



MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES / EXCISION

NOTE D'ORIENTATION

FEVRIER 2023

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES / EXCISION

ÉNONCÉ DE POSITION DE PLAN INTERNATIONAL

- Plan International reconnaît que la pratique des mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) est mondiale, et touche au moins 200 millions de femmes et de filles dans plus de 96 pays à travers le monde, dont la majorité ne dispose pas de statistiques représentatives au niveau national sur l'ampleur de la pratique. La pratique ne se limite pas à une région ou à une religion particulière, et mettre fin efficacement à toutes les formes de MGF/E conformément au droit international et à l'objectif de développement durable (ODD) 5.3.2 nécessite de reconnaître la nature mondiale des MGF/E et de prendre des mesures mondiales pour s'assurer que toutes les filles partout dans le monde vivent à l'abri de cette pratique.
- Plan International condamne toutes les formes de MGF/E, définies par l'OMS comme « l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes ou d'autres lésions des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales ». La pratique n'a aucun avantage pour la santé. Toutes les formes de MGF/E constituent une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes, y compris leur santé sexuelle et reproductive, et constituent une forme extrême de violence sexiste.
- Plan International soutient une approche d'abandon total de toutes les formes de MGF/E, reconnaissant que tous les types de MGF/E sont des violations des droits humains avec de graves conséquences tout au long de la vie des femmes et des filles, y compris leur santé, leur éducation et leur autonomisation économique. Nous adoptons une approche basée sur les droits pour mettre fin à toutes les formes de MGF/E, en nous concentrant sur les droits des filles à l'autonomie corporelle et au consentement, y compris les droits des filles à la sexualité.
- Plan International estime que mettre fin à toutes les formes de MGF/E nécessite une approche multisectorielle et basée sur des normes sociales pour aider les communautés à abandonner cette pratique. Une action efficace pour mettre fin aux MGF/E doit impliquer l'ensemble de la communauté et impliquer toutes les parties prenantes concernées dans le processus, y compris les filles elles-mêmes, les grands-mères et les femmes âgées¹, les dirigeants communautaires et religieux, les hommes et les garçons, les professionnels de la santé, les enseignants et le système judiciaire.
- Plan International reconnaît que la pratique des MGF/E est profondément enracinée dans des normes de genre discriminatoires et néfastes. Plan International adopte une approche transformatrice en matière de genre pour mettre fin aux MGF/E qui s'attaque à l'inégalité entre les sexes et aux normes de genre néfastes et donne aux filles et aux femmes les moyens de réaliser leurs droits à la sexualité et à l'autonomie corporelle.
- Plan International croit que les MGF/E sont une pratique culturelle qui n'est pas associée aux religions modernes du judaïsme, du christianisme et de l'islam et qui leur est. Plan International travaille avec des chefs religieux et des érudits pour dissiper les mythes religieux entourant la pratique comme moyen de soutenir l'abandon de la pratique par la communauté.
- Plan International reconnaît que les contextes humanitaires et les situations de crise peuvent entraîner une augmentation des taux de MGF/E, soit en tant que mécanisme d'adaptation négatif, soit lorsque la pratique est liée aux mariages et unions précoces et forcés des enfants (MUPFE). Plan International considère que la prévention et la réponse aux MGF/E sauvent des vies et sont essentielles en temps de crise et estime que les MGF/E doivent être intégrées de manière globale dans la prévention humanitaire et la planification et la prestation des interventions. Cela doit prendre en compte les risques particuliers associés aux MGF/E ainsi que le potentiel d'abandon dû aux perturbations causées par la crise.
- Plan International estime que l'accès des filles à l'éducation est vital en tant que droit humain, mais reconnaît fermement que l'accès à l'éducation agit également comme un facteur de

Page de couverture : Zainab, 17 ans, et sa mère Kadiatu, 35 ans. Zainab est une ardente défenseuse de la MGF/E dans sa communauté en Sierra Leone.

Crédit photo : Plan International / Quinn Neely

protection pour les filles à risque. Les MGF/E doivent être incluses dans les programmes d'éducation sexuelle complète (ESC) en tant que moyen efficace de changer les normes de genre néfastes et discriminatoires et les attitudes négatives à l'égard de la sexualité féminine qui motivent la pratique.

- Plan International reconnaît que les pratiques de MUPFE et des MGF/E sont liées dans certains contextes et partagent des facteurs sociaux similaires et des normes sociales et de genre discriminatoire sous-jacentes. Dans ces contextes, les interventions efficaces doivent chercher à aborder les deux thématiques.
- Plan International reconnaît que les filles et les jeunes sont des agents de changement pour mettre fin à toutes les formes de MGF/E. Cependant, Plan International reconnaît également que l'abandon des MGF/E nécessite le soutien et la participation de toute la communauté, ainsi qu'une compréhension des graves conséquences de l'isolement et de l'expulsion des filles qui s'opposent ouvertement à cette pratique.

La position en matière de pénalisation

- Plan International reconnaît que la loi nationale interdisant les MGF/E favorise un environnement favorable et régleme les campagnes, le plaidoyer et la programmation pour mettre fin à toutes les formes de MGF/E. Cependant, l'accent mis uniquement sur la pénalisation des MGF/E est inefficace car il pousse la pratique dans la clandestinité, ce qui rend les normes sociales plus difficiles à changer pour mettre fin à la pratique de manière durable. Lorsque la loi est adoptée, conformément aux évidences, Plan International soutient une loi complète qui définit et interdit toutes les formes de MGF/E, y compris les versions médicalisées ou lorsque la pratique est effectuée à l'étranger.

La position en matière d'excision transfrontalière

- Plan International estime que l'abandon de toutes les formes de MGF/E nécessite des approches internationales et régionales coordonnées et globales qui peuvent impliquer efficacement les communautés concernées par la pratique et qui traversent les frontières traditionnelles.
- Plan International estime que l'engagement des communautés de la diaspora dans des approches fondées sur des normes sociales et transformatrices en matière de genre pour

abandonner les MGF/E peut être un point d'entrée utile pour remettre en question la norme sociale dans leurs pays d'origine et où les groupes de la diaspora agiraient comme des groupes de référence influents. L'engagement avec les groupes de la diaspora peut également soutenir l'abandon de l'« excision transfrontalière » dans les milieux à ressources élevées.

La position en matière médicalisation

- Plan International estime que toutes les formes de MGF/E, qu'elles soient pratiquées par des professionnels de la santé ou dans des formations sanitaires, sont néfastes et constituent une violation des droits humains des filles et des femmes. Plan International adopte une approche basée sur les droits pour mettre fin à toutes les formes de MGF/E et estime qu'une approche de minimisation des risques est incompatible avec les droits humains, y compris les droits des filles à la santé, à l'autonomie corporelle et à la sexualité, ainsi qu'à être à l'abri de toute forme de violence. Plan International affirme que la pratique des MGF/E par les professionnels de la santé est contraire à l'éthique médicale et au serment d'Hippocrate de « ne pas commettre de préjudice ». Cela inclut la pratique de la ré infibulation.
- Plan International affirme qu'il n'y a pas de réduction « moindre » ou « moins grave » si l'on considère les impacts à long terme sur la santé physique et mentale, en plus des impacts socio-économiques de la pratique, y compris la discrimination sexuelle permanente. Tous les types et toutes les formes de MGF/E, quel que soit le lieu où elles sont pratiquées, constituent une violation des droits de l'homme.
- Plan International reconnaît que les professionnels de la santé sont très bien placés en tant que personnes de confiance dans communautés pour fournir des informations basées sur des données probantes sur les MGF/E et leurs impacts, et pour influencer et changer les attitudes et les pratiques néfastes au sein des communautés. Plan International soutient l'éducation et l'engagement des professionnels de la santé en tant que parties prenantes clés dans le mouvement pour l'abandon de toutes les formes de MGF/E.

La position en matière de droit d'asile

- Plan International affirme fermement que les filles et les femmes qui craignent d'être persécutées en raison de MGF/E ont droit au statut de réfugié, conformément aux droits

humains internationaux et aux droits des réfugiés, y compris la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés.

RECOMMANDATIONS SUR LES MGF/E

- Les gouvernements doivent promulguer, mettre pleinement en œuvre et financer une loi nationale complète et des plans d'action nationaux basés sur des données probantes afin de soutenir un environnement propice à un changement transformateurs des normes sociales en matière de genre qui interdise toutes les formes de MGF/E, y compris les formes médicalisées de la pratique et lorsqu'elle est pratiquée à l'étranger. La loi nationale et les stratégies de modification des normes sociales doivent être budgétisées et assorties des lignes budgétaires spécifiques pour une mise en œuvre multisectorielle efficace au niveau local et communautaire, qui doit inclure les secteurs de la justice et de la police, l'éducation, de la santé et les acteurs de la protection de l'enfance. La loi nationale ne doit pas être axée sur l'approche répressive ou stigmatisante des communautés pratiquantes, mais doit chercher à soutenir l'engagement communautaire et la sensibilisation à l'abandon de la pratique.
- Tous les gouvernements doivent entreprendre une collecte de données représentatives de l'étendue et la portée des MGF/E, y compris sa prévalence, conformément aux engagements mondiaux pris dans le cadre de l'ODD 5.3.2 visant à éliminer toutes les pratiques néfastes et au droit international des droits de l'homme, y compris dans les contextes de diaspora. Toute collecte de données sur les MGF/E doit être effectuée conformément aux normes éthiques, de protection et de confidentialité des données.
- Les donateurs doivent renforcer leurs engagements financiers en faveur des interventions visant à décupler toutes les formes de MGF/E afin de mettre fin à cette pratique d'ici 2030, conformément à l'engagement 5.3.2 des ODD.
- Les donateurs doivent augmenter le financement de la recherche et des données probantes sur l'ampleur, la portée et les impacts des MGF/E, et sur l'élargissement de la base de données probantes sur les interventions réussies et efficaces pour soutenir l'abandon de la pratique. En particulier, un soutien supplémentaire devrait être fourni pour améliorer l'accès des services centrés sur les survivantes en plus des mesures de prévention, y compris la fourniture de chirurgie reconstructive du clitoridis.
- Les interventions et les activités visant à soutenir l'abandon des MGF/E basé sur les droits doivent être fondées sur des données probantes, genres transformateurs, et chercher à s'attaquer aux normes sociales néfastes qui sous-tendent la pratique. Les interventions doivent impliquer tous les membres d'une communauté, y compris les filles elles-mêmes, et les principales parties prenantes telles que les chefs traditionnels, religieux et communautaires, les grands-mères et les femmes âgées, les hommes et les garçons, les professionnels santé, les enseignants, la police et le système judiciaire.
- Les chefs religieux doivent dissiper ouvertement les mythes qui associent les MGF/E à n'importe quelle religion, ainsi que les normes de genre néfastes qui sous-tendent cette pratique. Ils doivent aider les communautés à abandonner les MGF/E par le biais d'un plaidoyer local et national et de la publication d'édits religieux ou de fatwahs, le cas échéant, qui interdisent la pratique en vertu de la loi religieuse.
- Tous les acteurs humanitaires ont le devoir de reconnaître et d'atténuer l'impact exacerbant des crises sur les MGF/E pendant la planification de la prévention et de l'intervention en tant que services vitaux et essentiels. Les efforts de prévention des MGF/E doivent être pleinement financés par le biais de programmes d'urgence pluriannuels et intégrés de manière globale dans les plans, les évaluations et les réponses humanitaires, y compris les efforts visant à prévenir toutes les formes de MGF/E et à répondre aux besoins distincts des survivantes de cette pratique dans les situations de crise.
- Les survivantes de toutes les formes de MGF/E ont le droit d'accéder aux informations, à l'éducation et aux services de santé nécessaires concernant la pratique et ses impacts, y compris la désinfibulation. Tous ces services doivent être fournis dans des formats adaptés aux enfants et aux femmes. Les services de santé, y compris les services de santé mentale et de soutien psychosocial (SSMSP), doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (AAAQ) pour les survivantes de MGF/E, et des ressources suffisantes doivent être mises en place pour fournir ces services.
- L'accès des filles à l'éducation doit être reconnu comme un droit, ainsi qu'un facteur de protection contre les MGF/E. Les gouvernements doivent donner la priorité à l'éducation des filles, ce qui doit inclure des dispositions pour une éducation sexuelle complète (ESC). Les programmes

d'ESC doivent inclure des discussions et des apprentissages sur la pratique des MGF/E pour soutenir les changements dans les normes sociales néfastes.

- Dans les contextes où les MGF/E et les MUPFE sont liées, les efforts et les interventions visant à abandonner les deux pratiques doivent adopter une approche transformatrice en matière de genre pour identifier et modifier les normes sociales et les normes sociales discriminatoires sous-jacentes afin de traiter les deux pratiques ensemble. D'autres recherches doivent être entreprises pour mieux comprendre le lien plus large entre les deux pratiques, y compris lorsque les MGF/E sont considérées comme une exigence sociale pour le mariage, mais sont effectuées séparément des MUPFE.

Les recommandations en matière de pénalisation

- Lorsque les gouvernements adoptent une loi nationale interdisant les MGF/E, la loi doit interdire toutes les formes de MGF/E, y compris lorsqu'elles sont pratiquées par des professionnels de la santé ou dans des établissements médicaux, et prévoir une compétence extraterritoriale pour l'infraction, conformément aux recommandations et aux meilleures pratiques du droit international relatif aux droits de l'homme. Toute approche législative doit être axée sur la sensibilisation de la communauté et l'engagement avec la loi et ne doit pas être punitive ou stigmatisante pour certaines communautés.
- La loi doit être pleinement mise en œuvre avec des lignes budgétaires chiffrées et des plans d'action nationaux correspondants qui engagent, financent pleinement et fournissent un renforcement des capacités à tous les secteurs concernés, y compris les secteurs de la police et de la justice, les professionnels de la santé, les enseignants et les systèmes éducatifs, et les services de protection de l'enfance.
- Lorsque la loi sur la pénalisation est adoptée, les survivantes de MGF/E doivent être exemptées de poursuites en tant que participantes à des MGF/E, qu'elles aient ou non activement recherché elles-mêmes cette pratique. Les responsables de l'application des lois et le secteur de la justice doivent être dotés d'une formation technique et d'un renforcement des capacités pour gérer ce type de situations et éviter que les survivantes de cette pratique ne soient à nouveau victimisées.

Les recommandations en matière d'excision transfrontalières

Dans les régions où l'excision transfrontalière est répandue, les gouvernements et les organismes régionaux doivent chercher à établir et à mettre en œuvre des mécanismes de coordination pour aligner la loi, les politiques et les stratégies de mise en œuvre dans les régions frontalières afin d'aider les communautés à abandonner les MGF/E. Cela doit inclure l'alignement des sanctions pénales dans la loi et la mise en place d'organes et de mécanismes de surveillance dotés de ressources efficaces pour coordonner une réponse multisectorielle entre les différentes juridictions nationales et améliorer le maintien de l'ordre aux frontières poreuses.

- Lorsque la loi interdit les MGF/E, les dispositions doivent attribuer une compétence extraterritoriale à l'égard de l'infraction des MGF/E, afin de permettre au secteur de la justice de répondre aux cas de MGF/E qui ont eu lieu à l'étranger ou dans des juridictions voisines.
- Les interventions communautaires visant à modifier les normes sociales et à mettre fin aux MGF/E dans les régions frontalières doivent viser à inclure dans les interventions les groupes de mariages mixtes et les communautés des régions transfrontalières.
- Des recherches et des preuves supplémentaires sont nécessaires sur l'ampleur, la portée et les facteurs déterminants de l'excision transfrontalière. Les donateurs doivent augmenter les fonds disponibles pour soutenir l'amélioration de la base de données factuelles sur les MGF/E, y compris l'excision transfrontalière, et doivent soutenir des interventions accrues pour interrompre l'excision transfrontalière avec des cadres d'évaluation solides afin d'identifier les approches efficaces, y compris l'engagement avec les groupes de la diaspora.

Les recommandations en matière de médicalisation

- La loi doit interdire les formes/contextes médicalisés de MGF/E et les campagnes nationales et la sensibilisation doivent veiller à éviter de se concentrer sur les dommages physiques ou l'approche de réduction des risques. Les plans d'action nationaux visant à soutenir l'abandon de toutes les formes de MGF/E doivent inclure et engager les professionnels de la santé en tant que parties prenantes clés.

