



**Rapport final  
de la journée consacrée  
à l'excision**

**le 21 mai 2001 - à Berne**

**4** Editorial de **Leni Robert**, présidente de PLANeS et **Elsbeth Müller**, secrétaire générale du Comité suisse pour l'UNICEF

**5** Des filles et des femmes mutilées, par **Ruth-Gaby Vermot-Mangold**, Conseillère nationale et membre du Conseil de l'Europe

## **6 L'EXCISION: CONTEXTE CULTUREL ET JURIDIQUE**

Contexte culturel de la mutilation génitale féminine, par **Berhane Ras-Work**, Présidente du Comité Inter-Africain

**13** Cellule de coordination sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants CPTAFE, par le **Dr. Morissanda Kouyaté**, Secrétaire général de la CPTAFE

**14** Excision et droits de l'homme, par **Christina Hausammann**, juriste

## **20 L'EXCISION EN SUISSE**

La pratique de l'excision – en Suisse aussi: L'enquête menée auprès des gynécologues en Suisse, par **Prof. Dr. med. Patrick Hohlfeld**, Président de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO)

**21** La mutilation génitale féminine comme motif d'asile dans la procédure d'asile en Suisse, par **Patricia Ganter**, Office fédéral des réfugiés (ODR)

## **24 COMPTES RENDUS DES ATELIERS**

Atelier «Aspects médicaux de l'excision»: Responsables: **Heli Bathijah**, Organisation mondiale de la santé (OMS) et **Prof. Dr. med. Patrick Hohlfeld**, Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO)

**24** Atelier «Aspects politiques et sociaux de l'excision sous l'angle particulier de la Suisse»: Responsables: **Liliane Maury-Pasquier**, Conseillère nationale; **Zeedah Meierhofer-Mangeli**, Treffpunkt für Schwarze Frauen; **Patricia Ganter**, Office fédéral des réfugiés (ODR)

**26** Atelier «Contexte culturel et social de l'excision»: Responsables: **Berhane Ras-Work**, Comité Inter Africain et **Dr. Morissanda Kouyaté**, Cellule de coordination sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CPTAFE)

**26** Résumé des résultats des groupes de travail

## **27 ANNEXES**

Organisation de la journée

**27** Programme de la journée du 21 mai 2001 à Berne

**28** Liste des participantes et participants

**Impressum:** les textes de la première et de la seconde partie comprennent les exposés des experts invités. La présentation du Prof. Dr. med. Patrick Hohlfeld, Président de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, a été résumée pour ce rapport par S. Schulze. Les textes de la troisième partie s'appuient sur les comptes rendus des ateliers.

Comité suisse pour l'UNICEF  
Baumackerstrasse 24, 8050 Zurich  
Tél. +41 (0)1 317 22 66, Fax +41 (0)1 317 22 77  
www.unicef.ch  
info@unicef.ch



Ce n'est pas seulement dans le contexte africain, mais en Suisse aussi, que l'excision nous appelle à intervenir. La discrimination des femmes et la mutilation des petites filles enfreignent des droits fondamentaux de la personne humaine et requièrent la solidarité et la bonne volonté de chaque Etat. Jusqu'à maintenant, la Suisse s'est engagée au plan international sur la question de l'excision mais n'a élaboré que très succinctement des directives dans le domaine de la santé et de l'asile. Les rumeurs quant au fait que l'excision serait pratiquée en Suisse aussi parmi les migrants et migrantes africains sont restées sans effet. Une enquête menée au printemps 2001 par UNICEF Suisse et la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique auprès des gynécologues en Suisse a également fourni des indications dans ce sens; cette enquête a montré aussi que les médecins étaient ap-

pelés, beaucoup plus souvent qu'on le croyait, à traiter des femmes excisées et à faire face à la problématique de l'excision des petites filles. Ces circonstances exigent que l'on intervienne.

