



## Mutilations sexuelles féminines

### Rapport du Secrétariat

1. Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales. Elles ne présentent aucun avantage pour la santé et sont préjudiciables à bien des égards aux jeunes filles et aux femmes. En comportant l'ablation de tissus génitaux normaux et sains ou en endommageant ces tissus, elles entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin. Cette pratique entraîne des douleurs violentes et a des conséquences immédiates et plus durables sur la santé, notamment un risque accru de morbidité maternelle et un taux accru de mortalité périnatale chez les enfants nés de mères ayant subi ces mutilations.

2. On estime de 100 à 140 millions le nombre de filles et de femmes dans le monde<sup>1</sup> qui ont été soumises au type I, II ou III d'interventions,<sup>2</sup> et qu'environ 3 millions de jeunes filles et de femmes risquent d'être soumises à ce type de pratique chaque année en Afrique. Des mutilations sexuelles féminines ont été rapportées dans 28 pays d'Afrique et plusieurs pays d'Asie et du Moyen-Orient. Certaines formes de pratiques ont également été signalées dans d'autres pays, notamment dans certains groupes ethniques d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. Bien qu'on ne dispose pas de données relatives à la prévalence, il semblerait qu'un nombre croissant de jeunes filles et de femmes vivant en dehors de leur pays d'origine, notamment en Amérique du Nord et en Europe occidentale, aient subi ou risquent de subir des mutilations sexuelles féminines dans le pays hôte.

3. Au cours des 20 ou 30 dernières années, les intervenants locaux, nationaux et internationaux ont sensiblement accru leurs efforts en vue d'éliminer les mutilations sexuelles féminines et ont progressé sur différents fronts. La pratique est désormais internationalement reconnue comme une violation des droits humains et de nombreux pays ont mis en place des politiques et une législation visant à l'interdire. Il semble que la pratique perde du terrain dans de nombreuses communautés. Les résultats des recherches ont permis de mieux connaître la pratique elle-même et les raisons qui font qu'elle perdure, ainsi que les interventions qui peuvent en favoriser l'abandon. La sensibilisation au niveau international a permis de créer une dynamique laissant supposer qu'il est possible de réduire sensiblement la prévalence des mutilations sexuelles féminines en une génération.

---

<sup>1</sup> Extrapolation à partir d'estimations selon lesquelles 92 millions de jeunes filles et de femmes actuellement âgées de 10 ans et plus ont subi cette pratique en Afrique.

<sup>2</sup> Type I – excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ; type II – excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres ; type III – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation).

4. Suite à l'adoption par l'Assemblée de la Santé en 1994 de la résolution WHA47.10 sur les pratiques traditionnelles (mutilations sexuelles féminines comprises) nocives pour la santé des femmes et des enfants, le Secrétariat a fourni un soutien technique accru aux Etats Membres pour la prévention de cette pratique et la prise en charge de ses conséquences. Ce soutien comportait notamment l'élaboration et la diffusion d'une série de documents d'orientation sur la prévention et la prise en charge des complications sanitaires de cette pratique, destinés à être utilisés au niveau de l'élaboration des politiques, des programmes et de la formation spécialisée.

5. Les résultats d'une étude menée par l'OMS dans six pays africains concernant les séquelles obstétricales des mutilations sexuelles féminines<sup>1</sup> montrent que les accouchements pratiqués chez des femmes ayant subi cette pratique (par rapport aux femmes qui ne l'ont pas subie) avaient sensiblement plus de chances d'être compliqués (césarienne, hémorragie du post-partum, épisiotomie et hospitalisation prolongée). De plus, les enfants nés de mères ayant subi cette pratique courent un plus grand risque de décès pendant l'accouchement ou de réanimation immédiatement après la naissance.

6. Le soutien permanent de l'OMS à la recherche sur les mutilations sexuelles féminines comprend des évaluations portant sur la façon dont les interventions à base communautaire qui se sont révélées efficaces peuvent être reproduites ailleurs, les éléments de la prise de décision qui contribuent à la perpétuation ou à l'abandon de la pratique et le rôle joué par la conception de la sexualité féminine dans la poursuite de cette pratique. Le Secrétariat entend, au cours des prochaines années, évaluer le coût économique des mutilations sexuelles féminines – qu'il s'agisse des frais médicaux immédiats ou du coût à long terme des pathologies et des conséquences psychologiques. Il appréciera également les effets des mesures juridiques et prévoit de mettre en place des moyens électroniques ou autres moyens audiovisuels pour la formation des professionnels de santé afin de prévenir, dans la mesure du possible, les mutilations sexuelles féminines et d'en gérer efficacement les conséquences pour la santé des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés.