- Les programmes médicaux doivent inclure une formation professionnelle sur les causes et les conséquences des MGF/E et former et équiper les professionnels de la santé pour qu'ils s'engagent de manière significative auprès des communautés pratiquantes afin d'influencer l'abandon de la pratique. Les professionnels de santé doivent également être formés et soutenus pour résister à la pression de la communauté pour pratiquer les MGF/E.
- Les associations médicales nationales doivent adopter des codes de conduite clairs interdisant aux professionnels de la santé de pratiquer toute forme de MGF/E, et doivent chercher à révoquer les licences médicales de tout professionnel de la santé pratiquant une forme quelconque de MGF/E en violation de l'éthique médicale.

Les recommandations en matière de droit d'asile

- Les gouvernements doivent respecter et conformer à leurs engagements régionaux et internationaux en vertu du droit international relatif aux droits humains et aux réfugiés d'accorder l'asile et le statut de réfugié aux filles et aux femmes exposées au risque de MGF/E, quel que soit le statut juridique des MGF/E dans le pays d'origine.
- Les agences des forces frontalières et les agents de l'immigration doivent recevoir une formation et un renforcement des capacités sur les MGF/E, y compris leurs facteurs dans les pays d'origine, afin de soutenir une évaluation efficace de la crédibilité. Il s'agit notamment de mettre l'accent sur les sensibilités liées à l'âge, au sexe et à la diversité, ainsi que sur l'impact des traumatismes et de la violence.
- Les Etats membres du Conseil de l'Europe doivent ratifier et mettre pleinement en œuvre la Convention d'Istanbul et soutenir davantage les mécanismes de prévention et d'intervention

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	8
Terminologie: MGF ou EGF?.....	8
Le cadre international des droits de l'homme	8
Les cadres régionaux des droits de l'homme	11
Vue d'ensemble de MGF /E	12
Les facteurs et causes profondes des MGF/E	13
Les normes sociales	13
Les normes de genre	14
Socio-economic drivers.....	14
La religion	15
Les MGF/E dans les contextes humanitaires et pendant les crises (y compris la COVID-19)	16
Les conséquences et impacts des MGF/E	17
La santé	17
L'accès aux services axés sur les survivantes	18
Les impacts socio-économiques.....	19
Les mariages et unions précoces et forcés des enfants (MUPFE) et les MGF/E	19
Questions d'actualité	20
La pénalisation des MGF/E	20
L'excision transfrontalière	21
La médicalisation	22
Le droit d'asile et les MGF/E.....	23
Références	2525

INTRODUCTION

Le but de cette note d'orientation est de rassembler et compléter la position de Plan International sur les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) telle que décrite dans nos documents de position, à côté des documents sur la droits en matière de santé sexuelle et reproductive (SDSR) et les droits des enfants et des jeunes à vivre à l'abri de la violence. En outre, il s'appuie sur des recherches menées par Plan International et d'autres et sur la pratique programmatique, et comprend des études de cas de notre travail à l'échelle mondiale pour :

- Fournir des positions et des recommandations pour guider notre programme et influencer le travail sur les MGF/E, y compris nos priorités mondiales en matière de plaidoyer, et ;
- Se concentrer sur les principales questions d'actualité, notamment les MGF/E dans les contextes humanitaires, la médicalisation et la pénalisation des MGF/E.

La stratégie mondiale de Plan International pour 2022-2027, « Les Filles Sont Fortes », place les MGF/E dans le cadre de Decider du Domaine de Spécificité Mondiale (AoGD) qui vise à ce que les filles aient « le contrôle de leur vie et de leur corps, et fassent des choix éclairés sur l'identité, les relations et si et quand avoir des enfants ». Cependant, il est reconnu que les MGF/E sont une question complexe et multiforme, avec des liens entre des domaines thématiques tels que la protection contre la violence, la SDSR, l'éducation, l'autonomisation économique, le développement de la petite enfance et les droits des filles à participer aux décisions concernant leur vie. Par conséquent, mettre fin aux MGF/E nécessite une approche holistique, globale et multisectorielle qui peut impliquer des communautés entières et créer des environnements favorables pour soutenir une décision collective d'abandon de la pratique.

Des décennies de travail pour mettre fin aux MGF/E ont abouti à des progrès significatifs : une fille aujourd'hui a au moins un tiers de chances d'avoir subi des MGF/E qu'il y a trois décennies.² Cependant, la croissance démographique et l'impact des crises humanitaires, y compris la pandémie de COVID-19, signifient que le rythme actuel des progrès doit être accru afin d'atteindre l'ODD 5.3.2 : élimination de toutes les pratiques néfastes d'ici 2030.³ Lorsque les effets de la COVID-19 sont inclus, 70 millions de filles sont actuellement exposées au risque de MGF/E avant 2030. Cette note d'orientation a été élaborée sur la base des preuves actuellement disponibles pour articuler clairement les positions mondiales de Plan International sur les MGF/E dans les contextes de développement et humanitaires, dans le but d'assurer une approche cohérente et harmonisée dans l'ensemble de l'organisation pour soutenir l'élimination des MGF/E à plus grande échelle.

La terminologie : MGF ou EGF ?

Le terme « mutilation génitale féminine » a été utilisé pour la première fois par l'anthropologue américaine Rose Oldfield Hayes en 1975,⁴ puis popularisé par Fran Hosken, une militante féministe américaine en 1981.⁵ L'utilisation de la terminologie pour désigner les mutilations génitales féminines et l'excision a fait l'objet d'un débat considérable. Certaines survivantes, activistes et organisations préfèrent utiliser le terme « mutilation génitale féminine » au motif que la « mutilation » peut être un jugement et une victimisation. À l'inverse, certains militants estiment que « l'excision » ne reconnaît pas suffisamment la gravité de la pratique en tant que violation des droits de l'homme, ce qui contribue à promouvoir un plaidoyer national et international en faveur de son abandon. Plan International utilise le terme « **mutilation/excision génitale féminine** » (MGF/E), conformément à la terminologie officielle de l'ONU, mais aussi pour englober une approche inclusive qui tient compte des points de vue divergents.

Néanmoins, les MGF/E elles-mêmes sont connues ou désignées dans les communautés pratiquantes par divers termes locaux, notamment l'excision, la khatna, la sunna et la sunat perempuan, pour n'en nommer que quelques-uns. Les termes locaux doivent être utilisés avec respect lorsque l'on travaille avec les communautés pratiquantes afin d'éviter la stigmatisation et de soutenir un dialogue ouvert sur l'abandon de la pratique.

LE CADRE INTERNATIONAL DES DROITS DE L'HOMME

La pratique des MGF/E constitue une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes, y compris le droit d'être à l'abri de toute forme de discrimination, le droit à la vie et à l'intégrité physique, le droit de jouir du meilleur état de santé possible, le droit à l'éducation, les droits de l'enfant et l'interdiction de la torture, traitements cruels, inhumains et dégradants. Cette pratique constitue également une forme extrême de violence basée sur le genre. En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États ont l'obligation de respecter, protéger et réaliser les droits humains, y compris en ce qui concerne les MGF/E. Cela inclut une obligation de diligence raisonnable pour prévenir la pratique des MGF/E lorsqu'elle est pratiquée par des tiers et des acteurs non étatiques.

Le droit d'être à l'abri de toute forme de discrimination

Les MGF/E sont une pratique faite sur les filles et les femmes dans le but de contrôler leur sexualité, leurs libertés et de maintenir des normes de genre rigides et néfastes fondées sur une croyance discriminatoire

quant au rôle des femmes dans la société, y compris la chasteté, la féminité et la beauté. Comme cette pratique est principalement pratiquée avant l'âge de 15 ans, les MGF/E sont également discriminatoires en fonction de l'âge. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a également reconnu que les filles et les femmes rurales sont particulièrement exposées au risque de MGF/E.⁶

L'article 2 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF condamne la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes. Aux termes de l'article 5, les États conviennent de prendre toutes les mesures appropriées « pour modifier les schémas de comportement sociaux et culturels de l'homme et de la femme, en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières ou de tout autre type qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou sur des rôles stéréotypés de l'homme et de la femme ». Le droit de ne pas faire l'objet de discrimination est également protégé par les articles 2, 3 et 26 de la Convention internationale relative aux droits civils et politiques (PIDCP), les articles 2 et 3 de la Convention internationale relative aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et l'article 2 de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE).

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes aussi bien que le Comité des droits de l'enfant ont spécifiquement condamné la pratique des MGF/E en tant que violation des droits de l'homme donnant lieu à l'obligation pour les États d'interdire explicitement par la loi et de sanctionner ou pénaliser de manière adéquate les pratiques néfastes, en fonction de la gravité de l'infraction et du préjudice causé, prévoir des moyens de prévention, de protection, de rétablissement, de réinsertion et de réparation pour les victimes et lutter contre l'impunité pour les pratiques néfastes. » Les comités recommandent conjointement aux États d'élaborer et d'adopter des programmes complets de sensibilisation pour remettre en question et modifier les attitudes, les traditions et les traditions, pratiques culturelles et sociales sous-tendent les comportements qui perpétuent des pratiques néfastes.

Le droit à un meilleur état de santé susceptible d'être atteint

Le droit à la santé est consacré à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, en plus de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant et de l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Elle est également inscrite à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH). Les MGF/E entraînent une série de conséquences à court et à long terme pour la santé physique, psychosociale, sexuelle et reproductive des filles et des femmes. Les complications découlant de la pratique

comprennent les saignements, les infections, le syndrome de stress post-traumatique et même la mort. Les femmes qui ont subi une MGF/E sont plus susceptibles de subir un travail prolongé et une fistule obstétricale. Cette pratique a été reconnue par le rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé comme représentant une « violation grave de la liberté de la reproduction », qui est « fondamentalement et intrinsèquement incompatible avec le droit à la santé ».⁷

Les droits de l'enfant

Le paragraphe 3 de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant fait obligation aux États de prendre toutes les mesures efficaces et appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. Elle prévoit également le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, y compris les violences physiques, sexuelles ou psychologiques (article 19) et exige des États qu'ils veillent à ce qu'aucun enfant ne soit soumis à la torture ni à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (art. 37 a)). Les MGF/E violent également l'intérêt supérieur de l'enfant énoncé à l'article 3 de la Convention.

Les droits à la vie et à l'intégrité physique

Le droit à la vie est considéré comme un droit humain fondamental protégé par un certain nombre de conventions internationales, notamment l'article 6 du PIDCP, qui dispose que tout être humain a le droit inhérent à la vie. Les MGF/E constituent une violation du droit à la vie dans les cas extrêmes où la pratique entraîne la mort. Le droit à la vie est également protégé par l'article 3 de la DUDH.

Le droit à l'intégrité physique est protégé par l'article 1 de la DUDH et l'article 9 du PIDCP. Elle englobe un certain nombre de principes relatifs aux droits de l'homme, notamment l'autonomie et l'intégrité corporelles, qui comprennent la capacité d'un individu d'exercer son libre arbitre et son pouvoir sur son propre corps, à l'abri de la violence ou de la coercition. Les MGF/E sont généralement pratiquées sur des filles entre la naissance et l'âge de 15 ans, en dessous de l'âge du consentement éclairé, et impliquent souvent une coercition violente pour soumettre les filles à cette pratique contre leur propre volonté. Cette pratique a également des conséquences graves et substantielles sur la santé physique, psychologique et sexuelle des filles et des femmes tout au long de leur vie, et empêche donc une fille de réaliser pleinement sa vie sexuelle et émotionnelle et son développement personnel.⁸

Torture, traitements cruels, inhumains ou dégradants

L'interdiction de la torture est une norme acceptée et reconnue par la communauté internationale en vertu du droit international coutumier ; aucun État ne peut s'y déroger en aucune circonstance, et les auteurs de torture peuvent être poursuivis pour le crime dans n'importe quel pays, quel que soit le lieu où la torture a

été commise, en vertu du principe de compétence universelle.

L'article 1er de la Convention des Nations Unies contre la torture (CCT) définit la torture comme « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne » à des fins telles que « fondées sur une discrimination de quelque nature que ce soit, lorsque ces douleurs ou souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel, ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite ». Les MGF/E, qui causent des douleurs et des souffrances aiguës et sont intentionnellement infligées aux filles et aux femmes à la suite d'une discrimination basée sur le genre, répondra à la définition de la torture lorsqu'elles sont pratiquées avec le consentement ou l'assentiment d'un agent de l'État, y compris lorsque l'État ne prévient pas, n'enquête pas, ne poursuit pas et ne punit pas. les acteurs non étatiques pratiquant les MGF/E.

L'interdiction absolue de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants est également consacrée par l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et l'article 37 de la Convention relative aux droits de l'enfant. Elle figure également à l'article 5 de la DUDH.

Les MGF/E ont été reconnues comme constituant une forme de torture et de traitement cruel, inhumain ou dégradant par le Comité des Nations Unies contre la torture, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la violence contre les femmes et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture en vertu de la CCT. Manfred Nowak, ancien Rapporteur spécial sur la torture, a reconnu que la douleur infligée par les MGF/E ne s'arrête pas à la procédure initiale, mais se poursuit souvent sous forme de torture continue tout au long de la vie d'une femme.⁹

Bien que la pratique soit généralement pratiquée en privé par des acteurs non étatiques, elle peut constituer une forme de torture si les **États manquent à leur devoir de prendre toutes les mesures nécessaires pour y mettre fin**, notamment en enquêtant sur les MGF/E et, conformément à la loi nationale, en les punissant pour lutter contre l'impunité de cette pratique. Les États qui n'interdisent donc pas les MGF/E dans leur loi nationale, ou n'autorisent aucune forme de MGF/E, y compris les versions médicalisées de la pratique, peuvent donc admettre ou consentir à la torture.¹⁰ Dans le contexte de l'asile, le principe de non-refoulement signifie que les filles ou les femmes risquant de subir ou d'être soumises à des MGF/E dans leur pays d'origine ne doivent pas être expulsées ou extradées au motif que cette pratique équivaut à une forme de torture.¹¹

Documents consensuels internationaux

Bien qu'ils ne soient pas des formes contraignantes de droit international, les documents de consensus international forment un droit international « flexible »

et peuvent être très persuasifs. Plusieurs documents de consensus internationaux reconnaissent les MGF/E comme une violation des droits des filles et des femmes et affirment les obligations de chaque État de prendre des mesures pour mettre fin à cette pratique sous toutes ses formes.

Les MGF/E ont été reconnues comme une forme de violence à l'égard des femmes dans la Déclaration et le Programme d'action de Beijing en 1993,¹² les États s'engageant à donner la priorité aux programmes d'éducation formelle et informelle qui mettent l'accent sur l'élimination des pratiques néfastes, y compris les MGF/E, à promulguer et à appliquer une loi contre les auteurs de MGF/E, et à soutenir les efforts des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations communautaires qui travaillent à mettre fin à cette pratique.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement¹³(CIPD) de 1994 a également appelé les États à interdire les MGF/E partout où elles existent et à soutenir les ONG, les organisations communautaires et les institutions religieuses pour mettre fin à cette pratique. Cela doit inclure « de solides programmes de sensibilisation communautaire impliquant les chefs de village et religieux, l'éducation et le conseil sur son impact sur la santé des filles et des femmes, et un traitement approprié et la réinsertion des filles et des femmes qui ont subi des mutilations. Les services doivent inclure des conseils pour les femmes et les hommes afin de décourager cette pratique. Le Programme d'action a également appelé les gouvernements à veiller à ce que les MGF/E fassent partie intégrante des soins de santé primaires, y compris les programmes de soins de santé génésique.

En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé par consensus une résolution intitulée « Intensifier les efforts mondiaux pour l'élimination des mutilations génitales féminines », qui soulignait la nécessité pour les États d'élaborer une vision stratégique à long terme pour mettre fin à cette pratique, en associant les mesures législatives à la sensibilisation, aux mesures éducatives et à la protection des filles et des femmes par l'élaboration de plans d'action et de stratégies nationaux complets. La résolution appelle également la communauté internationale à appuyer l'élimination de cette pratique en allouant des ressources financières.

