

Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes

Les mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines¹ (MGF) sont mondialement reconnues comme une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes, et sont le reflet d'une inégalité entre les sexes profondément enracinée. Ces mutilations étant presque toujours pratiquées sur des mineures, elles constituent également une violation des droits de l'enfant.

Les MGF désignent toutes les interventions qui aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques (**Encadré 1**).

ENCADRÉ 1. LES DIFFÉRENTS TYPES DE MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

Type 1 – Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris).

Type 2 – Excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent l'orifice vaginal).

Type 3 – Infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture. Cette fermeture est réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris. On parle aussi, pour ce type 3, de « rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris ».

Type 4 – Non classées : toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Les familles, les communautés et les cultures dans lesquelles se pratiquent les MGF ont chacune des raisons différentes d'adopter cette pratique. Un des principaux motifs avancés pour la justifier est qu'elle est censée garantir la

¹ Également désignées sous le terme de « excision génitale féminine » ou de « circoncision féminine ».

conformité de la jeune fille aux normes sociales essentielles, telles que celles liées à la retenue sexuelle, la féminité, la respectabilité et la maturité.

Les MGF diffèrent de la plupart des autres formes de violence exercées contre les filles et les femmes en ce que les femmes sont non seulement les victimes, mais aussi les personnes impliquées dans la perpétration de cette violence. Ce sont normalement des femmes de la famille proche de la fille qui sont chargées d'organiser les MGF, elles-mêmes généralement pratiquées par des exciseuses traditionnelles. On observe également de plus en plus de MGF réalisées par des professionnels de la santé, hommes et femmes. Cette particularité des MGF montre combien les femmes autant que les hommes peuvent être complices pour renforcer les normes et les pratiques sexospécifiques qui entretiennent la violence à l'égard des femmes (1,2).

Les MGF diffèrent également de la plupart des autres formes de violence à l'égard des femmes en ce que, dans les communautés où cette pratique existe, il s'agit d'une intervention systématique sur la quasi-totalité des filles, généralement des mineures, qui est présentée comme une norme sociale et une pratique culturelle utile à laquelle les communautés sont très attachées.

Quelle est la prévalence des mutilations génitales féminines ?

On dispose de données démographiques sur la prévalence des MGF dans tous les pays d'Afrique dans lesquels cette pratique a été recensée. Selon les estimations :

- 100 à 140 millions de filles et de femmes dans le monde vivent en subissant les conséquences d'une MGF ;
- environ 3,3 millions de filles risquent chaque année d'être mutilées sexuellement ; et
- dans les 28 pays où existent des données nationales de prévalence (27 en Afrique et au Yémen), plus de 101 millions de filles de plus de 10 ans souffrent actuellement des séquelles de MGF (3).

La pratique des MGF a été recensée dans :

- 27 pays africains et au Yémen, notamment dans les régions de l'est, du nord-est et de l'ouest ;
- certains pays d'Asie et du Moyen-Orient ;
- des communautés immigrées originaires de ces pays, où qu'elles vivent, notamment en Australie, au Canada, en Europe, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis ; et
- quelques groupes ethniques en Amérique centrale et en Amérique du Sud (2).

Dans les 28 pays d'Afrique et du Moyen-Orient pour lesquels des données sont disponibles, la prévalence nationale chez les femmes d'au moins 15 ans va de 0,6 % (Ouganda, 2006) à 97,9 % (Somalie, 2006) (2). Des schémas de prévalence des MGF apparaissent lorsque les pays sont groupés par région. Par exemple, d'après des enquêtes démographiques et sanitaires réalisées entre 1989 et 2002, la prévalence dans le nord-est de l'Afrique (Égypte, Érythrée, Éthiopie et nord du Soudan) a été estimée à 80–97 % tandis que dans l'ouest de l'Afrique (Kenya et République unie de Tanzanie), les estimations variaient de 18 à 38 % seulement. Toutefois, la prévalence peut varier considérablement d'un groupe ethnique à l'autre au sein d'un même pays (4). Des MGF ont été constatées dans plusieurs pays en dehors de l'Afrique, mais les données de prévalence ne sont pas disponibles au niveau national (2).

Les MGF sont classées en fonction de l'étendue anatomique de l'ablation (**Encadré 1**), et la prévalence par type varie en fonction de la situation géographique et du groupe ethnique. D'après les estimations, 90 % des cas de MGF concernent une clitoridectomie ou une excision, et près de 10 % sont des infibulations, la forme qui présente les conséquences négatives les plus graves (3).

