

DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

La perpétuation de la pratique de l'excision en contexte migratoire

Armelle ANDRO, Marie LESCLINGAND, Dolorès POURETTE

Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Université Nice Sophia Antipolis, INED

Les mutilations sexuelles touchent essentiellement les populations féminines vivant en Afrique mais les femmes migrantes ou filles de migrantes, originaires de pays à risque et vivant dans les pays du Nord, sont également concernées par cette pratique. Dans le monde, l'OMS estime que 5% des femmes mutilées vivent dans les pays du Nord, soit près de 6 millions de femmes et de fillettes (WHO, 1996).

L'excision est essentiellement pratiquée dans 28 pays du continent africain. Dans les pays d'origine, les données des enquêtes démographiques et de santé montrent que c'est principalement avant l'âge de 15 ans que les fillettes sont mutilées. La prévalence de la pratique est très variable d'un pays à l'autre, le premier facteur explicatif étant l'appartenance ethnique (Yoder *et al.*, 2004).

La présence de populations à risque en France est le fruit des migrations provenant d'Afrique Sub-saharienne. Les pays d'origine à risque les plus représentés dans les populations migrantes en France sont le Mali et le Sénégal, puis viennent les autres pays d'Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Guinée, Mauritanie, Burkina-Faso, Togo). Une estimation réalisée à partir des données des enquêtes démographiques et de santé et des données de la statistique publique française disponibles a permis d'évaluer à environ 55 000 le nombre de femmes adultes excisées en France en 2004 (Andro, Lesclingand, 2007). En revanche, nous ne disposons pas d'estimation concernant les mineures (qui sont, pour la plupart filles de migrantes) pour deux raisons principales : il n'existe pas de données nationales permettant de connaître l'origine des générations les plus jeunes ; il existe très peu d'informations sur la perpétuation de la pratique en contexte migratoire.

Les mutilations sexuelles féminines sont une pratique que l'on peut qualifier de culturelle au sens où elles se rattachent à une tradition justifiée par des normes sociales inscrites dans un système de rapports de genre inégalitaire. Elles sont sensées être une étape incontournable dans le passage à l'âge adulte pour les filles dans les pays concernés et se sont les familles qui sont donc les dépositaires de ce rite de passage (Bellas-Cabane, 2007, 2008).

La pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et associatifs dès le début des années quatre-vingt. L'État a mis en place une réponse juridique : le premier procès contre des parents et une exciseuse a eu lieu en 1979 et depuis, on en dénombre environ 30. La loi du 4 avril 2006, qui allonge le délai de prescription pour les actes de mutilations, vient renforcer cet arsenal juridique efficace. La réponse des associations de lutte contre les mutilations a été avant tout préventive : ces acteurs se sont surtout préoccupés de prévention et d'information, s'adressant à la fois aux populations immigrées originaires des pays à risque et aux professionnels de la santé et de l'action sociale susceptibles d'être confrontés au problème. Les centres de protection materno-infantile ont été particulièrement à la pointe de la prévention et les campagnes semblent avoir porté leurs fruits : les actes de mutilations sur le territoire national ont quasiment disparu chez les fillettes fréquentant les centres de PMI. Cependant les acteurs de la prévention sont unanimes pour penser que le problème de la prévention s'est peut être déplacé à une autre période de leur vie pour une partie des jeunes filles originaires de pays à risque. Récemment, une avancée marquante a été réalisée dans ce domaine avec la mise au point d'une technique de chirurgie réparatrice permettant de reconstituer le clitoris des femmes excisées. Cet acte chirurgical est

depuis peu reconnu et remboursé par la Caisse nationale d'assurance maladie. Enfin, depuis 2007, une politique de santé publique concernant les mutilations sexuelles féminines a été affichée, notamment à travers le plan « Violences et Santé » et la tenue dans différentes régions concernées, de colloques sur le sujet et d'actions diverses. Le projet de recherche « ExH : Excision et handicap » a été mis en œuvre dans ce contexte¹.

