

# POPULATION & SOCIÉTÉS

## Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France

Armelle Andro\* et Marie Lesclingand\*\*

Pour lutter contre l'excision en France, il importe de mieux connaître la population de femmes concernées et les pratiques dans les pays d'origine, africains principalement. Armelle Andro et Marie Lesclingand nous expliquent que la situation varie d'un pays d'Afrique à l'autre, ceci indépendamment de la religion. Concernant la France, elles tentent une évaluation du nombre de femmes ayant déjà subi cette mutilation sexuelle et annoncent une enquête pour mieux connaître les conséquences de cette pratique, afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes.

Dans le monde, 100 à 140 millions de filles et de femmes ont subi une mutilation sexuelle. Ces mutilations entraînent de nombreux problèmes de santé, variables selon le type et la gravité de la lésion (encadré 1). Le phénomène est présent essentiellement en Afrique subsaharienne et dans quelques régions du Proche-Orient et de l'Asie du Sud-Est (Yémen, Indonésie et Malaisie). Près de 5% des victimes vivent dans des pays du Nord, soit plus de 6,5 millions de filles et de femmes. Elles résident principalement dans les pays européens d'immigration africaine ainsi qu'en Amérique du Nord [1].

### ◆ Une trentaine de pays d'Afrique concernés

En Afrique, on recense 28 pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées. Le nombre de femmes excisées et la fréquence des différentes formes d'excision y sont mieux connues depuis le début des années 1990 grâce à des enquêtes nationales [2]. D'un pays à l'autre, la proportion de femmes excisées varie beaucoup, s'échelonnant de 1,4% au Cameroun à 96% en Guinée au début des années 2000 (carte). Trois groupes de pays se distinguent : les pays où la grande majorité des femmes sont excisées (plus de 85%); ceux où la proportion varie selon l'ethnie, la

catégorie sociale et la génération, seules certaines fractions de la population étant touchées, et où, au total, entre 25 et 85% des femmes sont excisées; enfin, les pays où seules quelques minorités ethniques sont concernées et où la proportion d'excisées est inférieure à 25%.

Les mutilations sexuelles ont généralement lieu sur les jeunes filles avant l'âge de 15 ans [1, 2]. Les plus fréquemment pratiquées sont de type I et II (encadré 1), les mutilations de type III étant plus rares et très localisées. La pratique des mutilations sexuelles féminines est souvent présentée comme la conséquence d'injonctions religieuses, notamment de l'islam. Pourtant, l'excision était pratiquée en Afrique bien avant l'arrivée des religions monothéistes et aucun texte religieux ne permet de la justifier (1). Il n'y a pas de relation entre la diffusion de l'islam dans un pays et la proportion de femmes qui y sont excisées et on rencontre tous les cas de figures en Afrique. En Éthiopie, par exemple, les trois quarts des femmes sont excisées alors qu'un tiers seulement de la population est musulmane. Dans l'autre sens, au Niger, seule une toute petite minorité de

(1) Les églises protestantes sont actives depuis plusieurs décennies dans la lutte contre les mutilations sexuelles alors que l'église catholique s'est rangée dans les années 1990 derrière les engagements pris par la communauté internationale. Récemment, lors d'une réunion internationale à l'Université d'al-Azhar du Caire en 2006, de hauts représentants religieux sunnites ont émis une fatwa déclarant que les mutilations sexuelles féminines étaient infondées en droit musulman et appelant à lutter contre ces pratiques.

\* Université Paris 1 et Institut national d'études démographiques.  
\*\* Université de Nice et Institut national d'études démographiques.

femmes est excisée (2%) alors que le pays est presque entièrement musulman. En revanche, dans le pays voisin à l'Ouest, le Mali, également musulman, plus de 90% des femmes sont excisées. Quant aux pays voisins d'Afrique du Nord, l'Algérie, la Libye, mais aussi la Tunisie et le Maroc, l'excision n'y existe pas alors que la quasi-totalité de la population est de confession musulmane.

En réalité, le principal facteur du risque de mutilation est l'appartenance ethnique et non la religion, ces pratiques s'inscrivant traditionnellement dans les rites d'initiation associés à l'entrée dans l'âge adulte dans certains groupes ethniques. Ainsi, au Sénégal, musulman à 95%, et où un peu plus d'un quart seulement des femmes sont excisées, le groupe ethnique majoritaire, les Wolofs, ne pratique pas l'excision. Traditionnellement, elle n'existe que chez les minorités, notamment les Peuls, les Toucouleurs, les Soninkés et les Malinkés.