Des estimations de la prévalence des MGF dans les communautés vivant en dehors de leurs pays d'origine ont également été avancées. Puisque les données issues des enquêtes démographiques nationales ne sont pas disponibles pour les pays de résidence, les estimations de l'occurrence des MGF dans les populations de migrants sont basées sur la prévalence constatée dans le pays d'origine. Par exemple, on estime à 66 000 le nombre de femmes en Angleterre et au Pays de Galles qui ont subi des MGF et on estime à 32 000 le nombre de filles de moins de 15 ans qui ont déjà subi ou courent un risque élevé de subir une telle pratique (5). Des documents du Parlement européen indiquent que plus d'un demi-million de femmes et de filles ont subi, ou courent le risque de subir, ce genre de mutilation dans l'Union européenne (6) ; en raison de la diversité des lois et des approches en matière de MGF au sein de l'Europe, on pense que de nombreuses jeunes filles font le voyage d'un pays à l'autre pour subir la mutilation là où cette pratique semble plus facile à réaliser (7).

Quelles sont les conséquences des mutilations génitales féminines ?

Conséquences sur la santé

Les MGF ne présentent aucun avantage pour la santé. Elles consistent en l'ablation de tissus génitaux normaux et sains, ou endommagent ces tissus, et entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin. Les exciseuses traditionnelles utilisent des outils très divers pour pratiquer une MGF, notamment des lames de rasoir et des couteaux, et n'utilisent généralement pas d'anesthésiques. Sur l'ensemble des MGF, on estime à 18 % la proportion de celles pratiquées par des professionnels de la santé, qui ont recours aux ciseaux chirurgicaux et aux anesthésiques (8). Toutes les formes de MGF peuvent provoquer des douleurs et des saignements immédiats, et font courir un risque d'infection ; le risque de complications immédiates et tardives augmente avec l'étendue de l'ablation. Le **Tableau 1** répertorie quelques-unes des complications communément constatées.

La recherche sur les effets des MGF sur la santé a fait beaucoup de progrès ces dernières années. Une étude conduite chez plus de 28 000 femmes enceintes dans six pays africains a montré que celles qui avaient subi une MGF présentaient un risque significativement plus élevé que les autres de complications au cours de l'accouchement, telles qu'un accouchement par césarienne et des hémorragies du post-partum. De plus, les taux de décès périnataux chez les nouveau-nés étaient plus élevés pour les enfants des femmes ayant subi une MGF que pour les enfants des femmes n'ayant pas subi de mutilation. Les risques de complications à la naissance et de décès néonataux augmentaient avec la gravité du type de mutilation subie (9). Les problèmes sexuels sont par ailleurs plus fréquents chez les femmes qui ont subi une MGF. Elles ont 1,5 fois plus de risques de souffrir pendant les rapports sexuels, ressentent significativement moins de plaisir sexuel, et sont deux fois plus nombreuses à signaler une baisse ou une absence de désir sexuel (10).

Conséquences sociales

Bien qu'il existe peu d'études rigoureuses sur les répercussions sociales des MGF, quelques travaux de recherche ont identifié les conséquences négatives

TABLEAU 1

Conséquences immédiates et plus tardives des mutilations génitales féminines (9,10)

Risques immédiats pour la santé	Risques à plus long terme pour la santé
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense • Choc • Hémorragie (c'est-à-dire des saignements excessifs) • Septicémie • Difficultés à uriner • Infections • Mort • Conséquences psychologiques • Accolement non voulu des lèvres 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'une intervention chirurgicale • Problèmes urinaires et menstruels • Rapports sexuels douloureux et mauvaise qualité de la vie sexuelle • Stérilité • Douleurs chroniques • Infections (par ex. kystes, abcès et ulcères génitaux, infections pelviennes chroniques, infections urinaires) • Chéloïdes (c'est-à-dire un excès de tissus cicatriciels) • Infections de l'appareil reproducteur • Conséquences psychologiques, comme la crainte des rapports sexuels, l'état de stress post-traumatique, l'angoisse, la dépression • Risque accru de cancer du col de l'utérus (bien que des recherches plus poussées soient nécessaires)
Complications obstétricales/risques obstétricaux connus	Affections ou maladies souvent considérées comme associées aux MGF mais pour lesquelles les éléments de preuve sont équivoques ou ne montrent aucun lien
<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement par césarienne • Hémorragie du post-partum • Séjour hospitalier maternel prolongé • Réanimation du nouveau-né • Mortinaissance ou décès néonatal précoce 	<ul style="list-style-type: none"> • VIH (à court terme) • Fistules obstétricales • Incontinence