Tous les États ont en outre affirmé leur engagement dans le cadre de la cible 5.3 des objectifs de développement durable (ODD) d'éliminer toutes les pratiques néfastes, telles que les mariages d'enfants, les mariages précoces et forcés et les mutilations génitales féminines d'ici 2030.

CADRES RÉGIONAUX DES DROITS DE L'HOMME

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique¹⁴ (Le Protocole de Maputo) interdit toutes les formes de pratiques néfastes, y compris les MGF/E (art. 5) et oblige les États Parties à prendre des mesures pour veiller à ce que la pratique de l'E/MGF soit éliminée. En outre, l'article 21 de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant¹⁵ interdit également « les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé ou à la vie de l'enfant ». L'article 25 de la Charte africaine de la jeunesse appelle également à l'élimination des pratiques sociales et culturelles néfastes, appelant les États Parties à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer ces pratiques qui affectent le bien-être et la dignité des jeunes, en mettant particulièrement l'accent sur les coutumes et les pratiques qui nuisent à la santé, à la vie ou à la dignité des jeunes, et ceux qui pratiquent une discrimination fondée sur le sexe, l'âge ou toute autre situation.¹⁶

La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique¹⁷ (Convention d'Istanbul) exige des États, en vertu de l'article 38, qu'ils prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour veiller à ce que les comportements conduisant à des MGF/E soient criminalisés.

VUE D'ENSEMBLE DE LA MGF/E

Les MGF/E sont définies par l'OMS comme « toutes les procédures qui impliquent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme, ou d'autres lésions des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales ». ¹⁸

L'OMS classe en outre quatre grands types de MGF/E: ¹⁹

Type 1 : ablation partielle ou totale du gland clitoridien (partie externe et visible du clitoris, qui est une partie sensible des organes génitaux féminins), et/ou du prépuce/capuchon clitoridien (pli de peau entourant le gland clitoridien).

Type 2 : Ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres (les plis internes de la vulve), avec ou sans ablation des grandes lèvres (les plis externes de la peau de la vulve).

Type 3 : Aussi connu sous le nom d'infibulation, il s'agit du rétrécissement de l'ouverture vaginale par la création d'un joint de couverture. Le sceau est formé en coupant et en repositionnant les petites lèvres, ou grandes lèvres, parfois par couture, avec ou sans enlèvement du prépuce clitoridien / capuchon clitoridien et du gland.

Type 4 : Cela comprend toutes les autres procédures nocives pour les organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, gratter et cautériser la région génitale.

La désinfibulation fait référence à la pratique consistant à ouvrir l'ouverture vaginale scellée (d'une femme infibulée – MGF/E de type 3), ce qui est souvent nécessaire pour permettre des rapports sexuels ou pour faciliter l'accouchement. Le terme **réinfibulation** fait référence à la pratique de recoudre ou de suture du tissu cicatriciel résultant de l'infibulation après qu'une femme ait été désinfibulée. La réinfibulation peut souvent avoir lieu après qu'une femme a été désinfibulée afin de permettre des rapports sexuels ou un accouchement.

Beaucoup de filles et de femmes ne savent pas quel « type » de MGF/E elles ont subi, et une fille ou une femme qui croit avoir subi un type particulier d'excision peut, à l'examen, se révéler avoir subi une forme différente. Certaines filles et femmes qui ont été excisées à un très jeune âge peuvent ne pas savoir du tout qu'elles ont subi une MGF/E. **Tous les « types » de MGF/E sont des violations des droits de l'homme et une forme de violence sexiste ayant de graves répercussions sur la santé physique, mentale et psychologique des filles et des femmes, ainsi que sur leurs résultats socio-économiques dans la vie.**

La pratique **n'a aucun avantage pour** la santé et peut causer de graves problèmes de santé physique et

psychosociale, y compris des saignements, des infections, un trouble de stress post-traumatique et même la mort. Il s'agit d'une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes, y compris de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs, et équivaut à une forme de violence sexiste. Cette pratique constitue également une violation grave des droits de l'enfant, car elle est généralement pratiquée sur les filles avant l'âge de 15 ans, la majorité étant réduite avant l'âge de 5 ans. Tous les États se sont engagés à mettre fin à cette pratique, à la fois par le biais de l'ODD 5.3.2 et par l'adoption de la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Intensifier les efforts mondiaux pour l'élimination des mutilations génitales féminines ». ²⁰

Les MGF/E sont un problème mondial qui nécessite une réponse mondiale. ²¹ On estime à 200 millions de filles et de femmes qui ont subi des MGF/E dans les 31 pays pour lesquels des données sont disponibles. Plus de la moitié des personnes touchées vivent en Égypte, en Éthiopie et en Indonésie. Actuellement, 4,1 millions de filles subissent des MGF/E chaque année dans ces 31 pays seulement, ce chiffre passera à 4,6 millions de filles par an d'ici 2030 si les taux actuels d'abandon n'augmentent pas dix fois en fonction de la croissance démographique. ²² Seuls 31 des 96 pays au moins où l'on sait que cette pratique se produit communiquent actuellement des données nationales sur les MGF/E. Le nombre réel de filles et de femmes touchées par cette pratique est beaucoup plus élevé. En outre, les impacts de la pandémie de COVID-19 signifient que deux millions de cas supplémentaires de MGF/E devront être évités afin d'atteindre la cible 5.3 des ODD consistant à éliminer toutes les pratiques néfastes d'ici 2030. ²³

Alors que le poids mondial des MGF/E a traditionnellement été considéré comme se trouvant en Afrique de l'Ouest et de l'Est, cette pratique est répandue en Asie et dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord, ainsi que dans les populations de la diaspora dans le monde entier. Il convient également de noter que des pratiques équivalentes à des MGF/E ont été pratiquées sur des filles et des femmes en Europe et en Amérique aussi récemment qu'aux 19^e et 20^e siècles comme « remède » contre « l'hystérie », la maladie mentale et la masturbation. ²⁴ Il existe également des rapports anecdotiques suggérant que les MGF/E pourraient être actuellement pratiquées par des communautés chrétiennes conservatrices aux États-Unis. ²⁵

Les MGF/E sont généralement pratiquées sur des jeunes filles entre la naissance et l'âge de 15 ans. Dans près de la moitié des pays disposant de données représentatives au niveau national, la majorité des filles sont excisées avant l'âge de 5 ans. Cependant, des exceptions notables se trouvent dans des pays comme le Kenya, l'Égypte et la République Centrafricaine, où l'excision est pratiquée jusqu'à l'adolescence. ²⁶ Dans les pays où les filles subissent cette pratique à un âge plus avancé, l'âge de l'excision semble baisser. ²⁷ Les MGF/E sont traditionnellement pratiquées par des femmes âgées au sein de la

communauté ou par des accoucheuses traditionnelles. De manière alarmante, environ une fille et une femme sur quatre ont aujourd'hui déclaré avoir été excisées par un professionnel de la santé, et la proportion est deux fois plus élevée chez les adolescents, ce qui indique une augmentation de la médicalisation des MGF/E.²⁸

En 2020, avant la COVID-19, l'UNFPA estimait que le coût de l'élimination des MGF/E dans les 31 pays disposant de données représentatives au niveau national s'élevait à 2,4 milliards de dollars. Toutefois, les dépenses prévues en aide au développement n'étaient que de 275 millions de dollars, ce qui laisse un déficit de 2,1 milliards de dollars américains. Le FNUAP a en outre estimé que le coût moyen de la prévention d'un cas de MGF/E était de 95 dollars.²⁹ Par ailleurs, l'OMS estime que le traitement des complications sanitaires des MGF/E dans 27 pays à forte prévalence coûte 1,4 milliard de dollars par an.³⁰

Le Comité des droits de l'enfant s'est déclaré préoccupé par le fait que la circoncision des nourrissons et des enfants de sexe masculin, ainsi que d'autres rites d'initiation, pouvaient avoir des effets néfastes dans certains contextes.³¹ Cela n'est toutefois pas comparable aux MGF/E et à la violence sexiste, aux traumatismes et aux complications sur la santé à long terme, y compris la mort, subis par les personnes qui ont subi des MGF/E.

FACTEURS ET CAUSES PROFONDES DES MGF/E

LES NORMES SOCIALES

La pratique des MGF/E est largement reconnue comme une norme sociale / de genre.³² Cela signifie que la pratique est maintenue en place par un ensemble complexe de croyances, d'attentes, de

sanctions et d'avantages qui sont attribués au sein d'une certaine communauté. Les familles d'une communauté choisiront d'exciser leurs filles parce qu'elles croient que d'autres membres de leur communauté ont également excisé leurs filles, mais aussi parce qu'elles croient que la communauté s'attend à ce qu'elles excisent leurs filles. En excisant leur fille, la famille sait qu'elle sera acceptée dans sa communauté et par ses pairs. Elle peut atteindre un prix plus élevé aux fiançailles ou être plus facile à marier si elle est excisée. Si elle n'est pas excisée, elle peut être ostracisée par la communauté pour avoir rejeté la culture et la tradition. Elle peut être considérée comme « impure » ou « impudique » et elle peut avoir du mal à trouver un mari. Dans ces circonstances, les changements dans les attitudes personnelles à l'égard des MGF/E n'entraînent pas nécessairement des changements dans la pratique des MGF/E. En effet, bien que les attitudes puissent changer au niveau individuel, un processus plus communautaire est nécessaire pour parvenir à un changement dans la pratique. Cela est particulièrement vrai pour les sociétés caractérisées par des valeurs collectivistes qui accordent moins de valeur à l'action individuelle, à laquelle appartiennent de nombreuses communautés touchées par les MGF/E..

Les normes juridiques et morales, qui sont distinctes des normes sociales, peuvent soutenir ou interdire la pratique des MGF/E en contribuant ou en restreignant un environnement propice à un changement positif des normes sociales. Par exemple, lorsque les communautés n'ont pas abandonné les MGF/E et continuent de valoriser la pratique, la pénalisation des MGF/E peut conduire les communautés à les pratiquer en secret, ce qui rend la pratique beaucoup plus difficile à identifier et à travailler efficacement avec elles pour son abandon. **Mettre fin de manière réussie et durable aux MGF/E nécessite une approche holistique et multisectorielle qui engage des communautés entières dans un dialogue**

ÉTUDE DE CAS : PLAN INTERNATIONAL ETHIOPIE – APPROCHES COMMUNAUTAIRES HOLISTIQUES

Plan International Éthiopie a travaillé en partenariat avec l'Organisation de développement de la postérité de Bèze et des organismes gouvernementaux pour organiser une série d'événements de renforcement des capacités sur la sensibilisation aux MGF/E et l'apprentissage communautaire.. Celles-ci ont rassemblé les membres de la communauté – enseignants, parents, jeunes, chefs religieux, coupeurs – dans le cadre de dialogues ouverts et d'événements visant à lutter contre les normes sociales néfastes qui sous-tendent cette pratique. Les clubs de filles dans les écoles ont encouragé la résilience face aux pratiques néfastes. Pour les survivantes de MGF/E, les praticiens se sont efforcés d'améliorer la coordination de la prise en charge des cas et ont fourni un soutien psychosocial, médical et économique.

7 480 membres de la communauté ont été impliqués, avec 231 cas signalés de MGF/E évitées, et 69% des exciseuses choisissant d'arrêter la pratique et de devenir des volontaires communautaires pour sensibiliser aux impacts négatifs des MGF/E.

« J'étais enfant quand j'ai été excisée et je ne savais pas que cela m'est arrivé. J'ai décidé de servir en tant que bénévole communautaire pour lutter contre les MGF/E. J'ai reçu une formation de base sur les MGF et j'ai appris et compris les impacts négatifs. Je sers les communautés à travers des forums de conversation et de discussions entre pairs et je sensibilise les femmes qui doivent accoucher au centre de santé.

Zehara Ali Mirah, 21 ans, volontaire communautaire, Éthiopie.

ouvert sans jugement et aide les communautés à choisir collectivement d'abandonner la pratique pour elles-mêmes.

LES NORMES DE GENRE

Les normes de genre sont un sous-ensemble important de normes sociales qui définissent les comportements attendus des personnes de sexes différents dans un groupe ou une société donnée, au point qu'elles deviennent une partie profonde du sentiment de soi des gens. Ils sont souvent spécifiques à l'âge et sont influencés par d'autres marqueurs identitaires (ethnicité ou classe par exemple). Ils reflètent et maintiennent une hiérarchie de pouvoir et de privilèges qui favorise généralement ce qui est considéré comme masculin ou masculin par rapport à ce qui est féminin ou féminin. Les normes de genre sont ancrées dans les institutions, imbriquées dans l'esprit des gens et renforcées par les actions des gens. Ils sont soutenus par des récompenses sociales et des sanctions, et souvent par la violence. Ils jouent un rôle dans l'accès souvent inégal des filles et des femmes aux ressources et aux libertés, affectant la voix, l'agence et le pouvoir.³³

La pratique des MGF/E est à la fois maintenue en place par des normes et des stéréotypes sexistes discriminatoires et profondément préjudiciables qui définissent les limites des aspirations d'une fille, et les renforce. Alors que les familles et les communautés invoquent généralement des raisons culturelles, religieuses et sociales pour pratiquer les MGF/E, le raisonnement est souvent centré sur des normes de genre néfastes, notamment que les filles et les femmes doivent être chastes et modestes, que les filles et les femmes ont moins de valeur économique que les garçons et les hommes, la croyance que les filles non excisées sont « sales » et ignobles, ou que l'excision d'une fille signifie un rite de passage à la féminité.³⁴ La pratique est souvent fortement liée aux concepts de virginité et de fidélité, et est souvent réalisée comme un moyen de contrôler la sexualité féminine pour s'assurer de la chasteté avant et la fidélité pendant le mariage.³⁵ De même, les effets des

MGF/E sur une fille peuvent entraîner des complications de santé à vie, limiter son accès à l'éducation et aux opportunités économiques, ainsi que son accès au pouvoir et à l'action au sein de sa propre famille et de sa communauté.³⁶ Comme la pratique est réalisée sur une majorité de filles avant l'âge de 5 ans mais parfois jusqu'à l'âge de 15 ans, la pratique prive les filles de leur droit de prendre des décisions autonomes concernant leur propre corps et leur autonomie corporelle.

Aider les communautés à abandonner durablement et de manière significative la pratique des MGF/E nécessite une transformation de ces normes de genre néfastes. Les approches transformatrices de genre examinent, remettent en question et visent activement à modifier les normes de genre rigides et discriminatoires et les déséquilibres de pouvoir qui favorisent les garçons et les hommes par rapport aux filles et aux femmes.³⁷ Les approches transformatrices de genre réussies engagent activement les enfants et les jeunes dès leur plus jeune âge à remettre en question les stéréotypes sexistes préjudiciables et à les doter des connaissances, du pouvoir et de l'action nécessaires pour exercer pleinement leurs propres droits. Ils s'efforcent également d'engager des communautés entières dans le démantèlement des relations de pouvoir, notamment par la création d'un environnement favorable qui engage les hommes et les garçons, les chefs religieux et traditionnels et les anciens de la communauté, hommes et surtout femmes, en tant que champions actifs pour mettre fin aux MGF/E et garantir l'égalité des sexes.

LES FACTEURS SOCIO ÉCONOMIQUES

L'origine ethnique est le facteur le plus important qui sous-tend la prévalence des MGF/E. Cela est dû en grande partie au fait que les membres de certains groupes ethniques adhèrent aux mêmes normes sociales, y compris la pratique des MGF/E qui est souvent considérée comme un marqueur de l'identité communautaire, en particulier lorsque la pratique sert

ÉTUDE DE CAS : PLAN INTERNATIONAL SOUDAN & PLAN INTERNATIONAL GUINÉE – ENCOURAGENT L'ENGAGEMENT DES HOMMES

Reconnaissant l'importance de l'engagement des hommes dans la lutte contre les normes sociales et de genre négatives qui sous-tendent les MGF/E, les bureaux de Plan International collaborent et travaillent avec les hommes dans les communautés en tant qu'agents de changement.

