

Fran P. Hosken

*Les mutilations sexuelles en Afrique **

Note de l'auteur : Il faut comprendre que c'est de la vaste majorité des femmes et des filles dont il est ici question : femmes qui, en dépit de toutes les stratégies de développement, se trouvent isolées dans les régions rurales et n'ont jamais été touchées par la modernisation. La plupart d'entre elles sont analphabètes et n'ont droit à aucun soin de santé, à l'exception de ceux que dispensent les « guérisseurs traditionnels ». Les quelques brillantes femmes africaines qui participent à des réunions internationales et sont présentes aux Nations Unies n'ont pratiquement aucun contact avec elles; aussi peu que nous, femmes urbaines, en avons avec les femmes de nos propres régions rurales isolées. La seule différence, c'est que nombreux sont les villages africains sans radio ni moyens de communication. La plupart de ces femmes — et l'intervention se pratique sur les enfants, le groupe le plus vulnérable — n'ont aucun moyen de faire connaître leurs besoins. Nombre d'entre elles n'imaginent même pas que l'on puisse mener une vie différente. Les hommes vont travailler dans les grandes villes, bien qu'il y ait peu d'emplois; ce qui signifie que la femme se retrouve seule à travailler un petit lopin de terre qui assure sa subsistance et celle de ses enfants : sa responsabilité de toujours en Afrique traditionnelle. Elle n'a pas accès à de nouvelles informations et passe sa vie à faire le travail le plus dur aux champs avec les outils les plus primitifs, ignorée et méconnue par les agences de développement; fréquemment, elle n'est même pas propriétaire de la terre qu'elle cultive. Souvent l'homme rentre « à la maison »

* Paru sous le titre « Female circumcision and fertility in Africa » dans *Women and Health*, vol.1 n°6, nov/déc.1976, pp.3-11.

seulement pour faire un autre enfant et pour prendre des décisions relatives à « sa » terre, qui est travaillée partout par ses femmes, ces dernières étant tenues de le nourrir à partir de ce qu'elles cultivent. *F.P.H.*

Après avoir voyagé à travers quinze pays et visité vingt-cinq villes de l'Afrique sub-saharienne en 1973, pour enquêter sur l'urbanisation, l'auteur a recueilli les informations suivantes sur la circoncision des femmes. Ces faits sont probablement tout à fait inconnus des femmes occidentales, à l'exception peut-être de certaines anthropologues s'intéressant à l'Afrique. Mais les descriptions romantiques de ces pratiques que font les anthropologues (la plupart sont des hommes) ne se préoccupent jamais des suites pour la santé de ces rites d'initiation mutilants ni de leurs conséquences souvent irréversibles. Il est devenu à la mode de louer sans distinction toutes les coutumes pour leurs « valeurs culturelles », sans jamais faire mention du fait que ces interventions génitales, qui constituent une forme de torture, coûtent la vie à des milliers de jeunes filles et de femmes. Il faut ajouter qu'il existe des rites d'initiation qui sont entièrement bénéfiques et qui ne comportent ni excision ni circoncision et qui n'impliquent aucun dommage physique ou aucune « épreuve » pour les jeunes.

Introduction

En 1960, au cours du séminaire des Nations Unies « Sur la participation des femmes à la vie publique », organisé à Addis Abéba pour des participants africains, les « interventions fondées sur la coutume » — expression des Nations Unies pour la mutilation génitale des femmes — ont été condamnées par les participantes. Elles ont demandé à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'entreprendre une étude sur les aspects médicaux de ces interventions auxquelles beaucoup de femmes sont encore assujetties¹. Dans les paragraphes pertinents du rapport du séminaire on lit :

« 60. Beaucoup de participants ont exprimé leur vive inquiétude quant à la continuation dans certaines parties de l'Afrique de ces coutumes et pratiques qui mènent à la mutilation et à la scarification de la personne physique. La pratique de la circoncision des femmes, une intervention rituelle pratiquée sur les jeunes filles,

1. ONU, document n°ST/TAO/HR/9, paragraphes 60, 61, 62.

a été tout particulièrement mentionnée. Deux participants, l'un médecin, l'autre sage-femme en exercice, ont décrit en détail la nature de cette intervention et ses effets physiques. Souvent elle entraîne une hémorragie grave et une septicémie, ce qui provoque, dans certains cas, la mort de l'opérée. En empêchant une dilatation généralisée lors de l'accouchement, de telles interventions non seulement augmentent les difficultés du travail mais également mettent en danger la vie tant de la mère que de l'enfant. Cette pratique peut provoquer plus tard un prolapsus de l'utérus, surtout lorsque les femmes sont obligées par les circonstances de porter des fardeaux lourds ou d'effectuer de durs travaux.

61. Au cours du débat, on a indiqué les raisons de la continuation de cette coutume. Un participant a exprimé l'avis qu'elle était souvent encouragée par les hommes, convaincus qu'elle empêchait l'adultère. Un autre participant a fait savoir que souvent elle était considérée comme étant de valeur éducative car, en subissant cette intervention, les jeunes filles apprenaient le courage et la résistance. On a exprimé le point de vue que, bien qu'il soit du devoir de toute femme africaine de promouvoir le développement de la culture africaine en faisant siennes des qualités riches et variées, importantes non seulement pour l'Afrique mais pour le monde entier, elles devraient se regrouper pour condamner ces pratiques néfastes, même dangereuses, pour la santé des femmes : pratiques qui, de toute façon, sont un facteur de régression et non pas de progrès.

62. En étudiant les moyens de combattre cette pratique, une participante a exprimé le vœu que, selon ses propres paroles : 'l'OMS puisse démontrer que cette mutilation n'a aucune justification médicale et qu'elle est plutôt nuisible à la santé et devrait être abolie à tout jamais'. Indépendamment de l'action au niveau international, une législation au plan national s'impose; elle constituerait un instrument efficace pour abolir cette coutume et d'autres coutumes nuisibles. »

Bien que cette demande, formulée lors d'un séminaire de l'ONU, ait été transmise directement à l'OMS, rien n'a été fait. Un an plus tard, l'ECOSOC (le Conseil Economique et Social des Nations Unies) à New York a adopté une résolution attirant l'attention de l'OMS sur ce rapport et s'enquérant du rapport médical². A ce jour, l'OMS n'a donné aucune

2. ECOSOC, Résolution 821 II (XXXII), 19 juillet 1961.

suite et la question reste sans solution. Mais la mutilation génitale, d'après des rapports récents, se poursuit sous le sceau du secret qui a protégé ces pratiques pendant plus de deux mille ans ou depuis que l'histoire est enregistrée. D'ailleurs les informations les plus récentes à ma disposition démontrent que ces pratiques sont en train d'être transférées dans le secteur moderne et institutionnalisées; c'est-à-dire que les médecins effectuent ces interventions « pour éviter des dommages plus graves ». En fait, au Soudan, en Egypte et en Somalie par exemple, les médecins sont bien rémunérés pour ce faire. En Somalie, même les hôpitaux publics sont concernés.

Définitions de la mutilation génitale³⁻⁴

Voici un résumé tiré de la littérature médicale, d'entrevues et d'informations contenues dans des lettres et des déclarations faites par du personnel médical et paramédical en Afrique. Ce résumé a pour but de permettre une meilleure compréhension et une vue d'ensemble des nombreuses pratiques que couvre l'euphémisme « circoncision des femmes » ou l'expression « infibulation », qui est encore moins bien comprise.

Tout d'abord expliquons ces termes. Du point de vue technique, l'expression « circoncision des femmes » est tout à fait inexacte, bien qu'elle soit utilisée pour décrire toutes sortes de mutilations génitales des femmes. L'expression semble suggérer que ces interventions sont homologues à celles pratiquées sur les garçons. Comme la description va le démontrer, ceci n'est pas vrai du point de vue médical. Le mot « infibulation » provient du latin *fibula* ou agrafe. (Les Romains se servaient de fibules ou d'agrafes pour tenir ensemble les plis de leur toge ou robe.) Chez les Romains, une fibule était insérée à travers le prépuce des esclaves mâles pour les empêcher d'avoir des relations sexuelles. Les vétérinaires connaissent bien cette expression car les juments sont parfois infibulées pour empêcher la fécondation quand les chevaux sont aux champs. Des cas isolés d'agrafes de différentes sortes ou même de cadenas transperçant les grandes lèvres ont été relevés dans l'histoire médicale⁵ en Europe et en d'autres parties du monde. Depuis bien des siècles, l'infibulation est attestée

3. J.A. Verzin, « Sequelae of female circumcision », *Tropical Doctor*, oct. 1975, pp.163-169.

4. Ahmed Abu-El Futuh Shandall, « Circumcision and infibulation of females », *Sudan Medical Journal*, vol. 5, n°4, 1967, pp.179-212.

