

MOOC Femmes et Santé : Les mutilations sexuelles

Présentation

Florence Sordes

Bonjour Marie Lesclingand. Avant de commencer à discuter des mutilations génitales féminines, peux-tu te présenter ?

Marie Lesclingand

Oui, bien sûr. Bonjour Florence. Merci pour cette invitation. Je suis socio-démographe, j'enseigne et je mène mes recherches à l'Université Côte d'Azur, au laboratoire URMIS (Unité de Recherche Migrations et Sociétés), et je mène des recherches sur les mutilations génitales féminines depuis une quinzaine d'années, notamment avec ma collègue Armelle Andro, de l'Université Paris I. Ensemble, nous avons mené de grandes enquêtes socio-démographiques en France, notamment à la fin des années deux-mille, la première grande enquête sur cette question : l'enquête Excision et Handicap. Plus récemment, je coordonne l'enquête MSF-PREVAL, qui s'est déroulée dans trois départements français à la fin de l'année deux-mille-vingt-et-un.

Définitions

Florence Sordes

D'abord, l'idée serait de nous définir ce que veulent dire ces mutilations.

Marie Lesclingand

Pour cela, je vais utiliser la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'OMS, qui définit les mutilations que nous nommons actuellement « mutilations génitales féminines » ou « mutilations sexuelles féminines », – peut-être que je reviendrai plus tard sur les questions de vocabulaire – comme toutes les interventions qui vont aboutir à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et sans motif thérapeutique. C'est vraiment important de le rappeler.

L'OMS va distinguer trois formes de mutilations génitales féminines selon

l'ampleur des tissus enlevés, allant de la forme la moins invasive qui s'appelle la clitoridectomie, qui consiste à une excision du prépuce du clitoris. Parfois, il y a une ablation aussi partielle du gland clitoridien. Ensuite, il y a l'excision, qui est la forme véritablement la plus répandue, où il va y avoir une excision à la fois du clitoris, mais également une ablation partielle ou totale des petites et des grandes lèvres. Enfin, nous arrivons à la forme la plus invasive qui est l'infibulation, mais qui est beaucoup plus rare. Là, il va y avoir une ablation, en tout cas des petites et grandes lèvres mais pas forcément toujours du clitoris, et avec une suture faite avec les moignons qui restent des lèvres. Après, rentre éventuellement une quatrième catégorie avec d'autres d'autres formes qui pourraient rentrer dans cette définition.

Historique et débat autour de la terminologie

Florence Sordes

Tu as dit effectivement qu'il y avait des termes un petit peu différents. Tu as parlé de mutilations génitales, mais tu as parlé aussi de mutilations sexuelles. Cela veut-il dire que les termes ont évolué dans le cours de l'Histoire ?

Marie Lesclingand

Effectivement, le vocabulaire que nous employons et que nous avons employé au cours du temps a vraiment évolué en parallèle de la mobilisation qui a débuté dans les années mille-neuf-cent-cinquante, quand l'ONU s'est saisie de cette question pour la première fois. Nous voyons véritablement une évolution du vocabulaire depuis cette date.

Il faut savoir qu'au départ, ces pratiques ont d'abord été étudiées par les anthropologues en les re-situant dans de nombreuses sociétés, plutôt africaines, où elles ont d'abord été étudiées. Ces pratiques étaient dans des cérémonies de rites et pouvaient correspondre à des rites d'initiation, et surtout de passage entre l'adolescence et l'âge adulte. Dans de nombreuses sociétés, il y avait à la fois des rites de circoncision masculine et des rites de circoncision féminine. Les anthropologues qui ont analysé ces aspects très rituels, les ont dénommés « circoncisions féminines », pour faire le parallélisme avec la circoncision masculine.

L'ONU, qui se saisit de cette question à la fin des années mille-neuf-cent-cinquante pour la première fois, va parler « d'opération rituelle fondée sur la coutume ». Puis, dans les années mille-neuf-cent-soixante-dix, au moment où les mouvements féministes vont se saisir de cette question, des anthropologues féministes vont remettre en question le parallélisme de ces rites entre circoncision

masculine et féminine, avec notamment les travaux d'une anthropologue qui s'appelle Nicole Sindzingre, qui a beaucoup œuvré à cela. Les mouvements féministes vont démontrer que ces deux pratiques ne peuvent pas être parallèles.

Il va y avoir une remise en cause de ce parallélisme entre les deux pratiques, et vers la fin des années mille-neuf-cent-soixante-dix, le début des années mille-neuf-cent-quatre-vingt, l'Organisation Mondiale de la Santé va demander à un groupe d'experts de commencer à réfléchir, au niveau international, à la question des conséquences de ces pratiques sur la santé des femmes. Nous allons avoir le premier rapport un peu fondateur, le rapport de Fran Hosken à la fin des années mille-neuf-cent-soixante-dix-neuf, qui va être une première recension des études menées, assez parcellaires à l'époque. Cela va surtout montrer les effets délétères de ces pratiques sur la santé des femmes. C'est à partir de là, dans les années mille-neuf-cent-quatre-vingt, pour montrer que ce sont des pratiques qui sont des atteintes à la fois aux droits des femmes et aux corps des femmes, que vont être utilisés les termes de « mutilations génitales » et « mutilations sexuelles ».