Dans l'État du Nil Blanc, Plan International Soudan a formé 31 chefs religieux et 171 animateurs masculins à travailler au sein de leurs communautés pour sensibiliser et plaider contre les MGF/E. En Guinée, plus de 10 368 hommes du district de Coyah ont été aidés à comprendre le problème et à s'y engager. Les activités menées par des militants masculins comprenaient des événements communautaires publics, l'accord de rites d'initiation alternatifs, des dialogues intergénérationnels et des activités de sensibilisation auprès des chefs religieux et des professionnels de la santé.

« La loi, l'article 141 qui criminalise les MGF, me donne l'espoir que le changement peut être réel. »

Cheikh Alnayer Youif (60 ans), agriculteur et chef religieux, Soudan

« Hier, l'excision était une tradition que nous encourageons, c'était même un must pour nos filles. Aujourd'hui on a compris que ce n'est plus une bonne pratique, les conséquences sont énormes. »

M. Abdoulaye, Chef du District de Bangouya, Guinée

LA RELIGION

de rite culturel de passage ou d'initiation. Par exemple, alors que le taux national de prévalence des MGF/E au Kenya est actuellement de 21%, la pratique est fortement concentrée dans les groupes ethniques Kisii et Somali dans les régions limitrophes, et presque nulle chez les jeunes femmes d'autres groupes ethniques.³⁸ Les membres d'un même groupe ethnique sont également susceptibles d'adhérer au même ensemble de normes sociales, quel que soit l'endroit où ils vivent, ce qui a conduit à la pratique transcendant les frontières nationales où les groupes ethniques sont concentrés, y compris dans les contextes migratoires des communautés de la diaspora à travers l'Europe, l'Australie et les États-Unis.³⁹ Cependant, les preuves montrent également que la prévalence des MGF/E parmi le groupe ethnique Peul en Afrique de l'Ouest, par exemple, varie considérablement selon le contexte du pays dans lequel le groupe est situé.⁴⁰ Cela souligne l'importance des groupes de référence dans l'évolution des normes sociales, car les groupes Peul dans les zones à faible prévalence peuvent ressentir moins de pression pour se conformer à la pratique ou même ressentent de la pression pour abandonner la pratique.

Dans certains contextes où les MGF/E ont lieu, l'urbanisation, l'augmentation de la richesse des ménages et l'amélioration des résultats scolaires ont été associées à l'abandon des MGF/E. En effet, les zones rurales connaissent souvent moins de diversité culturelle, ce qui empêche la remise en question de croyances de longue date et profondément enracinées nécessaires au changement des normes sociales.⁴¹ Dans 22 des 31 pays disposant de données nationales sur les MGF/E, moins de la moitié de leur population réside dans des centres urbains.⁴² Cependant, il existe des exceptions notables à cette règle, notamment en Indonésie, où 56% des filles ayant subi des MGF/E vivent dans des zones urbaines⁴³.

La faible richesse des ménages et la pauvreté sont également associées à des taux plus élevés de MGF/E, où les filles des ménages plus riches sont moins susceptibles d'être excisées. De même, il existe une corrélation entre les taux plus élevés de MGF/E chez les filles de femmes sans instruction, qui diminuent considérablement lorsque le niveau d'éducation de la mère augmente. Les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont également plus susceptibles de s'opposer à la pratique des MGF/E. Comme pour la plupart des facteurs de la pratique des MGF/E, il existe des exceptions à ces schémas, par exemple au Nigéria⁴⁴. L'appartenance ethnique, la richesse du ménage, le lieu de résidence urbain ou rural et le niveau d'instruction de la mère sont susceptibles d'interagir, de sorte qu'une femme qui vit dans une zone urbaine a plus de chances d'être mieux éduquée avec une richesse plus élevée du ménage et peut donc être moins susceptible de faciliter ou de consentir à l'excision de sa fille⁴⁵.

Les communautés et les individus citent souvent la croyance que les MGF/E sont une exigence de leur religion. Par exemple, en Somalie et au Somaliland, on estime que 99,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des MGF/E, 72 % estimant qu'il s'agit d'une exigence religieuse.⁴⁶ Cependant, la pratique n'est pas tolérée et n'est une exigence d'aucune religion. On pense que les MGF/E sont apparues il y a entre 2 000 et 5 000 ans en Égypte⁴⁷ et sont donc antérieures aux religions modernes du judaïsme, du christianisme et de l'islam. On sait que des communautés de toutes les religions et confessions pratiquent les MGF/E, y compris le christianisme, l'islam, le judaïsme et les religions autochtones. En outre, seules certaines communautés d'une foi donnée peuvent pratiquer les MGF/E, ce qui indique en outre que les MGF/E sont une pratique culturelle ou traditionnelle qui a été transmise de génération en génération.

La confusion, en particulier autour des liens entre les MGF/E et l'islam perpétués au niveau communautaire, provient de l'utilisation de termes religieux pour désigner la pratique, par exemple en référence à la coupe de la « Sunna », qui est un terme religieux islamique avec des connotations d'une pratique recommandée par le prophète Mahomet.⁴⁸ Selon la charia, pour qu'une pratique soit considérée comme « religieuse » sous l'islam, la pratique doit avoir une base dans le Coran ou la Sunna (les pratiques établies illustrées ou approuvées par le prophète Mahomet).

Le Coran ne fait aucune mention des MGF/E ou de l'excision, mais met clairement en garde contre le fait de se faire délibérément du mal à soi-même ou à autrui, et contre les tentations de changer la forme créée par Dieu.⁴⁹ De même, les quelques hadiths (rapports de déclarations ou d'actions du Prophète) sur lesquels les partisans des MGF/E s'appuient pour justifier la pratique des MGF/E en tant qu'islamiques sont considérés à la fois comme faibles et inauthentiques par les érudits islamiques. Il n'y a pas non plus de preuve que l'une des femmes membres de la famille du prophète Mahomet ait subi une circoncision.⁵⁰

Bien que les opinions divergent considérablement parmi les érudits islamiques et les chefs religieux, de nombreux érudits islamiques de premier plan, y compris la prestigieuse Université Al-Azhar, plaident activement contre la pratique des MGF/E, reconnaissant qu'il ne s'agit pas d'une pratique islamique. Cela a inclus la question d'un certain nombre de fatwas interdisant cette pratique, comme une fatwa du Conseil suprême de la recherche islamique d'Al-Azhar en 2007, qui a déclaré que les MGF/E n'ont aucun fondement dans la charia, mais aussi qu'elles sont un péché et doivent être évitées. Bien que des preuves supplémentaires soient nécessaires, dans les contextes où la pratique des MGF/E est associée à la religion, travailler avec les

chefs religieux et les impliquer peut-être efficace pour aider ces communautés à abandonner la pratique.⁵¹

LES MGF/E DANS LES CONTEXTES HUMANITAIRES ET PENDANT LES CRISES (Y COMPRIS COVID-19)

Les situations humanitaires et les contextes de crise ont un impact disproportionné sur les filles et les femmes en exacerbant les inégalités structurelles existantes entre les sexes, dont beaucoup sont également des causes profondes des MGF/E.⁵² Les contextes humanitaires entraînent régulièrement une augmentation des taux de violence sexiste, y compris les mariages et unions d'enfants, précoces et forcés (MUPFE) et les MGF/E, et les normes minimales exigent que tous les acteurs humanitaires *assument* que la violence augmente pendant ces périodes.⁵³ Les MGF/E dans les situations d'urgence font l'objet de recherches insuffisantes, mais la littérature disponible et le consensus indiquent largement que les besoins et les droits des filles à risque ou des survivantes de MGF/E sont négligés dans les programmes et les réponses humanitaires, et ont souvent été négligés par les donateurs et les décideurs.⁵⁴ L'analyse des données mondiales sur le financement humanitaire communiquées à la FTS en 2016, 2017 et 2018 a révélé que le financement de la VBG ne représentait que 0,12 % de l'ensemble des financements humanitaires ; le montant engagé directement pour mettre fin aux MGF/E étant susceptible d'être minime.⁵⁵

Les impacts des situations humanitaires ou de crise sur la pratique des MGF/E sont multiples. Lorsqu'une crise humanitaire entraîne le déplacement de populations, la pratique culturelle évolue avec la communauté. Des recherches menées par Plan International au Mali ont révélé que les familles déplacées du Nord qui ne pratiquaient pas les MGF/E et avaient fui pour vivre dans le Sud, où les MGF/E sont beaucoup plus répandues, étaient ostracisées pour ne pas avoir excisé leurs filles. Elles se sentaient obligées de pratiquer des MGF/E sur leurs filles. De même, les médias égyptiens suggèrent que les réfugiés syriens ont commencé à effectuer cette pratique sur leurs filles afin de s'assimiler à la culture, probablement influencés par la pression économique et les préoccupations concernant la possibilité de mariage des filles.⁵⁶ Les situations humanitaires peuvent donc influencer la pratique, car les groupes de référence des normes sociales changent avec les mouvements de population. Bien que les populations non pratiquantes puissent subir des pressions pour adopter cette pratique, d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si l'inversion de la dynamique des populations peut présenter des possibilités d'abandon communautaire lorsque les communautés pratiquantes migrent vers des zones à faible prévalence.

Il a également été démontré que l'impact des crises humanitaires, y compris celles provoquées par le changement climatique,⁵⁷ conduit les communautés à adopter ou à accroître la pratique des MGF/E comme stratégie d'adaptation négative et comme moyen de faire face à l'instabilité, à la détérioration des moyens de subsistance et à la pression sur les ressources économiques. Cela est particulièrement vrai lorsque la pratique est considérée comme une condition préalable au mariage, car les filles excisées peuvent recevoir un prix de dot plus élevé,⁵⁸ ce qui démontre les liens importants entre les MGF/E et les MUPFE. Des preuves anecdotiques de la pandémie de COVID-19 démontrent également l'impact que les crises peuvent avoir sur les normes sociales, y compris les MGF/E. Par exemple, des rapports du district de Kuria au Kenya ont démontré que les anciens et les chefs de la communauté attribuaient la pandémie à l'abandon perçu par la communauté de ses pratiques traditionnelles et culturelles, y compris les MGF/E, provoquant ainsi la colère des dieux.⁵⁹

Les crises humanitaires perturbent gravement l'accès aux services essentiels dont ont besoin les survivantes de MGF/E, notamment les services de santé sexuelle et génésique de qualité, et la capacité des initiatives de programmation communautaire à accéder aux communautés à risque à des fins de prévention.⁶⁰ L'adoption et la mise en œuvre efficaces d'une approche humanitaire-développement-paix (lien HDP) pour les interventions MGF/E offre une solution potentielle au double défi auquel sont confrontées les filles exposées au risque de MGF/E, qui n'ont pas accès à une programmation efficace fondée sur le développement en temps de crise et pour lesquelles les services ont été systématiquement déclassés par les acteurs humanitaires au motif qu'ils ne sont pas considérés comme essentiels ou vitaux⁶¹. Les situations humanitaires entraînent régulièrement une augmentation des taux de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), ce qui expose les survivantes de MGF/E à un risque important d'impacts physiques et psychosociaux aggravés en raison des traumatismes existants et des effets des MGF/E sur la santé physique. Par exemple, des filles âgées d'à peine 10 ans vivant dans des camps de réfugiés au Soudan se sont révélées enceintes à la suite d'un viol et ont ensuite connu un certain nombre de complications graves lors de l'accouchement en raison de leur statut et de leur âge⁶². La continuité des soins et l'accès durable aux services, y compris les services de santé sexuelle et reproductive et de violence sexiste, sont donc essentiels pour les survivantes de MGF/E pendant les crises humanitaires, où l'interaction des MGF/E avec l'incidence accrue d'autres formes de VSBG, y compris le viol, est plus susceptible de se manifester.

L'adoption d'une approche du nexus Humanitaire-Développement-Paix (Nexus HDP) pour mettre fin aux MGF/E dans les contextes de crise permettrait de mettre davantage l'accent sur l'identification des

vulnérabilités et des risques pour les filles et les communautés pratiquant les MGF/E, en regardant au-delà des besoins immédiats et aigus.⁶³ Les données issues de la réponse à la pandémie de COVID-19 démontrent que les prestataires de services locaux et communautaires sont les mieux placés en temps de crise pour mobiliser efficacement le changement, identifier des solutions et répondre aux crises dans leurs communautés.⁶⁴ Le renforcement et le partenariat avec les organisations locales et les prestataires de services communautaires peuvent compenser les perturbations de la prestation de services en période d'urgence et assurer la continuité des soins et l'accès aux services.⁶⁵

En raison de la COVID-19, l'UNFPA estime que deux millions de cas de MGF/E pourraient se produire au cours de la prochaine décennie qui auraient autrement été évités.⁶⁶ Les répercussions des restrictions liées à la COVID-19 ont entraîné des retards et des perturbations dans la prestation des programmes, en particulier au niveau communautaire, pour soutenir l'abandon des MGF/E. Ces retards ont été encore aggravés par les confinements et les ordres de rester à la maison ou les couvre-feux, qui ont entraîné la fermeture d'écoles et d'autres espaces sûrs, maintenant les filles à la maison où elles courent un risque beaucoup plus élevé de subir des MGF/E et d'entrer dans les MUPFE. Des recherches menées par Plan International en Somalie en mai 2020 ont révélé que des exciseuses faisaient du porte-à-porte pour effectuer des services de MGF/E à Mogadiscio. De même, une évaluation rapide menée par l'UNFPA en Somalie et au Somaliland a révélé que 31 % des personnes interrogées ont déclaré qu'il y avait eu une augmentation des MGF/E par rapport à l'avant pandémie,⁶⁷ tandis qu'une enquête menée par Save the Children en septembre 2020 dans le camp de réfugiés de Dadaab au Kenya a révélé que 75 % des travailleurs de la protection de l'enfance ont signalé une augmentation de 20 % des MGF/E.⁶⁸

Les mesures de confinement ont également affaibli les systèmes de justice, de protection et de santé, en particulier dans les pays où ceux-ci étaient déjà insuffisants, ce qui a entraîné des retards importants

dans l'accès des victimes de MGF/E à la justice et à la protection juridique, y compris l'arrestation et la poursuite des auteurs.⁶⁹ De même, comme on l'a vu entre le Kenya et l'Ouganda, l'affaiblissement des structures de police des frontières à la suite du confinement a entraîné une augmentation des passages signalés en mars 2020 de l'Ouganda vers le Kenya pour rechercher des pratiquants de MGF/E.⁷⁰ D'autre part, les confinements entraînant un manque d'accès aux services ont également entraîné une diminution positive de la pratique des MGF/E médicalisées, car les communautés pratiquantes ont eu du mal à accéder aux prestataires de services de santé pour effectuer des excision, et les services de santé eux-mêmes se sont déplacés pour donner la priorité à la réponse à la COVID-19. Par exemple, au Nigéria, où 12,7 % des MGF/E sont pratiquées par des prestataires de soins de santé, des rapports indiquent que les restrictions à la liberté de mouvement ont empêché les familles de l'État d'Enugu de se rendre dans les cliniques de santé pour la pratique des MGF/E.⁷¹ Les plans d'intervention en cas d'urgence de santé publique peuvent donc offrir des occasions de perturber de manière significative la pratique des MGF/E. Par exemple, la réponse de la Sierra Leone à l'épidémie d'Ebola de 2014 a imposé une interdiction et une amende substantielle à la pratique des MGF/E de peur qu'elle ne propage la maladie, ce qui a entraîné une baisse temporaire, bien que spectaculaire et substantielle, de la prévalence des MGF/E en Sierra Leone pendant l'épidémie.⁷²

LES CONSÉQUENCES ET IMPACTS DES MGF/E SANTÉ

Il n'y a aucun avantage connu pour la santé à la pratique des MGF/E. Toutes les formes de MGF/E sont nocives pour la santé physique et psychosociale et le bien-être des filles et des

ÉTUDE DE CAS : PLAN INTERNATIONAL SOMALIE – PLAIDOYER POUR CRÉER UN CADRE JURIDIQUE

Dans le contexte de la COVID-19, de la sécheresse et des déplacements internes, Plan International Somalie, en partenariat avec le Réseau contre les MGF au Somaliland (NAFIS), a collaboré avec des jeunes, des ministres, des chefs traditionnels et religieux clés pour lutter contre les MGF/E et améliorer les systèmes de soutien aux enfants au Somaliland.