### ◆ Les mutilations en recul en Afrique

La pratique recule dans la plupart des pays depuis quelques années, même si les changements sont lents dans certains. Une façon de repérer les évolutions dans un pays est de comparer la proportion de femmes excisées parmi celles ayant entre 30 et 49 ans à la même proportion dans la génération plus jeune, ayant entre 15 et 29 ans (figure 1).

Dans la plupart des pays, les femmes les plus jeunes sont moins souvent victimes de mutilations que leurs aînées et ce décrochage générationnel est particulièrement visible dans les pays où l'excision est très répandue,

Encadré 1

#### Les différents types de mutilations sexuelles féminines et leurs conséquences sur la santé des femmes

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue quatre types de mutilations sexuelles féminines :

- type I : excision du capuchon, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris,
- type II : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres,
- type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation),
- type IV : autre (piqûre, perforation ou incision).

Les conséquences pour la santé des femmes sont liées au type de mutilation pratiquée. L'OMS les classe en trois catégories :

- les conséquences médicales à court terme, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'événement,
- les conséquences médicales à long terme, comme les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales), les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence,
- les conséquences psychologiques, mentales et sociales comme l'altération de la sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisses, dépression).

Source : OMS, 2006

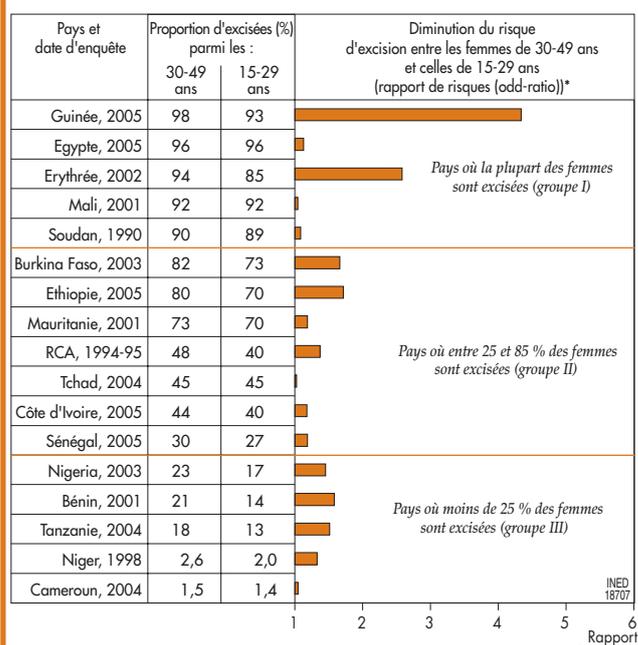
comme par exemple en Guinée ou en Érythrée. En outre, même dans les pays où l'excision était peu fréquente, la pratique touche encore moins les jeunes générations, à l'exception du Cameroun où il n'y a pas eu de changements jusqu'ici (figure 1).

Le recul dépend beaucoup du degré de mobilisation des États : si dès 1952, les mutilations sexuelles féminines apparaissent dans une résolution de la commission des droits de l'homme des Nations unies, ce n'est qu'à partir des années 1990 que des recommandations internationales explicites sont diffusées et il faut encore attendre 2003 pour que l'ensemble des pays membres de l'Union africaine signent un protocole condamnant officiellement les mutilations sexuelles et les interdisant. Des lois existent dans la plupart des pays mais sont encore rarement appliquées.

Par ailleurs, la scolarisation croissante des femmes a un effet favorable, l'instruction ayant un rôle protecteur : dans tous les pays, le risque de mutilation décroît avec l'augmentation du niveau d'instruction (2) (figure 2).

(2) Au Nigeria, les femmes instruites sont plus fréquemment excisées que celles qui ne le sont pas. Ce résultat étonnant vient de ce que seuls les Yoruba et les Igbo pratiquent l'excision dans ce pays. Or ces deux groupes ethniques sont localisés dans le sud du pays, région beaucoup plus urbanisée que le Nord, et où l'instruction est plus développée.