C'est vrai que le terme de « mutilations sexuelles » est plus utilisé en France parce qu'il permet aussi de mettre en évidence l'impact sur la sexualité des femmes et pas simplement sur les organes génitaux. Ces termes sont vraiment utilisés par toutes les organisations internationales, mais encore débattus parce que le terme de « mutilation » peut aussi être porteur de jugement et être un peu stigmatisant pour les femmes qui en sont victimes.

Chez les organisations internationales par exemple, va être accolé le terme de « d'excision » en français, qui est une forme particulière, qui est plutôt le terme vulgarisé et moins stigmatisant. En revanche, en anglais, les termes de *female genital mutilation* et de *cutting* sont plus utilisés. Et *cutting* veut dire « coupure » et c'est véritablement le terme qui serait le plus proche des traductions des langues vernaculaires, des termes qui sont utilisés notamment dans les pays africains. En France, il n'est pas utilisé. L'anthropologue Christine Bellas Cabane utilise le terme de « coupure », mais sinon c'est un terme qui ne s'est pas du tout diffusé dans le monde académique ou le monde associatif.

En France, nous parlons de mutilations sexuelles féminines ou d'excision.

Origines de ces pratiques

Marie Lesclingand

J'en profite pour parler de l'origine, car l'origine à la fois géographique et historique ne fait pas l'unanimité au sein des différents chercheurs. Ce qui est plus ou moins admis, c'est que c'est une pratique qui pourrait remonter à l'Égypte antique. Il en aurait été retrouvé des traces, notamment sur des momies qui se situent géographiquement dans l'actuel Soudan, Égypte. Nous parlons beaucoup

du continent africain parce qu'il y aurait eu une diffusion, c'est la théorie d'un politologue qui s'appelle Mackey, qui dit qu'il y aurait eu une diffusion de la forme la plus extrême, l'infibulation, via le commerce des esclaves, avec l'expansion de l'islam. Elle se serait déployée sur tout le littoral de la mer Rouge. C'est vrai que nous retrouvons ces formes de l'infibulation dans les pays de la Corne de l'Afrique, c'est-à-dire l'Éthiopie, Djibouti, l'Érythrée... c'est là où nous retrouvons ces formes les plus extrêmes.

Il faut quand même savoir que, justement, cette forme extrême que nous appelons l'infibulation, – *fibula*, qui veut dire « agrafe » aussi en latin –, nous en trouvons des exemples aussi dans le monde occidental, notamment dans la Rome antique. C'étaient des pratiques qui pouvaient être faites sur les femmes esclaves puisque la maternité les rendait inaptes. La contraception moderne n'existait pas à l'époque, donc c'était vraiment une manière de les empêcher de tomber enceintes. Nous trouvons aussi une autre forme de contraception avec des objets mécaniques, c'est-à-dire pas directement marqué sur le corps, avec les ceintures de chasteté, que nous retrouvons dans le monde occidental jusqu'au Moyen Âge.

Après, il y a d'autres formes. Celle que j'ai citée tout à l'heure, la moins invasive, est la clitoridectomie. Nous en trouvons aussi des exemples dans le monde occidental, en Europe, aux États-Unis, tout au long du dix-neuvième siècle, qui ont été faites par des médecins. C'était vraiment pris en charge par des médecins, notamment pour soit-disant « lutter » contre la masturbation féminine qui n'était pas du tout acceptée.

Plus récemment, il y a des nouvelles formes de chirurgie intime qui se sont développées au 21^e siècle, notamment les labioplasties ou nymphoplasties, qui entrent dans la définition que je vous ai donné tout à l'heure de l'Organisation Mondiale de la Santé.

La différence entre les pays qui sont historiquement concernés et les exemples que nous pouvons retrouver dans l'histoire du monde occidental, c'est que cela ne s'est pas opéré de manière aussi massive, et ne concernait pas autant de personnes que le nombre de personnes que cela concerne, encore aujourd'hui, dans beaucoup de pays.

Quelques chiffres

Florence Sordes

Enfin, combien de femmes, de jeunes filles, de personnes, sont concernées ?

