



Les Mutilations génitales féminines

1 Définition.

Le terme " Mutilations génitales féminines " (MGF) est né dans les années 70 et il désigne l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion des organes génitaux pratiqués pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique (définition adoptée en 1997 par l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA). C'est le terme retenu par les Nations Unies, les conférences mondiales, et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le terme d'excision, plus utilisé en français, relève d'une terminologie médicale occidentale. Il signifie, appliqué aux organes sexuels féminins, l'ablation du clitoris dite aussi clitoridectomie.

Le terme de circoncision féminine est parfois utilisé. Les deux opérations sont liées en ceci qu'elles ont une origine culturelle commune et semblent répondre à des mythes fondateurs anciens sur la mutilation sexuelle d'une divinité primordiale. Elles n'ont cependant que peu en commun : la circoncision consiste en l'ablation du prépuce, morceau de peau recouvrant le gland masculin, tandis que l'excision consiste en l'amputation d'un organe correspondant d'après certains médecins à l'amputation du gland masculin et s'apparentant dès lors à une castration ; enfin les motivations de la circoncision masculine ne comportent pas, comme l'excision, celle d'amoindrir ou d'annihiler le désir, voire le plaisir sexuel (Il est à relever cependant que la motivation de l'infibulation, qui, à l'origine, n'était pas doublée d'une excision est uniquement de contrôler la virginité des femmes et leur fidélité, ainsi que de prévenir le viol.)

2 Typologie

Une typologie des différentes mutilations génitales féminines a été élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, en fonction de leur caractère plus ou moins vulnérant. Elle est présentée en annexe.

3 Motivations

Les motivations des MGF sont multiples mais il est possible de les résumer, en les simplifiant, en deux grands types de motifs conjoints : d'une part les motifs symboliques ou rituels, d'autre part les motifs d'honorabilité.

Sur le plan symbolique ou rituel, les MGF se rattachent en général à la nécessité de la différenciation sexuelle ; dans ce cadre on enlève ce qui est masculin chez la femme. Un certain nombre de récits et de précisions se rattachent à cette interprétation : le clitoris peut-être tenu pour dangereux ou être le siège des mauvais esprits, tout comme le prépuce masculin. Dans ce cadre, l'excision peut-être, si elle est pratiquée à l'adolescence, un rite de passage, initiatique.

Les significations symboliques se doublent d'une motivation constante de contrôle de l'honorabilité du groupe par celui de l'honorabilité des femmes, c'est à dire leur "sagesse". Dans ce cadre, le clitoris est un organe dangereux car poussant la femme à une lascivité excessive. Un certain nombre de précisions peuvent être citées à cet égard : non excisées, les femmes sont moins respectables, elles ont tendance à l'homosexualité, elles désirent plusieurs partenaires. Ainsi sont séparées, chez la femme, l'identité érotique et l'identité maternelle.

Ces deux chaînes de motivations sont présentes ensemble. L'un des exemples les plus frappants est celui de la notion mandingue suivant laquelle le clitoris concentre en excès la force primordiale de l'univers, ce qui en fait à la fois l'incarnation du danger et de la puissance sexuelle féminine. Cette jonction rend l'abolition des MGF très difficile et complique le débat sur la question, même en Occident. Le caractère rituel fréquent de ces mutilations en fait des éléments de la représentation du monde qu'ont les sociétés qui les pratiquent et, dès lors, la condamnation de ces pratiques, notamment avec des excès de langage tel que le qualificatif "barbare", est parfois rejetée comme raciste, néo-colonial ou stigmatisant pour ces sociétés. Même si ces mutilations sont non ritualisées, comme en Somalie par exemple, ou si des rituels de remplacement sont trouvés, la deuxième motivation, moins souvent mise au premier plan, justifie le maintien et la défense de la pratique dans des sociétés qui attachent grand prix à la virginité et à l'honneur que les femmes garantissent à la famille, de réaliser un contrôle supposé efficace de leur sexualité. A ce titre, ces mutilations prennent place dans un ensemble plus large qui est celui de la discrimination sexuelle.

4 Conséquences

Les mutilations génitales féminines de type I à III ont pour but de dominer ou contrôler la sexualité des femmes. Elles mutilent le clitoris, qui est l'organe majeur de l'orgasme féminin. Même s'il semble qu'une partie de la sensibilité puisse être épargnée, les rares études menées sur les conséquences sur la sexualité des femmes des MGF tendent à confirmer qu'elles annihilent partiellement ou complètement leur capacité orgasmique, et ce de façon irréversible.

Ces mutilations dépassent dès lors largement le cadre physique et correspondent à une amputation de la personnalité, que l'on prive d'une partie de son évolution, notamment lorsqu'elles sont pratiquées dans l'enfance. Les effets psychiques demeurent cependant peu étudiés.

Les complications sont, pour la plupart, dues aux conditions dans lesquelles les MGF sont pratiquées, bien que la médicalisation n'empêche pas quelques cas de complications mortelles. La plupart du temps, les mutilations sont pratiquées par des "tradipraticiens", souvent des femmes âgées spécialement désignées pour cette tâche ou des accoucheuses, parfois des barbiers. Dans de nombreux pays d'Afrique occidentale, en particulier dans le groupe Mandé et Halpulaar, la caste des forgerons est celle des exciseuses (cette spécificité confère au forgeron et à sa femme, traditionnellement potière et sage-femme, une place toute

particulière d'éducateurs et conservateurs des traditions ancestrales). Elles sont rémunérées. Quelle que soit leur expérience, les règles d'hygiène, d'asepsie et les connaissances permettant d'éviter de léser d'autres organes, d'éviter l'artère proche ou autre sont insuffisantes. Les outils utilisés sont parfois mal adaptés et souvent non stériles (il peut s'agir de couteaux, lames de rasoir parfois usagées, de ciseaux ou de tessons de bouteille.)

Les complications immédiates comprennent la douleur très intense (l'anesthésie étant très rarement utilisée et la zone étant, bien entendu, richement innervée), le choc, l'hémorragie, la rétention urinaire, l'ulcération de la zone génitale, les lésions des tissus adjacents, la surinfection, notamment par le tétanos, la transmission du SIDA (un même outil étant utilisé pour plusieurs opérations) et la mort. Les chiffres de mortalité de l'opération ne sont pas connus mais le plus haut taux de mortalité maternelle et infantile se rencontre dans les régions où se pratiquent les mutilations génitales féminines.

Les complications à long terme comprennent les kystes et abcès, la formation de chéloïdes (cicatrices très étendues), les lésions de l'urètre entraînant incontinence ou infections chroniques, les tumeurs parfois énormes, les douleurs lors des rapports sexuels ultérieurs, les fistules anales. La coalescence cicatricielle des petites lèvres est fréquente, surtout quand l'opération est pratiquée jeune. L'inflammation chronique, les infections urinaires et les calculs vaginaux, l'incontinence, la sténose de l'ouverture artificielle du vagin, causant une sévère infection et enfin des complications très graves des accouchements sont aussi fréquentes, bien que plus souvent dans les cas d'infibulation. Dans ce dernier cas, l'accouchement naturel est plus difficile du fait de l'ampleur du tissu cicatriciel.