Figure 1 - Proportion de femmes excisées parmi les 30-49 et les 15-29 ans dans quelques pays d'Afrique



(A. Andro, M. Lesclingand, *Population & Sociétés*, n° 438, Ined, octobre 2007)

\* Calcul du rapport de risques (odd-ratio) : dans un premier temps, le rapport entre l'effectif des femmes excisées et l'effectif des femmes non-excisées a été calculé pour chaque groupe d'âge. Le rapport pour les femmes de 30 à 49 ans a ensuite lui-même été rapporté à celui pour les femmes de 15 à 29 ans, le résultat étant un rapport de rapports. Celui-ci indique le sens des évolutions. S'il est égal à 1, le risque d'excision est identique pour les femmes de 15 à 29 ans et pour les femmes de 30 à 49 ans. S'il est supérieur à 1, le risque a diminué pour la génération plus jeune, le facteur de diminution étant indiqué par la figure.

Source : Enquêtes démographiques et de santé et calculs des auteurs.

◆ **En France, une réalité liée à l'immigration des dernières décennies**

Initiées dans les années 1960, les migrations africaines vers la France se sont peu à peu féminisées, et en 2004, les femmes sont majoritaires chez les nouveaux entrants [4]. Mais la présence de femmes excisées est un phénomène connu depuis près de 30 ans. Dès le début des années 1980, la pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et des associations. La première réponse apportée par l'État a pris la forme judiciaire (3), celle des associations étant avant tout préventive et informative [5].

Le nombre de femmes concernées en France reste pourtant mal connu (4). Les mutilations sexuelles touchent des migrantes mais aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée. Elle s'est très vraisemblablement perpétuée en France chez les filles de migrants jusqu'au début des années 1980. Elle a sans doute régressé ensuite, ou a même été abandonnée dans certaines familles, les générations les plus récentes ayant pu bénéficier des campagnes de prévention ciblées sur les petites filles. Mais on ne dispose pour l'instant d'aucune donnée nationale sur ces générations plus jeunes. Le seul chiffrage possible concerne la population adulte, âgée de 18 ans ou plus. Moyennant quelques hypothèses, on peut estimer qu'il y a en France en 2004 environ 50 000 femmes adultes excisées (encadré 2).

Pour les femmes et les jeunes filles qui ont subi une mutilation et qui en supportent aujourd'hui les conséquences, une politique de prise en charge sanitaire reste à définir. Récemment, une étape marquante a été franchie avec la mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice remboursé par l'assurance maladie (5). Cette avancée médicale ouvre la voie à la réversibilité des lésions qu'entraîne l'excision et permet d'envisager les conséquences des mutilations sexuelles féminines comme un problème de santé publique.

(3) La France est le premier pays européen à avoir intenté des procès dès 1979 : les mutilations relèvent de l'article 222 du code pénal sur les violences. Les peines encourues par les parents et les personnes pratiquant la mutilation peuvent aller jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle. En outre, dans le cadre de la protection de l'enfance, les professionnels sont soumis à un devoir de signalement (article 223-6 du Code pénal).

(4) Les deux seules estimations du nombre de femmes excisées en France remontent à plus de quinze ans, à une époque où la population originaire d'Afrique sub-saharienne était moins importante qu'aujourd'hui. L'une, en 1982, estimait qu'« environ 24 000 femmes et fillettes étaient excisées ou menacées de l'être (pour les plus jeunes) » ; la seconde, en 1989, évaluait à « environ 27 000 la population féminine à risque » [5].

(5) Actuellement, une dizaine d'hôpitaux et de cliniques proposent l'opération, principalement en région Île-de-France.

Carte - Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations sexuelles selon le pays d'Afrique (situation au début des années 2000)