Marie Lesclingand

C'est vraiment quelque chose qui s'est développé à la suite du premier rapport

Hosken à la fin des années mille-neuf-cent-quatre-vingt. Nous disposons de données statistiques relativement fiables, ce que nous appelons des enquêtes démographiques et de santé qui sont réalisées dans beaucoup de pays dits « du Sud », souvent pour pallier aussi des insuffisances de l'appareil statistique. Ces enquêtes sont réalisées sur des échantillons représentatifs, à la fois de femmes et d'hommes. Pour les femmes, il y a des modules spécifiques sur cette question-là. Cela nous permet d'avoir dans les pays concernés le pourcentage de femmes qui ont déclaré être excisées, sachant que c'est du déclaratif. En appliquant ce pourcentage – que nous appelons la « prévalence » des mutilations génitales féminines – à l'effectif global des femmes, nous savons combien de femmes sont concernées.

Globalement, la dernière estimation date un petit peu, elle a été réalisée par l'UNICEF. Nous estimons à deux-cent millions dans le monde le nombre de femmes et de filles qui seraient excisées. Sachant que la répartition géographique de ces femmes va dépendre de deux paramètres : l'importance démographique des pays et du niveau de prévalence de la pratique, puisqu'il y a des pays où ce sont plus de neuf femmes sur dix, il y a des prévalences à plus de quatre-vingt-dix pourcent, qui sont concernées, tandis que nous avons des pays où la prévalence va être à moins de dix pourcent, qui va concerner des populations très particulières.

Sur les deux-cent millions, les trois principaux pays concernés sont, d'une part, l'Indonésie, cela a été découvert très récemment en deux-mille-treize parce qu'il n'y avait aucune donnée avant, mais l'Indonésie est un très gros pays. Il y a l'Égypte, que nous avons tendance un petit peu à oublier, même si c'est sur le continent africain : ce sont plus de neuf femmes sur dix qui sont excisées en Égypte. Il y a aussi l'Éthiopie, qui est un pays démographiquement important mais où la prévalence est un peu plus faible. Si nous voulons savoir où sont ces deux-cent millions de femmes, il y a effectivement le continent africain qui est beaucoup concerné avec une grande bande centrale allant de l'Ouest à l'Est du continent et incluant l'Égypte. Tous les pays du Maghreb ne sont pas concernés, de même que tous les pays au sud du Sahara, de l'Afrique centrale et australe. Il y a quelques pays du Proche et Moyen-Orient, comme l'Irak, le Yémen. Il y a quelques pays asiatiques : l'Indonésie, la Malaisie. Après, il y a une importation de cette problématique dans les pays d'immigration, notamment les pays d'immigration africaine : l'Europe, le Canada, les États-Unis, l'Australie... pour dresser un panorama.

Prévalence à l'intérieur d'un même pays

Florence Sordes

Tu as dit que cela concernait différents pays. Une des questions que nous pouvons

nous poser, un peu complexe, quand nous parlons d'un pays comme l'Égypte, est-ce que tout le pays pratique ces mutilations ou est-ce que cela ne concerne que des zones du pays ? Est-ce que tous les pays concernés le pratiquent dans la totalité du pays, ou a-t-on quelque chose un peu confus, diffus ?

Marie Lesclingand

Ce sont des données dont nous disposons au niveau national, mais nous savons très bien que cette prévalence au niveau national n'est pas toujours très pertinente. Déjà, nous avons vu qu'il y avait des variations très importantes entre les pays, puisque l'Égypte est à plus de quatre-vingt-dix pourcent, mais d'autres pays où c'est beaucoup plus faible, le Sénégal par exemple, c'est autour de vingt-cinq pourcent. Et à l'intérieur des pays, il y a encore évidemment des différences, notamment géographiques. Alors tout simplement parce que ce sont des pratiques très anciennes et qui sont liées à l'histoire des familles, à leur origine, à la fois géographique et ethnique.

Puis il y a eu tout le découpage colonial qui a découpé des nations ne correspondant pas forcément à des unités, donc dans un même pays, si nous prenons le Sénégal, il va y avoir toutes les régions qui sont limitrophes du Mali ou de la Guinée où il y a des prévalences très élevées, alors que toute l'autre partie du pays n'est pas du tout concernée. Même chose au Mali : toute la partie Nord qui est limitrophe avec l'Algérie où cette pratique n'a jamais existé, les populations ne sont pas du tout concernées alors que dans la grande moitié Sud, la prévalence est à plus de neuf femmes sur dix puisque Mali fait partie des pays où il y a le plus d'excisions. Donc le premier facteur de différenciation est effectivement le facteur ethnique ou d'origine géographique.

Écart entre les déclarations des femmes et des professionnels de santé

Florence Sordes

Ce sont les femmes qui déclarent. Donc elles se déclarent mutilées ou excisées. Est-ce qu'elles sont toutes au courant ? Est-ce qu'elles ont toute conscience qu'il y a eu ces pratiques-là sur leur corps ?