Les complications sont traditionnellement attribuées, en Afrique, au mauvais sort. Le lien entre l'opération et les séquelles, voire le décès, n'est pas fait. Une femme qui souffre de séquelles importantes est le plus souvent rejetée par son mari et sa communauté (lire à ce propos le roman d'Ahmadou Kourouma, "Allah n'est pas obligé").

5. Origine et extension géographique

La mutilation génitale féminine, et notamment l'infibulation, est très ancienne. On considère souvent que cette pratique a son origine en Egypte ancienne. (L'excision est d'ailleurs appelée au Soudan circoncision pharaonique).

L'excision n'est pas une pratique religieuse dans la mesure où son extension est géographique, sa pratique s'étant ainsi perpétuée en Egypte après les conversions aux grandes religions monothéistes. Son histoire est cependant liée à celle de la circoncision masculine, prescrite chez les juifs et les musulmans.

La Bible ne fait aucune mention de l'excision. La circoncision d'Abraham, en revanche, signe l'alliance entre l'homme et Dieu, et fonde la pratique de la circoncision masculine, codifiée au IIe siècle dans le Talmud. Certains spécialistes considèrent que les juifs ont pu pratiquer l'excision dans l'histoire mais les seules communautés juives à la pratiquer jusqu'à récemment sont les Falachas, originaires d'Ethiopie, qui l'auraient abandonnée depuis leur émigration en Israël.

La circoncision masculine a été abandonnée par les Chrétiens, remplacée par le baptême et aucune référence n'est faite à l'excision. L'Eglise chrétienne a lutté contre la circoncision masculine et les Jésuites portugais ont tenté sans succès de s'opposer à l'excision en Afrique

au XVI^e siècle. Leur échec est suivi de l'envoi d'une Mission du Saint-Siège qui décrète la licéité de l'excision dans ces pays du fait d'une supposée hypertrophie clitoridienne et labiale des femmes de la région. Peu de communautés chrétiennes pratiquent l'excision, à l'exception de certaines communautés africaines et des Coptes d'Égypte, dont les autorités religieuses mènent cependant une campagne d'interdiction.

Le Coran ne fait aucune mention de la circoncision féminine ou masculine, bien que certains versets équivoques aient pu être interprétés par des auteurs musulmans comme mentionnant la circoncision masculine. L'excision est mentionnée dans la deuxième source de droit musulman, la *Sunnah* de Mahomet qui semble établir que la " circoncision féminine " est admise et constitue un acte méritoire (*makrumah*). Mahomet recommandait par ailleurs de couper sans détruire, mais la prescription de modération n'est pas, comme dans le cas de la circoncision masculine, clairement définie et son dépassement ne fait pas l'objet de sanctions, comme pour les hommes. Les apôtres de l'excision soulignent en général que c'est une pratique méritoire que l'on est libre de faire, ou plus exactement que l'homme est libre de faire faire à sa fille ou sa femme.

Certains docteurs de l'Islam ont défendu l'excision, ainsi Al-Shafi'i, ce qui peut expliquer l'attachement des Somalis et Afar, de rite Shafi'ite, à l'excision. De nos jours, certaines autorités religieuses musulmanes soutiennent l'excision tandis que d'autres s'y opposent. Plusieurs *fatwas* ont été éditées par les uns et les autres et ces opinions contradictoires se retrouvent dans les affrontements entre réformistes et fondamentalistes musulmans aujourd'hui encore. Cette ambiguïté, et le fait que les mutilations génitales féminines, même si elles sont ignorées de nombre de pays musulmans, sont pratiquées le plus souvent dans des communautés islamisées, expliquent pourquoi de nombreuses personnes croient de bonne foi que l'excision est une obligation religieuse en Islam même si l'on dit avec justesse que la pratique n'a rien de religieux.

Les MGF sont pratiquées à grande échelle dans 28 pays d'Afrique, dont l'Égypte, de manière plus isolée en Afrique du Nord et du Sud et, avec une moindre importance, dans les pays de la Péninsule arabique (Yémen, Arabie Saoudite, Emirats, Jordanie, Oman, Bahreïn), ainsi qu'en Asie (Malaisie, Indonésie, Singapour, Inde), et en Amérique latine (Pérou, Brésil). Certains médecins des pays occidentaux ont pratiqué la MGF de manière anecdotique aux XIX^e et XX^e siècles, sous le prétexte de lutter contre la masturbation, l'hystérie, la folie ou la nymphomanie. Ils sont aujourd'hui concernés en tant que pays d'immigration, comme d'ailleurs de nombreux autres pays. (voir annexe, tableau des pratiques de la MGF dans le monde). Ces opérations ont par ailleurs, d'après des témoignages anciens, concerné des régions du monde où elles ont aujourd'hui disparues (Perse, Irak...).

Alors que l'objectif de nombreuses institutions est d'arriver à une abolition de cette pratique, elle a peu reculé dans les pays où elle est en vigueur. Par ailleurs, l'excision peut parfaitement s'étendre, comme on le voit dans l'immigration et aussi par les contacts et mariages entre groupes : ainsi, si un homme d'une ethnie ne pratiquant pas l'excision épouse une femme d'une ethnie la pratiquant, la règle veut que sa fille soit excisée. Si une femme appartient à une ethnie ne pratiquant pas l'excision (par exemple les Wolofs) et qu'elle réside dans une zone rurale où l'excision est la règle, elle sera excisée. Si une femme appartient à une ethnie où l'excision est pratiquée, par exemple les Peuls, mais vit dans une grande ville comme Dakar sans jamais se rendre au village, elle peut ne pas l'être.

6. Attitude de la communauté internationale

Le silence fut longtemps la règle sur ce sujet. La position subordonnée occupée par les femmes et les filles dans les familles, les communautés et les sociétés explique que des pratiques telles que les MGF aient été ignorées jusqu'à une date très récente, marginalisation qui s'est reflétée dans l'attitude des organisations internationales. L'OMS, invitée en 1958, par le Conseil économique et social des Nations Unies à entreprendre une étude sur " la persistance des coutumes qui soumettent les filles à des opérations rituelles et sur les mesures à prendre pour mettre fin à cette pratique ", répond, en 1959 : " les pratiques en question résultent de conceptions sociales et culturelles dont l'étude n'est pas de la compétence de l'OMS ".

La première étape, sur le plan international, a été de reconnaître les dangers de l'opération pour la santé. L'OMS écrit, en 1975, que certains rites ont des conséquences catastrophiques, mais aucune action n'est engagée. Le véritable point de départ est le Premier séminaire international sur " Les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants " organisée par le Bureau régional pour la Méditerranée orientale de l'OMS, à Khartoum en 1979.

Deux options étaient possibles pour l'OMS : favoriser la médicalisation de la pratique, pour éviter les effets secondaires dus aux conditions de l'opération, ou œuvrer pour son abolition. Cette dernière solution a été choisie en définitive, à la demande notamment des femmes. Depuis, l'OMS est opposée à toute médicalisation de la MGF. Une organisation non gouvernementale régionale, le Comité inter-africain pour l'élimination des pratiques traditionnelles nuisibles à la santé des femmes et des enfants (IAC), a été fondée en 1984 à la suite des recommandations de l'OMS. Elle a des branches dans 24 pays d'Afrique dans lesquels la MGF est pratiquée et elle vise à réduire la mortalité en luttant contre ces pratiques, notamment par des campagnes d'information et de formation.