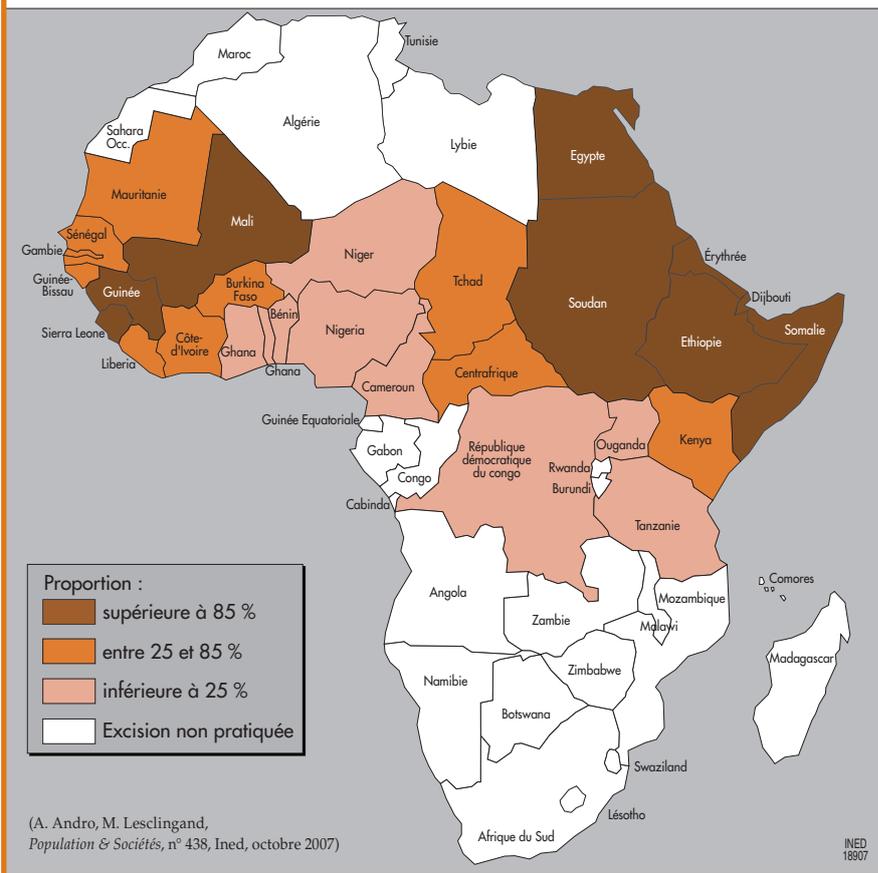
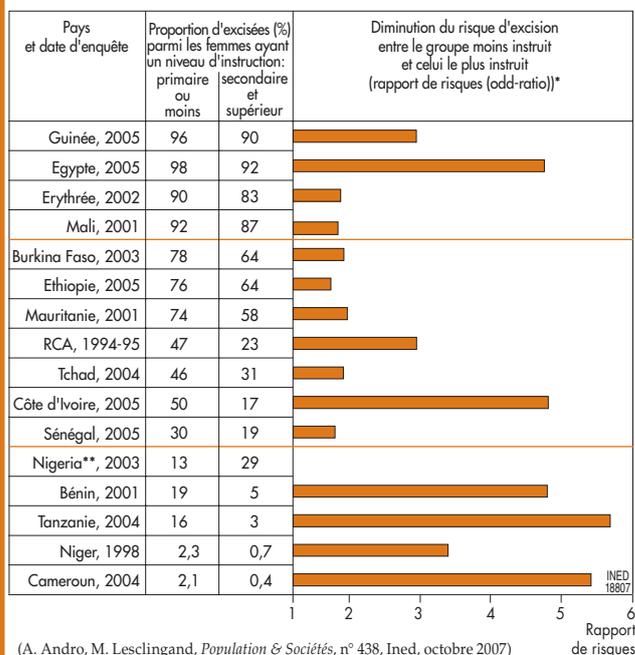


Figure 2 - Diminution du risque d'excision avec l'instruction des femmes



**Lecture :** en Côte d'Ivoire, en 2005, une femme ayant un niveau d'instruction primaire ou pas d'instruction a environ cinq fois plus de risques d'avoir été excisée qu'une femme ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

\* Calcul : voir figure 1.

\*\* Voir note 2 dans le texte.

Source : Enquêtes démographiques et de santé et calculs des auteurs..

L'État continue de s'engager dans la lutte contre les mutilations sexuelles à travers le renforcement de l'arsenal juridique [5] et par la prise en compte de cette question dans le plan national « Violences et Santé » (6). Dans le cadre de ce plan, une enquête nationale Excision et handicap (ExH) est en préparation : elle permettra une meilleure connaissance des conséquences sanitaires, sociales et psychologiques des mutilations

(6) Plan prévu par la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, visant à limiter l'impact des différentes formes de violence sur la santé.

sexuelles et débouchera sur des propositions pour la prise en charge des femmes mutilées vivant aujourd'hui en France.

La prévention de l'excision chez les fillettes et les jeunes filles vivant en France reste essentielle, et doit continuer à être soutenue par les pouvoirs publics. Les excisions sont désormais rarement pratiquées sur le sol français, les filles étant excisées lors de séjours temporaires dans le pays d'origine de la famille, ou suite à des reconduites. La prévention passe par une protection accrue lors de ces déplacements.

