que les mères finissent parfois par céder, tiraillées entre les valeurs de la culture d'origine et celles de la société dans laquelle elles vivent désormais. Ce dilemme est pour elles d'autant plus difficile à vivre que le sujet des mutilations, à quelques

exceptions près, n'autorise ni discussion ni remise en question au sein de leur propre communauté.

La position de l'Union européenne

Avant d'aborder les mesures législatives prises par les différents pays européens pour lutter contre les mutilations génitales féminines, il est intéressant de connaître la position des textes et institutions au niveau européen. Plusieurs articles de la Convention européenne des droits de l'homme (articles 3 et 9) et de la Charte des droits fondamentaux (articles 1, 3 et 4) permettent de condamner sans équivoque cette pratique. En 2001, la résolution 1247 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a appelé les États membres à tout mettre en œuvre pour éradiquer cette pratique qu'elle qualifie de « torture ». Le rôle primordial des organisations non gouvernementales (ONG) dans la lutte contre les mutilations génitales y est d'ailleurs explicitement reconnu. Le 4 février 2005, lors de la Conférence des ministres chargés de l'égalité entre les femmes et les hommes, les 25 ministres de l'UE ont fait part de leur volonté de continuer à lutter contre les mutilations génitales par des législations nationales, des politiques et des programmes éducatifs. La Commission européenne soutient par ailleurs la position du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés qui voudrait que les filles ou femmes se voient accorder le statut de réfugiée si elles courent le risque d'être mutilées dans leur pays d'origine.

À défaut de légiférer au niveau communautaire sur ce sujet politiquement délicat, l'Union européenne se donne cependant les moyens d'agir. En effet, le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont lancé le programme Daphné⁽⁵⁾ en 2000, qui est maintenant entré dans sa deuxième phase. Doté d'un budget de 50 millions d'euros pour la période de 2004 à 2008, ce programme cofinance entre autres toute une série d'études, d'actions et de mesures visant à lutter contre les mutilations génitales en Europe. Notons au passage qu'en 2004, le 6 février a été proclamé Journée internationale de tolérance zéro pour les mutilations génitales féminines.

Les législations nationales

En matière de législations nationales européennes⁽⁶⁾, il y a lieu de distinguer entre deux approches fondamentales : d'un côté, l'introduction d'une nouvelle législation spécifique aux mutilations génitales féminines ou la mention explicite des mutilations dans la législation existante (Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Royaume-Uni et Suède) ; de l'autre, l'interdiction des mutilations génitales en vertu du droit pénal général sur les lésions corporelles et/ou l'abus sur mineurs (Luxembourg – article 392 du Code pénal,

Le conditionnement culturel et la pression sociale sont tellement fortes que les mères finissent parfois par céder, tiraillées entre les valeurs de la culture d'origine et celles de la société dans laquelle elles vivent désormais.

« de l'homicide et des lésions corporelles volontaires » –, Allemagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie ⁽⁷⁾, Pays-Bas et Portugal).

Les premiers pays à avoir légiféré dans les années 80 ont été la Suède (1982), la France (1983) et le Royaume-Uni (1985). Afin d'adapter la législation à l'évolution de la situation, des pays comme le Royaume-Uni ou la Suède ont procédé par la suite à des amendements de leurs lois respectives autorisant des sanctions plus sévères. D'autres pays européens comme l'Irlande ou le Portugal, conscients de la spécificité et de l'envergure du phénomène, envisagent l'introduction dans leur code pénal de dispositions particulières faisant explicitement référence aux mutilations génitales.

D'un pays à l'autre subsistent cependant des différences notables : certaines législations prévoient le principe d'extraterritorialité, c'est-à-dire qu'il peut également y avoir poursuite judiciaire dans les cas où les mutilations génitales sont commises à l'étranger ⁽⁸⁾, d'autres mentionnent le terme « mutilations génitales » en général, sans énumérer les divers types, ou sans faire référence au sexe de la personne, d'autres encore passent sous silence la délicate question de la désinfibulation/réinfibulation et de ce fait, la médicalisation des mutilations. L'expérience prouve qu'il n'existe aucune corrélation entre la spécificité ou la sévérité de la loi et le nombre de poursuites judiciaires engagées. L'exemple de la France et du Royaume-Uni, deux pays connaissant un important taux d'immigration, est d'ailleurs significatif : alors qu'au Royaume-Uni, aucun cas n'a été porté devant les tribunaux jusqu'à ce jour, en France, il y a eu plusieurs condamnations à des peines de prison au cours de la trentaine d'affaires portées devant les tribunaux depuis 1983. Le procès le plus retentissant et médiatisé a eu lieu en 1999 et a constitué une première dans la mesure où c'est la victime elle-même, une jeune Française d'origine malienne âgée de 24 ans, à avoir déposé une plainte contre sa mère et l'exciseuse – cette dernière a été condamnée à huit ans de prison pour la mutilation de 48 fillettes.