Il faut attendre la fin des années 80 pour que la MGF soit envisagée non en terme de problème culturel mais de violation des droits des femmes et ce, sur l'impulsion à la fois des femmes éduquées des pays concernés et du mouvement féministe.

La Commission des droits de l'homme de l'ONU a chargé la sous-commission sur la prévention de la discrimination et de la protection des minorités d'élaborer un programme sur le sujet et lui a demandé, dans sa résolution n1988/57 du 9 mars 1988, d'examiner les mesures à prendre sur le plan national et international pour éliminer ces pratiques. Les recommandations de la sous-commission, recensées dans le Plan d'action pour l'élimination des pratiques traditionnelles nuisibles affectant la santé des femmes et des enfants (résolution 1994/30 du 26 août 1994) ont été avalisées par la Commission dans sa décision 1995/112 du 3 mars 1995.

La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination envers les femmes, qui est entrée en application depuis 1981, détaille les mesures à prendre pour éliminer toutes les pratiques basées sur l'idée d'une supériorité ou d'une infériorité de l'un ou l'autre des sexes. Son comité a émis plusieurs recommandations sur la MGF (recommandation 14 (1990), 19. Ces dispositions sont renforcées par la Déclaration de l'ONU pour l'élimination de la violence contre les femmes, adoptée par l'Assemblée générale en 1993. Elle vise notamment la MGF, estimant que les Etats ne peuvent invoquer des traditions pour échapper à leur obligation d'éliminer la violence contre les femmes et détaille les mesures à prendre, parmi lesquelles la diligence dans les enquêtes et l'imposition de sanctions réprimant ces violences.

La Convention pour les droits de l'enfant de 1990 a été le premier instrument considérant explicitement de telles pratiques comme des violations des Droits de l'Homme.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 qualifie la mutilation génitale de la femme d' " atteinte à ses droits fondamentaux " et demande aux Etats africains son interdiction. La IVe conférence des femmes de Pékin en septembre 1995 place cette mutilation au même rang que les autres violences sexuelles. L'Organisation mondiale contre la torture (OMCT) assimile l'excision à la " torture classique " ; l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP lancent début 1998 un nouvel appel en faveur de son élimination. La top model somalienne Waris Dirie, victime d'une infibulation, est désignée en 1995 ambassadrice de l'ONU, chargée de la campagne contre l'excision.

Amnesty International a décidé de s'engager contre les MGF, notamment à partir de 1995. L'organisation prenait acte des nombreuses critiques soulignant que les interprétations traditionnelles des normes internationales avaient créé une distinction hiérarchique artificielle entre les violations des droits de l'homme par les Etats dans la sphère publique et politique et les violations de même type dans la sphère " privée ", le résultat ayant été de priver les femmes d'une protection contre les violations systématiques, graves et fondées sur leur sexe infligées par des acteurs non étatiques. L'organisation souligne désormais que l'interprétation traditionnelle des Droits de l'Homme a échoué à traiter des exactions contre les femmes, du fait d'une erreur consistant à tenir les Etats pour non responsables des abus contre les droits de l'homme commis à la maison ou dans leur communauté. Elle estime que cette pratique, qui prend racine dans la discrimination envers les femmes, ne peut être isolée du contexte de privation systématique des femmes des droits civils, politiques, sociaux et économiques.

Enfin, le Parlement européen a adopté en 2001 une résolution condamnant les MGF.

7. Attitude des Etats concernés

a. Généralités

La pression sociale à laquelle sont soumises les femmes et les filles pour être excisées est telle qu'il est difficile à une femme de penser même refuser de s'y soumettre ou refuser d'y soumettre son enfant. Peu de femmes s'opposent à cette pratique. Les enquêtes menées sur ce point ont permis cependant de relever que cette absence d'opposition est en partie due une absence d'information claire et précise sur les dangers et les conséquences de l'excision, souvent présentée comme un rite festif dont les composantes exactes sont peu détaillées. La soumission est aussi une conséquence inéluctable, en Afrique, de la structure hiérarchique de la société, organisée souvent en plusieurs hiérarchies cumulées, castes, classes d'âge et sexe, hiérarchies au bas desquelles se trouvent les femmes des différentes castes. L'opposition est donc rare et en général fondé sur une situation inhabituelle, soit une situation d'orpheline qui n'a pas été prise en charge de ce point de vue par ses parents, soit une rupture avec les modèles traditionnels due à un contact important avec d'autres sociétés, ou un niveau éducatif, soit des traumatismes médicaux liés à une excision passée.

L'excision fait partie de l'identité et de la représentation d'elles-mêmes qu'ont les femmes, ce qui les conduit à se sentir honteuses de ne pas l'être. L'idée qu'une femme doit abandonner sa sexualité pour accéder à une identité socialement reconnue de femme est très forte.

En ce qui concerne les enfants, le refus d'exciser un enfant place les parents dans une situation d'exclusion sociale et ne les met pas à l'abri d'une excision forcée. L'enfant est celui de la famille élargie, du village, du groupe. La famille nucléaire n'est pas le fondement de la société africaine. La décision est dès lors prise par le groupe, au nom du groupe. Dès lors, les parents de la famille nucléaire ne peuvent protéger leurs enfants. Isabelle Gillette nous a cité plusieurs cas de parents, universitaires ou avocats n'ayant pu empêcher l'excision de leur fille, emmenée par un membre de leur groupe. L'opposition des parents à cette pratique est un acte qui met en péril l'ensemble de la société. Or, la société traditionnelle, par définition, cherche à se conformer à l'ordre du monde et, dès lors, elle ne laisse que peu de place au dissentiment et à la contestation, qui sont perçus comme une mise en cause de cet ordre et une mise en danger de la communauté.

L'excision n'est donc pas une pratique intime, relevant de la sphère du privé ; elle souvent pratiquée collectivement et contrôlée ; elle est connue de tous et la non-excision aussi. Les conséquences qui s'y attachent sont d'autant plus importantes.

Une femme non-excisée est jugée sale, impure, hypersexuée, infantile ; on se moque d'elle ; elle est exclue du groupe et sa vie sociale est donc très difficile. Elle a les plus grandes difficultés à se marier et ne peut donc avoir d'enfant, ce qui constitue en Afrique une souffrance sociale et psychique, la maternité étant l'événement central de la vie des femmes. Si elle y parvient, sa famille et sa belle-famille peuvent exercer une pression telle qu'elle devra s'y soumettre. Les belles-mères peuvent ainsi refuser de manger la nourriture préparée par une fille non excisée. Une telle situation a pu, souvent, conduire à une marginalisation qui se traduit par un recours à la prostitution. Certaines ethnies refusent même d'enterrer une femme non excisée, et l'excision peut-être pratiquée *post-mortem*.

Les recommandations faites aux Etats par les institutions internationales sont de ratifier et appliquer les instruments internationaux sur la protection des femmes et des enfants, d'adopter une législation spécifique interdisant notamment la MGF et créer un organe de gouvernement chargé de les appliquer, de créer une étude des cursus scolaires pour éliminer les atteintes à la dignité des femmes, d'établir un Comité qui lutte contre ces pratiques et de coopérer avec les institutions religieuses pour éliminer la MGF.

La ratification et l'application des instruments internationaux relatifs aux femmes et aux enfants suscitent d'importantes oppositions. La Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination contre les femmes (CEDAW) est celle qui, de toutes les Conventions des Nations Unies, a attiré le plus de réserves pour modifier ou exclure tous les termes du traité. Un certain nombre d'Etats ont émis de nombreuses réserves aux dispositions favorables aux femmes des Conférences de Beijing ou du Caire.