7. Tous les bureaux régionaux de l'OMS des Régions où ces mutilations se pratiquent sont engagés dans des activités visant à les éliminer. Depuis 1989, date à laquelle le Comité régional de l'Afrique a, dans la résolution AFR/RC39/R9, invité les Etats Membres à adopter des politiques et des stratégies appropriées pour éliminer l'excision, le Bureau régional a aidé ses Etats Membres à mettre en place des programmes visant à éliminer cette pratique, conformément au plan d'action régional de 20 ans visant à accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique. En Asie du Sud-Est, le Bureau régional collabore avec le Ministère indonésien de la Santé, préoccupé par la tendance croissante à la pratique des mutilations sexuelles féminines par des professionnels de santé. En Europe, on s'inquiète des mutilations sexuelles féminines pratiquées dans les populations immigrées, et le Bureau régional fournit aux Etats Membres des orientations concernant les soins de santé et la législation régissant ces pratiques. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a publié des lignes directrices concernant l'élimination des mutilations sexuelles féminines.

8. Néanmoins, les progrès enregistrés sur la voie d'une diminution sensible de la pratique sont encore lents. Dans certains pays, il semble que ces mutilations sexuelles féminines soient de plus en plus pratiquées par des professionnels de santé, fait nouveau particulièrement inquiétant pour l'OMS. Aussi est-il urgent de renforcer les mesures prises, la volonté politique et les ressources consacrées à l'élimination de cette pratique en une génération.

---

<sup>1</sup> *Lancet*, 2006 ; 367: 1835-1841.

9. L'OMS coordonne donc la révision de la Déclaration OMS/FNUAP/UNICEF de 1997 sur les mutilations sexuelles féminines afin de renforcer l'engagement international en faveur de l'élimination de cette pratique. Officiellement annoncée en février 2008 à l'occasion de la cinquante-deuxième session de la Commission de la Condition de la Femme du Conseil économique et social, la Déclaration interinstitutions révisée tient compte des données nouvelles et des enseignements de l'expérience au cours de la dernière décennie. Elle souligne que les aspects juridiques et relatifs aux droits fondamentaux de ce problème sont désormais largement reconnus et récapitule également les résultats de travaux de recherche récents portant sur la prévalence des mutilations sexuelles féminines, les raisons pour lesquelles la pratique se perpétue et ses effets préjudiciables pour la santé des femmes, des jeunes filles et des nouveau-nés. Elle énonce une série de mesures à prendre par les différents intervenants. La Déclaration conjointe est le produit d'une vaste consultation des différents partenaires nationaux, régionaux et internationaux, et dix organismes des Nations Unies l'ont signé (UNESCO, OMS, UNICEF, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, PNUD, HCR, FNUAP, Haut Commissariat aux Droits de l'Homme, Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme et ONUSIDA).

10. A sa cent vingt-deuxième session,<sup>1</sup> le Conseil exécutif a fermement soutenu le renforcement, aux niveaux national, régional et international, des efforts visant à éliminer les mutilations sexuelles féminines, pratique qui viole les droits humains des femmes et des filles. Plusieurs membres ont exprimé une préoccupation particulière au sujet de la tendance croissante à la pratique de mutilations sexuelles féminines par des professionnels de santé et souligné le rôle de l'OMS, qui doit s'employer à stopper, voire à inverser, cette médicalisation de la pratique. Bien que le Conseil ait unanimement appuyé le projet de résolution, les membres n'ont pu se mettre d'accord sur un texte définitif pour certains des amendements proposés. Aussi deux paragraphes du projet de résolution soumis à l'Assemblée de la Santé pour examen contiennent-ils un texte entre crochets.

## **MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

11. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB122.R13.

= = =

---

<sup>1</sup> Voir le document EB122/2008/REC/2, procès-verbal des sixième, neuvième et dixième séances.