Marie Lesclingand

Cette question est très intéressante. Justement, lorsque nous avons réalisé la première enquête en France à la fin des années deux-mille, nous avons décidé de faire à la fois une enquête auprès des femmes potentiellement concernées, avec du déclaratif : leur demander si elles étaient excisées ou non. Nous faisons cette

enquête dans des établissements de santé, et nous avons décidé d'avoir une déclaration par le ou la professionnel de santé après un examen gynécologique, pour avoir cette double déclaration. Nous n'avons pas pu avoir la déclaration du médecin pour toutes les femmes parce qu'il fallait que les femmes donnent leur consentement. Certaines ont refusé, mais nous avons pu pour soixante pourcent d'entre elles. Sachant que cette enquête était portée sur trois-mille femmes, dont sept-cent qui avaient déclaré une excision ; c'était quand même de gros échantillons. Et nous nous sommes aperçus d'incohérences de notre point de vue de démographe, d'incohérences entre les déclarations des femmes et des professionnels de santé.

Ces incohérences pouvaient s'expliquer de différentes façons. Il y avait des femmes, notamment des jeunes femmes, plutôt issues des deuxièmes générations, qui étaient nées et avaient grandi en France, issues de familles qui excisaient, mais dans une société où la pratique n'a aucun fondement et est très stigmatisée socialement.

Nous avons fait aussi des études plus qualitatives et nous nous sommes aperçus qu'il y avait un tabou complet à l'intérieur des familles. Il n'avait jamais été dit aux jeunes femmes qu'elles avaient été excisées, elles-mêmes ne le savaient pas, à partir du moment où elles n'en ressentaient pas forcément les conséquences dans leur quotidien ou même dans leur vie sexuelle. Donc elles avaient déclaré ne pas être excisées alors que le médecin, qui avait été éventuellement formé, déclarait une excision. Il pouvait aussi y avoir l'incohérence dans l'autre sens, c'est-à-dire des médecins qui n'avaient pas forcément été formés et qui n'avaient pas vu parce qu'il y a certaines formes qui ne sont pas très visibles.

Quand nous avons fait des entretiens avec des femmes, nous avons eu beaucoup de témoignages de femmes qui ont appris être excisées lors de leur premier rendez-vous gynécologique. Pas toujours de manière très heureuse, parce qu'il y a eu aussi une époque où les médecins et les professionnels de santé n'étaient pas du tout formés et n'avaient pas toujours les mots adéquats pour annoncer cela à la jeune femme, et parfois même certaines au moment de leur accouchement, par des examens, par des sages-femmes...

Donc oui, c'est pour cela que l'auto-déclaration a aussi ses limites. Nous partons du principe qu'à partir du moment où nous faisons une enquête auprès de femmes, c'est leur parole qui compte.

Facteurs déterminants de ces pratiques

Florence Sordes

La question, c'est de savoir comment nous pouvons expliquer ces pratiques, c'est-à-dire quels sont les facteurs socioculturels ou autres qui puissent les expliquer ?

Marie Lesclingand

Grâce aux enquêtes démographiques et de santé, nous pouvons maintenant mettre en évidence ces facteurs de différenciation à l'intérieur d'un même pays. nous avons parlé de l'origine ethnique. Un autre facteur qui joue beaucoup est le niveau d'instruction. C'est vrai que nous pourrions nous dire que c'est un peu bizarre parce que c'est le niveau d'instruction de la femme mais qu'elle n'est pas à l'initiative de son excision. Sauf que dans des pays où la scolarisation n'est pas universelle, comme en France, le niveau d'instruction peut servir de proxy, notamment par rapport à l'ouverture des familles. Le fait de scolariser par exemple sa fille peut être une manière d'adhérer à des valeurs et, peut-être, d'être plus à l'écoute de certains discours qui prônent l'arrêt de ces pratiques. Ce que nous observons dans tous les pays, c'est que plus le niveau d'instruction est élevé, plus les familles ont tendance à abandonner les pratiques.

Un autre facteur aussi qui joue, c'est le milieu de résidence, c'est-à-dire la différenciation entre milieu urbain et milieu rural. En milieu urbain, nous avons des prévalences plus faibles. Nous l'expliquons tout simplement parce que dans les milieux urbains, nous avons un brassage de population plus important, donc les familles qui peuvent être originaires de régions où, traditionnellement l'excision est pratiquée, vont se retrouver avec comme voisins ou voisines des familles originaires de régions où elle ne l'est pas. Ce brassage social, ethnique, va produire aussi au fur et à mesure un abandon.

Je voudrais parler du facteur religieux car il y a beaucoup de choses fausses qui sont dites sur ce facteur religieux, où cette pratique est associée à la religion musulmane. C'est complètement faux. Tout d'abord parce que l'origine de ces pratiques remonte bien avant l'islam. Puis parce que les populations animistes, donc de religion traditionnelle, les populations chrétiennes orthodoxes, des populations juives, sont également concernées par ces pratiques. Donc le facteur religieux n'est pas corrélé à la pratique. Et puis, si nous prenons par exemple tous les pays du Maghreb qui sont des pays où la religion musulmane est majoritaire, ils sont complètement exempts de cette pratique. C'est important de le spécifier parce qu'il n'y a pas de lien. Il faut voir aussi qu'il y a beaucoup d'associations qui vont s'appuyer sur les leaders religieux et notamment musulmans, pour convaincre les familles d'arrêter la pratique.