possibles pour les familles, les jeunes filles et les femmes qui s'abstiennent de recourir à cette pratique. La pratique des MGF est le résultat de conventions sociales fortes, encouragée par des normes sociales essentielles ; toute personne qui s'écarte de la norme peut se trouver confrontée au harcèlement, à l'exclusion d'événements communautaires importants et de réseaux de soutien, et à la discrimination exercée par les pairs. À moins d'un commun accord conclu entre un grand nombre de personnes pour faire cesser la pratique, il est probable que les individus et les familles considèrent les risques sociaux plus importants que les risques que font courir les MGF aux jeunes filles sur leur santé physique et mentale. Même lorsqu'il existe des restrictions légales à la pratique des MGF, ces restrictions peuvent sembler moins importantes que les sanctions susceptibles d'être imposées par la communauté dans le cas où la pratique ne serait pas respectée (11,12).

Coûts économiques

Les MGF sont une charge financière potentielle pour les systèmes de santé. Une étude basée sur des données émanant de six pays africains a constaté que les coûts associés à la prise en charge médicale des complications obstétricales dues aux MGF étaient équivalents à 0,1-1 % de l'ensemble des dépenses publiques consacrées aux femmes en âge de procréer (13). Le coût pour les familles demeure en grande partie inconnu ; une étude au Nigeria a estimé le coût du traitement des complications des MGF dans une clinique pédiatrique à 120 dollars américains par fillette (14). Une étude récente en Gambie a montré qu'un tiers des complications gynécologiques pour lesquelles les femmes et les jeunes filles se faisaient soigner était le résultat direct d'une MGF ; dans beaucoup de cas, une intervention chirurgicale était nécessaire. Il est donc clair

que les complications des MGF représentent un coût important pour les services de gynécologie (15).

Quels sont les facteurs de risque associés aux mutilations génitales féminines ?

Les facteurs de risque les plus couramment associés au fait de subir une MGF ou de forcer une jeune fille à subir cette pratique sont d'ordre culturel, religieux et social (2), et comprennent :

- la pression sociale, qui incite à se conformer aux attentes des pairs ;
- la perception de la MGF comme un devoir nécessaire pour éduquer convenablement une jeune fille et la préparer à l'âge adulte et au mariage ;
- la supposition que la MGF diminue le désir sexuel des femmes, et donc préserve la virginité pré-nuptiale et empêche la promiscuité ;
- l'association de la MGF à l'idée de propreté (hygiénique, esthétique et morale), notamment la croyance que s'il restait intact, le clitoris pourrait devenir trop grand ;
- la conviction des femmes, dans certains cas rares, que la MGF améliore le plaisir sexuel masculin et la virilité et, encore plus rarement, que la MGF faciliterait l'accouchement en améliorant la capacité des femmes à tolérer la douleur de l'accouchement parce qu'elles auraient déjà vécu et appris à surmonter la douleur de la MGF ;
- la conviction que les MGF sont encouragées ou exigées par la religion, ou qu'elles facilitent le respect des attentes religieuses en matière de servitude sexuelle ;
- l'idée que les MGF sont une tradition culturelle importante qui ne doit pas être remise en cause ni abandonnée, et surtout pas par des personnes extérieures à la communauté.

Le jeune âge est un facteur clé connu pour augmenter le risque de subir une MGF, la plupart des interventions étant pratiquées sur des fillettes entre la petite enfance et l'âge de 15 ans. Les facteurs associés au fait de soumettre une jeune fille à la pratique varient. Par exemple, une étude conduite dans la population féminine en Éthiopie a montré que le souhait de poursuivre la pratique des MGF était lié au fait d'être âgée de 15 à 24 ans, de vivre dans une zone rurale, d'être musulmane, mariée, non instruite, d'avoir subi une MGF et de ne pas être exposée aux médias de masse (16).