Les adolescentes ont conçu et dirigé des activités de plaidoyer contre les MGF/E, qui ont abouti à la création d'une plateforme de médias sociaux pour le partage de soutien et de messages positifs entre pairs. Les chefs traditionnels et religieux ont participé à des émissions de radio nationales, accompagnées d'une campagne télévisée, d'affichage et de tracts pour atteindre un public plus large. Le projet a fourni un appui technique et des conseils au Ministère de l'emploi, des affaires sociales et de la famille, qui a permis une coordination efficace entre les acteurs nationaux. Le modèle intégré qui a mis en synergie l'action du niveau communautaire au niveau national a consolidé les voix des ONG, des chefs religieux et du gouvernement.

En conséquence, la loi sur l'enfance a été adoptée en tant que loi historique pour protéger les enfants et, après avoir obtenu un consensus, la politique en matière de MGF/E a été soumise au Parlement pour débat.

femmes tout au long de leur vie, y compris leur santé sexuelle et reproductive.

Bien que l'impact physique, psychosocial et sexuel des MGF/E sur la santé soient importants, il est important de noter qu'il a été démontré que le fait de se concentrer entièrement et uniquement sur les impacts de la pratique sur la santé encourage une approche de réduction des méfaits des MGF/E, ce qui entraîne une augmentation des taux de MGF/E médicalisées⁷³ (MGF/E réalisées par des professionnels de la santé ou dans des établissements de santé), l'excision des filles à un plus jeune âge ou l'adoption de types d'excision « moins sévères », ce qui normalise et enracine davantage la pratique.

Les complications immédiates ou aiguës de la pratique peuvent inclure une douleur intense, des saignements excessifs, un choc, un gonflement des tissus génitaux, de la fièvre, des infections, des problèmes urinaires et des complications de cicatrisation.⁷⁴ Dans certains cas, la pratique peut entraîner la mort à la suite d'une hémorragie grave, de douleurs et de traumatismes, et / ou d'une infection grave.⁷⁵ Les MGF/E de type 3 sont associées au plus grand risque de préjudice physique immédiat.⁷⁶ Bien que l'on soit souvent préoccupé par les niveaux variables de gravité perçus des différents types de MGF/E, les preuves du pionnier de la chirurgie reconstructive, le Dr Pierre Foldés, montrent que les femmes indiennes et indonésiennes qui ont subi une opération de type 4 peuvent souffrir de coupures plus profondes et de dommages physiques plus immédiats égales à celles du type 1 en raison de l'endommagement du nerf clitoridien.⁷⁷

Les filles et les femmes qui ont subi la coupure sont susceptibles de souffrir de problèmes de santé génésique plus tard dans la vie, y compris la miction douloureuse ou difficile, des problèmes de menstruation si l'ouverture vaginale est partiellement fermée, des démangeaisons et des pertes vaginales nauséabondes et malodorantes dues à une infection et à un traumatisme, et des infections chroniques des voies urinaires et du vagin. Les femmes qui ont été excisées subissent également une série de complications obstétricales pendant l'accouchement en raison de cette pratique, notamment un travail prolongé, des déchirures et des lacérations, des césariennes, des épisiotomies, des accouchements instrumentaux, des hémorragies post-partum et un travail difficile. Notamment, les MGF/E ont également été associées à des cas de fistule obstétricale, probablement à la suite d'un travail prolongé et difficile, avec les risques les plus élevés pour les filles et les femmes souffrant de type 3 (infibulation), et il est à noter que les pays où les MGF/E sont répandues ont également des taux de mortalité maternelle plus élevés. Les complications obstétricales résultant des MGF/E peuvent entraîner une incidence plus élevée de réanimation infantile à l'accouchement, de mortinaissance intrapartum et de décès néonatal.⁷⁸

Au-delà de l'impact des MGF/E sur la santé physique, la pratique a également été associée à des complications de santé sexuelle et mentale qui interfèrent directement avec les droits des filles et des

femmes à la santé sexuelle.⁷⁹ Les filles et les femmes qui ont subi une MGF/E sont plus susceptibles de déclarer des rapports sexuels douloureux, aucun désir sexuel, moins de satisfaction sexuelle et sont moins susceptibles d'avoir un orgasme que les filles et les femmes qui n'ont pas subi de MGF/E. Les filles et les femmes qui ont subi des MGF/E ont également signalé un certain nombre de risques psychosociaux et de santé mentale associés y compris l'anxiété et la dépression, les névroses, la psychose, la perte de mémoire et le trouble de stress post-traumatique (SSPT). Les preuves montrent que l'âge auquel la pratique est subie est un facteur contribuant aux impacts psychosociaux et sur la santé mentale des MGF/E, où les femmes qui étaient plus âgées au moment de l'excision et qui pouvaient donc se souvenir de l'expérience étaient plus susceptibles de déclarer de l'anxiété, de la dépression et du SSPT⁸⁰. Bien que les preuves disponibles suggèrent que la capacité de se souvenir de la pratique a un impact plus important sur la santé mentale des filles et des femmes, les MGF/E sont physiquement et psychologiquement nocives, quel que soit l'âge auquel elles sont pratiquées.

Au niveau sociétal et mondial, l'OMS estime que le coût total pour l'économie mondiale du traitement des effets sanitaires des MGF/E dans seulement 27 pays disposant de données adéquates s'élèverait à 1,4 milliard de dollars par an, si tous les besoins médicaux des survivantes étaient pris en compte. Si les MGF/E étaient abandonnées maintenant, les économies associées aux coûts de santé mondiaux pour faire face aux complications découlant des MGF/E seraient de plus de 60% d'ici 2050.⁸¹

L'ACCÈS À DES SERVICES AXÉS SUR LES SURVIVANTES

Malgré le besoin urgent d'accélérer les efforts pour prévenir et mettre fin aux MGF/E sous toutes leurs formes, mettre fin à cette pratique laisserait encore des millions de filles et de femmes vivre avec les conséquences physiques et psychosociales à vie. L'accès aux services pour les survivantes est souvent oublié ainsi que le financement nécessaire aux activités de prévention.

L'article 5 du Protocole de Maputo dispose que « [l]es États parties prennent toutes les mesures législatives et autres nécessaires pour éliminer ces pratiques », y compris « la fourniture du soutien nécessaire aux victimes de pratiques néfastes par le biais de services de base tels que les services de santé, le soutien juridique et judiciaire, les conseils émotionnels et psychologiques ainsi que la formation professionnelle pour les rendre autonomes ». L'Assemblée générale des Nations Unies a également exhorté les pays à protéger et à soutenir les filles et les femmes qui ont subi des MGF/E et celles qui sont à risque, notamment « en développant des services de soutien et de soins sociaux et psychologiques » et en prenant « des mesures pour améliorer leur santé, y compris la santé

sexuelle et reproductive, afin d'aider les filles et les femmes qui sont soumises à cette pratique ».

Les gouvernements sont tenus de garantir l'accès aux soins prénatals et postnatals et à la planification familiale pour les survivantes de MGF/E. Les États ont également été instamment priés d'élaborer des programmes adaptés à l'âge, sûrs et confidentiels et des services de soutien médical, social et psychologique pour aider les filles victimes de violence, qui doivent inclure des conseils aux femmes et aux hommes pour décourager cette pratique. L'Assemblée générale des Nations Unies et la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes ont toutes deux appelés à des services d'hébergement spécialisés pour les filles et les femmes à risque, notant que « si les refuges sont généralement associés à la violence conjugale, un tel sanctuaire est également requis pour les filles et les jeunes femmes qui échappent, par exemple, aux mutilations génitales féminines ».⁸²

La chirurgie reconstructive clitoridienne, visant à restaurer l'anatomie et la fonction génitales normales, est mise au point par le Dr Pierre Foldés depuis 2004⁸³. La procédure consiste à ouvrir le tissu cicatriciel pour exposer les terminaisons nerveuses clitoridiennes et à greffer du tissu frais. La procédure peut soulager la douleur chronique associée aux MGF/E, restaurer la sensibilité clitoridienne chez certaines femmes et, dans certains cas, permettre aux femmes d'avoir un orgasme. La procédure est bénéfique pour de nombreuses femmes dans la restauration de l'estime de soi et de la qualité de vie. Bien que la procédure soit disponible dans des cliniques spécialisées en Europe, aux États-Unis, au Sénégal et au Burkina Faso (entre autres), elle reste largement inabordable et inaccessible à de nombreux survivants.

LES IMPACTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Il y a peu de données, de preuves et de recherches sur les impacts de l'éducation sur les MGF/E. Les preuves existantes démontrent que les femmes plus instruites sont moins susceptibles d'exciser leurs filles, car l'accès à l'éducation permet d'introduire de nouveaux concepts et facilite l'échange d'idées et d'informations pour favoriser la pensée critique et les relations sociales.⁸⁴ L'éducation est donc susceptible d'être un facteur de protection dans la réduction de la prévalence des MGF/E.⁸⁵ L'intégration de l'information sur les MGF/E dans les écoles, par exemple par le biais d'une éducation sexuelle complète, s'est également révélée efficace pour changer les attitudes de cette pratique.⁸⁶

La recherche montre que les filles qui subissent des MGF/E sont plus susceptibles d'abandonner l'école⁸⁷ ou que cela peut entraîner une réduction de la participation aux activités scolaires.⁸⁸ Au Kenya, des études à petite échelle ont montré que les filles qui sont excisées abandonnent généralement l'école par la suite et que leur éducation se termine,⁸⁹ souvent en conséquence directe des MGF/E dans un contexte où la pratique est considérée comme marquant la transition vers l'âge adulte. Les raisons du décrochage

scolaire sont généralement des complications médicales associées à la pratique,⁹⁰ en particulier pendant les périodes de récupération. De même, il a été démontré que les filles non excisées en Tanzanie ont été victimes d'exclusion sociale, de brimades et de stigmatisation à l'école, tandis que les filles qui ont activement rejeté cette pratique ont perdu le soutien de leurs parents ou de leur famille pour leur éducation.⁹¹ Dans la pratique, les écoles fonctionnent également comme des espaces sûrs pour les filles exposées au risque de MGF/E, car les confinements et les ordres de rester à la maison résultant de la pandémie de COVID-19 ont laissé les filles à la maison et limité le suivi et le signalement des cas de MGF/E par les écoles et les enseignants.⁹² Lorsque la pratique est un précurseur du MUPFE, une fille peut être également retirée de l'école.⁹³ Les impacts des MGF/E sur l'accès des filles à l'éducation sont également susceptibles d'avoir des impacts considérables sur l'autonomisation économique des filles et les opportunités futures, bien que des preuves et des recherches supplémentaires sur les liens ici soient nécessaires.

LES MARIAGES ET UNIONS PRÉ-COCES ET FORCÉS DES ENFANTS, (MUPFE ET MGF/E)

Dans les pays où les MGF/E et les MUPFE sont pratiquées, les données montrent que seule une minorité de filles est touchée par ces deux pratiques néfastes.⁹⁴ Bien que les pratiques de MGF/E et de MUPFE partagent bon nombre des mêmes facteurs sociaux, notamment des normes sociales et de genre préjudiciables et inéquitables, la résidence rurale, la faible richesse des ménages et le faible niveau d'éducation, elles semblent être moins étroitement liées qu'on ne le suppose souvent et semblent coexister plutôt que de conditionner l'autre. Pourtant, il existe des preuves qui démontrent que, par exemple au Kenya, au Sénégal, au Burkina Faso et en Sierra Leone, les MGF/E constituent une condition préalable directe au MUPFE,⁹⁵ où les deux pratiques sont liées à des idées sur le contrôle de la sexualité des filles et des femmes ainsi que le maintien des normes culturelles et religieuses.⁹⁶ Lorsque l'excision a lieu pendant l'adolescence dans le cadre de rites de passage ou de cérémonies d'initiation, les MGF/E agissent souvent comme un précurseur des MUPFE.⁹⁷

Dans d'autres contextes, où les MGF/E ont lieu à un plus jeune âge, les MGF/E peuvent ne pas être un précurseur immédiat des MUPFE, mais sont souvent pratiquées avec la conviction qu'elles assureront la chasteté ou la virginité d'une fille afin d'obtenir de meilleures perspectives de mariage ou un prix plus élevé pour la mariée plus tard. En Somalie, les hommes considèrent que les MGF/E sont essentielles au mariage, et les filles qui ont subi une excision de type 1 plutôt qu'une infibulation se sont dit préoccupées par le fait qu'elles sont considérées par la communauté comme étant plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles avant le mariage et ont donc recherché des

mariages précoces pour prouver leur valeur et leur respectabilité.⁹⁸ Des données provenant d'Éthiopie démontrent que les filles ont organisé elles-mêmes leur propre excision à la suite de la pression des paires.⁹⁹ Bien que les deux pratiques soient souvent liées ou pratiquées par la même communauté, les données montrent que dans ces contextes, l'abandon d'une pratique n'a pas nécessairement d'incidence sur la pratique de l'autre si elles ne sont pas abordées ensemble. Par exemple, les interventions visant à mettre fin au MUPFE au sein d'une communauté qui ne fait pas explicitement référence et n'aborde pas les MGF/E peuvent laisser la pratique de la MGF/E en place et enracinée. Lorsque les deux pratiques coexistent et partagent les mêmes facteurs et normes sociales, aborder les deux questions ensemble est le moyen le plus efficace de les résoudre.¹⁰⁰

En raison de la complexité des deux pratiques, il est important de ne pas faire de suppositions sur leur causalité, et d'autres études aux niveaux mondial et local sont nécessaires pour mieux comprendre le lien entre les filles qui sont excisées à un âge précoce et qui risquent plus tard de contracter le MUPFE.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

LA PÉNALISATION DES MGF/E

Au fur et à mesure que le mouvement mondial en faveur de l'abandon des MGF/E s'est développé, le nombre de pays ayant introduit une loi visant à pénaliser cette pratique s'est également développé. En novembre 2021, 52 pays, dont 29 en Afrique, avaient criminalisé cette pratique en droit,¹⁰¹ avec des sanctions pénales et des amendes. En juin 2020, le Comité des Nations unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a estimé que le fait que le Mali n'ait pas criminalisé les MGF/E constituait une violation des droits humains fondamentaux des filles et des femmes en permettant l'impunité de cette pratique.¹⁰²

De nombreux militants et survivantes estiment que le fait d'avoir une loi directe interdisant les MGF/E envoie un message clair que les MGF/E sont inacceptables et réglemente leurs efforts de campagne, de plaidoyer et de programmation. Inversement, lorsque la pratique n'est pas interdite par la loi, elle est effectivement légale et est aux mieux pratiqués en toute impunité, soit au pire normalisée et médicalisée. Par exemple, aucun pays d'Asie n'a légiféré pour interdire les MGF/E au motif que les gouvernements refusent de reconnaître l'existence de cette pratique ou qu'elle équivaut à une « mutilation » plutôt qu'à une soi-disant « excision ». Alors que l'Indonésie a légiféré pour interdire la pratique des MGF/E par les professionnels de la santé en 2006, l'opposition religieuse a conduit à la publication d'un décret autorisant les professionnels de la santé à pratiquer les MGF/E en 2010. En 2014, le gouvernement indonésien a révoqué le décret, mais

cette pratique n'est actuellement pas interdite par la loi.¹⁰³ On estime que 49 % des filles âgées de 0 à 14 ans ont subi des MGF/E en Indonésie, et 15 millions seront excisées d'ici 2030. La pratique est fortement médicalisée et souvent proposée dans le cadre de « forfaits de naissance » dans les hôpitaux parallèlement au perçage des oreilles.¹⁰⁴

L'approche de la criminalisation des MGF/E diffère dans l'approche, certains États comme le Kenya adoptant une loi spécifique aux MGF/E, tandis que d'autres États incluent une référence à cette pratique dans des mesures législatives plus larges sur la protection de l'enfance, l'élimination de la violence à l'égard des filles et des femmes ou des lois sur la violence domestique. Cependant, l'efficacité de la loi est souvent entravée par une application et une mise en œuvre médiocres, le non-respect de la loi par les autorités chargées de l'application de la loi et la corruption.¹⁰⁵ Il n'existe pas de mécanismes efficaces pour signaler, orienter et protéger les filles et les femmes à risque dans de nombreux pays dotés d'une loi rendant criminelles les MGF/E, ce qui entraîne très peu de poursuites et rend les mécanismes d'application inefficaces.¹⁰⁶