Dans le monde, **18 Etats ont adopté une législation spécifique pénalisant la MGF, dont 7 pays industrialisés. En Afrique, 10** des 28 Etats dans lesquels l'excision est pratiquée ont adopté des lois ou des ordonnances sanctionnant la MGF. La loi la plus ancienne est celle adoptée par la Guinée en 1965. Les textes adoptés prévoient une sanction allant de 6 mois de détention à la perpétuité.

Dans les pays ayant adopté ces législations, il s'en faut de beaucoup pour qu'elles aient un effet protecteur réel. Un grand nombre de textes restent inappliqués à ce jour. Le Burkina Faso est le seul pays à avoir une législation claire, stable et appliquée, avec de nombreuses

arrestations. Quelques plaintes ont été déposées dans certains pays, et ont abouti à de rares condamnations, à des amendes le plus souvent.

Ces lois n'empêchent pas une médicalisation croissante de la MGF, notamment dans les hôpitaux publics. Ainsi en Egypte, une enquête de 1995 a pu établir que 13% des femmes avaient été excisées par un médecin, et que ce chiffre passait à 46% pour les filles excisées dans les dernières années. Il en est de même au Kenya, en Somalie et en Guinée où de nombreux professionnels de santé pratiquent la MGF pour s'assurer des revenus complémentaires.

Les excisions s'adaptent à la modernisation sans disparaître : elles ont ainsi tendance à se concentrer pendant les vacances scolaires, l'été, évolution due à la scolarisation, alors qu'elles étaient avant pratiquées durant la saison sèche, pour éviter les infections.

Les dispositions légales demeurent théoriques aussi du fait de la position des femmes dans la société de ces pays et de leur accès à la justice. Dans les sociétés africaines traditionnelles, très hiérarchisée, la femme est dans une situation d'infériorité sociale. Elle est soumise à l'autorité du père, puis du mari et, plus largement, de sa belle-famille. Cela rend particulièrement difficile une démarche légale, comme de porter plainte contre son groupe ou ceux à qui l'on doit obéissance. De plus, dans nombre de cas, les affaires civiles, concernant le droit familial, sont traitées par les tribunaux coutumiers, avec des règles qui discriminent nettement les femmes. L'excision est ainsi pratiquée par des femmes, sur des femmes mais au nom d'une autorité masculine.

Enfin, lorsque la pratique se maintient, elle tend aussi à se faire de plus en plus jeune, sur des nourrissons. La motivation essentielle de ce fait est que les jeunes filles ont plus tendance que par le passé à chercher à éviter la MGF, au besoin en quittant leur communauté voire leur pays.

L'attitude des autorités publiques est parfois ambiguë. Si certains chefs d'Etat ont pris clairement position et mènent des campagnes d'information actives, d'autres sont plus discrets, voire soutiennent la MGF, comme c'est le cas du président de la Gambie, qui a déclaré que l'excision faisait partie de la culture nationale. La MGF a pu être considérée comme une coutume à revaloriser contre le colonisateur, ainsi pour Jomo Kenyatta, premier président du Kenya, qui a décrit la mutilation génitale féminine comme une coutume importante pour le bien de la population.

L'excision est aussi un enjeu politique. En effet, la pratique est défendue par les anciens, chefs coutumiers et traditionnels, souvent investis de pouvoir au plan local. Menacés à long terme par l'évolution des sociétés africaines, ils tendent à lutter pour le maintien de l'excision comme élément de leur pouvoir, de leur autorité. De ce point de vue, les autorités nationales, qui ont parfois une moindre légitimité font parfois le calcul d'éviter d'affronter sur ce point qui, au fond, est en conformité avec les règles morales de la société et qui n'affecte que les femmes, des autorités plus légitimes qu'eux-mêmes et qui peuvent leur coûter des élections.

Enfin les autorités religieuses et les mouvements religieux peuvent constituer un obstacle majeur et participent de ce jeu de pouvoir autour de l'excision. Ainsi, dans les pays connaissant l'excision et où des mouvements islamistes prennent de l'ampleur la MGF peut-être renforcée parce que ces mouvements militeront pour son maintien. En Egypte, l'interdiction de pratiquer la MGF pour les professionnels de santé décidée par décret en

juillet 1996 par le ministre de la Santé a été attaquée devant la justice par les milieux islamistes en tant qu'elle était inconstitutionnelle car contraire à la loi musulmane; elle a été maintenue par une décision de la Haute Cour administrative le 28 décembre 1997. Enfin, les autorités religieuses musulmanes traditionnelles militent parfois pour la médicalisation de l'excision, dans le but d'affaiblir les pratiques rituelles des religions anté-islamiques et de rattacher la pratique à un Islam classique.

b. Situation du Mali

Au Mali, la pratique de la MGF est très fréquente puisque 97% des femmes l'ont subie. La forme la plus répandue est la clitoridectomie, avec parfois ablation d'une partie des petites lèvres.

Les femmes de Bamako sont aussi souvent excisées que celles des milieux ruraux. Bien que les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus semblent avoir subi un peu moins souvent l'excision (90%), les conséquences sont très limitées. Une étude du Dr Abibatou Diallo pour l'UNICEF, conduite auprès des universitaires, a permis d'établir cependant que plus les femmes et les filles ont un niveau d'éducation élevé, moins l'excision est pratiquée. L'opposition à l'excision est en effet plutôt l'apanage des élites maliennes, très restreintes, mais elles n'ont pas le pouvoir ni même la liberté de s'y opposer trop ostensiblement ou efficacement. Certaines enquêtes font apparaître qu'il y a plus d'opposants à cette pratique parmi les hommes, élément que l'on pourrait expliquer par un niveau d'éducation plus élevé. Les hommes sont aussi plus libres d'évoquer les conséquences sexuelles de l'excision.

Toutes les religions pratiquent l'excision, même si elle est plus fréquente chez les musulmanes (94% ; la population malienne est musulmane à 80%) que chez les chrétiennes (85%) et animistes (88%). La seule influence déterminante est l'appartenance ethnique : les Peul, Sarakolé/Soninké, Malinkés et Bambara (sous-groupe Malinke ou Mandingue) se situant au-dessus de 95%, les Dogons à 84%, les Sonraï (ou Songhaï) à 47,8% et les Tamacheck (autodénomination des Touaregs ou Targuis) à 16,5%. Toutes les régions sont touchées de manière à peu près équivalente, à l'exception de celles de Tombouctou/Gao (9,3%), où résident de nombreuses femmes Touareg et Sonraï.

La décision d'exciser une petite fille peut être prise par tout membre de la famille élargie ou du groupe. Il est entendu que la fille sera excisée et personne ne songe souvent à discuter cette décision. L'enquête de 1995-96 relève que dans 97% des cas personne n'a élevé d'objection à l'excision. Cette opposition ne se fonde pratiquement jamais sur des considérations sexuelles (qui sont un sujet tabou) mais sur les complications de santé (Au Mali, 29% des femmes excisées accouchant en clinique connaissent des complications dues à l'excision.).