5. Carl Gösta Wildstrand, « Female infibulation », *Studia Ethnographica Upsaliensa*, vol. XX, 1964. Etude historique très minutieuse de l'infibulation en Europe et en Afrique; comporte une bibliographie.

en Afrique, particulièrement le long de la côte de la Mer Rouge et de la vallée du Nil; d'où le terme de « circoncision pharaonique ».

Les types de mutilations génitales sont :

A. *Circoncision dite « Sunna »* (type le moins grave) : ablation du prépuce et du bout du clitoris.

B. *Excision ou clitoridectomie* : ablation du clitoris entier, plus les parties avoisinant les petites lèvres et tous les organes génitaux extérieurs sauf les grandes lèvres.

C. *Infibulation ou Excision et infibulation* (circoncision dite pharaonique) : ablation du clitoris entier, des petites lèvres et d'une partie des grandes lèvres. Les deux côtés de la vulve sont refermés sur le vagin, en laissant un petit orifice pour permettre le passage de l'urine et du sang menstruel. Pour fermer on se sert d'épines ou on fait une suture avec du catgut : les deux grandes lèvres, râpées à vif, sont maintenues ensemble jusqu'à la cicatrisation, fermant ainsi le vagin sauf pour un petit orifice. Les jambes de l'enfant sont liées ensemble; elle est immobilisée pendant quelques semaines ou jusqu'à ce que la plaie soit guérie.

Pour permettre aux femmes infibulées d'avoir des relations sexuelles, il faut élargir l'orifice en incisant. En plus il faut couper davantage lorsqu'elles accouchent. Parfois elles sont refermées après l'accouchement — selon les désirs du mari, qui peut avoir plusieurs femmes. Pendant leur vie reproductive les femmes sont souvent soumises à ces interventions lors de chaque naissance. Le taux de mortalité est très élevé mais nulle part il n'y a d'enregistrement officiel de ces données.

Dans un article écrit par le Docteur H.T. Laycock⁶ qui a travaillé en Afrique, y compris en Somalie, on trouve un certain nombre de cas qu'il a soignés lors de ses travaux à l'hôpital.

Il dit :

« Sans aucun doute l'excision réduit l'activité sexuelle de la femme et le plaisir qu'elle éprouve pendant les relations sexuelles [...]. Le but de l'infibulation est d'empêcher les relations sexuelles prématurées et illicites et d'augmenter les sensations agréables du mari. L'infibulation (une couture) appelle son contraire, la défibulation : une incision qui permet le coït. Une plus grande incision peut s'avérer nécessaire pour permettre l'accouchement [...]. L'infibulation semble être pratiquée partout en Somalie et même les Somaliens les plus éclairés avec qui j'ai parlé n'étaient pas prêts à admettre qu'il s'agit d'un mal ou qu'il doit être découragé. C'est une femme âgée de la caste des Midgan ou balayeurs qui la pratique sur des jeunes filles qui ont entre huit et

6. H.T. Laycock, *East Afr. Med. Journal*, vol.27, 1950, p.445.

quatorze ans. L'intervention se fait en excisant une partie du clitoris et en rûpant les petites lèvre, dont les surfaces à vif sont attachées l'une contre l'autre en les transperçant d'épines [...]. »

Ce n'est que par un examen médical que l'on peut distinguer entre les interventions de type A et B; voilà pourquoi nous ne les traiterons pas séparément ici. La gravité de l'intervention ou le dommage infligé à la fillette semble dépendre de la coutume locale, de l'intervenant et de son habileté, des outils employés (d'habitude des couteaux ou des lames de rasoir). Quoiqu'il puisse y avoir parfois des « chirurgiens » mâles, dans la plupart des cas il s'agit d'une femme âgée, souvent appelée « sage-femme » dans la littérature. En cas d'issue fatale, ni le « chirurgien » ni la pratique ne sont mis en cause. Il faut ajouter que l'excision, surtout dans le cas d'interventions radicales, a souvent le même résultat, quoique non intentionnel, que l'infibulation. C'est-à-dire que la plaie de l'excision se referme, bloquant ainsi l'entrée du vagin. Ceci nécessite des « réparations » entraînant de nouveaux dommages et de nouveaux risques d'infection.

La réalité médicale

Plus que tout autre sujet, la mutilation génitale souffre d'une grande ignorance et d'inexactitude d'informations. Le personnel occidental de santé en Afrique et les Africains qui ont été interviewés n'avaient aucune idée de l'étendue de ces pratiques ni aucune conscience des faits médicaux. La seule exception est fournie par les gynécologues qui pratiquent dans les régions en question. Ce qui se passe en Afrique orientale est rarement connu en Afrique occidentale et vice versa. Souvent les coutumes telles que les interventions génitales sont si bien cachées que même le village avoisinant n'est pas au courant. Puisque la littérature soit n'en parle pas, soit en parle mais de façon camouflée afin d'induire en erreur, il est important de discuter l'aspect médical de la mutilation génitale. Donc les informations de base proviennent principalement de la littérature médicale déjà publiée et de confirmations apportées par des lettres de médecins et sages-femmes, et par un grand nombre de cas où des femmes sont venues demander des soins à l'hôpital, déjà trop tardivement, après l'échec de tous les remèdes traditionnels. Parmi les textes de la bibliographie ci-jointe, deux articles en particulier nous donnent de plus amples informations : une étude récente publiée par J.A. Verzin⁷ et une étude clinique par Ahmed Abu-El Futuh

7. Verzin, *art. cit.*, p.163.

Shandall⁸ de 4.024 femmes soignées à l'hôpital de Khartoum pendant une période de plusieurs années. 3.820 d'entre elles avaient été infibulées et excisées (circoncision pharaonique). Les résultats médicaux sont présentés sous forme de tableaux et l'auteur fait des suggestions quant aux moyens de mettre fin à ces pratiques (une bibliographie est incluse).

Le docteur Futuh Shandall écrit :

« Outre la douleur sévère infligée par cette intervention cruelle, le choc émotionnel est quelquefois très considérable, malgré le fait que la fille soit élevée pour s'attendre à ce que son jour de circoncision (*Tahour*) soit un jour sans pareil de plaisir et une célébration en son honneur. Généralement les fillettes n'ont aucune idée de la douleur que cela implique; leurs mères les protègent de telles scènes jusqu'au jour de leur propre circoncision. Les complications immédiates sont : le choc, l'hémorragie, la rétention d'urines, les blessures des structures avoisinantes, les infections et l'impossibilité pour la plaie vulvaire de guérir.

Sur les 3.013 femmes du groupe A sur qui on a pratiqué la circoncision pharaonique, 102 ont assuré qu'elles s'étaient évanouies et qu'elles avaient même perdu conscience lors de la circoncision, sans perdre de sang. 81 ont saigné de façon à nécessiter une intervention, soit par une sage-femme soit par un médecin, peu après la fin de l'intervention originale. 84 ont été atteintes d'un degré d'hémorragie suffisant pour provoquer un état de choc nécessitant des soins médicaux. En tout, 267 malades avaient subi une hémorragie, un choc ou une combinaison des deux (8.86%). Cinq filles ont souffert de choc neurogène [...]; cinq ont eu une hémorragie nécessitant une intervention [...]; trois ont eu une hémorragie tellement grave qu'elle a provoqué un état de choc [...]. Une de ces trois filles avait besoin d'une transfusion sanguine. Deux filles de ce dernier groupe ont été soignées par l'auteur comme cas d'urgence. Elles ont saigné à cause du sectionnement de l'artère clitoridienne qui avait été ligaturée de façon négligente [...].»⁹

La rétention d'urines s'est produite dans 10% des cas, dont un tiers avait besoin de cathétérisme, ce qui a nécessité l'enlèvement des sutures de l'infibulation. Ce qui veut dire que, plus tard, l'enfant est suturée à nouveau¹⁰. Malgré ce rapport et en dépit de l'existence d'autres rapports médicaux, on prétend fréquemment que ces interventions n'existent plus.

8. Futuh Shandall, *art. cit.*, p.179.

9. Futuh Shandall, *ibid.*, p.186.

10. Futuh Shandall, *ibid.*, p.186.

Ainsi les autorités britanniques, après avoir interdit la circoncision en 1945 au Soudan, ont prétendu, un an plus tard, que le nombre de ces interventions s'était réduit de 75%; ceci est faux.