Malgré la pénalisation croissante des MGF/E, les recherches démontrent que la loi qui rend criminelles les MGF/E n'est efficace que si elle se concentre sur le renforcement de la sensibilisation de la communauté à la loi et si elle est perçue comme promouvant la santé et le bien-être des filles et des femmes, par opposition à la punition des communautés pratiquantes.¹⁰⁷ Lorsque les parents et les pourvoyeurs de soins sont poursuivis en vertu de la loi pénale, cela peut souvent avoir des conséquences néfastes inattendues pour les filles elles-mêmes si elles sont retirées des principaux dispensateurs de soins ou des communautés locales, car les priver de soins et de soutien familial plus larges n'est souvent pas dans leur intérêt supérieur. Alors que la loi peut contribuer à créer un environnement propice au changement des normes sociales, lorsque la norme juridique entre en conflit avec les normes sociales et les coutumes profondément enracinées qui valorisent les MGF/E, la crainte de sanctions pénales peut motiver les communautés adeptes à pratiquer les MGF/E en secret plutôt qu'à obéir à la loi.¹⁰⁸ Par exemple, des recherches menées au Kenya ont montré qu'en dépit d'une loi complète contre les MGF/E, 13 % de la population choisirait de désobéir à la loi afin de pratiquer les MGF/E à l'avenir.¹⁰⁹

La loi kényane contre les MGF/E est considérée par certains militants comme une « meilleure pratique ».¹¹⁰ La loi fournit une définition complète qui inclut toutes les formes et tous les types de MGF/E, applique l'interdiction indépendamment de l'âge ou du statut d'une fille ou d'une femme, prévoit une compétence extraterritoriale pour permettre la poursuite des MGF/E qui ont lieu en dehors des frontières du Kenya et interdit explicitement la médicalisation des MGF/E. Notamment, la loi pénalise les participants directs et indirects de la pratique des MGF/E. Bien que la loi kényane contre les MGF/E soit à la fois complète et

ÉTUDE DE CAS : PLAN INTERNATIONAL TANZANIE – LUTTER CONTRE L'EXCISION TRANSFRONTALIÈRE

Plan International Tanzanie travaille dans les régions de Geita et Mara pour réduire l'incidence des MGF/E et de l'UFCE. De nombreux exciseuses travaillent au-delà des frontières de la Tanzanie et du Kenya, ce qui complique à la fois les efforts de prévention et la fourniture d'un soutien aux survivants.

En réponse, une équipe spéciale transfrontalière a été officiellement créée, composée de ministères, de dirigeants communautaires et d'ONG locales travaillant sur la prévention des MGF/E. L'équipe spéciale collabore pour organiser des programmes et des événements de sensibilisation dans les écoles sur les MGF/E dans les villes frontalières où la prévalence est élevée. La coopération policière transfrontalière sera coordonnée afin de partager les stratégies efficaces de gestion des cas, et le projet travaillera directement avec les exciseuses des deux côtés de la frontière pour les faire participer directement aux stratégies de prévention.

solide, elle est en pratique difficile à appliquer sans un changement significatif des normes sociales, car il est peu probable que les filles engagent des poursuites contre leurs parents ou leurs tuteurs en raison de liens familiaux et communautaires solides. Lorsque les filles sont disposées à engager des poursuites ou à chercher refuge en s'enfuyant vers des centres de secours, elles sont simplement retirées de la communauté, souvent sans le consentement des membres de la famille, ce qui crée de l'hostilité et des obstacles plus importants au dialogue communautaire et aux efforts visant à mettre fin à cette pratique.¹¹¹

Lorsque les communautés choisissent de continuer à pratiquer les MGF/E en secret afin d'éviter d'être détectées et d'éventuelles sanctions, il devient beaucoup plus difficile de signaler et de surveiller les cas et d'engager les communautés dans un dialogue sans jugement pour modifier les normes sociales sous-jacentes à la pratique. La criminalisation des MGF/E a également été associée au fait que les communautés choisissent de faire des filles plus jeunes pour éviter d'être détectées, et à une augmentation de la médicalisation de la pratique à mesure que les communautés pratiquent des excision « moins sévères ».¹¹²

L'EXCISION TRANSFRONTALIÈRE

L'excision transfrontalière a lieu dans des régions où les groupes ethniques pratiquants sont très répandus et partagent des frontières nationales poreuses, ce qui entraîne le transport de filles ou d'« exciseuses » à travers les frontières nationales aux fins de la pratique des MGF/E. En tant que pratique culturelle et norme sociale menée par des communautés d'ethnies partagées, les MGF/E sont très répandues dans les régions où les groupes ethniques pratiquants sont concentrés, souvent au-delà des frontières nationales. Par exemple, alors que la prévalence nationale des MGF/E au Kenya est de 21 %, la pratique est fortement concentrée parmi les groupes ethniques somaliens et kisii situés dans les régions frontalières avec la Somalie et l'Ouganda.¹¹³ En Ouganda, où la prévalence des MGF/E est la plus faible d'Afrique de l'Est (0,32 %), la grande majorité des MGF/E a lieu dans les régions de Karamoja et Sebei, où la prévalence est beaucoup plus élevée (26,7 %) en raison de l'augmentation des

populations des groupes ethniques Pokot, Kadama, Tepeth et Sabiny.¹¹⁴ Une dynamique démographique similaire se retrouve également en Afrique de l'Ouest par rapport au Mali, au Burkina Faso, à la Guinée, à la Guinée-Bissau et au Sénégal.

La pratique de l'excision transfrontalière est de plus en plus liée à la pénalisation des MGF/E, car les communautés cherchent à échapper aux sanctions pénales et aux poursuites en pratiquant cette pratique dans une juridiction frontalière où la pratique n'est pas illégale ou est moins susceptible d'être appliquée.¹¹⁵ Une étude de 2018 sur la loi et les MGF/E a identifié que sur 22 pays africains dotés d'une loi interdisant les MGF/E, 19 ne traitent pas de l'excision transfrontalière et seuls trois pays l'ont rendu criminelles (Guinée-Bissau, Kenya et Ouganda),¹¹⁶ donnant aux tribunaux nationaux une compétence extraterritoriale sur le crime de MGF/E lorsqu'il a été commis dans un pays voisin. Il convient de noter que la question touche également les filles en dehors du continent africain dans les communautés de la diaspora en Europe et aux États-Unis, dont beaucoup sont soumises à ce que l'on appelle les « excision ».

La crainte de poursuites et de sanctions pénales ne sont pas les seuls facteurs à l'origine de l'excision transfrontalière. Une étude réalisée par l'UNICEF Kenya a révélé que 71 % des personnes interrogées ont déclaré être passées au Kenya pour accéder aux services de MGF/E.¹¹⁷ L'étude a également révélé que les tendances croissantes à l'excision transfrontalière étaient motivées non seulement par l'idée qu'il était plus facile d'échapper aux autorités kényanes, qui seraient plus susceptibles de « fermer les yeux » sur cette pratique, mais aussi par le fait que les services de MGF/E au Kenya sont de meilleure qualité et plus abordables.¹¹⁸ Parmi les autres raisons invoquées, on peut citer le manque de proximité avec les services d'E/MGF dans le pays d'origine et les mariages mixtes entre communautés étroitement apparentées et au sein de groupes ethniques occupant les deux côtés d'une frontière internationale.

La question de l'excision transfrontalière démontre la nécessité d'une approche régionale globale et coordonnée pour mettre fin aux MGF/E, qui doit inclure l'harmonisation des lois et des politiques et adopter une multi-sectoral une approche de soutien à l'abandon

communautaire qui mobilise tous les secteurs et tous les intervenants. À titre d'exemple, bien que le fait d'éviter les poursuites et les sanctions juridiques ne soit pas le seul facteur de l'excision transfrontalière, les sanctions financières et les condamnations varient considérablement en Afrique de l'Est. Au Kenya et en Tanzanie, la peine minimale pour l'infraction de MGF/E est de trois et cinq ans respectivement, tandis qu'en Éthiopie, la peine n'est que de trois mois. Les sanctions financières varient également considérablement, allant d'une amende de 17\$ US en Éthiopie à 1 935 \$ US au Kenya. Il n'existe actuellement aucune loi interdisant les MGF/E en Somalie.

À l'heure actuelle, deux cadres régionaux sont en place qui traitent clairement de l'excision transfrontalière. Le projet de loi de 2016 sur l'interdiction des MGF par la Communauté des États de l'Afrique de l'Est (CEAE),¹¹⁹ qui a été approuvé par le Kenya, la Tanzanie, le Soudan du Sud et l'Ouganda, mais qui n'est pas encore entré en vigueur. La loi de la CEAE vise à établir un mécanisme de coordination sous-régional pour l'harmonisation des lois et des politiques visant à prévenir les MGF/E, et prévoit une peine minimale de trois ans pour l'infraction de MGF/E. Notamment, l'article 6 prévoit explicitement l'infraction d'excision transfrontalière, qui est applicable dans tous les États Parties comme ayant préséance sur la loi nationale. À l'Union africaine, le Parlement panafricain a également adopté un plan d'action en 2016 pour mettre fin aux MGF/E en Afrique, qui souligne la nécessité de renforcer l'action contre l'excision transfrontalière.¹²⁰

LA MÉDICALISATION

La « médicalisation » des MGF/E (ou EGF « médicalisées ») fait référence aux situations dans lesquelles les MGF/E sont pratiquées par n'importe quelle catégorie de prestataires de soins de santé, que ce soit dans une clinique publique ou privée, à domicile ou ailleurs.¹²¹ La définition de la MGF/E médicalisée inclut également la procédure de réinfibulation à tout moment de la vie d'une fille ou d'une femme, qui fait référence à la pratique de la recouture ou de la suture du tissu cicatriciel résultant de l'infibulation après la désinfibulation d'une femme. La question de savoir si l'utilisation d'instruments médicaux tels que les outils stérilisés, les antibiotiques ou les anesthésiques, en particulier par les praticiens traditionnels, doit faire l'objet d'un débat sur la question de savoir si l'utilisation d'instruments médicaux tels que les MGF/E médicalisées doit être incluse dans la définition des MGF/E médicalisées.

La médicalisation des MGF/E est une tendance croissante dans la pratique à l'échelle mondiale ; Les données provenant de 24 pays contenant des informations sur la pratique des MGF/E ont révélé que 18 % des filles de moins de 15 ans ayant subi une MGF/E avaient été pratiquées par un professionnel de la santé.¹²² Huit pays disposent de données dans lesquels plus de 10 % des filles qui subissent des MGF/E, soit 4,5 millions au total, sont excisées par un professionnel de la santé (Djibouti, Égypte, Guinée,

Indonésie, Iraq, Kenya, Nigéria, Soudan et Yémen). Parmi le nombre total de filles et de femmes qui subissent des MGF/E médicalisées, 94% vivent en Égypte, au Nigeria et au Soudan, et plus de 50% vivent rien qu'en Égypte où les taux de médicalisation ont plus que doublé entre les femmes et les filles.¹²³ En Indonésie, où 49% des filles subissent des MGF/E, la pratique est proposée en milieu hospitalier et clinique dans le cadre de « forfaits de naissance » parallèlement au perçage des oreilles, et est parfois effectuée automatiquement avant même que les parents ne soient invités à consentir à la pratique. En Égypte, 67 % des MGF/E sont pratiquées par un médecin en tant que professionnel de santé le plus courant, tandis que 77 % des MGF/E au Soudan sont pratiquées par une infirmière, une sage-femme ou un autre agent de santé.¹²⁴ On estime que la réinfibulation touche plus de 20 millions de femmes dans le monde, et entre 10 et 16 millions de femmes sont susceptibles de subir une réinfibulation médicalisée, qui a été documentée au Soudan, en Somalie, à Djibouti et en Érythrée, ainsi qu'en Europe et en Amérique du Nord.¹²⁵

La médicalisation des MGF/E est motivée à la fois par les demandes des communautés pratiquantes aux professionnels de la santé et ¹²⁶ par les professionnels de la santé eux-mêmes. La plupart des professionnels de la santé qui pratiquent les MGF/E le font parce qu'ils font eux-mêmes partie des communautés de praticiens qu'ils servent professionnellement. Ils sont donc également influencés par les pressions exercées par les normes sociales ¹²⁷ et les normes de genre existantes et les obligations religieuses perçues. Par exemple, une étude menée au Nigéria a démontré que la plupart des agents de santé pratiquent les MGF/E parce qu'ils partagent les mêmes croyances que la communauté, comme en témoigne le fait que quatre agents de santé sur cinq ayant des filles avaient excisé leurs propres filles.¹²⁸ De même, une étude menée au Soudan a conclu que la médicalisation est principalement motivée par la demande de cette pratique fondée sur des normes sociales.¹²⁹ Les professionnels de la santé qui refusent d'exercer la pratique se disent préoccupés par le fait que les membres de la communauté sont peu susceptibles de retourner à la clinique de santé, et qu'en condamnant la pratique, les membres de la communauté peuvent la chercher à l'extérieur de la clinique de santé avec des résultats de santé potentiellement pires. La pratique des MGF/E peut également être une source majeure de revenus pour les professionnels de la santé, en particulier si la pratique est criminalisée par la loi,¹³⁰ ce qui constitue une motivation supplémentaire pour la médicalisation croissante de la pratique.

L'accent mis sur les impacts sur la santé physique dans le cadre d'une approche de réduction des risques pour faire campagne contre les MGF/E a également renforcé le désir de médicalisation de la pratique, à la fois par les professionnels de la santé et par les communautés répondant au message et optant pour une forme présumée « plus sûre » ou « moindre » d'excision.¹³¹ Ce type de message repose parfois sur l'hypothèse que minimiser les dommages causés par les MGF/E est une approche pragmatique vers l'abandon total de la

pratique. Par exemple, les messages fondés sur les préjugés en Somalie ont entraîné un changement dans le type d'excision pratiquée de l'infibulation pharaonique (type 3) à l'excision de la « sunna » (type 1). Cependant, se concentrer uniquement ou exclusivement sur la réduction des risques immédiats pour la santé physique en adoptant une approche de réduction des risques empêche de reconnaître ou de se rendre compte des violations des droits de l'homme que comporte la pratique des MGF/E, y compris le droit à la santé physique et mentale, le droit à la santé physique et mentale, le droit d'être à l'abri de la violence, le droit à l'éducation et les droits à l'autonomie corporelle, au consentement éclairé et à l'égalité.¹³² Il ne remet pas non plus en question l'objectif sous-jacent et le besoin perçu de contrôler la sexualité féminine.