En tout cas, sur ce qu'il faut retenir : les principaux facteurs sont l'origine ethnique, le niveau d'instruction et le milieu de résidence urbain ou rural.

Justification de ces pratiques

Florence Sordes

Il y a quand même une vraie question à poser : qu'est-ce qui justifie ces pratiques ?

Marie Lesclingand

Grâce aux travaux des anthropologues qui ont pu revenir un petit peu sur les mythes fondateurs de certaines populations, il y a un mythe que nous allons retrouver dans de nombreuses populations, ce mythe de l'androgynie initiale. Ce sont des rituels de passage à l'âge adulte au moment de l'adolescence. À un moment, il va falloir que les garçons deviennent complètement hommes et que les filles deviennent femmes. Et le clitoris, qui d'un point de vue anatomique, correspond à une verge, qui est aussi longue, mais dont la partie émergée est très courte, représente la partie masculine qu'il faut enlever. À l'inverse du prépuce de la verge qui représente la partie féminine qu'il faut également enlever. C'est une des premières justifications, et c'est intéressant parce que c'est aussi des choses que nous pouvons retrouver dans les représentations collectives, même en Occident, notamment par rapport à ces nouvelles formes de chirurgie intime où nous avons ces représentations qui apparaissent.

À partir des travaux des anthropologues féministes qui ont réinscrit l'analyse de ces pratiques dans les rapports inégalitaires entre les hommes et les femmes, ce que nous appelons les rapports de genre, ce qu'il faut voir, c'est que le clitoris est un organe dont la seule fonction est d'apporter du plaisir sexuel au niveau de la sexualité. Il est très spécifique, parce qu'il n'y a pas d'équivalent chez les hommes. Y toucher, l'enlever, est une manière de maîtriser la sexualité des femmes. Pourquoi ? Pour préserver les jeunes filles de tout rapports sexuels avant le mariage dans des sociétés où, par exemple, les relations pré-maritales sont complètement interdites, en tout cas l'étaient, même dans le monde occidental. Et ensuite, pour préserver la fidélité de l'épouse, pour éviter qu'elle ait des relations extra-maritales. Ce contrôle de la sexualité des femmes, c'est aussi un des motifs qui justifient la pratique et que nous retrouvons par exemple dans les clitoridectomies, puisqu'elles ont été mises en place au dix-neuvième siècle en France pour traiter les femmes qui manquaient soit-disant de tempérance sexuelle, et pour lutter contre la masturbation féminine. Il y a toujours ce contrôle de la sexualité qui agit. Ce sont les justifications qui sont analysées par les anthropologues.

Il y a aussi des justifications, mais là qui viennent des acteurs, des actrices ou des populations concernées et qui peuvent être liées à des croyances, mais qui n'ont pas du tout de fondement scientifique. J'ai pas mal travaillé au Mali et j'ai beaucoup entendu dire qu'une femme qui a encore son clitoris, le jour où elle accouchera, elle va tuer son bébé parce que le bébé va toucher le clitoris. Il y a des représentations autour de la saleté que pourrait représenter le clitoris.

Donc pour être pur, pour être propre, il y a aussi ce terme de pureté qui revient, il faut enlever le clitoris. Ce sont des justifications. De même que les personnes qui vont dire que c'est écrit dans tel ou tel texte religieux. Alors que ça ne l'est pas du tout.

À quel âge se font ces pratiques ?

Florence Sordes

La question est aussi de savoir à quel âge sont pratiquées ces mutilations chez les jeunes filles ou chez les femmes. Si nous disons qu'il y a effectivement toutes ces justifications-là de non-accès au plaisir pour la femme, en attendant, et en tout cas peut-être dans nos représentations, ces pratiques se font plutôt jeune.

Marie Lesclingand

Quand elles étaient vraiment ritualisées, ce qu'elles ne sont plus du tout dans la plupart des pays, elles s'effectuaient plutôt au moment de l'adolescence. Ensuite, il y a eu un rajeunissement, avant dix ans dans la majorité des cas. Ce que nous observons aujourd'hui sur les plus jeunes générations, c'est qu'elles se font même de plus en plus tôt. Parallèlement à ce rajeunissement de la pratique, – cela veut dire que c'est même fait sur des bébés – il y a aussi une tendance à la médicalisation de la pratique. J'en parlerai plus tard. Ce qu'il est important de retenir par rapport à cet âge, qui est de plus en plus jeune, c'est que la dimension rituelle a complètement disparu.