Il faut comprendre que, lorsque les soins médicaux essentiels ne sont pas disponibles, le résultat est généralement fatal. Seule une fraction minime des femmes au Soudan a accès aux soins médicaux ou à un hôpital. Mais la grande majorité de la population vivant au Soudan (dans les régions les plus peuplées) imposent l'infibulation à leurs filles. Cependant j'ai reçu le rapport suivant d'une sage-femme au Kenya qui exerce dans la région nord-ouest du pays¹¹:

« La circoncision des femmes se poursuit dans les régions rurales, surtout parmi ceux qui continuent à croire fortement en nos traditions et coutumes culturelles. Elle est encore pratiquée de façon soutenue par les tribus comme les Kuria, Kisii, Masai, Suk, Nandi, Kipsigis et Kamba. La circoncision des femmes est expliquée de la façon suivante : si une jeune fille est circoncise, ses désirs sexuels vont diminuer pendant la puberté et donc elle ne pourra pas avoir de relations sexuelles pré-maritales parce que l'organe sensible a été excisé. Une fois mariée, la fille circoncise n'aura pas de relations sexuelles extra-maritales et de cette façon elle contribuera au comportement moral de la société.

Mon expérience comme sage-femme travaillant sous l'égide du Ministère de la Santé m'a permis de voir récemment certaines mères, surtout des femmes qui donnent naissance à leur premier enfant, qui souffraient de complications telles qu'un retard pendant le deuxième stade de l'accouchement à cause de la cicatrice qui s'est formée. Le périnée ne peut pas s'étendre pour permettre le passage de la tête du bébé. Dans ce cas, chaque fois qu'une femme accouche, il faut faire une épisiotomie; sinon le périnée et les muscles se déchirent et le rectum est également atteint. Parfois, ces femmes finissent par avoir une fistule vésico-vaginale qui est difficile à réparer en l'absence d'un médecin expérimenté. Dans le cas d'enfants prématurés, ces derniers meurent ou subissent des lésions cérébrales. Quelques bébés de mères accouchant à la maison sans l'assistance d'une sage-femme qualifiée sont morts à cause d'un retard lors de la deuxième phase. Les hémorragies sont considérables lorsqu'il y a déchirure de la cicatrice. Des hématomes se forment toujours au site de la cicatrice si elle est contusionnée, ce qui est très douloureux. »

En septembre 1976, j'ai reçu une lettre de la Fondation Africaine de Médecine et de Recherche¹², dont le fonctionnaire responsable des projets,

11. Lettre archivée par l'auteur, datée d'août 1975. Le nom est omis par sécurité.

12. African Medical & Research Foundation, comprenant les African Flying Doctor Services, Wilson

Douglas E. Lackey, me demandait d'aider à promouvoir son projet (n°78) de construction d'une unité de traitement des fistules vésico-vaginales, par la diffusion dans les *WIN News* d'informations relatives au problème des femmes qui souffrent de blessures très graves lors de l'accouchement¹³. Voici un passage de cette lettre :

« Au Kenya et en Tanzanie on constate qu'un grand nombre de femmes souffrent de blessures très graves découlant de l'accouchement, qui donnent lieu à un dégoûttement continu d'urine et de matières fécales. Ces troubles se rencontrent chez les femmes des pays plus pauvres n'ayant pas de ressources permettant de fournir des soins prénataux de bonne qualité dans l'ensemble du pays, ni un personnel compétent pour aider les femmes lors de l'accouchement. Une intervention chirurgicale peut remédier à la situation mais c'est vraiment l'affaire d'un spécialiste. Le chirurgien généraliste moyen a un taux d'échec de 40%. Une telle intervention nécessite de plus un régime particulier de soins où la malade doit être contrôlée toutes les heures et ceci pendant deux semaines.

A l'heure actuelle, les cas de fistules sont traités par les hôpitaux généraux. Mais l'équipement de ces hôpitaux leur permet de traiter seulement un faible pourcentage de ces cas désolants; dans la seule ville de Nairobi, il y a 300 femmes sur la liste d'attente. En outre, la plupart des hôpitaux généraux ne sont pas en mesure de fournir les soins médicaux et infirmiers spécialisés qui sont requis pour garantir de bons résultats post-opératoires. De nouveaux cas de fistules se produisent tous les jours et il est difficile de trouver des mots trop forts pour exprimer la misère humaine de ces pauvres femmes. »

Le projet s'étend sur le détail des soins nécessaires pour ces femmes, sur les soins spéciaux à enseigner aux infirmières spécialisées, sur la nécessité d'incorporer dans la formation des chirurgiens à la Faculté de Médecine de l'Université de Nairobi les techniques requises pour effectuer ces interventions spécialisées « pour que plus tard il y ait suffisamment de gens qualifiés sur l'ensemble du territoire ».

En Afrique, les fistules vaginales se produisent le plus souvent dans les régions où la mutilation sexuelle est pratiquée. Comme le constate la littérature médicale ainsi que les gynécologues qui ont répondu à des questions sur ce sujet, en dehors de l'Afrique ces interventions sont peu nécessaires

Airport, PO Box 30125 , Nairobi, Kenya. Pour obtenir un exemplaire du projet, écrire à l'adresse ci-dessus ou à *WIN News* (cf. note 13).

13. *WIN News : Women's International Network News*, publié par Fran P. Hosken, 187 Grant st., Lexington, Mass.02173, USA. Voir la rubrique « les femmes et la santé » (Women and Health) qui donne des informations sur la circoncision féminine et paraît dans chaque numéro de *WIN News* depuis l'été 75.

bien que l'assistance médicale lors de l'accouchement dans la quasi-totalité du reste du tiers-monde soit tout aussi insuffisante qu'en Afrique. Le projet n°78 prévoit 500 interventions chirurgicales par an dans une unité spécialisée dans les fistules, ayant une capacité de 30 lits — si on arrive à rassembler les ressources financières pour la faire construire. L'unité serait financée par des ressources privées et aurait une gestion privée pendant cinq ans, après quoi le ministère de la Santé au Kenya la prendrait en charge. Ceci veut dire que le gouvernement du Kenya aurait à financer les interventions chirurgicales à partir de ce moment-là.

Cependant le ministère de la Santé du Kenya se refuse à reconnaître l'existence de la mutilation génitale et à recueillir des données statistiques sur les dommages occasionnés aux filles et aux femmes. Un échange de lettres entre le ministère de la Santé et la Faculté de Médecine de l'Université de Nairobi a permis de constater qu'aucune étude médicale n'avait été effectuée sur les pratiques courantes de circoncision des femmes, quoique les faits mentionnés ci-dessus démontrent clairement qu'il s'agit d'un problème majeur de santé publique depuis que les femmes se mettent à demander l'assistance de la médecine moderne — généralement après l'échec des guérisseurs traditionnels. Il faut ajouter que le Président Kenyatta est un partisan enthousiaste de tous les rites traditionnels et qu'il a souligné, lors de la controverse bien connue avec les Britanniques, que la mutilation génitale était un élément essentiel des rites d'initiation des Kikuyu, le groupe de population qui gouverne au Kenya et dont il est le chef. On trouve une version romantique de ces cérémonies dans son livre intitulé *Au pied du mont Kenya*¹⁴, inspiré de la dissertation anthropologique qu'il avait rédigée à la London School of Economics sous la tutelle de Bronislaw Malinowski. La politique de défense de toutes les traditions, quelles qu'elles soient, qui est celle de Kenyatta dans le sillage des anthropologues occidentaux (tous des hommes) qui soutiennent, eux aussi, ces objectifs unilatéraux, a eu des résultats catastrophiques sur la santé des femmes et continue à en avoir, comme on le constate par les faits mentionnés ci-dessus. La réalité médicale, les faits véritables sont toujours cachés, comme par exemple en ce qui concerne les causes des fistules dans le projet précité.

Il est également ironique de voir qu'à l'heure actuelle, du vivant de Kenyatta, les rites d'initiation pittoresques des Kikuyu (et d'autres groupes ethniques) subissent une simplification considérable et sont même en train d'être totalement abandonnés, mais que, d'après mes informateurs, les interventions sur les jeunes filles, souvent des enfants, se poursuivent en tant que « cérémonies privées », sur l'insistance des hommes. Comme l'a dit Kenyatta, « aucun Kikuyu ne songerait à épouser une fille non circoncise ».

14. Jomo Kenyatta, *Facing Mount Kenya*, New York, Vintage Books, 1965 (trad. française : *Au pied du Mont Kenya*, Paris, Maspero, 1967).

De cette façon, la pratique est transmise dans le secteur modernisé et même dans les villes, le mariage étant essentiel pour toute fille au Kenya, comme d'ailleurs sur presque tout le territoire africain. Avoir des enfants, c'est le but même de la vie d'une femme; sans enfants, elle ne vaut rien.