Les pouvoirs publics français sont donc confrontés à la nécessité de poursuivre des politiques de prévention des excisions des filles et jeunes filles originaires de pays à risque. Mais ils doivent le faire en tenant compte du contexte familial dans lequel cette pratique s'exerce. De notre point de vue, il s'agit d'une part de convaincre certains responsables légaux (le père et la mère) d'abandonner cette pratique, et d'autre part de soutenir ceux qui sont déjà convaincus en leur donnant les moyens de s'en tenir à leur décision. Pour mener à bien ce travail de prévention, il est nécessaire de comprendre de manière fine le sens et les enjeux de cette pratique dans les milieux familiaux concernés aujourd'hui, de saisir les motivations et les stratégies des familles afin de comprendre pourquoi certaines d'entre elles envisagent d'exciser leurs filles et d'autres non.

Données

L'enquête qualitative du projet ExH, menée auprès de femmes et d'hommes concernés par l'excision, a permis de mettre en avant différents constats. Les données sont issues d'une enquête socio-anthropologique réalisée en 2007 sous forme d'entretiens semi-directifs auprès d'une trentaine de femmes et d'hommes, vivant en France et originaires de groupes ethniques pratiquant l'excision. Les entretiens sont analysés selon une double perspective : une perspective thématique transversale, et une perspective biographique, où chaque cas est étudié dans sa globalité. Il s'agit de saisir les formes de risque de mutilation auxquelles sont confrontées les filles originaires de pays à risque et de comprendre l'inscription de cette pratique dans le contexte social et familial des femmes et des filles qui en ont été victimes, en mettant à jour les processus qui conduisent à abandonner ou au contraire maintenir cette pratique en situation de migration.

Résultats

Tout d'abord, le caractère néfaste et illégal de telles pratiques est mis en avant par tous les enquêtés, hommes et femmes même si certains pensent que cette pratique peut se justifier. Les conséquences pour la vie génésique des femmes sont plus ou moins bien connues mais elles sont reconnues. La question de l'existence de « droits à la sexualité » pour les femmes n'est pas toujours évidente pour les hommes, notamment quand ils parlent de leurs filles. La question de l'identité et la place de la sexualité dans celle-ci est centrale dans les problématiques des femmes excisées et est donc un facteur central dans la construction du risque de perpétuation de ces pratiques. En effet, ce sont particulièrement les difficultés rencontrées dans leur vie

¹ Le projet de recherche « ExH : excision et handicap », se propose de faire un état des lieux de la situation des mutilations sexuelles en France. Soutenu par l'ANR, la DGS, l'Ined et l'ACSE, ce projet a été initié en janvier 2006 dans le cadre du premier appel d'offre blanc « Jeunes chercheuses, jeunes chercheurs » de l'ANR (Agence Nationale de la Recherche). La question des mutilations sexuelles féminines en France soulève plusieurs problèmes de santé publique différents : l'évaluation du nombre de femmes concernées, la définition des contours d'une prise en charge adaptée des femmes déjà excisées d'une part, et enfin, la prévention de l'excision des filles. Or, on manquait jusqu'à présent d'informations suffisantes, au niveau national, pour concevoir des stratégies d'action publique concertées dans ces différents domaines. Le projet ExH se propose d'apporter un certain nombre d'éclairages sur ces deux problèmes de santé publique, à travers trois opérations complémentaires : une estimation nationale du nombre de femmes adultes concernées, une enquête qualitative permettant de mieux saisir les logiques familiales encadrant cette pratique en situation de migration, une enquête quantitative nationale, inédite sur les conséquences de cette mutilation pour les femmes concernées. Ce sont les résultats de l'enquête qualitative qui sont présentés ici.

sexuelle qui conduisent les femmes interrogées à aborder la question de l'excision soit dans une perspective de réparation pour elles-mêmes, soit dans une perspective de prévention pour leurs filles. Le droit à la sexualité est sans doute une des dimensions importantes pour l'argumentaire de prévention. La notion de droit à une sexualité épanouie fait sens pour la très grande majorité des femmes interrogées et pour une partie des hommes aussi. Mais le positionnement parfois ambivalent des hommes sur le rôle de l'excision dans le contrôle de la sexualité de leurs filles ou futures filles est un facteur de risque.