La promulgation d'une loi criminalisant ces pratiques est un premier pas essentiel pour émettre un message sans équivoque à l'attention des communautés concernées, même si elle n'a pas toujours un effet dissuasif. Mais l'existence d'une loi ne saurait suffire en elle-même sans une réelle volonté politique et sociétale d'éradiquer cette coutume implicitement tolérée, parce que considérée encore trop souvent comme relevant de la vie privée de communautés aux valeurs et traditions différentes. Une prise de conscience à plusieurs niveaux de la société ainsi que la mise en œuvre de toute une série de mesures complémentaires ayant trait à l'information et à l'éducation

sont indispensables. Dans ce domaine comme dans tant d'autres, la prévention est toujours souhaitable à une condamnation judiciaire.

Les campagnes d'information et de prévention

Les lois, aussi nécessaires soient-elles, ne remplacent en rien le travail de longue haleine qui est celui de la sensibilisation et de l'information. Ceci est d'autant plus vrai pour les mutilations génitales qui touchent à un domaine particulièrement complexe et intime, caractérisé par une grande désinformation. Si l'interdiction et la répression ne s'accompagnent pas d'autres mesures et d'un dialogue basé sur le respect et l'échange, elles risquent d'être perçues comme une sorte d'impérialisme culturel, voire de paternalisme colonialiste. Les Européens sont d'ailleurs mal placés pour émettre un quelconque jugement en traitant ces coutumes de barbares, puisque – fait peu connu – la clitoridectomie était pratiquée par des médecins aux XIX^e et XX^e siècles en Europe et aux États-Unis pour soigner l'épilepsie, l'hystérie, la nymphomanie ou encore la masturbation.

© IRIN



Au fil des années se sont créées de nombreuses organisations non gouvernementales et associations ⁽⁹⁾ qui s'engagent activement dans la lutte contre les mutilations génitales. Si des campagnes d'information et de prévention sont essentielles pour obtenir des résultats, les moyens financiers que se donnent les États ou dont disposent les ONG sont cependant rarement à la hauteur du but à atteindre. Il existe des différences notables entre pays. Le gouvernement des Pays-Bas fait figure d'exception après avoir annoncé en août 2005 qu'il allait prendre toute une série de mesures et dégager un budget de trois millions d'euros d'ici 2008 pour la prévention et la lutte

Fermer les yeux sur cette pratique commise jour après jour en Europe sous prétexte qu'elle ne nous concerne pas, c'est transformer involontairement notre silence en complicité.

en matière de mutilations génitales. Au Royaume-Uni par contre, le travail d'information et de prévention est assuré par des ONG et des associations de petite taille issues des communautés africaines et aux moyens financiers limités.

Les ONG sont conscientes de l'importance du travail sur le terrain, bien plus efficace pour sensibiliser les femmes africaines que des campagnes purement informatives. Ces dernières touchent difficilement les communautés en question ou adoptent parfois un ton trop direct ou culpabilisant. Il est primordial d'entrer directement en contact avec les femmes concernées et d'établir un rapport de confiance, que ce soit par le biais d'associations locales, lors de cours de formation (cours de couture, de santé ou d'alphabétisation...) ou à l'occasion de célébrations familiales (mariage, naissance...). L'expérience prouve par ailleurs que l'intervention au sein des communautés d'immigrés de femmes d'origine africaine, souvent elles-mêmes excisées, est mieux acceptée et la disposition au dialogue plus grande.

Le rôle du corps médical et des services/acteurs sociaux

Dans la lutte contre les mutilations génitales, le corps médical (médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, infirmières) ainsi que les services éducatifs et sociaux (éducateurs, assistantes sociales) jouent un rôle clé dans la mesure où ils sont souvent les premiers à être confrontés à cette pratique, ce qui leur permet d'intervenir sur le plan de la prévention et de l'information. Dans certains pays comme p.ex. l'Espagne, la France, le Royaume-Uni et la Suède, la législation exige que les citoyens et/ou les professionnels de la santé et les services sociaux signalent tout cas de mutilation supposé ou détecté aux autorités compétentes. Dans d'autres pays comme p.ex. la Belgique, il n'existe pas d'obligation légale de lever le secret professionnel, mais uniquement le droit de signaler les cas de mutilation suspects ou avérés.