L'excision est largement pratiquée à l'heure actuelle dans toute l'Afrique occidentale; elle entraîne des conséquences semblables. Au Nigéria, le pays le plus peuplé de l'Afrique, plusieurs des principaux groupes de population pratiquent l'excision; ce qui veut dire que, d'habitude, toutes les femmes d'un groupe donné subissent l'intervention. Le Dr Lawrence Longo a raconté ses expériences dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie à Ifé, dont les habitants sont les Yoruba, groupe comprenant environ 5 millions de gens qui habitent la région occidentale du Nigéria et les régions avoisinantes. Il décrit les pratiques traditionnelles lors de la naissance, et la circoncision qui est pratiquée sur les bébés mâles et femelles le sixième jour après la naissance¹⁵:

« La circoncision est pratiquée par un médecin local juste après le coucher du soleil. A l'aide de ciseaux ou de deux petits morceaux de bambou on enlève la portion antérieure des petites lèvres et le clitoris, soit un morceau de la taille d'un noyau de datte. Dans certains cas, la totalité des petites et des grandes lèvres est excisée. Aucune anesthésie n'est employée. On arrête le saignement en plaçant du coton humecté sur la zone d'excision; une pression est exercée en tenant les jambes ensemble [...] Parfois, cette intervention se complique par des hémorragies, par l'apparition d'une infection ou par le tétanos. »

On ne peut que se demander comment autant de nouveau-nés réussissent à survivre à ce qui constitue une intervention chirurgicale majeure et aux infections qui résultent de l'utilisation d'outils ou de mains sales. Le Dr Longo a également publié un article relatif aux opérations de fistules qu'il a souvent été appelé à pratiquer¹⁶. Il constate que beaucoup de femmes ont des fistules du faisceau génito-urinaire à la suite d'une dystocie par obstacle mécanique. Un film qui s'appelle « L'obstétrique et la gynécologie dans une communauté ouest-africaine » et qui a été tourné à des fins d'enseignement a montré ces interventions chirurgicales en s'inspirant de la pratique en Afrique Occidentale¹⁷. Mais les causes et effets si clairement explicités par la sage-femme du Kenya ne sont pas exposés dans la littérature

15. Lawrence D. Longo, « Sociocultural practices relating to obstetrics and Gynecology in a community in West Africa », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 89 n°4, 1964, pp. 470-475.

16. Lawrence D. Longo, « Postobstetric Genitourinary-tract fistula. A report of 38 cases in a West African Community », *Obstet. Gynecol.* vol. 23 n°5, 1964, pp. 768-773.

17. Loma Linda University, Audio Visual Service, Motion Picture Library, ObGyn West African Community, =007 pr2, Loma Linda, Calif. 92354, USA.

médicale, bien que les gynécologues l'admettent lorsqu'on leur pose des questions à ce sujet. Le résultat c'est que ces pratiques, sources de dommages corporels et de mutilations, se poursuivent partout en Afrique. Le Soudan est le seul pays où la littérature médicale déplore, de façon non ambiguë, les dégâts occasionnés à la santé de la femme et demande que les personnes concernées soient mieux instruites de ces questions, ce qui constitue un problème énorme étant donné que la plupart des femmes sont analphabètes.

Résultats médicaux

Les résultats immédiats de la circoncision et de la clitoridectomie sont les suivants : hémorragies et infections, choc grave et cas mortels dus à la perte de sang, dommages occasionnés aux organes voisins : rectum, vessie, etc., gangrène, tétanos, empoisonnement du sang et toute une série d'infections résultant de conditions septiques et de l'emploi d'outils sales. Les répercussions à long terme sont les suivantes : difficultés d'écoulement de l'urine et du sang menstruel, menstruations douloureuses, infections génitales entraînant l'infécondité, problèmes graves lors de l'accouchement. L'infibulation oblige à entailler largement la vulve pour permettre la naissance du bébé. Les interventions A et B donnent souvent lieu à la formation de cicatrices et à un durcissement des tissus, ce qui empêche la dilatation, surtout lors du premier accouchement. La mutilation génitale transforme l'accouchement en danger grave et pour la mère et pour l'enfant. Elle peut entraîner la mort de la mère, la mort de l'enfant ou des lésions cérébrales chez ce dernier, surtout dans les régions, nombreuses en Afrique, où aucune assistance médicale qualifiée n'est disponible. La littérature médicale parle d'autres problèmes médicaux et notamment des kystes, de formations chéloïdes, d'infections de l'appareil urinaire, d'abcès et d'infections pelviennes chroniques.

Souvent, avec l'âge, les femmes deviennent incontinentes à cause des dommages périnéaux occasionnés lors de l'accouchement par la dystocie par obstacle mécanique, résultant de la présence de la cicatrice de circoncision. Asim Zaki Mustafa, chercheur au Département d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Université de Khartoum, fournit la liste ci-dessous de complications de l'infibulation¹⁸. Il convient d'ajouter que les conséquences immédiates de l'excision sont semblables et du point de vue du risque de sectionnement des vaisseaux sanguins et du point de vue des infections.

18. A.Z. Mustafa, « Female Circumcision and infibulation in the Sudan », *Journal of Obstetrics and Gynaecology, British Commonwealth*, vol. 73, 1966, pp. 302-306.

Bien sûr, les risques lors de l'accouchement sont bien plus considérables pour les femmes infibulées que pour les femmes ayant subi un type quelconque d'excision; pour les premières, un accouchement sans assistance est impossible.

Complications immédiates : le choc peut être neurogène, lorsqu'aucun analgésique n'est administré, ou peut découler d'une hémorragie. L'hémorragie, qui risque d'être mortelle, peut être primaire quand elle provient des branches périnéales de l'artère externe de la vulve et de l'artère dorsale du clitoris; ou secondaire à la suite d'une infection de la plaie. Lésions des organes voisins : une circoncision pratiquée par des profanes sur une jeune fille non anesthésiée qui se débat peut entraîner des lésions de l'urètre, de la vessie, du vagin, du périnée et du canal anal. Il arrive souvent que les glandes de Bartholin soient entièrement ou en partie excisées et la traumatisation ou la rupture du canal peut entraîner des croissances kystiques. Infection : on a enregistré des cas d'urétrite, de cystite et d'abcès, ainsi que des décès dus au tétanos et à la septicémie. Il peut se développer une infection chronique du pelvis.

La peur d'irriter la blessure encore à vif peut entraîner par réflexe la rétention d'urines immédiatement après l'infibulation. Il peut ensuite se produire un rétrécissement urétral quand l'urètre est infecté ou blessé¹⁹, ou une occlusion du méat externe de l'urètre par un lambeau de peau. L'anémie peut suivre un saignement abondant et créer, en réduisant la résistance de la malade, une prédisposition à des infections secondaires. Elle a parfois été considérée comme responsable de retards dans le développement physique et mental de certains enfants²⁰.

Complications gynécologiques ultérieures : des tumeurs d'implantation (tumeurs ou kystes recouverts de peau), qui sont des cas rares²¹, sont assez souvent observées au Soudan à la suite des mutilations. La circoncision peut être la cause indirecte des ménorragies (débit menstruel excessif), qui sont la conséquence d'une infection chronique du pelvis. Les dysménorrhées (menstruations douloureuses et difficiles) sont dues soit à l'infection chronique du pelvis soit au blocage du flux menstruel du fait que l'orifice est réduit à la dimension d'un trou d'épingle. Le coït douloureux est une autre conséquence. La cryptoménorrhée (rétention du sang mensuel) causée par l'obstruction peut donner lieu à l'hématocolpos ou à l'hématomètre (accumulation du sang menstruel). Ceci a amené des parents répressifs à prendre des mesures disciplinaires sévères contre des jeunes filles qu'ils supposaient enceintes²². Il peut se développer une croissance chéloïde (épaississement du tissu cicatriciel) surtout chez les femmes d'origine mixte noire-arabe.

19. A. Worsley, *Journal of Obstetrics and Gynaecology, British Empire*, vol.45, 1938, p.686.

20. H.M. Hathout, *J. Obstet. Gynaecol. br. Commonw.*, vol.70, 1963, p.505.

21. A.Z. Mustafa, *El Hakim*, vol.9, 1969, p.109.

22. *Ibid.*

Les pays et les régions concernés

L'excision et la clitoridectomie (interventions A et B) : l'excision est pratiquée par de nombreux groupes de population dans une importante région qui longe l'équateur, comprend une zone située au nord de l'équateur et s'étend d'un bout à l'autre du continent, de la Somalie et du littoral de la mer Rouge jusqu'au Sénégal (côte atlantique). Selon la documentation publiée, ces pratiques sont attestées dans plus de 26 pays africains, chez des centaines de groupes ethniques représentant des millions de gens. Elles existent dans quelques-unes des régions les plus peuplées de l'Afrique, y compris les côtes est et ouest, hautement peuplées, ainsi que dans les principaux groupes ethniques du Nigéria.