## Encadré 2

### Combien de femmes adultes excisées en France ?

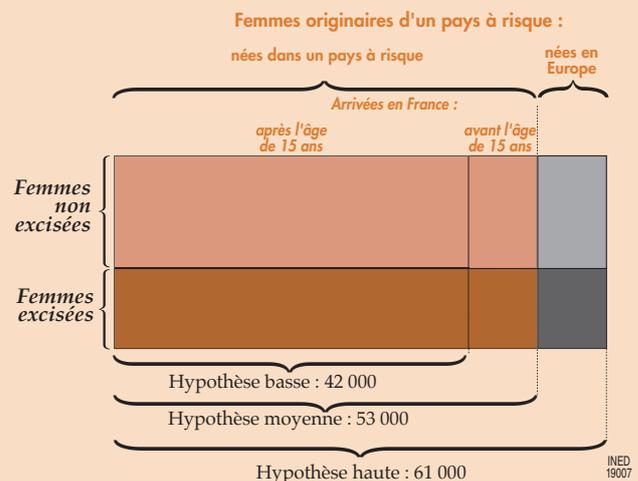
Nous avons estimé dans un premier temps l'effectif de femmes âgées de 18 ans et plus vivant en France et immigrées ou filles d'immigrés d'un pays à risque, où les mutilations sexuelles sont encore pratiquées (1). Nous avons utilisé pour cela l'« Étude de l'Histoire Familiale », enquête complémentaire au recensement de 1999, réalisée auprès de 380 000 hommes et femmes, en actualisant à la hausse l'effectif de 1999 avec les données publiées jusqu'à ce jour par l'Insee [4].

Le nombre de femmes excisées parmi elles a été estimé en faisant l'hypothèse que dans chaque sous-groupe de femmes originaires d'un même pays à risque, la proportion d'excisées était la même que dans le pays concerné (carte). On a cependant distingué les femmes nées au pays (8 sur 10) de celles nées en Europe (2 sur 10). Et, au sein des premières, celles arrivées en France après 15 ans de celles arrivées avant, pour tenir compte du fait que les mutilations sexuelles féminines sont essentiellement pratiquées avant l'âge de 15 ans.

Sous l'hypothèse haute, le risque de mutilation est le même quel que soit le lieu de naissance : on applique les taux de prévalence à toutes les femmes originaires d'un pays à risque. Sous l'hypothèse moyenne, on suppose que le risque de mutilation est nul pour les femmes nées en Europe : on applique les taux de prévalence uniquement aux femmes originaires et nées dans un pays à risque. Enfin, sous l'hypothèse basse, on considère que seules les femmes arrivées en France après l'âge de 15 ans ont été soumises au risque. Si l'on retient l'estimation moyenne, environ 53 000 femmes adultes vivant en France en 2004 auraient subies des mutilations sexuelles féminines (schéma).

(1) La définition retenue pour la population de femmes originaires d'un pays à risque est très restrictive : seules les femmes dont le père et la mère sont originaires d'un pays à risque sont comptabilisées.

#### Schéma - Estimation du nombre en 2004 de femmes adultes, vivant en France, victimes de mutilations sexuelles féminines



(A. Andro, M. Lesclingand, *Population & Sociétés*, n° 438, Ined, octobre 2007)

## RÉFÉRENCES

- [1] OMS - « Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism », *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, n° 72, 2006, 8 p.
- [2] YODER P. Stanley, ABDERRAHIM Noureddine et ZHUZHUNI Arlinda - Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis, ORC Macro, Calverton, Maryland, (*DHS Comparative Reports n° 7*), 2004, 65 p.
- [3] UNICEF - *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*, New York, UNICEF, 2005, 58 p.
- [4] BORREL Catherine - « Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005, près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004 », *Insee Première*, n° 1098, août 2006, 4 p.
- [5] GILLETTE-FAYE Isabelle - *La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, thèse de doctorat en sociologie, Paris 7, 2002, 352 p.

## RÉSUMÉ

Dans le monde, 100 à 140 millions de femmes ont subi une mutilation sexuelle. Habitant principalement en Afrique sub-saharienne, 5 % vivent dans les pays européens d'immigration africaine ainsi qu'en Amérique du Nord. Dans les pays d'origine, la situation varie, certains pays pratiquant massivement l'excision, comme la Guinée, où 96 % des femmes sont excisées, et d'autres, presque pas, comme le Niger, où seulement 2 % des femmes le sont. L'excision est par ailleurs en recul dans ces pays. La France compterait en 2004 autour de 50 000 femmes adultes excisées. Une enquête est en préparation pour mieux connaître les conséquences de ces mutilations afin d'améliorer la prise en charge sanitaire de ce problème.