L'importance accordée à l'implication des professionnels de la santé dans la lutte contre les mutilations varie selon les pays. Au Royaume-Uni, contrairement à la France, les visites dans les écoles sont interdites, les assistants sociaux peuvent seulement entrer en contact avec le corps enseignant et il n'y a pas de visites médicales effectuées par des médecins scolaires ou des centres sanitaires. En France, les centres PMI (protection maternelle et infantile) qui existent dans chaque département offrent aux couples en attente d'un enfant, femmes enceintes, mères et enfants jusqu'à l'âge de six ans des services dans le domaine médical, psychologique et social. Ces centres sont sensibilisés à la problématique des mutilations génitales et signalent souvent tout cas suspect ou détecté. Pour ce qui est de la Suède, les professionnels de la

santé sont bien informés sur les mutilations génitales et les services de santé sont invités à aborder le sujet avec les parents dès la prise en charge des nouveau-nées et lors des examens de routine effectués à partir de l'âge de cinq ans. Par ailleurs, ces services sont tenus d'informer les parents des risques de santé qu'entraîne une telle pratique et de son interdiction par la loi.

En Allemagne, il y a également une prise de conscience au niveau du corps médical. La Berufsverband der Frauenärzte E.V., Terre des femmes et Unicef ont organisé un sondage auprès de 13 182 gynécologues⁽¹⁰⁾ entre janvier et mars 2005 sur base d'un questionnaire inséré dans la publication *Frauenarzt*. Sur les 493 réponses reçues, 286 provenaient de femmes et 174 d'hommes, ce qui correspond à 3,73 % de l'ensemble de la profession. Sur ces 493 personnes (= 100 %), 9,7 % ont déclaré avoir déjà entendu parler de mutilations sexuelles en Allemagne et 7,1 % connaissent des patientes qui avaient l'intention de faire mutiler leur fille dans leur pays d'origine. 43 % ont dit avoir déjà accueilli une femme excisée dans leur cabinet et 30,4 % ont indiqué avoir procédé à des accouchements de femmes excisées. 7,1 % ont été confrontés à une demande de réinfibulation et 0,6 % ont reçu des demandes de mutilations génitales. Le besoin en information est énorme, vu que 87,4 % des gynécologues estiment que les mutilations sexuelles devraient être traitées dans le cadre de cours de formation professionnelle continue. Des témoignages de femmes africaines corroborent ceci : à la découverte de leur sexe mutilé, la profession est souvent dépassée, mal à l'aise ou réagit de façon inappropriée.

En relation avec le corps médical se pose également la question de la médicalisation des mutilations, à savoir le fait de les pratiquer dans des structures sanitaires adéquates (cabinet médical, hôpital...). Sujet fort controversé en Europe, la médicalisation est par contre pratiquée depuis de nombreuses années dans des pays comme l'Égypte, Djibouti, le Soudan et le Kenya, qui la considèrent comme une sorte de pis-aller. Le cas du gynécologue italien d'origine somalienne, le docteur Omar Abdulkadir, illustre bien le dilemme auquel sa profession est parfois confrontée. Alors qu'il se bat activement pour l'abolition des mutilations et procède à des opérations réparatrices sur ses patientes excisées, il a proposé – sur demande de quelques patientes africaines – de remplacer les mutilations par la piqûre du clitoris, opération « alternative » qui ne provoque pas de blessure et représente symboliquement une mutilation génitale. Son projet n'a pas manqué de susciter de très vives critiques au sein de la profession et de la société italiennes. Les défenseurs de la médicalisation avancent comme argument principal la sécurité qu'offre une opération pratiquée dans une structure sanitaire reconnue. Les opposants,

et parmi eux figurent les ONG et l'Organisation mondiale de la santé, condamnent à juste titre la médicalisation, puisqu'elle institutionnalise, voire légitime une intervention qui endommage volontairement un organe sain et entraîne des problèmes de santé graves.

Un des acteurs sociaux à ne pas oublier dans la lutte contre les mutilations génitales sont les autorités religieuses ou morales qui revêtent la fonction de guide spirituel pour les communautés d'immigrés. Les déclarations publiques des dignitaires religieux peuvent contribuer à encourager l'abandon des mutilations génitales. Ainsi, en 2002, lors d'une conférence au Tchad, des imams ont signé un appel stipulant que le Coran n'exigeait pas cette pratique et lors d'un symposium au Sénégal, les autorités religieuses islamiques et chrétiennes ont condamné ouvertement cette tradition.

Pour que la lutte contre les mutilations soit véritablement efficace, elle est à envisager dans un contexte plus global d'éducation et d'alphabétisation des femmes, de promotion de la santé féminine et de leurs droits en général, facteurs indispensables pour améliorer le statut des femmes. L'interaction de tous ces éléments est bien plus positive et concluante que des mesures uniquement coercitives, puisque l'abandon des mutilations doit résulter d'un changement des mentalités librement consenti.