La pratique de l'excision est si répandue qu'il est impossible de citer toutes les tribus et toutes les régions impliquées. Les peuples et les régions les mieux connus pour cette pratique sont : les Kikuyu, tribu dirigeante au Kenya où la pratique est appuyée par le Président Kenyatta; les Masai au Kenya et en Tanzanie, et beaucoup d'autres groupes en Tanzanie; les groupes habitant le Nord et le littoral du Kenya; le Nord du Zaïre (où l'intervention est faite par les hommes); beaucoup de régions d'Ethiopie, d'Egypte et les régions avoisinantes. On peut y ajouter le Bénin, le Togo et la République Centrafricaine; le Soudan (où la majorité des femmes sont atteintes). L'excision se pratique aussi dans tous les pays de l'Afrique Centrale; chez d'importants groupes au Nigéria (par exemple chez les Yoruba qui la pratiquent sur les nouveau-nés); en Ouganda; dans le Nord du Cameroun; dans le Nord du Ghana; sur presque tout le territoire de la Haute Volta et du Mali; chez presque tous les groupes de Sierra Leone; en Mauritanie, en Gambie, au Sénégal, en Côte d'Ivoire et chez quelques tribus dans la plupart des pays d'Afrique occidentale.

L'infibulation est pratiquée dans la partie sud de l'Egypte (en Nubie), d'où l'expression « circoncision pharaonique », tout le long de la vallée du Nil méridional; dans les régions les plus peuplées du Soudan où sont situés Khartoum et Omdurman; à l'heure actuelle, la grande majorité des femmes au Soudan sont infibulées; toutes les femmes de Somalie ont subi cette intervention, y compris les femmes des hauts fonctionnaires du gouvernement révolutionnaire actuel; sur le territoire des Afars et des Issas (Djibouti); dans certaines parties de l'Ethiopie, surtout en Erythrée et tout le long du littoral de la mer Rouge. La coutume de l'infibulation est censée provenir du Sud de la péninsule arabe. Quelques sources citent également la partie nord du Kenya (proche de la Somalie) et certaines tribus nomades de l'Afrique Centrale qui ont répandu la pratique en direction de l'Ouest à partir du Soudan et de la Somalie.

WOMEN'S INTERNATIONAL NETWORK NEWS

ESTIMATE OF TOTAL NUMBER OF WOMEN AND GIRLS OPERATED IN CONTINENTAL AFRICA

COUNTRIES WITH LARGE POPULATIONS, CASE HISTORIES IN THE HOSKEN REPORT:

Countries	Total Pop. (in millions)	No. of Women	% Operated (Estimate)	
East Africa:				
Sudan	16.40	8.20	80%	6.56
Somalia	3.25	1.62	100%	1.62
Egypt	40.00	20.00	50%	10.00
Ethiopia	24.20	12.10	90%	10.89
Kenya	14.20	7.10	60%	4.26
West Africa:				
Nigeria	100.00	50.00	50%	25.00
Mali	6.30	3.15	80%	2.52
Upper Volta	6.50	3.25	70%	2.27
Senegal	5.10	2.55	50%	1.27
Ivory Coast	7.30	3.65	70%	2.55
Sierra Leone	3.00	1.50	80%	1.2
TOTAL:			MILLIONS : 68.1	

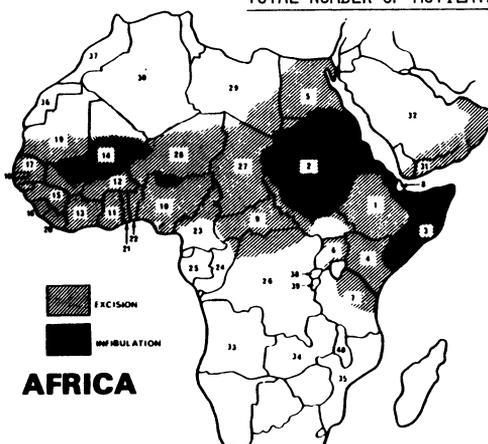
COUNTRIES WITH SMALL POPULATIONS OR WITH INSUFFICIENT INFORMATION :

East and Central Africa:				
Djibouti	.15	.075	100%	.075
Tanzania	16.40	8.200	25%	2.500
Uganda	11.70	5.800	(Small)	
Chad	4.10	2.050	(Unknown)	
Niger	4.50	2.250	(Unknown)	
Central Africa	2.30	1.150	(Unknown)	
Zaire	23.90	11.900	(Small) NORTH	
West Africa:				
Benin	3.10	1.55	(Unknown)	
Togo	2.50	1.25	25% Est.	.31
Ghana	10.60	5.30	30%	1.59
Liberia	1.70	.85	(Unknown)	
Guinea Conakry	4.50	2.25	60% Est.	1.35
Guinea Bissau	.65	.32	(Unknown)	
The Gambia	.52	.26	50% Est.	.13
Mauritania	1.43	.71	(Small) SOUTH	
TOTAL:			MILLIONS : 5.9	

TOTAL NUMBER OF MUTILATED FEMALES : 74 MILLIONS

(68.1 + 5.9)

- 1 ETHIOPIA
- 2 SUDAN
- 3 SOMALIA
- 4 RWANDA
- 5 EGYPT
- 6 UGANDA
- 7 TANZANIA
- 8 DJIBOUTI
- 9 CENTRAL AFRICA
- 10 NIGERIA
- 11 GHANA
- 12 UPPER VOLTA
- 13 IVORY COAST
- 14 MALI
- 15 GUINEA
- 16 SIERRA LEONE
- 17 SENEGAL
- 18 THE GAMBIA
- 19 MAURITANIA
- 20 LIBERIA
- 21 TOGO
- 22 BENIN
- 23 CAMEROON
- 24 CONGO
- 25 GABON
- 26 ZAIRE
- 27 CHAD
- 28 NIGER
- 29 LIBYA
- 30 ALGERIA
- 31 SOUTH YEMEN
- 32 SAUDI ARABIA
- 33 ANGOLA
- 34 ZAMBIA
- 35 MOZAMBIQUE
- 36 SWAZILAND
- 37 MOROCCO
- 38 SWITZERLAND
- 39 BURUNDI
- 40 MALAWI



The figure of 74 MILLION FEMALES does not include estimates of those living in countries where the operations are known to be practiced, but where no documentation is presently available. This record will be updated regularly as information becomes available.

SEE: THE HOSKEN REPORT

GENITAL and SEXUAL MUTILATION of FEMALES

187 GRANT ST., LEXINGTON, MASS. 02173 U. S. A.

Les raisons invoquées

Venons-en à la question de savoir pourquoi on pratique ces opérations, et pourquoi on continue à effectuer des interventions dont les conséquences graves sont évidentes. Bien sûr les gens savent qu'il y a danger pour l'enfant, car certaines petites filles saignent jusqu'à en mourir; mais la relation de cause à effet est généralement méconnue.

Une des raisons le plus souvent citées c'est que l'excision est nécessaire pour avoir des enfants — c'est la raison fournie le plus fréquemment par les femmes — et avoir des enfants, c'est le but de la vie. Pour une femme africaine, ne pas avoir d'enfants équivaut de nos jours à une tragédie. La raison fournie par les hommes et les aînés, c'est que l'intervention sert à garantir la fidélité des femmes et réduit l'esprit d'indépendance chez les jeunes filles; et qu'elle sert également à sauvegarder la moralité et la famille. En effet, un homme a normalement plusieurs femmes : une corrélation entre la mutilation génitale et la polygamie peut être établie. Les hommes se refusent à épouser des femmes non excisées; donc il n'y a pas de choix. On croit que les femmes qui ne subissent pas l'intervention ne sont pas fécondes et la valeur d'une femme dépend du nombre d'enfants qu'elle met au monde. Beaucoup de gens croient que l'excision est une coutume établie par les ancêtres et qu'il faut donc la respecter. Toute personne qui s'oppose aux vœux des ancêtres sera frappée de maux épouvantables. Une jeune fille non excisée ne peut pas devenir membre adulte de la société; la chasteté n'est pas là le but principal de l'intervention comme dans l'Afrique musulmane.

L'infibulation est pratiquée surtout dans les régions musulmanes pieuses, afin de garantir « visiblement » la chasteté. L'honneur de la famille est en jeu et plus l'orifice est petit, plus le prix de la mariée est élevé. Ce qui n'empêche pas, néanmoins, des divorces fréquents. Les femmes constituent des objets de commerce entre hommes; elles n'ont pas le droit de s'exprimer. L'infibulation est pratiquée sur des enfants beaucoup plus jeunes que l'excision, qui est, dans la plupart des régions, un « rite d'initiation ». L'infibulation s'effectue bien avant la puberté, souvent sur des fillettes de 4 à 8 ans. L'excision et la clitoridectomie, rites d'initiation, sont généralement pratiquées à l'âge de la puberté quand une fille a 12-14 ans, ou avant la première menstruation (sauf chez les Masai, où la femme est opérée après son mariage, et chez les Yoruba au Nigéria et dans certains groupes ethniques d'Ethiopie, où l'opération se fait sur les nouveau-nés).