La recherche indique également que si une mère a un niveau d'instruction plus élevé, sa fille risquera moins de subir une MGF (17). Il est important de souligner notamment que cet effet protecteur de l'éducation a également été observé pour d'autres formes de violence à l'égard des femmes (1). La recherche au Kenya a montré que les études secondaires sont associées à une opposition aux MGF quatre fois plus importante (18). Toutefois, ce lien n'a pas été mis en évidence dans tous les pays, et dans certains cas, le lien est en sens inverse (19).

Vers un changement de la prévalence, de la pratique et de l'approche des mutilations génitales féminines ?

Au cours des dernières décennies, les MGF ont attiré de plus en plus l'attention de la communauté internationale, et ont notamment fait émerger de nouvelles lois contre la pratique dans les pays d'Afrique et en dehors de l'Afrique (6). Bien

que peu de changements soient intervenus dans la fréquence des MGF dans certains pays, on a pu constater les tendances suivantes :

- la prévalence est en forte diminution parmi les jeunes générations (de 15 à 19 ans) dans quelques pays (19,20) ;
- la prévalence est plus faible chez les filles de mères instruites dans certains pays (19) ;
- le soutien aux MGF est en déclin parmi certaines femmes appartenant à des communautés qui pratiquent ces interventions (21,22) ;
- les travaux de recherche et les changements politiques sont de plus en plus nombreux en faveur de l'élimination des MGF au sein des populations immigrées dans les pays à revenu élevé (6) ;
- l'âge moyen auquel une jeune fille est soumise à la pratique est en baisse dans la plupart des pays (4,23) ; et
- le recours aux professionnels de la santé pour pratiquer une MGF est en hausse (24).

Médicalisation des mutilations génitales féminines

On assiste actuellement à une évolution majeure : les prestataires de soins de santé tels que les médecins, les infirmières et les sages-femmes (21,22) sont de plus en plus nombreux à pratiquer des MGF à la place des exciseuses traditionnelles, un phénomène connu sous le nom de « médicalisation » (8,24). Les MGF sont encore réalisées essentiellement par des exciseuses traditionnelles dans la majorité des pays, mais par exemple, des données d'enquêtes révèlent qu'en Égypte, les fillettes ont une probabilité trois fois plus élevée que leurs mères de subir une MGF pratiquée par un personnel soignant (25).

Les parents font parfois appel au personnel médical au lieu des exciseuses traditionnelles parce qu'ils pensent que cela réduira le risque de préjudices causés par l'intervention (24). Certains agents de santé utilisent en effet des instruments propres et des médicaments pour réduire la douleur, les saignements et les infections. Cependant, même une MGF médicalisée ne peut pas être exempte de risques immédiats, comme en témoignent certains reportages sur des décès liés à la pratique. De plus, la réalisation d'une MGF par des prestataires de soins de santé ne peut pas réduire les effets à long terme (**Tableau 1**), ni garantir de bonnes conditions d'hygiène ou que l'intervention sera moins lourde (24).

Il n'y a pas de cas documentés de médicalisation ayant entraîné une réduction de la pratique des MGF (24). L'OMS et d'autres organisations pensent que la médicalisation contribue en réalité à conforter la pratique en lui accordant une certaine légitimité en tant que dispositif de santé (8).

Quelle est la meilleure approche pour mettre fin aux mutilations génitales féminines ?

Peu de mesures visant à prévenir les MGF ont fait l'objet d'une évaluation systématique et de qualité ; il est donc nécessaire d'effectuer des recherches beaucoup plus rigoureuses (26,11). Une analyse systématique réalisée par Berg et Denison (2012) a conclu qu'il y avait peu de preuves de l'efficacité des mesures destinées à prévenir les MGF. Cette analyse révèle que les facteurs liés à la poursuite ou à l'abandon de la pratique variaient selon les contextes, mais que les principaux facteurs qui la justifiaient étaient la tradition, la religion et

le souci de diminuer le désir sexuel des femmes. Inversement, les complications sur le plan de la santé, et l'absence de satisfaction sexuelle ne plaident pas en faveur de la pratique (11).

Cependant, l'on dispose d'une multitude d'évaluations de programmes anti-MGF mis en place dans de nombreux pays, qui peuvent servir de lignes directrices en matière de bonnes pratiques. Ces stratégies sont résumées ci-dessous.