D'après les associations spécialisées, l'opération peut être pratiquée de force malgré l'opposition d'un ou de deux parents, la fillette étant excisée en leur absence. Une voisine, une parente, n'importe qui du groupe peut emmener l'enfant et la faire exciser. Les parents s'opposant à cette pratique sont rares. Ils sont la cible de pressions de leur entourage et, s'ils ne cèdent pas, sont exclus de leur société. Les violences physiques peuvent tout à fait être utilisées. Il y a un risque non négligeable d'assassinat. Le cas s'est déjà présenté. La gendarmerie ou la police malienne ne sont jamais intervenues pour protéger une enfant ou pour sanctionner une excision faite de force.

Aucune disposition légale spécifique n'a été adoptée par le Mali, qui envisage une loi, dont le projet a déjà été maintes fois repoussé, à l'horizon 2004-2008. Théoriquement, une mère pourrait utiliser l'article du Code pénal interdisant des atteintes corporelles pour poursuivre une grand-mère, une belle-mère ou une co-épouse de son mari ayant excisée sa fille contre sa volonté, mais cette disposition n'a, d'après les sources consultées, jamais été utilisée dans ce but. Au Mali, d'après les spécialistes consultés, aucune plainte n'a jamais été déposée à la suite d'une excision forcée. Les autorités maliennes ne souhaitent pas prendre de loi dans la mesure où elles ne veulent pas s'opposer aux chefs traditionnels dont elles ont besoin sur le plan politique et ce pour abolir une pratique dont le bien-fondé est peu contesté.

La politique de l'Etat malien contre les excisions peut se résumer, d'après les spécialistes, en un non-empêchement des campagnes des ONG. En 1996, aucune campagne nationale d'envergure de lutte contre cette pratique n'avait été menée. Seules quelques initiatives locales, le plus souvent par des ONG, ont été entreprises. La radio malienne diffuse cependant des informations sur la MGF provenant des ONG. L'Union des associations des femmes musulmanes du Mali a par ailleurs, après consultation des chefs religieux, publié un texte dans lequel elle affirme que cette coutume n'est pas une obligation religieuse mais que l'Islam veut qu'une femme soit " sage " ; les membres de l'Union estiment dès lors que, pour être de bonnes musulmanes, respectées et respectables, l'excision est une bonne pratique.

Un certain nombre d'indices semblent devoir conduire à conclure que la MGF n'est pas en diminution au Mali. L'enquête menée en 1995-1996 conclut qu'il n'y a aucune différence de fréquence dans les plus jeunes générations. Par ailleurs, l'âge de l'excision tend à baisser au Mali et il est plus bas à Bamako que dans les zones rurales. A Kayes, la moitié des filles sont excisées avant leur premier anniversaire. Le recours aux exciseuses traditionnelles tend à diminuer et celui du personnel de santé s'accroît. Le recours au personnel médical augmente avec la localisation urbaine et le niveau d'éducation. Les hôpitaux et dispensaires publics pratiquent l'excision.

Les femmes sont très peu protégées par la loi au Mali. Les dispositions légales sont le plus souvent méconnues et les conflits et situations diverses réglés par la coutume, qui les discrimine, dans les matières civiles et notamment de mariage, divorce, garde d'enfants et héritage. La polygamie y est très répandue (44% des femmes) et notamment dans la région de Kayes (54%).

b. Situation en Guinée

La MGF est largement répandue en Guinée : entre 70 et 90%. Il s'agit en général de l'ablation totale du clitoris et des petites lèvres, mais les quatre types de MGF y sont pratiqués. L'infibulation est pratiquée en Guinée forestière.

Toutes les ethnies pratiquent les MGF: les Sousous (peuple mandingue), les Maninka (nom local des Mandigues), Peuls et Guerzé (Kpelle, segment d'un groupe du Liberia). La pseudo-infibulation est pratiquée chez les Peuls, qui est le groupe où l'excision est la plus répandue. Chez les Guerzés, l'excision se fait plus tard (jusqu'avant le mariage, voire après) et moins fréquemment. L'appartenance religieuse est indifférente (la Guinée est à 95% musulmane). L'âge varie de 4 à 8 ans en Moyenne Guinée, 10-12 ans en Basse et Haute Guinée et de 4 à 70 ans en Guinée forestière.

Une fille refusant la mutilation s'exclut de sa famille et de son clan. Elle trouve difficilement un mari. Les hommes insistent pour que les filles et les épouses soient excisées et les belles-mères des femmes refusent de manger de la nourriture préparée par une femme "impure" (non excisée). Il arrive que les filles envoyées en vacances en Guinée soient excisées de force.

L'article 6 de la Constitution interdit tout traitement inhumain. Il pourrait être jugé s'appliquer à la MGF si une affaire était portée devant la Cour Suprême, mais cela n'a pas été le cas jusqu'ici. L'article 265 du Code pénal guinéen interdit la mutilation génitale, mais cette disposition datant de 1965, n'a, d'après les observateurs, jamais été appliquée et n'a jamais donné lieu à des poursuites ou des condamnations. Une nouvelle loi spécifique aurait été votée en octobre 2001. Elle sera jointe à la documentation.

D'après Isabelle Gillette cependant, en Guinée, il a pu être possible de protéger une enfant d'une menace d'excision : le cas est signalé, l'association prend contact avec le commissariat local et le commissaire menace l'entourage de poursuites si la fillette revient du pays excisée. Les autorités sont semble-t-il réactives et elles interviennent dans ces matières.

Le chef de l'Etat et d'autres hautes personnalités ont pris publiquement parti contre l'excision. En 1999, une fillette est morte des suites de la MGF dans la région de Faranah, ce qui a suscité la mobilisation du CPTAFE, qui a organisé une cérémonie de dépôt de couteaux de 40 exciseuses en novembre 1999 dans la région de Kouroussa, traditionnellement conservatrice. L'initiative a été organisée par la Cellule de coordination des pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme et de l'enfant, des ONG locales, avec le soutien de chefs traditionnels et de chefs politiques et religieux.

Il a été avancé que la pratique pourrait avoir diminué mais aucune enquête ne permet de l'établir. Il semble probable que, chez les urbains et les gens éduqués, la MGF recule. L'excision peut être pratiquée à l'hôpital, mais la famille contrôle ce qui a été fait et peut faire faire une deuxième excision par une exciseuse traditionnelle.

La situation des femmes en Guinée est discriminée par rapport à celle des hommes. Les coutumes et les traditions y ont la préséance sur le droit écrit. En justice, la parole d'une femme vaut moins que celle d'un homme. Les lois sur le mariage et le divorce favorisent les hommes, ainsi que les lois sur l'héritage. Bien que la polygamie soit interdite par la loi, plus de 50% des femmes vivent en polygamie (le président lui-même a trois femmes). Bien que le mariage prématuré soit interdit par la loi, les filles sont mariées par leurs parents autour de 11 ans en Guinée forestière. Le mariage forcé est pratiqué dans la campagne et est courant chez les Peuls et les Malinkés. La violence envers les femmes est très répandue et la police n'intervient pratiquement pas dans les cas de violence conjugale. Le viol demeure assez fréquent et le gouvernement ne fait pas preuve de diligence pour enquêter sur les cas signalés, au demeurant très rares, du fait de la honte qui accable une femme violée.

c. Situation en Somalie

Pratiquement toutes les femmes somaliennes ont été mutilées (98-99%). L'opération la plus courante est l'infibulation (75%). Elle est faite de la naissance à l'âge de 15 ans. L'opération peut-être pratiquée par un homme. Les familles aisées tendent à faire de plus en plus pratiquer l'opération dans les hôpitaux ou chez des médecins privés pour qu'une anesthésie générale soit pratiquée. Les Somaliens émigrés renvoient leurs filles au pays pour les faire infibuler.