La journée organisée en mai 2001 par le Comité suisse pour l'UNICEF et la Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive (PLANeS) devait servir en premier lieu de forum d'information et de discussion pour toutes les organisations et autorités politiques touchées par la thématique de l'excision en Suisse et au plan de la coopération internationale. L'excision a été abordée sous différents aspects: le contexte social et culturel a été analysé, tout comme la situation des droits de l'homme et l'excision comme motif d'asile en Suisse. Les résultats de l'enquête menée auprès des gynécologues en Suisse ont également été présentés. La conférence avait aussi pour objectif important de déceler les besoins d'intervention en Suisse et de concevoir des stratégies appropriées afin de pouvoir agir efficacement, de manière adéquate, contre l'excision au plan de la politique intérieure et extérieure.

Le présent rapport donne un aperçu des résultats de la journée et indique les mesures supplémentaires à prendre, notamment dans la lutte contre l'excision.

Comité suisse  
pour l'UNICEF

Elsbeth Müller  
Secrétaire générale

PLANeS

Leni Robert  
Présidente

## DES FILLES ET DES FEMMES MUTILÉES

De par le monde, des milliers de petites filles et de jeunes femmes se font mutiler dans les pires conditions. Durant l'opération généralement pratiquée par des femmes âgées, de nombreuses victimes meurent dans d'atroces souffrances. Ces mutilations génitales sont irréversibles et fortement préjudiciables à la santé. Les grossesses et les naissances se transforment alors très souvent en un drame où des vies sont en jeu. Pour être victimes de mutilations génitales, deux millions de femmes doivent craindre chaque année de ne pas survivre à la naissance de leur enfant.

Il existe différents arguments pour justifier ces pratiques cruelles en les recouvrant du fin manteau de la portée culturelle. Toutes ces justifications – qui invoquent les traditions, la protection de la virginité, l'intégration des femmes dans la société, l'esthétique, la nubilité, le soutien de la fertilité et le renforcement de la cohésion religieuse – servent en fin de compte à masquer des réalités néfastes aux femmes.

Les mutilations génitales constituent une violation des droits de l'homme et une atteinte massive à l'intégrité physique et psychique des filles et des femmes. Des organisations féminines européennes et internationales sont ainsi de plus en plus nombreuses, ces dernières années, à se pencher sur cette problématique dans le but de donner une portée réelle et durable aux droits humains – donc aux droits des femmes – par des revendications claires. Chaque être humain devrait avoir droit à la vie, à la liberté et à la sécurité. Personne ne doit subir des traitements inhumains ou dégradants ; de surcroît, tous les humains ont droit à une protection juridique efficace contre tout acte qui violerait leurs droits fondamentaux. Chaque personne a par ailleurs le droit à la santé et au bien-être – des droits qui sont inscrits aussi bien dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels que dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples.

Lors de la Conférence sur les femmes qui s'est tenue à Beijing en 1995, il a également été question de la mutilation génitale des filles et des femmes. Une plate-forme qui bénéficiait d'un large soutien et qui a été adoptée par les Etats membres de l'ONU condamnait les pratiques et les conséquences de l'excision. La convention relative aux droits de l'enfant qui demande que les nouveau-nés de sexe féminin et les petites filles soient protégés contre toute forme de violence physique et psychique et contre les mauvais traitements a été particulièrement mise en évidence. Cette même convention demande aux Etats de prendre des mesu-

res appropriées pour combattre les pratiques traditionnelles qui mettent en danger la santé des enfants.

Le Conseil de l'Europe interdit dans diverses résolutions et recommandations les pratiques préjudiciables aux femmes, en se référant avant tout à l'égalité des hommes et des femmes et à la Convention européenne sur la protection des enfants. Il rappelle que les mutilations génitales sont assimilables à la torture et à un traitement cruel et dégradant.

Aujourd'hui, la mutilation génitale n'est plus seulement pratiquée dans des pays africains lointains comme le Burkina Faso, la Côte-d'Ivoire, le Ghana, le Sénégal, la Tanzanie ou le Togo : en raison de la migration de familles africaines vers l'Europe, elle est devenue un thème d'actualité ici aussi. Nous savons désormais que la mutilation génitale est pratiquée chez nous aussi. Ceci a incité différents pays d'origine et d'immigration à concevoir une législation particulière afin de condamner la mutilation génitale des femmes et des filles au titre de violation des droits de l'homme et de la frapper d'une peine. En plus de 11 pays africains, il s'agit de la Norvège, de l'Angleterre, de la Suède et de la Belgique. Différents Etats membres du Conseil de l'Europe financent en outre des projets réalisés dans les écoles et les lieux de formation en matière d'éducation sexuelle et de sensibilisation pour lutter contre les mutilations génitales et la violence.