Comprendre la dynamique sociale de la prise de décisions concernant les MGF

La prise de décisions et les pratiques dans beaucoup de communautés ne font pas intervenir que des individus et des familles (24) ; elles font partie d'un processus dynamique collectif impliquant des personnes qui appartiennent à une communauté ou à un groupe. Les interventions qui ciblent seulement les individus, les familles ou les exciseuses ont donc peu de chances d'être efficaces (16). Par exemple, une étude menée pendant trois ans en Gambie et au Sénégal a montré que la décision de faire exciser les filles était prise par plus d'un membre de la famille, notamment les mères, les pères, les grands-parents et les tantes. Les pères étaient moins favorables aux MGF que les mères, et jouaient souvent un rôle déterminant dans la décision de ne pas soumettre leurs filles à la pratique (21,23).

À la lumière de ces observations et d'autres recherches sur la prise de décisions en matière de MGF, les chercheurs et les praticiens recommandent que les activités de prévention intègrent plusieurs éléments parmi lesquels le dialogue communautaire, la compréhension de l'importance des récompenses et des punitions locales (22), et une méthode permettant de coordonner le changement parmi les groupes sociaux, en faisant appel aux hommes et aux femmes de toutes les générations dans la communauté et les communautés voisines (25).

Travailler avec – et non pas contre – les communautés dans leurs pratiques et leurs croyances culturelles

Les MGF ont rarement été abandonnées quand les programmes visant à les éliminer ont été perçus par les communautés comme une attaque ou une critique de leurs cultures et de leurs valeurs locales, et/ou quand ces programmes ont été conduits par des personnes extérieures (23). Au contraire, dans ces cas-là, il peut en résulter des réactions défensives, notamment des initiatives de mobilisation des masses et des déclarations en faveur de la pratique. D'après les évaluations, renforcer les valeurs culturelles positives peut s'avérer plus efficace (26), de même que promouvoir un dialogue communautaire propice à la réflexion, pour trouver par exemple des moyens de signaler le passage d'une jeune fille à l'âge adulte sans le ritualiser par une excision (16).

Cibler les niveaux d'influence locaux, nationaux et internationaux

Il a été démontré que les initiatives mises en œuvre au plan local tirent davantage des actions nationales venant les compléter. De plus, étant donné que l'origine ethnique – un facteur prédictif majeur du type de MGF pratiqué – peut dépasser les frontières nationales, les interventions ciblant un groupe ethnique particulier doivent prévoir une coordination transfrontalière (16).

Les sanctions pénales contre la pratique des MGF constituent le type d'intervention le plus répandu aux niveaux national et international, mais

beaucoup d'éléments laissent à penser qu'à elle seule, la loi ne suffit pas (11,21,27). Néanmoins, la législation crée un environnement propice aux interventions au niveau local, comme cela a été prouvé au Ghana (20) et au Sénégal (23).

La législation et les codes de conduite se sont également avérés importants pour les communautés qui pratiquent les MGF en dehors de leurs pays d'origine. D'après une étude réalisée dans l'Union européenne, l'application effective des lois relatives aux MGF serait liée à des attitudes plus positives et à un meilleur niveau de connaissances, notamment concernant la prise en charge des jeunes filles menacées, parmi les personnels de santé qui sont en contact avec ces populations (27).

Adopter une approche globale et fondée sur les droits de la personne

La recherche souligne l'importance de collaborer avec les communautés, dans une perspective d'investissement à long terme mettant l'accent sur les droits fondamentaux de la personne, appliqués au contexte local pour susciter un changement de comportement collectif. Une analyse systématique des interventions destinées à prévenir les MGF a toutefois conclu que les messages fondés sur le respect des droits humains avaient des effets variables (11).

Le message fort qui ressort des analyses et des études est que les interventions multi-volets qui associent toute une diversité d'approches sont plus efficaces que celles focalisées sur des cibles uniques. Les campagnes très spécifiques, par exemple les politiques consistant seulement à persuader les exciseuses ou le personnel de santé de modifier leurs pratiques, ont été des échecs et n'ont pas réussi à éliminer les MGF (16,23). De même, les campagnes qui ne visaient qu'une seule cible, limitées à des messages relatifs à la santé, n'ont pas abouti à un abandon généralisé de la pratique (25).

Les différents volets qui définissent une stratégie globale, basée sur le respect des droits humains, devraient privilégier des approches favorisant la réduction de la discrimination entre les sexes, l'amélioration de la justice sociale et la défense des droits de l'homme, le développement et l'autonomisation des communautés, et l'alphabetisation des femmes et des jeunes filles (16,24).