Les praticiens appartiennent au groupe des Midgan, ethnie dont les membres ayant un statut distinct et inférieur, sont réputés chasseurs et mangeurs de gibier mais surtout praticiens médicaux et spécialistes de la circoncision et de l'infibulation. L'opération n'est pas entourée d'un rituel ou de fêtes.

La population somalienne considère que l'infibulation est une exigence religieuse musulmane (98% des Somaliens sont musulmans). Selon les sources disponibles, les Somaliennes n'ont d'autre choix que de subir cette mutilation, non seulement parce qu'elle est pratiquée jeune, mais aussi du fait de la pression sociale et familiale. Même si une mère s'y oppose, sa mère ou d'autres parentes (surtout sa belle-mère ou ses belles-sœurs) peuvent imposer la MGF à sa fille lorsqu'elle est absente. Il est très difficile à une fille non mutilée de trouver un mari.

Une femme somalienne ne peut faire protéger sa fille d'une infibulation. Elle ne peut obtenir ensuite aucune réparation ou condamnation pour une excision pratiquée sans son consentement. Son opposition est incompréhensible et conduit à l'exclure de la société.

Aucune loi n'interdit la MGF. Une campagne lancée en 1977 a été arrêtée par la guerre en 1991.

Les femmes étaient déjà dans une situation de discrimination marquée avant la guerre. Les mesures dont s'était vanté le régime de Siad Barré étaient largement théoriques, notamment la loi sur la famille de 1975, qui a suscité un tollé chez les musulmans orthodoxes et n'a pas été appliquée. De plus la majorité des mariages sont contractés sous le régime de la *Sharia*, qui contredit souvent les dispositions civiles : elle autorise la polygamie, interdite par la loi mais qui demeure la règle, elle prévoit que le divorce peut-être accordé à l'homme sur sa demande mais que la femme, pour l'obtenir, doit avoir son consentement, elle considère les enfants comme la propriété du père et établit que les femmes n'ont le droit, en matière de succession qu'à la moitié de ce qui est transmis à l'homme.

Depuis la guerre, la situation des femmes s'est aggravée de manière plus importante que celle des hommes. L'infibulation a pu s'accroître du fait de la guerre et des viols. Le nombre de femmes victimes de viol (par sodomie) a cependant nettement augmenté. Des infibulations ont été pratiquées en prison. La protection familiale traditionnelle des femmes a disparu et aucune protection étatique ne l'a remplacée. Dans le Nord, le Somaliland aurait adopté la *Sharia* et l'Islam s'y est radicalisé mais une activité officielle en faveur de l'abandon de la pratique a été signalée en 1996 par les Nations Unies.

La Somalie n'avait pas signé la CEDAW en 1993. Il n'y a guère d'activité contre la MGF, du fait de la guerre.

Typologie des Mutilations génitales féminines

Quatre types de mutilations génitales féminines ont été répertoriées par l'OMS (classification du Dr Robin Cook, 1995) :

- ? Type I : parfois dite circoncision *sunna*, Ablation du capuchon du clitoris, avec ou sans ablation d'une partie ou de la totalité du clitoris.
- ? Type II : Ablation de tout le clitoris ainsi que de tout ou partie des petites lèvres ou nymphes.
- ? Type III : Infibulation ; ablation du clitoris, des nymphes, des lèvres, suivie d'une incision des bords internes des grandes lèvres qui sont ensuite " cousues " ensemble (en général piquées ensemble avec des épines d'acacia), laissant en arrière un petit orifice pour les évacuations vaginales et urinaires, maintenu béant pendant la " cicatrisation " par un tuyau de bambou. Les jambes sont maintenues attachées pendant 40 jours. Cette fermeture oblige à rouvrir, au couteau, pour le premier rapport sexuel et les accouchements. La femme est en général laissée " ouverte " après son mariage mais peut-être réinfibulée à l'occasion d'un voyage de son mari, après un accouchement ou lorsque le mari est jaloux ou méfiant.
- ? Type IV : Toutes les autres altérations de l'appareil génital féminin, notamment :
 - ? piquage, perçage, étirement ou incision du clitoris et/ou des lèvres ;
 - ? cautérisation du clitoris et des tissus adjacents ; il existe aussi des écrasements du clitoris ;
 - ? incisions du vagin ; scarifications (*angurya cuts*) ou incision postérieure (*gishiri cuts*) du vagin ;
 - ? introduction de substances diverses (corrosives, herbes etc..) dans le vagin. Le but est souvent de rétrécir le vagin, pour accroître le plaisir masculin.

La forme la plus courante de ces mutilations est l'excision du clitoris et des petites lèvres (Type II, jusqu'à 80% des mutilations). La forme la plus sévère de ces mutilations est l'infibulation (15%).

Il est cependant à relever que ces grands types sont parfois difficiles à distinguer, notamment les Type I et II ; bien que le Type I puisse épargner au moins partiellement le clitoris, en pratique, cet organe étant très petit (2 cm) et malaisé à isoler du capuchon (2-3 mm chez les jeunes filles), l'amputation est souvent assez proche. Par ailleurs, certaines ethnies pratiquent la pseudo-infibulation : les deux bords des cicatrices des grandes lèvres sont maintenues serrées en attachant les jambes de la fillette, sans couture ; elles peuvent ainsi se souder. Enfin cette soudure des plaies peut-être une complication de l'excision de Type II.

**TABLEAU RECAPITULATIF DE LA PRATIQUE DE LA MGF DANS LE MONDE
HORS PAYS D'IMMIGRATION OCCIDENTAUX**

AFRIQUE

Pays	Pourcentage Régions Ethnies	Type	âge	Législation spécifique Pratiques
Algérie	Rare. Dans le sud.	Type II		Aucune
Afrique du Sud	Rare. Zones rurales du Cap et Kwazulu-Natal.			Aucune.
Bénin	40-50% Nord (provinces Atacora, Borgou, Nord-Ouémé et Zou- Nord) Populations Bariba, Boko, Nago, Peulh, Baatomu et Waama	Type I, II	5-10 ans Chez les Nago, âge adulte, après accouchement	Aucune L'IAC travaille depuis 1982 à la campagne d'éducation.
Botswana	Quelques cas signalés	Type II		
Burkina Faso	66% Provinces de Comoëo, Ganzourgou, Houet, Kenedougou, Kossi, Kadiogo, Mouhoun, Nahouri, Yatengas, Zounweogo. Surtout chez les Mossi (ou Moose, majoritaires dans le pays), Gourmantché, Sénofo, Peulh et	Type I, II	Jeunes enfants	Interdit par la loi de 1996. Nombreuses arrestations. Gros travail d'éducation : Le Comité national de lutte contre l'excision, affilié à l'IAC, a été créé en 1990.