Florence Sordes

En connaissons-nous les raisons de cette disparition ? Avant, cela se faisait à l'adolescence. Aujourd'hui, pourquoi est-ce fait pratiquement quand l'enfant est bébé ? Est-ce qu'il y a des raisons ?

Marie Lesclingand

Ces rites d'initiation d'entrée dans l'âge adulte ont quand même quasiment complètement disparu, mais en même temps, cette pratique est restée une norme sociale très prégnante et finalement, c'est plus simple. Avec l'augmentation de l'éducation des filles, c'est plus difficile : les filles peuvent se rebeller. C'est plus facile de le faire sur un bébé qui n'a évidemment aucun moyen de défense que de le faire sur une jeune adolescente. Sachant aussi que dans la plupart des pays, même si les lois ne sont pas toujours appliquées, il y a des dispositions législatives qui se sont mises en place et des lois pour interdire la pratique.

Quand nous parlons de normes sociales, parmi les justifications aussi des personnes, c'est que l'excision est aussi liée au marché matrimonial. Une femme qui ne serait pas excisée ne pourrait pas ensuite se marier et rentrer sur le marché matrimonial dans des sociétés où le mariage reste un pilier de la société.

Qui pratique ces mutilations ?

Florence Sordes

Enfin, qui pratique ces mutilations ? Qui sont les exciseurs, exciseuses ?

Marie Lesclingand

Aujourd'hui encore dans la plupart des pays, ce sont des exciseuses traditionnelles, parfois qui sont dans certaines ethnies. Cela peut être des matrones aussi, mais ce que nous observons aujourd'hui dans un certain nombre de pays, c'est un petit peu contradictoire, mais il y a des pays où parfois il y a une baisse de la pratique, mais nous observons une médicalisation de la pratique. C'est beaucoup plus inquiétant finalement, parce que ça veut dire que, loin de s'arrêter, la pratique est prise en charge par des professionnels de santé.

Mais pourquoi ? Nous pensons que c'est un dévoiement des campagnes de sensibilisation qui ont beaucoup axé sur les conséquences néfastes sur la santé des femmes et qui ont laissé penser aux familles que les conséquences seraient réduites si les excisions étaient pratiquées dans un contexte plus approprié, médicalisé.

Or, un urologue français, Pierre Foldes, a mis au point une technique de chirurgie réparatrice et a beaucoup travaillé dans plusieurs pays africains. Lui considère que souvent, les excisions pratiquées par des médecins sont beaucoup plus invasives que les excisions pratiquées par des exciseuses qui, selon lui, considèrent que c'est plus symbolique ; en tout cas elles ne vont pas aussi loin que les médecins. Dans les tendances récentes, c'est un point de préoccupation des organisations qui luttent pour l'abandon des pratiques. Cela a quand même un effet pervers.

Quelle est l'évolution de ces pratiques ?

Florence Sordes

Quelle est l'évolution de ces pratiques-là ?

Marie Lesclingand

Grâce aux enquêtes, nous avons un recul temporel intéressant puisqu'elles ont commencé à la fin des années 1980. Dans certains pays, il y a eu quatre ou cinq enquêtes comme celles-ci au fil des décennies. Cela nous permet véritablement de regarder l'évolution.

Il y a aussi des questions qui sont intéressantes parce que nous parlons de représentation. Nous allons aussi poser des questions aux hommes et aux femmes cette fois-ci, pour savoir s'ils considèrent que l'abandon de la pratique est une bonne chose ou pas. Cela permet d'estimer un peu ce qui pourrait se passer dans les prochaines années.

Nous pouvons schématiser en disant qu'il y a deux profils de pays. Il y a les pays où la pratique n'était déjà pas généralisée. Il y avait des prévalences autour de 50 % et surtout, elle ne concernait que des communautés ou des populations particulières. Nous y avons vu une diminution assez rapide et qui s'explique, c'est-à-dire qu'il y a aussi des pays qui se sont beaucoup urbanisés et ont permis un brassage ethnique et social, qui a fait que nous nous sommes aperçus que là-bas, « oui, tiens ma voisine n'excise pas ses filles, ces filles se marient, elles ont des enfants, tout va bien ». Ce brassage a permis une diminution très rapide, qui peut parfois aussi s'accompagner par des dispositifs législatifs qui vont être un peu plus contraignants et en tout cas qui vont inciter plus les personnes à arrêter.

En revanche, nous voyons que dans les pays comme l'Égypte, le Mali, ou la Guinée, où il y a des prévalences très élevées, nous sommes encore sur des tendances, nous ne voyons pas encore de diminution et surtout nous ne voyons pas non plus d'évolution dans les représentations et il y a, au niveau des opinions, une certaine stabilité. Donc le chemin va être encore très long. Ce sont des pratiques qui imprègnent tellement les personnes, la société, qui constituent des normes sociales très fortes... La route est encore longue.

Quid de ces pratiques en France ?