D'habitude, l'intervention est pratiquée sur les filles en groupe, dans un endroit retiré, en dehors du village. Des prétendues sages-femmes ou des vieilles femmes effectuent l'intervention; ensuite les filles sont tenues dans l'isolement, à l'écart de la famille, pendant quelques jours, quelques semaines ou même plus longtemps. En même temps, on leur enseigne les devoirs d'une épouse. L'excision s'accompagne de diverses cérémonies, propres à chaque groupe ethnique.

Des rites d'initiation comportant l'excision et la clitoridectomie sont également pratiqués par des groupes convertis au christianisme. Dans le passé, quelques missionnaires protestants se sont opposés de façon vigoureuse à ces interventions, surtout au Kenya (la société des missionnaires de l'Eglise d'Ecosse²³ a été active dans ce domaine), mais on n'entend plus guère parler de ce genre de protestation. Les catholiques romains ont toujours pardonné la mutilation génitale et n'ont jamais émis d'objection contre aucune de ces tortures infligées à des fillettes sans secours. Des missionnaires chrétiens ont également caché les faits concernant le sexe et la reproduction, permettant ainsi, de façon tacite, la poursuite de ces pratiques. Une des plus fréquentes raisons fournies, c'est que le clitoris, en tant qu'équivalent du pénis, doit être excisé afin de faire d'une fille une véritable femme, de même qu'il faut enlever le prépuce du garçon car il représente un élément féminin. La littérature ethnographique contient nombre de récits plus ou moins enjolivés à ce sujet. Une autre histoire qui revient fréquemment est rapportée par Jacques Lantier, qui dit avoir entendu un sage-sorcier lui expliquer pourquoi on pratique la clitoridectomie de la façon suivante :

« Dieu a créé la femme de façon à être seul en mesure de créer en elle la vie, au moment de la conception. Dieu (ou l'Esprit) n'a jamais rien créé sans raison. Une femme a deux régions différentes et séparées où elle éprouve le désir et la surexcitation : le clitoris et le vagin. Le vagin est clos et ne peut être ouvert qu'au moment où le mari, choisi par les ancêtres, brise la fermeture et crée ainsi un passage qui permet à l'Esprit d'y pénétrer et de perpétuer la famille. Dieu (l'Esprit) ordonne que cette partie de son corps ne soit pas souillée et c'est lui seul qui veut donner à la femme le plus grand plaisir possible. Dieu a fait à la femme le don du clitoris, pour qu'elle puisse en jouir avant le mariage tout en restant pure. Le plaisir qu'elle éprouve créera en elle le désir de se marier. On n'excise pas le clitoris des petites filles car elles s'en servent pour se masturber. C'est seulement lorsqu'elles sont prêtes à procréer qu'on le leur enlève — et à ce moment-là, elles se sentent dépossédées. Alors leur désir se concentre sur une seule région et elles se marient rapidement. Le couple éprouve un grand bonheur, comme l'a prévu l'Esprit. »²⁴

Cette histoire charmante et d'autres semblables sont racontées en Afrique par différents groupes ethniques. Mais ce qui est étonnant c'est qu'elle répand le même mythe mâle que celui qui prévaut chez les hommes du corps médical et surtout chez Freud. Qui plus est, les théories erronées de Freud ont été acceptées partout dans le monde occidental cultivé, dominé

23. Jocelyn Margaret Murray, *The Kikuyu female circumcision controversy, with special reference to the Church Missionary Society's sphere in influence*, University of California, Los Angeles, Ph.D, 1974. Thèse de doctorat illustrant les controverses politiques qui ont entouré l'interdiction de la circoncision au Kenya par les Britanniques. Comporte également une étude menée en 1972 auprès de plusieurs centaines de filles scolarisées, qui montre le statut actuel de la mutilation génitale dans la même région.

24. Jacques Lantier, *La Cité magique et Magie en Afrique Noire*, Librairie Fayard, 1972.

par les hommes, avec la même vénération que l'est la sagesse fondamentale du sorcier-guérisseur africain. Il va sans dire que ni Freud ni le sorcier africain ne se rendaient compte qu'ils étaient tous les deux ensorcelés par la même idée fautive, mâle et égoïste : celle de l'orgasme vaginal. Dans les deux cas, les femmes ont dû en supporter les conséquences : souvent au prix de leur vie en Afrique.

Fécondité

Il semble ironique que ces interventions soient pratiquées pour garantir la fécondité des filles alors que ces mutilations ont exactement l'effet inverse. Non seulement elles créent des problèmes lors de l'accouchement mais souvent elles sont cause de l'infécondité, en raison d'infections du système génital. Pour les femmes stériles, des guérisseurs traditionnels de village continuent à recommander comme remède la clitoridectomie, même dans les régions où elle n'est pas pratiquée sur les jeunes filles.

On a récemment reçu cette lettre d'un médecin nigérien :
(traduction)

« Une jeune femme d'environ trente ans a été amenée à notre hôpital. On lui avait conseillé de subir une clitoridectomie pour guérir son infécondité, et elle avait subi l'intervention. Elle était en état de choc, déshydratée, sa respiration était haletante et son pouls rapide et elle transpirait abondamment. En plus d'une transfusion de deux litres de sang, il a fallu procéder à une opération d'urgence pour arrêter l'hémorragie, faute de quoi elle aurait succombé. »²⁵

L'OMS, tout en se refusant à entreprendre une étude sur les effets médicaux des mutilations génitales — ou « interventions fondées sur les coutumes » comme les appellent les Nations Unies — s'occupe de la fécondité, sujet d'enquête sans danger et facilement accepté. Dans un document de travail du Groupe scientifique sur l'épidémiologie de l'infécondité²⁶, destiné à préparer une réunion pour l'été de 1975, on relève les faits suivants (traduction non officielle) :

25. Lettre d'un médecin exerçant dans un hôpital de l'Etat de Cross River au Nigéria, août 1976. Le nom est omis par sécurité.

26. Document n° HRP/SG/EPS/75.4 pour le Scientific Group on Epidemiology of Infertility.

« Certains rites s'appliquant aux organes génitaux peuvent déclencher une infection ou une lésion qui empêche la conception ou qui augmente le risque de grossesse improductive. Des pratiques telles que la circoncision des femmes ou l'infibulation existent partout dans le monde. Une clitoridectomie pratiquée dans des conditions septiques peut entraîner une infection ascendante de l'appareil génital. L'infibulation, opération beaucoup plus radicale qui comporte un risque immédiat très élevé d'hémorragie et d'infection, peut fréquemment laisser de graves cicatrices et entraîner une oblitération presque complète de l'orifice vaginal. Le coït est difficile, douloureux et souvent accompagné de traumatismes périnéaux et d'un risque d'infection. L'accouchement sans aide est presque impossible en cas d'infibulation, les dommages périnéaux sont la règle et il n'est pas rare que l'enfant subisse aussi des dommages. Quoique la circoncision dite pharaonique ait été interdite au Soudan en 1946, on ignore dans quelle mesure elle est encore pratiquée dans ce pays ou dans d'autres régions où elle n'a pas été interdite. Mustafa (1966) affirme que 20 à 25% des cas d'infécondité au Soudan sont dus à l'infibulation. Des difficultés lors de l'accouchement — travail prolongé, inertie utérine, dommages périnéaux graves — peuvent accroître le risque de mortalité périnatale. Dans l'étude sur le Ghana effectuée en 1966 par Meuwissen, des altérations vaginales considérables ont été constatées chez 10.3% des 398 femmes infécondes observées. Dans la plupart des cas il s'agit de sténose scléreuse provoquée par la circoncision rituelle et les traitements traditionnels.»

L'infibulation est pratiquée afin de garantir à l'homme, qui est à proprement parler le « possesseur » d'une femme (il achète à son père la fécondité de la femme lorsqu'elle arrive à l'âge de la puberté), le contrôle absolu de sa reproduction. La position de l'homme, surtout dans les pays musulmans, dépend du nombre de fils et l'honneur de la famille appelle le contrôle de la chasteté et de la fécondité des femmes. Pour ces raisons l'infibulation continue à être pratiquée dans les hôpitaux.

Sans infibulation, une jeune fille ne peut pas se marier et, comme on l'a indiqué, se marier et avoir des enfants constituent son unique but dans l'existence. Elle est cédée, en échange d'argent liquide ou de bétail, à l'homme qui est prêt à payer le prix mais, tout d'abord, sa mère examine la jeune fille pour s'assurer que l'infibulation est intacte et qu'elle est bien fermée. Ainsi elle est donnée par son père à un homme qui achète sa fécondité, souvent même avant sa première menstruation. Plus il est riche, plus un homme peut avoir de femmes; le divorce est facile et fréquent, bien qu'il entraîne le remboursement d'une partie du prix de la mariée. L'infécondité est évidemment un motif de divorce, et chaque fois qu'une femme divorce on lui fait subir une nouvelle infibulation afin qu'elle puisse être acceptée par un nouveau mari. En d'autres termes, le contrôle de la fécondité d'une femme est le droit absolu de l'homme à qui elle appartient.