Comme indiqué précédemment, les MGF/E n'ont aucun avantage pour la santé et, même lorsque la pratique est médicalisée, des dommages physiques et psychologiques considérables sont causés aux filles et aux femmes. En outre, l'adoption de messages de réduction des risques et la médicalisation subséquente de la pratique risquent de légitimer la pratique et de l'enraciner davantage, en communiquant faussement aux communautés pratiquantes que la pratique peut être pratiquée « en toute sécurité » et est acceptable lorsqu'elle est effectuée par des professionnels de la santé.¹³³ À l'inverse, les professionnels de la santé eux-mêmes craignent souvent que la pratique soit plus sûre s'ils la pratiquent eux-mêmes plutôt que les praticiens traditionnels. Cependant, cette hypothèse est erronée, car il n'y a pas de formation officielle pour les professionnels de la santé à la pratique des MGF/E dans le programme médical, et les professionnels de la santé apprennent plutôt les compétences d'autres collègues, qui manquent également de formation officielle.¹³⁴

Les preuves disponibles sur la médicalisation des MGF/E ne montrent pas que la médicalisation soit en corrélation avec un déclin du soutien à la pratique.¹³⁵ Bien qu'il existe peu de données suggérant que, dans certains contextes, la médicalisation peut être associée à une tendance vers des formes moins « sévères » d'excision,¹³⁶ les preuves provenant d'Indonésie et de Malaisie contredisent l'idée que la médicalisation conduit à des formes « moindres » d'excision, où les résultats ont établi que le passage des praticiens traditionnels aux professionnels de la santé a conduit à un passage du type 4 au type 1.¹³⁷

Les MGF/E médicalisées ont été dénoncées par l'OMS et d'autres agences des Nations Unies,¹³⁸ et constituent une violation de l'éthique médicale et du serment d'Hippocrate entrepris par les professionnels de la santé de « ne pas nuire ». L'opposition aux MGF/E médicalisées est également soutenue par des organisations médicales professionnelles, dont l'Association médicale mondiale en 1993¹³⁹ et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), qui a adopté une résolution en 1994 s'opposant à toutes les formes de MGF/E, y compris leur médicalisation. En 2018, neuf des 22 pays dotés d'une loi anti-MGF/E en Afrique interdisaient

explicitement la médicalisation des MGF/E dans le cadre de la loi anti-MGF/E.¹⁴⁰ En outre, au Mali, qui n'a pas de loi anti-MGF/E en place, une circulaire gouvernementale interdit la pratique des MGF/E dans les établissements de santé. Cependant, il ne comprend pas de sanctions et ne couvre pas les MGF/E pratiquées par des professionnels de la santé en dehors des établissements.¹⁴¹

LE DROIT À L'ASILE ET LES MGF/E

La Convention relative au statut des réfugiés de 1951 définit le « réfugié » comme toute personne qui a « des craintes fondées d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques ». Une demande d'asile acceptée doit donc établir une crainte fondée de persécution fondée sur un ou plusieurs des motifs de la Convention, en plus d'établir la capacité et/ou le manque de la volonté de l'État d'origine de protéger cette personne contre la persécution. Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) reconnaît explicitement les MGF/E comme une forme de persécution justifiant le statut de réfugié et l'octroi de l'asile,¹⁴² sur la base d'opinions politiques, de l'appartenance à un groupe social particulier ou de convictions religieuses, ainsi que la reconnaissance des MGF/E comme une forme de persécution spécifique aux enfants qui « affecte de manière disproportionnée les filles ».¹⁴³

Le HCR reconnaît en outre que les conséquences des MGF/E se poursuivent au-delà de la procédure initiale et que les filles et les femmes exposées à cette pratique et celles qui ont déjà subi des MGF/E peuvent bénéficier d'une protection internationale en tant que réfugiées. Cette position est renforcée par la Convention d'Istanbul, qui reconnaît clairement que les femmes et les filles qui souffrent de violence sexiste, y compris de MGF/E, peuvent demander une protection dans un autre État lorsque leur ne parvient pas à prévenir la persécution ou à offrir une protection adéquate et des recours effectifs.¹⁴⁴ L'UE dispose également d'une directive qui stipule explicitement que les États membres de l'UE doivent accorder une protection internationale (asile) aux filles et aux femmes à risque ou souffrant de MGF/E.¹⁴⁵

Le HCR a estimé qu'en 2017 plus de 24 000 filles et femmes avaient déjà été touchées par les MGF/E au moment de leur demande d'asile dans l'UE, soit l'équivalent de 37% de toutes les demandeuses d'asile originaires de pays pratiquant les MGF/E. Alors que la plupart des pays ne collectent pas de données spécifiques sur les motifs de la demande, la Belgique a reçu 609 demandes d'asile en 2015 pour des MGF/E, ce qui représente 17% des demandes d'asile de filles et de femmes de pays pratiquant des MGF/E. L'ampleur des demandes d'asile est importante et montre que les MGF/E ne sont pas un motif négligeable d'asile. Les États membres de l'UE ont reçu des demandes d'asile de filles et de femmes qui demandent une protection liée aux MGF/E. Les raisons de demander une protection varient et incluent les filles et les femmes qui

cherchent une protection contre les MGF/E ou la réinfibulation dans leur pays d'origine (y compris après avoir subi une chirurgie reconstructive à l'étranger). En outre, des demandes d'asile ont été reçues de parents qui cherchent à protéger leurs filles contre les MGF/E, ainsi que de femmes qui subissent des pressions de la part de leurs familles et de leurs communautés pour devenir elles-mêmes coupeuses.¹⁴⁶

Néanmoins, des preuves consistantes montrent qu'en dépit de directives claires sur les MGF/E comme motifs d'asile,¹⁴⁷ de nombreuses survivantes de MGF/E sont confrontées à d'importants défis procéduraux pour obtenir le statut de réfugié. Il s'agit notamment des barrières linguistiques, du manque de services adaptés aux enfants pour les mineurs non accompagnés, du manque de connaissances de la part des agents d'immigration et de la nature taboue des MGF/E qui rend difficile la discussion de cette pratique pour de nombreuses survivantes et membres de la communauté.¹⁴⁸ Il existe des exemples de demandes d'asile rejetées simplement au motif que la loi de l'État d'origine du demandeur interdit les MGF/E, sans évaluation de l'application ou de la mise en œuvre effective de la loi. De même, les demandes d'asile au Royaume-Uni ont été rejetées en vertu de l'idée qu'une femme doit être en mesure de protéger son enfant contre les MGF/E, sans tenir compte de l'immense pression communautaire et des normes sociales qui rendent souvent le rejet de la pratique impossible ou non sans risque important.¹⁴⁹

RÉFÉRENCES

- ¹ Newman, A. (2019). « [Les grands-mères peuvent nous aider à mettre fin aux mutilations génitales féminines - alors pourquoi les projets locaux les ignorent-ils souvent ?](#) ». *Huffington Post*.
- ² UNICEF (2021). [Mutilations génitales féminines](#).
- ³ Programme conjoint FNUAP-UNICEF sur l'élimination des MGF : Accélérer le changement (2019). [Rapport annuel : Donner aux filles et aux femmes les moyens de diriger le changement](#).
- ⁴ Hayes, R. O. (1975). Mutilations génitales féminines, contrôle de la fertilité, rôles des femmes et patrilignage dans le Soudan moderne: une analyse fonctionnelle. *American Ethnologist*, 2(4), 617-633.
- ⁵ Caplan, P. (1981). Le rapport Hosken: Mutilations génitales et sexuelles des femmes (2e édition révisée augmentée) par Fran P. Hosken. Lexington, Mass: Internat féminin. Nouvelles du réseau 1979. Voir aussi « Circoncision, excision et infibulation féminines ; les faits et les propositions de changement ». Par McLean, S., Rapport No. 47 1980. *Afrique*, 51(4), 877-879 sur les droits des groupes minoritaires.
- ⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (2018). Recommandation générale no 34 sur les droits des femmes rurales, par. 22: CEDAW/C/GC/34.
- ⁷ Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (2004): E/CN.4/2004/49.
- ⁸ FNUAP (2014). [Mise en œuvre du Cadre international et régional des droits de l'homme pour l'élimination des mutilations génitales féminines](#).
- ⁹ Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1986), par. 38: E/CN.4/1986/15. Et Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (2008), par. 50 à 54: A/HRC/7/3.
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ Comité des droits de l'enfant (2018). Constatations adoptées par le Comité des droits de l'enfant en vertu du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant établissant une procédure de présentation de communications concernant la communication no 3/2016: CRC/C/77/D/3/2016.
- ¹² Déclaration et Programme d'action de Beijing de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (4-15 septembre 1995).
- ¹³ Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (5-13 septembre 1994).
- ¹⁴ Union africaine (2003) '[Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique](#)'
- ¹⁵ Union africaine (1990). Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.
- ¹⁶ Union africaine (2006). [Charte africaine de la jeunesse](#).
- ¹⁷ Conseil de l'Europe (2011). [Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique](#).
- ¹⁸ OMS (2022) [Fiche d'information: Mutilations génitales féminines](#).
- ¹⁹ Ibid.
- ²⁰ Assemblée générale des Nations Unies (2012) « [Intensification des efforts mondiaux pour l'élimination des mutilations génitales féminines](#) ». A/C.3/67/L.21/Rev.1
- ²¹ Egalité Maintenant, Mettre fin aux MGF UE & Mettre fin aux MGF/E Réseau américain (2020). [Mutilations génitales féminines/excision : un appel pour une réponse mondiale](#).
- ²² FNUAP (2018). [Infléchir la courbe : les tendances en matière de MGF que nous visons à changer](#).
- ²³ FNUAP (2020). Impact de la [pandémie de COVID-19 sur la planification familiale et l'élimination de la violence sexiste, des mutilations génitales féminines et du mariage des enfants](#).
- ²⁴ Rodriguez, Sarah B, (2014). Circoncision féminine et clitoridectomie aux États-Unis: une histoire de traitement médical
- ²⁵ Egalité Maintenant, End FGM EU & End FGM/C U.S. Network (2020). [Mutilations génitales féminines/excision : un appel à une réponse mondiale](#).
- ²⁶ Shell-Duncan, B., Njue, C., et Moore, Z. (2017). [La médicalisation des mutilations génitales féminines : que révèlent les données ?](#). Evidence to End FGM/E: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.
- ²⁷ Ibid.
- ²⁸ UNICEF (2020). [Communiqué de presse : Environ 1 survivante sur 4 de mutilations génitales féminines a été excisée par un prestataire de soins de santé](#).
- ²⁹ FNUAP & Avenir Santé (2020). [Chiffrer les trois résultats transformateurs](#).
- ³⁰ OMS WHO (2020).: [Le cout économique de la mutilation génitale féminine](#)
- ³¹ Comité des droits de l'enfant des Nations Unies (2013). Observations finales sur les deuxième à quatrième rapports périodiques d'Israël, par. 41: CRC/C/ISR/CO/2-4. Et Comité des droits de l'enfant des Nations Unies (2012). Observations finales sur les deuxième à quatrième rapports périodiques combinés du Libéria, par. 51c : CRC/C/LBR/CO/2-4.
- ³² UNICEF (2013) Mutilations génitales féminines/excision: aperçu statistique et exploration de la dynamique du changement. New York, NY.
- ³³ Cislighi B, Karima Manji et Lori Heise (2018). Normes sociales et pratiques néfastes liées au genre, Rapport d'apprentissage 2 : La théorie à l'appui de meilleures pratiques. Groupe d'apprentissage sur les normes sociales et les pratiques néfastes liées au genre, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Et Plan International (2022) Défiiez la normalité: Module d'apprentissage par l'action sur les normes sociales et de genre.
- ³⁴ FNUAP (2020). [Foire aux questions sur les mutilations génitales féminines \(MGF\)](#).
- ³⁵ McArthur, L. (1995). Mutilations génitales féminines : pratique, prévalence et prévention.
- ³⁶ Kandala, N., Nnanatu, C., Atilola G, et al. « [Une analyse spatiale de la prévalence de la mutilation génitale féminine / coupe chez les filles de 0 à 14 ans au Kenya](#) ». Revue Internationale de la Recherche sur l'Environnement et la Santé Publique, 28 octobre, 16 (21), 4155, 2019.
- ³⁷ UNICEF, FNUAP et ONU Femmes (2020). [Note technique sur les approches transformatrices en matière de genre dans le Programme mondial pour mettre fin au mariage des enfants - Phase II: un résumé pour les praticiens](#). Voir aussi Construire des ponts pour mettre fin aux MGF (2021) « [Approches transformatrices de genre pour mettre fin aux mutilations génitales féminines](#) ».
- ³⁸ Kandala, N. B., Nnanatu, C. C., Atilola, G., et al (2019). [Une analyse spatiale de la prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles de 0 à 14 ans au Kenya](#). *Revue internationale de recherche environnementale et de santé publique*, 16(21), 4155.
- ³⁹ FNUAP (2015). [Perspectives Démographiques sur la mutilation Génitale Féminine](#).
- ⁴⁰ UNICEF (2013). [Mutilations génitales féminines/excision : un aperçu statistique et une exploration de la dynamique du changement](#).

- ⁴¹ Shell-Duncan, B., Naik, R. & Feldman-Jacobs (2016). Une synthèse de pointe sur les mutilations génitales féminines : que savons-nous maintenant ? Preuves pour mettre fin aux MGF/E : la recherche pour aider les femmes à s'épanouir. New York: Population Council.
- ⁴² UNFPA (2015). [Perspectives Démographiques sur la mutilation Génitale Féminine.](#)
- ⁴³ UNICEF (2016). Profil statistique des mutilations génitales féminines : Indonésie.
- ⁴⁴ 28 Trop De. <https://www.28toomany.org/country/nigeria>.
- ⁴⁵ UNICEF (2013). [Mutilations génitales féminines/excision : un aperçu statistique et une exploration de la dynamique du changement.](#)
- ⁴⁶ Direction des statistiques nationales, Gouvernement fédéral de la Somalie (2020). [Enquête sur la santé et la démographie en Somalie 2020.](#)
- ⁴⁷ OMS (2006). « [Mutilations génitales féminines – de nouvelles connaissances incitent à l'optimisme](#) ». *Progrès de la recherche sur la santé sexuelle et reproductive*, 72.
- ⁴⁸ FNUAP (2008). [Dissocier les mutilations génitales féminines de l'islam.](#)
- ⁴⁹ Islamic Relief (2016) '[Une coupure de trop : Note d'orientation sur les mutilations génitales féminines](#) « Je les induirai en erreur, et je créerai en eux de faux désirs ; Je leur ordonnerai de trancher les oreilles du bétail et de défigurer la nature (juste) créée par Allah. » (Coran, 4:119).
- ⁵⁰ Islamic Relief (2016). [Une coupure de trop : Note d'orientation de la politique d'Islamic Relief sur les mutilations génitales féminines/excision \(MGF/E\) - Islamic Relief dans le monde \(islamic-relief.org\).](#)
- ⁵¹ FNUAP – UNICEF – OMS et le Conseil de la Population, Kenya (2021). [Efficacité des interventions conçues pour prévenir ou répondre à la mutilation génitale féminine: examen des données probantes.](#)
- ⁵² Les 15 pays ayant le taux de prévalence des MGF/E le plus élevé comprennent 8 pays fragiles ayant besoin d'aide humanitaire en janvier 2023.
- ⁵³ [Normes minimales interinstitutionnelles pour la VBG dans les programmes d'urgence](#) (2019). Et [Normes minimales pour la protection des enfants dans l'action humanitaire](#) (2019).
- ⁵⁴ UNICEF (2020). [Le lien entre l'aide humanitaire et le développement : l'avenir de la protection dans l'élimination des mutilations génitales féminines.](#)
- ⁵⁵ International Rescue Committee (2019). [Où est l'argent? Comment le système humanitaire échoue dans ses engagements à mettre fin à la violence contre les femmes et les filles.](#)
- ⁵⁶ Nielsen N (2017). « [Les Syriens trouvent des foyers troublés en Égypte.](#) » *Observateur de l'UE*
- ⁵⁷ Esho T, Komba E, Richard F, et al. (2021). Intersections entre le changement climatique et les mutilations génitales féminines chez les Masai du comté de Kajiado, Kenya. *J Santé mondiale*.
- ⁵⁸ Jones, N. et coll. (2020). « Écouter la voix des jeunes dans le contexte du Covid-19 : Risques de mariage d'enfants dans le contexte de Covid-19 en Éthiopie, note d'orientation, Genre et adolescence : Données mondiales probantes, Londres. Voir aussi Archambault, L. (2020). « Au-delà de la pandémie de l'ombre : protéger une génération de filles de la violence sexiste pendant la COVID-19 jusqu'au rétablissement ». Save the Children, Fairfield et Londres.
- ⁵⁹ Projet Orchidée (2020). [Les impacts de la COVID-19 sur l'excision.](#)
- ⁶⁰ UNICEF (2020). [Note technique : Le lien entre l'humanitaire et le développement: l'avenir de la protection dans l'élimination des mutilations génitales féminines.](#)
- ⁶¹ Ibid.
- ⁶² AIDOS, Le réseau Européen pour mettre fin aux MGF et le GAMS de Belgique (2020) [Prévenir et répondre aux mutilations génitales féminines dans les situations d'urgence et humanitaires \(Prévenir et répondre aux mutilations génitales féminines dans les situations d'urgence et humanitaires\) Résultats du dialogue virtuel international des parties prenantes.](#)
- ⁶³ UNICEF (2020). [Note technique : Le lien entre l'humanitaire et le développement: l'avenir de la protection dans l'élimination des mutilations génitales féminines.](#)
- ⁶⁴ Duetting G., Karadenizli, M., et Kaiser, B., (2020). [Comment promouvoir une localisation sensible au genre dans l'action humanitaire.](#) ONU Femmes : Genève.
- ⁶⁵ FNUAP-UNICEF(2020). [La Résilience en Action : Les leçons apprises du Programme Conjoint durant la crise du COVID-19.](#)
- ⁶⁶ FNUAP (2020). [L'Impact de la pandémie de COVID-19 sur la planification familiale et l'élimination de la violence basée sur le genre, des mutilations génitales féminines et du mariage des enfants.](#)
- ⁶⁷ FNUAP (2020). [Rapport d'évaluation rapide sur la VBG/MGF : dans le contexte de la pandémie de COVID-19 en Somalie.](#)
- ⁶⁸ Save the Children (2020). [Impact de la COVID-19 sur la protection et l'éducation des enfants dans le camp de réfugiés de Dadaab, au Kenya.](#)
- ⁶⁹ Programme conjoint UNFPA-UNICEF pour l'élimination des mutilations génitales féminines : accélérer le changement (2021). [Élimination des MGF et COVID-19 : maintenir l'élan. Éliminer les MGF dans les contextes fragiles – Étude de cas de COVID-19.](#)
- ⁷⁰ FNUAP (2020). [Étude de cas sur l'élimination des mutilations génitales féminines transfrontalières en République d'Ouganda](#)
- ⁷¹ Projet Orchidée (2020). [Les impacts de la COVID-19 sur l'excision.](#)
- ⁷² Schwartz, D. (2019). *L'épidémie d'Ebola a stoppé l'excision en Sierra Leone: temporairement: perspectives médicales, anthropologiques et de santé publique*, dans: *Pregnant in the Time of Ebola*.
- ⁷³ Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et coll. (2019). [Débat sur la médicalisation des mutilations génitales féminines/excision \(MGF/E\) : tirer les leçons des expériences \(politiques\) dans les différents pays.](#) *La santé reproductive* 16, 158.
- ⁷⁴ Conseil de la population (2016). [Impacts sur la santé des mutilations génitales féminines et de l'excision : une synthèse des données probantes.](#)
- ⁷⁵ Trew, B. (2013). « [la mutilation la plus cruelle : La mort d'une jeune fille de 13 ans met en lumière la montée des MGF en Égypte](#) ». *Norme du soir*.
- ⁷⁶ El Defrawi, M. H. et al. (2001). « La mutilation génitale féminine et son impact psychosexuel ». *Revue du sexe et de la thérapie Conjugale* 27: 465-73.
- ⁷⁷ Middelburg, A. (2020). [Visite de la clinique du Dr Foldès à Paris](#)
- ⁷⁸ OMS (2020). [Fiche d'information : Mutilations génitales féminines](#)
- ⁷⁹ Le Conseil de la Population (2016). [Synthèse des données probantes sur les impacts sur la santé.](#)
- ⁸⁰ Vloeberghs, E., Knipscheer, J., van der Kwaak, A. et al. (2012). « Adaptation et conséquences psychosociales chroniques des mutilations génitales féminines aux Pays-Bas ». *Ethnicité et santé* 17/6: .677-695.
- ⁸¹ OMS (2020). [Les mutilations génitales féminines nuisent aux femmes et aux économies.](#)
- ⁸² Le Conseil économique et social (2009). Mettre fin aux mutilations génitales féminines: Rapport du Secrétaire général, par. 41 : E/CN.6/2010/6. Voir aussi Conseil des droits de l'homme (2008). Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences sur les indicateurs relatifs