Florence Sordes

Nous avons parlé des pratiques dans les pays africains, un tout petit peu en Europe... Ce qui pose question, c'est en France. Que se passe-t-il par rapport à ces mutilations ?

Marie Lesclingand

En France, la problématique, la question, a commencé à se poser à la fin des années mille-neuf-cent-soixante-dix et début des années mille-neuf-cent-quatre-vingt, quand des familles originaires de pays d'Afrique subsaharienne sont venues s'installer sur le sol français, car c'était lié aussi aux pays anciennement colonisés

et qui sont arrivées en France.

Les premières prises de conscience sont vraiment passées par le secteur associatif, par exemple les centres de protection maternelle et infantile, qui se sont retrouvés confrontés à cette problématique. Il faut aussi savoir qu'en France, le milieu associatif s'est saisi de la question très tôt en menant des actions de prévention auprès des familles. Dans le même temps, l'État a aussi réagi, plutôt sur le volet de la répression. La France est un petit peu spécifique par rapport à d'autres pays européens, puisqu'il y a eu beaucoup de procès qui ont eu lieu, notamment dans les années mille-neuf-cent-quatre-vingt-dix où des exciseuses et des parents ont été condamnés à des peines de prison ferme.

Ce que nous avons pu mettre en évidence, notamment à travers la première enquête menée à la fin des années deux-mille-dix, où nous avons posé pas mal de questions sur les intentions des familles, sur l'excision de leurs filles, elles-mêmes, les femmes, celles qui avaient été excisées parce qu'il y en avait une partie qui était née aussi en France. Nous avons pu montrer qu'à partir du milieu des années mille-neuf-cent-quatre-vingt-dix, il y a eu une disparition des excisions pratiquées sur le sol français. Si un risque persiste parce que le risque existe toujours, il persiste en cas de retour temporaire pendant les vacances, notamment. C'est pour cela qu'aujourd'hui, des campagnes de prévention sont beaucoup axées là-dessus. Là, cela va commencer, notamment avant les grandes vacances où les filles peuvent retourner dans le pays d'origine de leurs parents. Nous voyons aussi que parfois, les mères vont mettre en place des stratégies, parfois de renoncement, à envoyer leurs filles.

Les parents peuvent être tout à fait opposés à la pratique, mais une fois revenus dans le pays, ils ne peuvent pas rester non plus en permanence avec leurs filles et cela peut être fait sans leur autorisation, par des grandes-tantes, des grands-mères, des générations au-dessus qui souhaitent encore faire perdurer la pratique. Ce que nous observons, nous en avons eu la confirmation à travers la dernière enquête que nous avons faite dans trois départements, en 2021, c'est qu'aujourd'hui, pour toutes les secondes générations, c'est-à-dire les petites filles qui sont nées en France de parents originaires de ces pays, la pratique est abandonnée. Il y a vraiment un abandon de la pratique par la migration.

Il faut, en revanche, rester vigilant pour les populations primo-migrantes qui arrivent et qui ne sont pas encore prévenues des dangers.

Conséquences sur la santé et la sexualité

Florence Sordes

Nous n'avons pas parlé des conséquences sur la santé, sur la sexualité.

Marie Lesclingand

Effectivement, j'avais dit que le premier rapport Hosken, fait en mille-neuf-cent-soixante-dix-neuf, était une première recension des conséquences. Depuis, il y a eu énormément d'études cliniques, d'abord dans les pays d'origine et à partir des années deux-mille, plutôt deux-mille-dix, également dans les pays migratoires.

L'Organisation Mondiale de la Santé va distinguer différents risques. Il y a évidemment les risques à très court terme, c'est-à-dire au moment de la pratique. Ils peuvent se traduire par des hémorragies ou des rétentions urinaires, parfois conduisant à la mort de la fillette.

Après, ce sont surtout des conséquences à plus long terme et qui vont se traduire par des risques plus élevés d'infections uro-génitales, d'incontinence urinaire. Il y a aussi des sur-risques de ce côté-là.

Puis, selon le contexte sanitaire, nous observons des complications obstétricales, c'est-à-dire au moment des accouchements. Nous allons observer ces complications chez des femmes excisées, beaucoup plus dans les pays historiquement concernés, notamment sur le continent africain, où les conditions sanitaires ou la prise en charge des accouchements n'est pas toujours très bonne. Il peut y avoir des complications importantes.

En revanche, les risques de complications obstétricales sont diminuées dans les contextes migratoires. Nous l'avons vu en France dans la dernière enquête aussi, l'enquête périnatalité, qui a posé cette question. Les résultats de deux-mille-vingt-et-un vont bientôt sortir. Nous avons vu finalement qu'il n'y avait pas forcément de sur-risque au moment des accouchements parce qu'il y avait une prise en charge très importante.