Bibliographie

1. Simister J. Domestic violence and female genital mutilation in Kenya: effects of ethnicity and education. *Journal of Family Violence*, 2010, 25(3):247–57.
2. Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions. HCDH, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
3. Yoder P, Abderrahim N, Zhuzhuni A. *Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis*. Calverton, MD, Calverton, Macro International Inc., 2004.
4. Yoder PS, Wang S, Johansen REB. *Female genital mutilation/cutting in African countries: Estimates of numbers from national surveys*. Soumis pour publication à la revue *Social Science and Medicine*, octobre 2012.
5. Dorkenoo E, Morison L, Macfarlane A. *A statistical study to estimate the prevalence of female genital mutilation in England and Wales*. Londres, Foundation For Women's Health, Research and Development, 2007.
6. Parlement européen. *Résolution du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE*. 2008/2071(INI), 2009.

7. *Pour une Europe libérée de toute forme de violence masculine à l'encontre des femmes.* Bruxelles, Lobby européen des Femmes, 2010.
8. *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines.* ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
9. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 2006, 367(9525):1835–41.
10. Peterman A, Johnson K. Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(5):971–79.
11. Berg R, Denison E, Fretheim A. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies.* Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2010.
12. Berg RC, Denison E. Interventions to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting in African countries. *Campbell Systematic Reviews*, 2012, 9.
13. *La dynamique du changement social : vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains.* Florence, Centre de recherches Innocenti de l'UNICEF, 2010.
14. Ekenze SO, Ezegwui HU, Adiri CO. Genital lesions complicating female genital cutting in infancy: a hospital-based study in south-east Nigeria. *Annals of Tropical Paediatrics*, 2007, 27:285–90.
15. Kaplan A et al. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 2011, 8:26.
16. Masho SW, Matthews L. Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2009,107(3):232–35.
17. *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration.* New York, NY, Fonds des Nations unies pour l'Enfance (UNICEF), 2005.
18. *Female genital mutilation – the facts.* Seattle, WA, PATH, 2011.
19. *Global consultation on female genital mutilation/cutting. Technical Report.* New York, NY, Fonds des Nations unies pour la population, 2008.
20. Ako MA, Akweongo P. The limited effectiveness of legislation against female genital mutilation and the role of community beliefs in Upper East Region, Ghana. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17(34):47–54.
21. Shell-Duncan B et al. *Contingency and change in the practice of female genital cutting: dynamics of decision making in Senegambia: summary report.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
22. *Female genital mutilation: issues and impact.* Le Caire, UNICEF Égypte, 2011.
23. Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. *Dynamics of decision-making and change in the practice of female genital mutilation in the Gambia and Senegal.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
24. Shell-Duncan B. The medicalization of female “circumcision”: harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science & Medicine*, 2001, 52(7):1013–28.
25. *Demographic and Health Survey – Egypt.* Calverton, MD, Macro International, 1995.
26. Denison E et al. *Effectiveness of interventions designed to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting.* Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2009
27. Leye E. *Female genital mutilation: a study of health services and legislation in some countries of the European Union.* Gand, Université de Gand, 2008 (Thèse de doctorat).

La série complète des fiches d'information « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes » peut être téléchargée sur le site Web du Département Santé et recherche génésique de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/fr/index.html>, et sur le site Web de l'Organisation panaméricaine de la Santé à l'adresse www.paho.org/

Des informations supplémentaires sont disponibles dans les publications de l'OMS, parmi lesquelles :

Éliminer les mutilations sexuelles féminines

www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/index.html

Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines

www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/fr/

Remerciements

Cette fiche d'information a été rédigée par Claudia Garcia-Moreno, Alessandra Guedes et Wendy Knerr et fait partie d'une série élaborée par l'OMS et l'OPS pour passer en revue l'ensemble des données actuelles relatives aux différents aspects de la violence à l'égard des femmes. Elise Johansen a contribué à cette fiche d'information en tant qu'examinatrice externe. Sarah Ramsay a assuré la révision de la série.

WHO/RHR/12.41

© **Organisation mondiale de la Santé 2012**

Tous droits réservés. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Si l'OMS a pris raisonnablement toutes les précautions nécessaires pour vérifier les informations données dans la présente publication, le document est cependant distribué sans garantie d'aucune sorte, ni explicite ni implicite. Le lecteur est seul responsable de l'interprétation et de l'utilisation qu'il en fait. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait en aucun cas être tenue responsable d'éventuels préjudices qui pourraient résulter de son utilisation.