En Afrique Noire ou sub-saharienne, la fécondité est étroitement liée au statut de la femme dans la famille et dans la collectivité, notamment parce que la polygamie est très répandue. Si une jeune femme ne réussit pas à mettre au monde un enfant en temps utile, elle est souvent renvoyée dans sa famille et le prix de la mariée doit être remboursé. La vie et le statut d'une femme sont définis par le nombre d'enfants qu'elle met au monde.

Etant donné que la fécondité semble être d'une importance considérable pour tous les groupes de population d'Afrique, il est particulièrement étrange que tant d'idées inexactes et nocives continuent à avoir cours et que si peu d'efforts soient faits pour instruire les gens sur les faits concernant la reproduction. Avec les moyens de communication modernes, la diffusion des notions fondamentales en matière de reproduction et d'hygiène ne devrait plus être une tâche insurmontable et trop onéreuse. Mais il semble que peu de gens soient conscients des terribles conséquences qu'entraîne pour la santé des femmes l'absence de ce travail d'information. Le coût médical de ces dégâts physiques dépasse de loin en importance les coûts de l'information : et ceci n'est qu'un début — car seulement 10% de la population dans la plupart des pays africains a accès aux soins médicaux modernes. De plus en plus de femmes chercheront de l'aide auprès des hôpitaux pour remédier aux mutilations dues à l'intervention des hommes, et qui peuvent parfaitement être évitées. Et pourtant, jusqu'à présent, alors que la plupart des pays africains sont déjà entrés dans leur deuxième décennie d'indépendance et atteignent leur maturité, personne n'a eu assez de courage ou de conviction pour dire la vérité sur la mutilation génitale. Par conséquent elle continue à se pratiquer.

La médecine moderne

On trouve des descriptions basées sur des observations personnelles effectuées en Somalie dans un article récent du Dr G. Pieters²⁷, qui a travaillé comme gynécologue à l'Hôpital du Marché Commun Européen de Mogadiscio entre 1966 et 1968. Le Dr Pieters a constaté que chaque dimanche environ une quinzaine d'infibulations étaient effectuées dans la grande salle d'opération de l'hôpital, sur des petites filles de 4 à 8 ans. En Somalie, toutes les petites filles subissent ces interventions et celles qui sont opérées à l'hôpital ont relativement de la chance. La plupart des interventions sont effectuées dans les villages où des femmes âgées opèrent sans anesthésie, et sans cérémonie, comme si elles procédaient à la castration des animaux.

27. G. Pieters, « Gynécologie au pays des femmes cousues », *Acta chirurgica belgica*, mai 1972.

Des observations du même genre ont été faites par Jacques Lantier.²⁸ La défibulation n'est pas moins brutale. Dans certaines régions, la mariée est « ouverte » par la sage-femme locale. Dans d'autres tribus, surtout en Somalie et en Ethiopie, c'est au mari lui-même qu'incombe cette tâche — source de fierté. Il utilise un couteau avant d'exercer ses droits conjugaux. Le lendemain matin, lit-on dans les récits à ce sujet, il se promène dans les rues du village en arborant son arme ensanglantée, témoignage de la virginité de sa femme ... Maintenant qu'il existe des hôpitaux dans certaines régions, les résultats de telles nuits de noces nous sont connus par leurs rapports.

Le Dr Pieters raconte que, pour être sûrs que l'intervention se fera sans complications, les gens riches engagent des chirurgiens et l'intervention se fait sous anesthésie générale. Le Dr Pieters a non seulement confirmé ces faits par écrit mais il a ajouté que les hôpitaux visités par lui dans d'autres villes de la Somalie effectuent également ces interventions.

Mr A.J. Abdille, délégué principal de la Somalie à la Conférence des Nations Unies sur les établissements humains de population, tenue à Vancouver en juin 1976, m'a confirmé ces faits lors d'une interview. Il avait fait infibuler ses propres filles qui suivaient ainsi le destin de leur mère. Quand j'ai posé une question sur le rôle des hôpitaux dans cette pratique, il a dit : « c'est mieux comme ça ». Lorsque j'ai suggéré comme solution de rechange une modification de ces pratiques, il a répondu tout simplement : « mais tout le monde le fait ».

Le Dr Kevin M. Cahill, du Département de la Santé de l'Etat de New York, était conseiller de planification en matière d'hygiène auprès de l'Agence somalienne de rétablissement des populations dont Abdille est le chef. J'ai rencontré le Dr Cahill au sujet d'un article qu'il a publié dans le *New York Times*²⁹, portant sur son travail de conseiller en matière d'hygiène en Somalie. Je lui ai posé des questions sur les femmes de Somalie et sur la pratique de l'infibulation : pour toute réponse il m'a dit qu'il n'était ni intéressé ni préoccupé par cette question.

Perspectives

Une étude pan-africaine sur l'épidémiologie de la mutilation génitale et sur la mortalité et la morbidité y afférentes aurait dû être entreprise il y a longtemps : c'était l'objet de la demande exprimée par les participants au séminaire d'Addis Abéba en 1960. A la lumière des faits et développements

28. J. Lantier, *op. cit.*

29. *New York Times*, 13 juillet 1975.

récents indiqués ci-dessus, cette demande est devenue de plus en plus urgente. Sans une constatation des faits médicaux et sans statistiques, l'action qui doit être entreprise au niveau régional, en raison surtout du grand nombre de populations nomades impliquées, est vouée à l'échec.

Le lien entre l'infécondité et la mutilation génitale doit aussi être établi par le moyen de l'étude clinique. Dans la littérature médicale, jusqu'à 25% des cas d'infécondité sont attribués aux mutilations sexuelles et surtout à l'infibulation, mais aucune étude n'a été effectuée pour le démontrer de façon non équivoque. Le Rapport technique sur l'infécondité établi par un groupe scientifique de l'OMS, publié en 1975, ³⁰ n'éclaire en rien le problème du lien entre les mutilations sexuelles et l'infécondité. Mais, à moins que les services gouvernementaux de la santé n'abandonnent leur parti pris de refus de voir, d'entendre et de savoir, il y aura peu de choses à faire car l'action des agences internationales dépend de la coopération et même de la mise au courant de ces services. En dépit des preuves accablantes publiées ici, jusqu'à l'heure actuelle la mutilation génitale n'a pas été reconnue comme un danger et un problème de santé. Et tant que les faits seront cachés, particulièrement en Occident, et non révélés à la presse, rien ne sera fait. Pendant ce temps les interventions s'institutionnalisent dans le secteur moderne et même dans les hôpitaux, comme le montre l'exemple de la Somalie. Les programmes de santé et d'immunisation, la prévention de la malaria et d'autres maladies et l'hygiène moderne commencent à pénétrer dans les régions les plus reculées de l'Afrique. Mais dire la vérité sur la reproduction, afin de mettre fin à la torture inutile qu'on inflige aux fillettes et aux jeunes filles en mutilant sauvagement leurs organes génitaux à l'aide de couteaux de cuisine et de lames de rasoir, c'est, paraît-il, une « ingérence dans les traditions culturelles ».

Faire comme si ces petites filles et ces femmes, parce qu'elles sont noires ou brunes et qu'elles vivent dans un environnement et une culture différents, ne sentaient pas la douleur et n'étaient pas endommagées de façon abominable par l'excision de leurs organes génitaux, c'est, de la part de ceux qui sont instruits et qui ont les moyens de mettre fin à cet abus et à ces idées fausses, atteindre le summum de la discrimination sexiste et raciste. Quelles que soient les croyances de leurs parents, ces enfants sont blessées comme le seraient les vôtres ou les miens. C'est une farce de parler de développement tant que rien n'est fait pour empêcher la mutilation délibérée d'enfants dont le seul tort est d'appartenir au sexe féminin. L'UNICEF a lancé « l'Année de l'enfant » en 1979. Mais l'UNICEF, voué à la santé de la mère et de l'enfant, n'a même pas effectué une enquête sur les dommages occasionnés par les hommes à la mère et à l'enfant.

30. *The epidemiology of infertility*, Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, Technical report series n°582, Genève, OMS, 1975.

On n'a jamais fait de recherches non plus sur les dommages psychologiques subis par les petites filles et les femmes. Pas une seule étude n'a été consacrée aux répercussions de ces pratiques sur la santé mentale; la littérature médicale se contente de poser la question, de temps à autre, de l'effet que ces interventions peuvent avoir sur le développement des femmes — et des hommes; et même sur l'avenir de l'Afrique. Les petites filles qui sont mutilées aujourd'hui — et ces interventions se poursuivent sans entraves partout — sont les mères futures de chaque nation. Comment les femmes, objets de mutilations délibérées et saccagées physiquement et mentalement, peuvent-elles assumer les responsabilités multiples d'un nouveau genre de vie, très différent ? Comment une nation peut-elle se développer si la moitié de sa population est maintenue dans un état de dépendance et de servitude, mutilée et réduite à l'état d'objets de fécondité pour répondre aux aspirations des hommes ?