Après, il y a aussi des risques au niveau de la sexualité. C'est le résultat qui a été le plus significatif de l'enquête que nous avons mené à la fin des années deux-mille-dix, notamment parmi les femmes de seconde génération qui déclarent beaucoup plus avoir une vie sexuelle très dégradée par rapport aux femmes non-excisées. Ce sont des conséquences importantes sur la sexualité.

C'est un petit peu moins documenté, mais il y a aussi des conséquences plus psychologiques, des phénomènes de dépression qui peuvent être liés justement à ce mal-être post-traumatique. Je ne suis pas psychologue, mais nous remarquons aussi de l'anxiété. Nous avons observé des risques d'anxiété chez les femmes excisées, toutes choses égales, c'est-à-dire en contrôlant avec d'autres facteurs.

Ensuite, c'est plus spécifique, et nous en trouvons très peu en France, mais il peut y avoir des sur-risques spécifiques aux infibulations, notamment en cas de désinfibulation forcée au moment des rapports sexuels, au moment de l'accouchement. C'est vraiment spécifique à cette forme particulière et très

invasive de mutilation et qui concerne plus les pays de la Corne africaine. En France, ce ne sont pas des populations que nous retrouvons beaucoup.

En revanche, nous allons plus en trouver en Italie ou dans des pays nordiques, pour ce qui est de l'Europe. Les femmes de Djibouti, d'Érythrée que nous allons retrouver, liées aux histoires migratoires entre pays.

Comment palier ces conséquences ?

Florence Sordes

Est-ce qu'il existe des pratiques médicales pour venir réparer ces conséquences ?

Marie Lesclingand

Oui. Plus tôt, j'évoquais cet urologue français, Pierre Foldes, qui est un peu connu parce qu'il y a eu pas mal d'émissions sur lui. Il faisait beaucoup de médecine humanitaire au départ, notamment au Burkina-Faso. Et il était atterré car il se rendait compte des complications que les femmes excisées avaient au moment d'accoucher. Il a commencé à réfléchir et déjà, il s'est aperçu que dans tous les manuels d'anatomie, il n'y avait absolument rien sur la vulve, le clitoris. C'était vraiment quelque chose qui n'intéressait pas du tout le monde médical.

Il a mis au point une technique de chirurgie réparatrice appelée la réhabilitation clitoridienne et qui, depuis deux-mille-trois, est remboursée par la Sécurité Sociale. Avant que cela soit remboursé, il opérait gratuitement beaucoup de femmes. Depuis, il y a vraiment des prises en charge pluridisciplinaires qui se sont mises en place. Aujourd'hui, nous comptons à peu près une vingtaine d'unités hospitalières qui prennent en charge ces femmes. C'est une opération qui permet à la fois de restaurer l'anatomie « normale » des femmes, et qui leur permet aussi de retrouver, par exemple, une sexualité plus satisfaisante.

Moyens de prévention

Florence Sordes

Est-ce qu'il y a des lois ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui existe pour que nous puissions prévenir, en parler, faire que ces pratiques baissent ?

Marie Lesclingand

Pour cela, il faut peut-être distinguer les pays d'immigration où la pratique n'a pas de fondement historique et où, nous l'avons vu dans le cas de la France, le

rappel à la loi, le fait qu'il y ait eu des condamnations de parents d'exciseuses, avec des peines d'emprisonnement et de la prison ferme, a eu quand même un effet très important sur les communautés.

Pour ce qui est des pays historiquement concernés, les choses sont un petit peu plus compliquées puisque nous savons que des dispositifs législatifs ont été mis en place, mais parfois avec des dérogations pour les établissements sanitaires. Cela fait que la pratique est interdite mais autorisée dans les établissements sanitaires et autorise, par exemple, la médicalisation de la pratique. Surtout, dans de nombreux pays, ces lois ne sont pas appliquées. Nous pouvons aussi penser qu'avec le temps et avec une application un peu plus stricte de ces lois, cela va changer.

Après, il faut aussi voir comme ce que nous avons vu en France, toutes les actions qui sont mises en place par des associations et qui travaillent avec les communautés concernées et qui vont s'appuyer sur les leaders religieux. Sans doute que ces actions-là, finalement, sur le plus long terme, seront peut-être plus efficaces. Cela touche directement à la norme sociale et pas simplement à l'interdit. Interdire sans accompagner par des campagnes de prévention, peut mener à contourner ces interdits, le faire de manière clandestine, dans des conditions qui seraient encore moins bonnes.

À chaque fois, il faut bien avoir les deux volets, et peut-être se dire que c'est aussi avec le développement de l'instruction, et notamment l'instruction des femmes, que les choses vont pouvoir évoluer et que nous pouvons imaginer, peut-être, un monde sans mutilation génitale féminine.

Florence Sordes

Peut-être. En tout cas, merci Marie de nous avoir donné toutes ces informations.

Marie Lesclingand

Merci Florence.