La communication autour de la pratique de l'excision est quasi inexistante au sein des familles dans lesquelles des femmes et des filles ont pourtant subi cette mutilation. Parallèlement à cette carence de dialogue dans les familles, les acteurs de santé – gynécologues, médecins, etc... – se montrent souvent peu ou pas informés sur cette pratique et inaptes ou mal préparés à aborder la question avec leurs patientes. Les entretiens ont souligné l'importance des médias et notamment de la télévision comme vecteurs d'information. L'importance de la communication avec les paires – sœurs, amies, cousines – a aussi été mise en évidence. Les femmes regrettent néanmoins l'absence de lieux spécifiques ou de groupes de paroles où elles pourraient rencontrer d'autres femmes excisées et échanger avec elles à propos de leur expérience de l'excision et plus largement celle de la sexualité.

Il apparaît clairement dans les entretiens que les parents se trouvent, en situation de migration, face à des injonctions normatives totalement contradictoires. Les femmes interrogées expriment bien cette difficulté à trouver la bonne solution pour résoudre ce dilemme : être un bon parent au regard des normes sociales dans le pays d'origine, c'est exciser sa fille alors que dans le pays d'accueil c'est justement l'abandon de la pratique qui atteste d'une parentalité vertueuse. Ces injonctions contradictoires peuvent sans doute expliquer pourquoi dans de nombreuses familles, la pratique de l'excision est abandonnée pour les plus jeunes filles de la fratrie.

Les femmes interrogées souhaitent protéger leurs filles du risque d'excision. Si elles ne formulent pas de craintes sur le fait que leurs filles puissent être excisées en France, le risque d'excision pour les filles résidant en France aujourd'hui est donc très clairement lié aux voyages dans le pays d'origine. Selon leur parcours, les mères se sentent plus ou moins vulnérables aux pressions familiales. Le risque est fort pour celles qui ont été socialisées en Afrique, indépendamment de leur ancienneté de résidence en France car elles sont encore considérées, par leur famille d'origine, comme des femmes africaines ; de même pour les femmes qui sont ballottées entre les deux univers de référence et qui ne vivent pas très bien leur double appartenance, il persiste un risque latent pour leurs filles. En revanche, le risque est quasiment nul pour les femmes socialisées en France.

Conclusion

C'est principalement autour de la sexualité que les écarts entre les normes parentales familiales et les normes sociales de la société d'accueil peuvent être les plus grands. L'éducation à la sexualité est alors essentielle tant auprès des enfants qu'auprès des parents : informer les familles à la question des droits sexuels est sans doute un enjeu important. Dans les dispositifs de prévention, il est essentiel de réussir à impliquer davantage les hommes. Même si ces derniers se déclarent souvent peu concernés par le sujet, les entretiens menés auprès des femmes montrent bien leur rôle prépondérant dans les prises de décisions.

Un autre axe primordial de la prise en charge des mutilations sexuelles féminines reste la formation des praticiens médicaux (médecins, gynécologues, sages femmes, infirmières, etc...). La connaissance des conséquences médicales de l'excision doit se renforcer. C'est la démarche initiée par le Ministère de la Santé et les résultats de l'enquête quantitative *ExH* sont maintenant là pour renforcer les connaissances et l'efficacité des protocoles de prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRO Armelle et LESCLINGAND Marie, 2007 - « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », Paris, INED (*Populations et Sociétés* n°438, 4 p)
- BELLAS CABANE Christine, 2008 - *La coupure. L'excision ou les identités douloureuses* - Paris, La Dispute, 256 p.
- BELLAS CABANE Christine, 2007 - « Fondements sociaux de l'excision dans le Mali du XXI^{ème} siècle », in Jane FREEDMAN et Jérôme VALLUY (dir.), *Persécutions des femmes. Savoirs, mobilisations et protections* - Paris, Editions Du Croquant, pp. 151-187.
- WHO, 1996. – Female genital mutilation : Information kit. – Genève, World Health Organisation
- YODER P. Stanley, ABDERRAHIM Noureddine et ZHUZHUNI Arlinda, 2004. – *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys : A Critical and Comparative Analysis*. – Calverton (Maryland), ORC Macro, 65 p. (DHS Comparative Reports No. 7).