Le premier besoin et la première exigence de tout être humain, c'est la santé. Sans ce droit de l'être humain à un corps et à un esprit sains, sans la maîtrise de ses propres organes génitaux et de ses fonctions reproductrices, le développement d'une femme, et celui de son pays, est voué à l'échec : car l'avenir de la femme et celui de son pays sont liés de façon inexorable. Tant qu'on fermera délibérément les yeux sur le problème de la santé des femmes, rien ne pourra être fait pour amener un changement. Il faut comprendre que les fillettes de l'Afrique ne sont pas en mesure de défendre leur propre cause. La grande majorité des femmes ne sont pas en mesure de le faire non plus : elles sont trop surmenées par leurs grossesses répétées et leurs lourdes tâches quotidiennes. Peut-être ceux qui louent sans distinction les coutumes traditionnelles et qui ne voient que les dégâts occasionnés par la modernisation devraient-ils se pencher sur la réalité médicale, avant de soutenir systématiquement tout ce qui fait obstacle au changement. Sans aucun doute, pour la majorité des femmes africaines aujourd'hui, il est grand temps que les choses changent, surtout dans le domaine de la protection médicale.

(Traduit de l'américain par Suzanne Patton, Strasbourg)

P.S. Fran P. Hosken a mené des recherches sur l'excision depuis 1973, lors de voyages d'études sur le développement dans quinze pays de l'Afrique subsaharienne. WIN News, la revue qu'elle dirige, a commencé à publier régulièrement une rubrique spéciale sur l'excision et l'infibulation (à partir de l'été 1975) qui donne des informations au fur et à mesure de leur réception sur les recherches ou actions menées dans ce domaine dans différents pays. A partir de 1976, Fran P. Hosken a commencé à publier des articles dans des revues médicales et internationales, afin de faire savoir que ces opérations, loin d'être des cas isolés, sont très fréquentes et sont appliquées à la majorité de la jeunesse féminine africaine. WIN News a demandé aux organisations des Nations Unies, et particulièrement à

l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et à l'Organisation Mondiale de la Santé, de s'occuper de ces mutilations qui ruinent la santé des femmes. D'autre part, de plus en plus d'Africains travaillant dans le secteur moderne de la santé avaient à s'occuper de ces mutilations, les hôpitaux recevant de nombreuses femmes et fillettes avec des blessures graves, à l'issue parfois fatale. Aussi l'OMS finit-elle par organiser un séminaire à Khartoum sur cette question en 1979. La Société d'obstétrique et de gynécologie du Soudan avait déjà en 1977 organisé une conférence sur l'infibulation — à laquelle sont soumises la plupart des filles soudanaises — où avait eu lieu un vote pour l'abolition de cette pratique; F.P. Hosken avait été invitée à cette conférence.

Le Séminaire organisé par l'OMS qui s'est tenu à Khartoum du 10 au 15 février 1979 avait pour titre : « Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ». Il a marqué une étape importante, car pour la première fois se réunirent sur ce sujet des délégués officiels des ministères de la Santé de dix pays d'Afrique et du Moyen-Orient et des médecins, sages-femmes et travailleurs médicaux connaissant ces opérations et leurs répercussions sur la santé physique et mentale des femmes. S'agissant d'une réunion internationale, les recommandations adoptées s'adressaient à tous les pays concernés et aussi aux organismes internationaux qui s'occupent du développement et de la santé. Aussitôt après le Séminaire, l'OMS insista dans ses publications sur la nécessité d'une coopération internationale pour aider à abolir ces pratiques..

Les quatre recommandations adoptées à Khartoum sont les suivantes :

« — Adoption de politiques nationales claires en vue de l'abolition de la circoncision féminine.

« — Création de commissions nationales pour coordonner et continuer les activités des organismes travaillant à cette question — y compris, le cas échéant, la mise en vigueur de la législation interdisant cette coutume.

« — Intensification de l'éducation générale du public, y compris l'éducation sanitaire à tous les niveaux, l'accent étant mis sur les dangers de la circoncision féminine.

« — Intensification des programmes éducatifs destinés aux accoucheuses traditionnelles, aux sages-femmes, aux guérisseurs et autres praticiens de médecine traditionnelle, de façon à les convaincre des effets nocifs de la circoncision féminine et à les gagner ainsi à la cause de l'abolition de cette pratique ».

En tant que Conseiller temporaire de l'OMS au Séminaire de Khartoum, F.P. Hosken fit un exposé donnant une vue globale sur les mutilations des femmes dans le monde aujourd'hui. Elle a pu ainsi établir une carte géographique de l'épidémiologie des opérations sexuelles sur les femmes. L'excision est pratiquée principalement en Afrique; l'infibulation existe uniquement en Afrique, dans des sociétés musulmanes. On trouve également l'excision en Malaisie, uniquement chez les musulmans, et dans une partie de la population musulmane d'Indonésie *

* Pour une information plus précise sur les données médicales, les raisons invoquées pour les mutilations, le séminaire de Khartoum, la conspiration du silence, les études de pays cas par cas, etc., lire *The Hosken Report : Genital/Sexual Mutilation of Females*, 2ème édition révisée et augmentée, nov.1979, 368 pages. Publié par WIN News (l'exemplaire : \$17 + \$4 par avion).

(ces opérations furent introduites dans ces pays asiatiques avec l'islamisation, à partir du VII^e siècle).

Actuellement nous avons de plus en plus de rapports sur des pays occidentaux montrant que les émigrés du Moyen-Orient et d'Afrique importent ces opérations : en Suède, en Australie et en France, les mutilations sexuelles sont pratiquées par les familles immigrées. Aucune éducation ni information sur la santé et la sexualité des femmes n'est faite auprès des immigrées, et les hommes tiennent à ce que les petites filles soient excisées. Ces opérations sont aussi faites dans les hôpitaux en Afrique; des gens riches et éduqués font mutiler leurs filles, souvent bébés, par des médecins qui sont largement payés pour ce faire. Nous en avons la preuve pour l'Égypte, le Soudan, la Somalie, le Nigéria, le Mali, et cela se fait aussi très probablement dans d'autres pays. Mais on n'en parle pas, ou encore on dit : Il ne faut rien dire... La population de l'Afrique ayant doublé, il y a de nos jours plus de fillettes que l'on opère qu'il n'y en eut dans l'ensemble du passé. On évalue à plus de 70 millions le nombre de femmes et de bébés filles excisées, et ça augmente chaque année, mais personne n'en parle. Cela se fait à Paris, en Australie, en Suède, et probablement ailleurs, mais on ne dit rien, surtout pas dans les pays d'origine.

WIN News organise un réseau international contre les mutilations et pour le droit de toutes les femmes au contrôle de leur corps : le Human rights/Health Action Network (Réseau Droits humains/Action Santé). Son but premier est d'aider à implanter les recommandations de Khartoum par l'assistance technique et financière à tous les groupes, en Afrique et ailleurs, qui voudraient travailler contre les mutilations et faire l'éducation sanitaire des femmes. Des groupes et des individus de plusieurs pays participent déjà à ce réseau. Vous êtes invitées à vous y joindre. Ecrire à WIN : HR/HA Network, 187 Grant street, Lexington, Ma. 02173 USA. Un guide d'action contre les mutilations et des informations vous seront envoyés sur demande.

Résumé

Fran P. Hosken : « Les mutilations sexuelles en Afrique ».

L'excision des femmes est le secret le mieux gardé de l'Afrique aujourd'hui. On peut voyager, même munie des lettres d'introduction d'une journaliste, sans jamais apprendre aucun des faits décrits ici. Si vous posez des questions sur l'excision, tout le monde vous dira « elle n'existe pas ici » ou « peut-être est-elle pratiquée dans quelques régions isolées ». Or, d'après une évaluation prudente, l'excision a des répercussions sur la santé de quelque 20 à 25 millions de femmes qu'elle mutile en Afrique de nos jours. Bien sûr, nulle part on ne procède à un recensement quelconque. On n'enregistre même pas les cas de décès résultant directement de ces interventions. C'est pourquoi les ministères de la santé publique peuvent nier l'existence de ces pratiques.

Abstract

Fran P. Hosken : « Sexual mutilations in Africa »

Female circumcision is the best kept secret in today's Africa. One can travel even with the credentials of a journalist without ever learning any of the facts that are described here. Female circumcision, which everyone you ask will tell you « does not exist here » — or « perhaps it is still practiced in a few remote areas » — according to a conservative estimate, affects the health and blights the lives of upwards of 20-25 million women in Africa today. Of course, nowhere do any records exist. Not even immediate fatalities of the operations are ever registered. By not keeping any records, health departments can claim that these practices do not exist.