	Kasaboro, Gonin, Tourha.			
Cameroun	20% Nord et sud-ouest.	Types I et II	Puberté à l'âge adulte	Aucune. Soutien de la branche locale de l'IAC

Pays	Pourcentage Régions Ethnies	Type	âge	Législation spécifique Pratiques
Cote d'Ivoire	43%. Nord, nord-est et sud-ouest Musulmans : 80% ; Chrétiens, animistes : 16%. Yokubas, Gere, We, Guru, Djula et Malinke.	Type II	Puberté (12-15 ans). Possible plus tard.	Interdit ^par une loi de décembre 1998. Soutien aux associations et ONG.
Djibouti	98%. Généralisé	Type III	7-10 ans	Interdit par le Code pénal depuis 1995. Aucune poursuite depuis.
Egypte	97%. Généralisé.	Type I, II et III (Sud du pays)	7-10 ans	Pas de loi. Un décret du ministre de la santé de 1996 l'interdit aux professionnels de santé. Aucune condamnation.
Erythrée	90%. Généralisé.	Types I, II et III (Ouest)	NC	Aucune. Programme d'éducation.

Ethiopie	85% . Généralisé sauf chez les Begas (ou Gumuz) et Wellega.	Type I, II et III (frontière Soudan et Somalie)	I et II à 7 jours III de 8 ans à la puberté.	Aucune. Programme d'éducation.
Gambie	80% . Mandingues, Serehule : 100% ; Peulhs : 93% ; Jolas (Diolas): 65%.	Type I et II III (Peulhs, Serabulis)	Suivant l'ethnie de quelques jours à un an	Aucune. Pas de dissuasion. Les campagnes contre la MGF ont été interdites d'antenne dans els médias officiels.

Pays	Pourcentage Régions Ethnies	Type	âge	Législation spécifique Pratiques
Ghana	30% . Musulmans. Nord-est (Bussansi, Frafra et Gourounsi, Nankanne,) Kantansi, Kassena, Kussasi (ou Kusaal), Mampruli, Mochie) Nord-Ouest (Dagaare –ou Dagari-, Grunchi- sous groupe des Gourounsi- Kantosi, Lobi, Sissala, Walas -ou Walis).	Type I	Nouveaux-nés ou puberté.	Interdiction depuis 1994 (section 69A du Code pénal). Loi appliquée (deux condamnations). Campagnes de dissuasion.
Guinée (Conakry)	70-80% . Mandingues (ou Maninka, majoritaires dans le pays), Soussous, Peuls et Guerzés (ou Kpelle).	Type I, II et III	4-7 ans suivant ethnies	Interdiction d'après l'article 265 du Code pénal (1965). Loi en octobre 2001.

				Aucune application Campagnes d'information.
Guinée-Bissau	50%. Peuls et Mandingues (70-80%).	Type I et II	Des nourrissons à la puberté	Aucune. Campagnes d'éducation
Kenya	50%. Somalis, Borans, Kalenjins et Pokots (sous-groupe des Kalenjins), Kissis, Kambas, Maasais, Kikuyus, Embus et Merus (groupes proches des Kikuyus)	Type I, II et III (Ouest du pays).	NC	Pas de loi mais un décret l'interdit dans les hopitaux publics.

Pays	Pourcentage Régions Ethnies	Type	âge	Législation spécifique Pratiques
Lesotho	Quelques cas.			
Libéria	60%. Chez la majorité des ethnies : Kpelle, Bassa, Djios, Mano, Belle, Dei, Gbandi, Golas, Kissis, Kherkun, Lormas, Mendé, Vai.	Type II	8-18 ans	Aucune.
Libye	Quelques cas. Dans le sud.			
Malawi	Quelques cas.			
Mali	94%. Toutes ethnies et	Type I et II, III dans le	41% entre 0 et 4 ans ; cela peut s'étendre ensuite	Aucune. Programme

	toutes religions. Moins répandu dans le nord (chez les Touaregs et les Songhai, à Gao et Tombouktou).	Sud.	jusqu'à après 15 ans.	d'éducation. Législation prévue en 2004-2008.
Mauritanie	25%. Soninkés et Halpulaars: 95%, Maures : 30%. Wolofs : 0%.	Type I et II	7 jours à quelques mois	Aucune. Campagnes d'éducation.
Mozambique	Quelques cas.			
Niger	20%. Dans le sud. Dans ces zones, le taux est proche de 100%. Provinces de Diffa, Niamey, Tillabery. Arabes (Shuwas), Gourmantchés, Kourteys, Peulhs, Wogos.	Type I et II		Une disposition du Code pénal l'interdit depuis 2001. Programme d'éducation.
Nigéria	Entre 40% et 50%. Taux élevé dans certaines ethnies Haoussas, Igbos ou Ibos, Yoroubas, Ijaw, Ibibios, Ogonis, Efuk, Undoni. Osus.	Type I, II, III et IV	Des premiers jours à la naissance du premier enfant	Aucune. 3 des 36 Etats l'ont interdite en 1999-2000. Soutien de l'IAC.

Pays	Pourcentage Régions Ethnies	Type	âge	Législation spécifique Pratiques
Republique centrafricaine	43% Banda (84%) et	Type I et II	10% sont pratiquées après 15 ans.	Ordonnance interdisant l'excision

	Mandijas (71%) surtout.			depuis 1996
RDC	5% De façon isolée dans le Nord Chez les Banda et les B'kawes	Type II		Aucune.
Sénégal	20% Toutes ethnies sauf Wolofs, majoritaires (3 millions de personnes).	Type II. Type III (Peuls et Toucouleur)		Loi condamnant l'excision de janvier 1999. A été appliquée
Sierra Leone	90% . Généralisé sauf chez les Krios (Créoles, 470.000 personnes).	Types I et II	Puberté	Aucune. Campagnes d'ONG, entravées par des sociétés secrètes (Bundo).
Somalie	98% . Généralisé.	Type III (80% des cas).	8-13 ans	Aucune. Actions d'ONG
Soudan	89% . Partout sauf dans le Sud.	Type III en majorité	4-7 ans	Aucune. Une loi restée lettre morte interdit au personnel de santé l'infibulation
Tchad	60% Préfecture du Moyen-Chari, Logoni Oriental, Zone centre, Djamena, Est : préfecture de Guera.	Type I et II (Sud, Est, centre et Djamena) Type III (ouest, frontière avec le Soudan)	Avant la puberté	Aucune.

Pays	Pourcentage Régions Ethnies (en gras, majoritaires dans le pays)	Type	âge	Législation spécifique Pratiques
Tanzanie	10% Régions d'Arusha (81%), Dodoma (68%), Iringa, (27) Kilimonjaro (37%), Mara (44), Morogoro (20), Tanga/Singida (25).	Type I et II. Type III (Somalis)		Interdit par une loi de 1998. Plusieurs poursuites engagées.
Togo	50% Nord Chambas, Kotokolis (ou Tem), Mossis, Peulhs, Ana-Ife (ou Ife), Yoroubas, Mobas, Gourmas (ou Gourmantchés), Nagos, Tchokossis (Anufo), Haoussas, Kakyés, Ngangans	Type II	Des premiers jours au mariage	Interdite par la loi constitutionnelle du 17.11.1998. Aucun jugement.
Ouganda	5% Uniquement chez les Sabiny (ou Sebei) dans le district de Kapchorwa (ouest) et dans les districts de Karamoja, Tororo et Masindi.	I et II	14-16 ans ou jusqu'à 25 ans suivant les sources.	Aucune. Campagnes d'éducation

MOYEN-ORIENT

(NB : Il n'existe pas de foyer d'infibulation (Type III) autochtone en dehors du continent africain. Les cas signalés sont isolés et d'importation récente).