à la violence à l'égard des femmes et la réaction des États, par. 98: A/HRC/7/6.

⁸³ Foldès P, Cuzin B, Andro A. (2012). « Chirurgie reconstructive après mutilation génitale féminine : une étude de cohorte prospective ». *Lancet*. 2012 Jul 14;380 (9837):134-41.

⁸⁴ ICRW (2016). [Tirer parti de l'éducation pour mettre fin aux MGF/E dans le monde entier](#).

⁸⁵ UNICEF (2021). [Note technique : Éducation des filles, autonomisation et élimination des mutilations génitales féminines](#).

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ Magangi, M. (2015). « Effets de l'excision sur la fréquentation scolaire et la rétention des filles du primaire dans le district ouest de Kuria, au Kenya ». *Revue africaine de l'éducation et du développement humain* : 1(1). Voir aussi: Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016) « Autres rites de passage pour renforcer l'estime de soi et la participation des filles à l'éducation dans les écoles primaires du Comté de Kisii, Kenya ». *Revue africaine de l'éducation et du développement humain*, 2(1).

⁸⁸ Anumaka, I.B. et Sironka, B. (2014). Mutilations génitales féminines et participation des filles aux activités scolaires dans le district d'Isinya, comté de Kajiado, Kenya. Collège des diplômés supérieurs et de la recherche, Kampala.

⁸⁹ Magangi, M. (2015). « Effets de l'excision sur la fréquentation scolaire et la rétention des filles du primaire dans le district ouest de Kuria, au Kenya ». *Revue africaine de l'éducation et du développement humain* : 1(1). Voir aussi: Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016) « Autres rites de passage pour renforcer l'estime de soi et la participation des filles à l'éducation dans les écoles primaires du Comté de Kisii, Kenya ». *Revue africaine de l'éducation et du développement humain*, 2(1).

⁹⁰ Nyabero, C., Omwenga, E.N. & Okari, F. (2016) « Autres rites de passage pour renforcer l'estime de soi et la participation des filles à l'éducation dans les écoles primaires dans le Comté de Kisii, Kenya ». *Revue africaine de l'éducation et du développement humain*, 2 (1).

⁹¹ Pesamili, J., Mkumo, K. (2015). « [Implications des mutilations génitales féminines sur l'éducation et le bien-être psychologique des filles à Tarime, Tanzanie](#) ». *Revue d'études sur la jeunesse*21/8: 1111-1126.

⁹² UNICEF (2021). [Note technique : Éducation, autonomisation et élimination des mutilations génitales féminines des filles](#).

⁹³ Ibid

⁹⁴ UNICEF (2021). [Comprendre la relation entre le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines: un aperçu statistique de leur cooccurrence et des facteurs de risque](#).

⁹⁵ Le Conseil de la population (2018). [Explorer l'association entre les mutilations génitales féminines / excision et le mariage précoce / enfant](#).

⁹⁶ Vision Mondiale (2014). [Explorer les liens: Mutilations génitales féminines / excision et mariage précoce](#).

⁹⁷ Ibid. Voir aussi : Population Council (2016). Des preuves pour mettre fin aux MGF/E : [Recherche pour aider les femmes à s'épanouir, une synthèse de pointe sur les MGF/E : Que savons-nous maintenant ?](#)

⁹⁸ World Vision Royaume-Uni (2013). [Dénouer le nœud : explorer le mariage précoce dans les États fragiles](#).

⁹⁹ Boyden, J., Pankhurst, A., et Tafere, Y. (2013). Pratiques traditionnelles néfastes et protection de l'enfance : compréhensions et pratiques contestées du mariage et de la circoncision des enfants féminins en Éthiopie, Young Lives, document de travail 93.

¹⁰⁰ Vision Mondiale (2014). [Explorer les liens : Mutilations génitales féminines / excision et mariage précoce](#).

¹⁰¹Égalité Maintenant, End FGM Réseau UE & US pour mettre fin aux MGF (2020). [Mutilations génitales féminines/excision : un appel pour une réponse mondiale](#), avec l'ajout du [Soudan, qui a criminalisé les MGF/E par un amendement au Code pénal](#) en avril 2020.

¹⁰² CEDAW (2020). Enquête concernant le Mali en vertu de l'article 8 du Protocole facultatif se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : CEDAW/C/IR/ML/1.

¹⁰³ Projet Orchidée (2020). [Rapport de consultation du Réseau asiatique pour mettre fin aux mutilations génitales féminines \(MGF/E\) : Je ne savais pas que cela s'était passé là-bas](#).

¹⁰⁴ FNUAP (2021). [Les chefs religieux indonésiens et les agents de santé préconisent la fin des mutilations génitales féminines](#).

¹⁰⁵ Meroka-Mutua, A, Mwanga, D, et Olungah, O.C. (2020). Évaluation du rôle du droit dans la réduction de la pratique des MGF/E au Kenya. Evidence to End FGM/E: Research to Help Girls and Women Thrive. New York: Population Council.

¹⁰⁶ UNICEF (2021). [Efficacité des interventions conçues pour prévenir ou répondre aux mutilations génitales féminines : examen des données probantes](#). Voir également Administrateur régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (2018). [Analyse des cadres juridiques sur les mutilations génitales féminines dans certains pays d'Afrique de l'Ouest](#).

¹⁰⁷ Conseil de la population (2022). [Evidence to end FGM/E: Research to help girls thrive – Réflexions issues de cinq années de recherche](#).

¹⁰⁸ Meroka-Mutua, A, Mwanga, D, et Olungah, O.C. (2020). Évaluation du rôle du droit dans la réduction de la pratique des MGF/E au Kenya. Evidence to End FGM/E: Research to Help Girls and Women Thrive. New York: Population Council.

¹⁰⁹ Ibid

¹¹⁰ G7 France (2019). [Partenariat de Biarritz pour l'égalité entre les femmes et les hommes](#). Voir aussi 28 Too Many (2020). [Loi type sur les MGF](#).

¹¹¹UNICEF (2021). [Efficacité des interventions conçues pour prévenir ou répondre aux mutilations génitales féminines Un examen des données probantes](#).

¹¹² Meroka-Mutua, Agnes K. (2020) Commentaire: Utiliser la loi plus efficacement vers l'abandon des MGF/E au Kenya., Evidence to End FGM/E: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.

¹¹³ Kandala, N. B., Nnanatu, C. C., Atilola, G., et coll. (2019). « [Une analyse spatiale de la prévalence des mutilations génitales féminines chez les filles de 0 à 14 ans au Kenya](#) ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (21), 4155.

¹¹⁴UNICEF (2021). [Étude de cas sur l'élimination des mutilations génitales féminines transfrontalières en République d'Ouganda](#).

¹¹⁵ FNUAP (2019). [Les mutilations génitales féminines par-delà les frontières](#).

¹¹⁶ 28 Too Many (2018). [Le droit et les MGF : un aperçu de 28 pays africains](#).

¹¹⁷ UNICEF Kenya et Conseil anti-MGF du Kenya (2017). [Rapport d'étude de base: Mutilations génitales féminines / excision et mariage d'enfants parmi les communautés Rendille, Maasai, Pokot, Samburu et Somali au Kenya, Nairobi](#). UNICEF.

¹¹⁸ UNICEF (2021). [Étude de cas sur l'élimination des mutilations génitales féminines transfrontalières en République d'Ouganda](#)

¹¹⁹ La Communauté de l'Afrique de l'Est (2016). [Projet de loi de la Communauté d'Afrique de l'Est sur l'interdiction des mutilations génitales féminines, 2016](#).

¹²⁰ FNUAP (2019). [Les mutilations génitales féminines par-delà les frontières](#).

¹²¹ OMS (2010). [Stratégie mondiale visant à empêcher les prestataires de soins de santé de pratiquer les mutilations génitales féminines : ONUSIDA, PNUD, FNUAP, HCR, UNICEF, UNIFEM, OMS, FIGO, CIN, OIM, MWIA, WCPT, AMM](#)

¹³⁶ Ibid

¹²² FNUAP (2018). [Note d'orientation sur la médicalisation des mutilations génitales féminines.](#)

¹²³ Ibid

¹²⁴ Ibid

¹²⁵ Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et coll. (2019). [Débat sur la médicalisation des mutilations génitales féminines/excision \(MGF/E\) : tirer les leçons des expériences \(politiques\) à travers les pays](#)

¹²⁶ Kimani, S., Shell-Duncan B. (2019). « Mutilations génitales féminines médicalisées : pratiques litigieuses et débats persistants ». *Représentant Curr Sex Health* 2018;10(1):25-34. Voir aussi Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019). «Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/E): learning from (policy) experiences across countries. » *Santé génésique* 16, 158.

¹²⁷ FNUAP (2018). [Note d'orientation sur la médicalisation des mutilations génitales féminines.](#)

¹²⁸ Obianwu, O., Adetunji, A., Dirisu, O. (2018). Comprendre la médicalisation des MGF/Excision: une étude qualitative des parents et des agents de santé au Nigeria. New York : Population Council.

¹²⁹ Bukuluki, P., Wisal, A., Al Gasseer, NH., et coll. (2017). « Facteurs de médicalisation du MGF chez les sages-femmes communautaires du Nil et de l'État du Nord, Soudan ». *Santé Reproductive* ; 14 (Suppl 2):6.

¹³⁰ Serour, GI. (2013). « Médicalisation des mutilations génitales féminines/excision ». *Journal africain d'urologie*: 19(3): 145-9; FNUAP/UNICEF (2017) 17 façons de mettre fin aux MGF/E: leçons tirées du terrain. New York: FNUAP/UNICEF.

¹³¹ Shell-Duncan, B., Njue, C., et Moore, Z. (2017). [La médicalisation des mutilations génitales féminines : que révèlent les données ?](#). Evidence to End FGM/E: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.

¹³² Ibid.

¹³³ OMS (2016). [Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications sanitaires des mutilations génitales féminines: Genève.](#)

¹³⁴ Rashid, A., Iguchi, Y., Afiqah, SN (2020) « [Médicalisation de l'excision en Malaisie: une étude de méthodes mixtes](#) ». *PLoS Med* 17(10).

¹³⁵ Shell-Duncan, B., Njue, C., et Moore, Z. (2017). [La médicalisation des mutilations génitales féminines : que révèlent les données ?](#). Evidence to End FGM/E: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.

¹³⁷ Rashid, A., Iguchi, Y., Afiqah, SN (2020) « [Médicalisation de l'excision en Malaisie: une étude de méthodes mixtes](#) », *PLoS Med* 17 (10). Voir aussi Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019) « [Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting \(FGM/E\): learning from \(policy\) experiences across countries](#) ». *Santé génésique* 16, 158.

¹³⁸ OMS (2010). [Stratégie mondiale visant à empêcher les prestataires de soins de santé de pratiquer les mutilations génitales féminines : ONUSIDA, PNUD, FNUAP, HCR, UNICEF, UNIFEM, OMS, FIGO, CIN, OIM, MWIA, WCPT, AMM.](#)

¹³⁹ Rashid A, Iguchi Y, Afiqah SN (2020) « [Médicalisation de l'excision en Malaisie: une étude de méthodes mixtes](#) », *PLoS Med* 17 (10). Voir aussi Leye, E., Van Eekert, N., Shamu, S. et al. (2019) « [Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting \(FGM/E\): learning from \(policy\) experiences across countries](#) ». *Santé génésique* 16, 158

¹⁴⁰ 28 Trop De (2018). [Le droit et les MGF: un aperçu de 29 pays africains'](#)

¹⁴¹ 28 Trop De (2018). [Mali : Le droit et les MGF](#)

¹⁴² HCR (2009). [Note d'orientation sur les demandes d'asile relatives à la mutilation génitale féminine.](#)

¹⁴³ Comité exécutif du HCR (2007). Conclusion sur les enfants à risque, n° 107 (LVIII).

¹⁴⁴ Elise Petitpas et Johanna Nelles (2015) « La Convention d'Istanbul: nouveau traité, nouvel outil ». *Revue des migrations forcées* 49

¹⁴⁵ Union européenne (2011). [Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil](#) concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de la protection accordée

¹⁴⁶ Novak-Irons, F. (2015). « [Mutilations génitales féminines: un cas d'asile en Europe](#) ». *Examen des migrations forcées*, 49.

¹⁴⁷ Annemarie Middelburg, Anita Balta (2016). « [Les mutilations génitales féminines comme motif d'asile en Europe](#) ». *International Journal of Refugee Law*, volume 28, numéro 3, 1er octobre 2016, pages 416-452

¹⁴⁸ Flamand, C. (2015). « [MGF: défis pour les demandeurs d'asile et les fonctionnaires](#) ». *Examen des migrations forcées*, 49

¹⁴⁹ Proudman, C. (2019) « [Demandes d'asile MGF](#) ». *Conseil*.