Les mutilations génitales : une responsabilité partagée

Le droit à l'intégrité physique et psychique est un droit universel et inaliénable, il ne saurait varier en fonction de la géographie, de la nationalité ou de la race. Laisser se commettre de telles violations au nom du multiculturalisme et du respect des traditions, c'est confondre tolérance avec indifférence, car jamais nous n'admettrions que de telles mutilations soient pratiquées sur des jeunes filles en Europe. Fermer les yeux sur cette pratique commise jour après jour en Europe sous prétexte qu'elle ne nous concerne pas, c'est transformer involontairement notre silence en complicité. Dans le contexte particulièrement sensible et douloureux des mutilations génitales féminines, les propos d'Edmond Kaiser, fondateur de Terre des hommes, ne peuvent que nous interpeller : « Pour s'indigner, il faut se donner la peine de savoir, et pour agir, il faut être capable d'avoir mal aux autres. »

(1) Depuis l'an 2000, le Luxembourg s'engage activement en Afrique de l'Ouest, surtout au Mali où il a soutenu un projet du Fonds des Nations unies pour la population entre 2000 et 2003. Suite à la création du Programme national de lutte contre la pratique de l'excision (PNLE) en 2002 à laquelle il a d'ailleurs contribué, le Luxembourg a décidé de s'engager avec un budget de 445.333 euros pour la période 2004-2008.

(2) L'utilisation de l'expression « mutilations génitales féminines » a été encouragée par des activistes africaines pour souligner

l'envergure de l'acte. D'un point de vue anatomique, les différentes mutilations génitales féminines correspondraient chez l'homme à l'amputation partielle ou totale du pénis. La plupart des femmes concernées refusent cependant d'être qualifiées de « femmes mutilées », elles préfèrent le terme « femmes excisées » dans la mesure où ce dernier ne réduit pas l'être entier à sa mutilation génitale.

(3) Cela va p.ex. de 5 % en Ouganda à 98 % en Somalie.

(4) Le Cameroun illustre bien ceci : estimées toucher 20 % de la population féminine, les mutilations génitales sont uniquement pratiquées dans le sud-ouest et l'extrême-nord. Toutes les musulmanes et deux tiers des chrétiennes sont excisées, mais aucune animiste ne l'est. La moitié des femmes excisées a subi des mutilations de type I, environ 35 % ont subi des mutilations de type II et quelque 15 % l'infibulation.

(5) http://www.europa.eu.int/comm/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm

(6) Ne sont considérés que les 15 pays membres de l'UE, les dix nouveaux États membres ne sont pas pris en compte.

(7) Une loi spécifique sur les mutilations génitales a déjà été approuvée par le Sénat au mois de juillet 2005, elle devrait être prochainement soumise à discussion à la Chambre des députés.

(8) Certains États européens sont conscients de ce danger : ainsi, au mois de mai 2004, à Gérone en Espagne, une décision de justice a ordonné que soient retirés les passeports à trois jeunes filles de Gambie pour éviter que leur père ne les emmène à l'étranger et qu'une visite médicale effectuée tous les six mois permette de s'assurer qu'elles n'aient subi aucune mutilation génitale en Espagne.

(9) Les principales sont : Terre des femmes, Forward et Intact en Allemagne ; GAMS (Groupes femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) en Belgique et en France ; SWDO (Somali Women Organisation in Denmark) au Danemark ; EQUIS en Espagne ; CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles) en France ; AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo) en Italie ; Pharos et FSAN (Federatie Somalische Associaties Nederland) aux Pays-Bas, Rainbo (Research, Action and Information Network for Bodily Integrity of Women) et Forward au Royaume-Uni et RISK (Riksföreningen Stoppa Kvinnlig Könsstympning) en Suède. Signalons également l'existence d'Euronet-FGM, un réseau européen de prévention des mutilations génitales en Europe

(10) *Schnitte in Körper und Seele, Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland*

Sources principales

DEBLONDE, Jessika et ELS, Leye. *Legislation in Europe regarding Female Genital Mutilation and the Implementation of the Law in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK*, avril 2004 (étude réalisée avec le soutien du programme Daphné, sous la direction du International Centre for Reproductive Health, université de Gand en Belgique)

DIRIE, Waris. *Schmerzskinder*, Berlin, Marion von Schröder Verlag, 2005, 240 pages

IRIN (Integrated Regional Information Networks). *Razor's Edge, The Controversy of Female Genital Mutilation*, mars 2005

MILLER, Michael James. « Réponses à la mutilation génitale des femmes/excision en Europe » dans *Les mutilations génitales féminines en Suisse* publié par le Comité suisse pour l'Unicef, Zurich, 2004

Terre des femmes (Hrsg.). *Schnitt in die Seele, Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*, Frankfurt-am-Main, Mabuse-Verlag, 2003, 329 pages