Pays	Importance Localisation	Type	Age	Legislation
-------------	------------------------------------------	-------------	------------	--------------------

Arabie Saoudite	Quelques cas dans le Sud-Ouest.	II		
------------------------	---------------------------------	----	--	--

Pays	Importance Localisation	Type	Age	Legislation
Bahreïn	Quelques cas.	II		Aucune.
Emirats arabes unis	Nagd, Kuwet, Muntafir, Bani, Tamin, Sammar, Mahra, Kara, Sahara, Bautahar, Boni Atije, Agarnem, Adwan ; Sud et Golfe arabe	II		Aucune
Jordanie	Dans une tribu d'origine égyptienne, au sud (village de Rahmah près d' Akaba.)	II		Aucune.
Oman	Dhofar.	II		Aucune
Yemen	23% des femmes, notamment dans la région côtière (69%). Le niveau d'études et la résidence urbaine ou rurale ne modifie guère la répartition.	Type II. Type III dans les communautés migrantes d'Afrique (Somalis).	3 jours à plus d'un mois après la naissance.	Aucune.

ASIE

Pays	Importance Localisation	Type	Age	Legislation
Inde	Dans la secte Daudi Bohra (ou Ismaili Shia, secte Chiite représentant un million de personnes) ; quelques cas chez les Kehal (musulmans) et dans le Sind.	Type II. Sorte d'infibulation dans le Sind.		

Pays	Importance Localisation	Type	Age	Legislation
Indonésie	Selon les sources, présentée comme très répandue ou localisée. Madura, Sud Sulawesi, est de Java.	Type II introduit avec l'Islam au VIII ^e siècle. Aurait évolué vers une pratique plus limitée. Type IV (incisions symboliques) autorisée par la loi coutumière.	En général avant un an, rarement jusqu'à 10 ans.	Aucune. Parfois pratiqué à l'hôpital.
Malaisie	Parmi les musulmans	Il ne s'agit, selon certaines sources, que d'une forme très atténuée, incisions symboliques sans mutilation. Type II d'après des descriptions médicales.		
Pakistan	Chez les musulmans	II		

	Bohra. (100.000 personnes)			
Singapour	Chez les Malais.	II		
Sri Lanka	Quelques mentions de cas parmi les musulmans.			

AMERIQUE

Pays	Importance Localisation	Type	Age	Legislation
Brésil	Chez les immigrés Yoroubas.	II		
Pérou	Chez les Indiens Shipibo.	II	Environ 15 ans	Aucune

Sources :

NB : les informations sont en général fondées sur des enquêtes de terrain, parfois anciennes et partielles ; les chiffres sont donc parfois des ordres de grandeur. Les rapports de médecins-obstétriciens permettent cependant de localiser de façon certaine la pratique.

Ouvrages d'Isabelle Gillette et Michel Elrich (sources générales).

Amnesty International, "Female Genital Mutilation, A Human rights information pack. "

OFPRA (service de documentation), " La pratique des Mutilations génitales féminines (MGF) en Afrique, novembre 2000.

World Health Organisation Publications, Female genital mutilation, 1998.

Bibliographie

Ouvrages :

Sami A.ALDEEB ABU-SALIEH, "Circoncision masculine, circoncision féminine ", L'Harmattan, 2001.

ERLICH Michel, "La femme blessée, essai sur les mutilations sexuelles féminines ", L'Harmattan, 1986 (épuisé).

" La mutilation ", PUF, Les Champs de la Santé, 1990 (épuisé).

GILLETTE Isabelle, " La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes ", Septentrion, Presses universitaires, 1997.

Tamisier Jean-Christophe (sous la direction de), " Dictionnaire des peuples ",. Larousse, 1998.

Entretiens :

Linda Curiel-Weil, avocate, Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS).

Isabelle Gillette, sociologue, experte consultante ; Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS).

Enquêtes, rapports

Afrique contemporaine, n° 196, 4^e trimestre 2000, "L'excision en Afrique ", La Documentation française.

AFROL gender profiles, Guinea, Somalia, news ; " fighting female genital mutilation in Africa ". Internet.

Sami A.ALDEEB ABU-SALIEH, "To mutilate in the name of Jehovah or Allah, legitimization of male and female circumsision ", juillet 1994. Internet.

Amnesty International, "Female genital mutilation : a human rights information pack ", London, 1997.

Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, " Les femmes en Somalie ", rapport sur les droits de la personne, avril 1994 ; recherche de septembre 1996 sur " la pratique de la mutilation des organes génitaux de la femme en Somalie. "

" Enquête démographique et de santé Mali 1995-1996 ", Cellule de la planification et de statistique, ministère de la Santé, de la Solidarité et des personnes âgées, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Bamako, Mali, Macro International, décembre 1996.

GILLETTE-FAYE Isabelle, " Etude de 4 plans nationaux concernant la santé et les droits fondamentaux des femmes en matière de sexualité et de reproduction, dans une perspective de coopération régionale et internationale ", juin 1999.

Pierrette Herzberger-Fofana, " Les Mutilations génitales féminines ", juillet 2000, Internet

Human Rights Watch, "Women's Human rights "

" L'excision et la socialisation des adolescentes en Guinée ", P.Stanley Yoder, Papa Ousmane Camara, Baba Soumaoro ; Macro international Inc, Université de Conakry, décembre 1999.

OFFRA, Service de documentation, " Les mutilations génitales féminines ", novembre 2000.

Population Council, " Female genital cutting ".

United Nations High Commissioner for Human Rights, " Fact Sheet n°23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health Of Women and Children ", 1997-2000.

US.Dept Of State : " Female genital mutilation (FGM) in Mali ", 1997 ; " Female genital mutilation (FGM) in Guinea ", 1997 ; " Female genital mutilation (FGM) in Somalia ", 1997 ; " Annual report on religious freedom for 1999 : Somalia " ; Annual reports on human rights practices, tous pays du tableau.

World Health Organisation publications, " female genital mutilation, an overview ", Geneva, 1998 ; " Most recent prevalences rates for FGM, updated may 2001. "

Articles :

Abrams Paula: " Reservations about women : population policy and reproductive rights ", Cornell International law journal, 29.

All Africa.com. news.

Bulletins du Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants.

Dormady Valerie A., " Women right's in international law : a prediction concerning the legal impact of the United Nations fourth conference on women ", Vanderbilt Journal of Transnational law, 30, 1997.

Encyclopedia Universalis, " Circoncision et excision ".

Erlich Michel, " Circoncision, excision et racisme ", Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, n°18, pp.125-140, 1991.

Funder Anna, " *De minimis non curat lex* : the clitoris, culture and the law ", Transnational Law and Contemporary problems, 417.

GenderWatch, Women's international Networks (WIN News), " female genital cutting-findings from demographic and health surveys ", 30.4.2001. News.

" Islamic law and women in the horn of Africa- Two perspectives ", Maisoun Badawi et Tamy Horn, Middle East Women's studies review, Vol 8(7), 1998.

Guy Pieters, Albert B.Lowenfelds, " Infibulation in the horn of africa ", New York State journal of medecine, vol 77, n°6, pp.729-31, avril 1977.

United Nations Population Fund (UNFPA), news and informations.