Toutes les conventions et les lois n'ont pas réussi à faire disparaître les mutilations génitales. Elles continuent de se pratiquer dans de nombreux pays de façon totalement clandestine. Il est donc extrêmement important – comme c'est timidement le cas en Suisse – que les autorités s'intéressent aux victimes de l'excision dans le cadre de la procédure d'asile, dans la mesure où les requérantes d'asile la font valoir comme motif de fuite. Dans le rapport que j'ai présenté au Conseil de l'Europe, je recommande aux Etats membres de reconnaître dans le droit d'asile les violations des droits fondamentaux des femmes comme une forme de persécution. La protection de ces femmes et de ces filles doit avoir incontestablement la priorité.

**Ruth-Gaby Vermot-Mangold**, Conseillère nationale et membre du Conseil de l'Europe

# Contexte culturel et juridique de l'excision

## Contexte culturel de la mutilation génitale féminine

Par **Berhane Ras-Work**, Présidente du Comité Inter-Africain

**L'excision n'est pas un problème confiné à l'Afrique mais est considérée de plus en plus, en Europe aussi, comme un problème international. La forme de l'excision et l'âge auquel elle est pratiquée diffèrent d'un pays à l'autre. Toutes les formes de mutilation ont en revanche en commun un profond ancrage dans la tradition. Les organisations sont nombreuses aujourd'hui à lutter activement contre l'excision.**

C'est extrêmement gratifiant et encourageant de noter que le problème des mutilations génitales féminines (MGF) devient une préoccupation internationale qui trouve une résonance toute particulière dans les pays européens. Cette conférence est encore une démonstration de la prise de conscience et la réalisation que la pratique des MGF n'est pas un problème cantonné à la région Afrique, bien que ce soient les Africains qui en assument la plus grande part du fait que cette pratique est étroitement liée au système des valeurs de nos traditions.

La pratique des MGF est une affaire de droits humains en tant que forme de violence qui affecte la vie de millions d'individus. Les femmes ont appris à vivre avec les MGF à travers le processus rigoureux de socialisation et le système puissant de sanctions sociales qui continue de confirmer sa validité. Le manque d'alternatives pour survivre ou pour faire des choix éclairés place les victimes dans une situation de fait accompli.

### Que sont les mutilations génitales féminines ?

La mutilation génitale féminine, communément appelée excision, est l'ablation partielle ou totale des organes génitaux extérieurs de la femme.

### Qui effectue l'opération? Comment?

L'opération est généralement effectuée, dans des conditions hygiéniques déplorables, par une femme âgée sans forma-

tion, Ouddo en Somalie, Daya en Egypte, Khafeda au Soudan, à l'aide de lames de rasoir, de morceaux de verre ou d'un couteau. Ces mêmes femmes, dans la plupart des pays, sont des accoucheuses traditionnelles et des guérisseuses. Au Mali, au Nigeria et en Sierra Leone, des tradipraticiens exercent cette activité pour en tirer des revenus. Au Soudan, en Somalie, en Djibouti et au Nigeria, certaines mères amènent leurs filles dans des cliniques pour s'assurer que l'opération sera faite sous surveillance médicale. Dans les régions reculées, sans exciseuses professionnelles à proximité, les fillettes sont opérées par de vieilles grands-mères ou tantes. Dans certaines communautés, ce sont les barbiers qui sont chargés du rituel.

### Types de mutilations génitales féminines

A ce jour, les différents types identifiés sont: sunna, clitoridectomie, excision, infibulation, dé-fibulation, ré-infibulation, l'incision Gishiri et l'incision Angurya.

**Sunna:** Bien que 'sunna' veuille dire purification selon la religion islamique, dans ce contexte il implique l'ablation du capuchon clitoridien.

La **clitoridectomie** est l'ablation du clitoris.

**L'excision** est l'ablation du clitoris et tout ou partie des petites lèvres et le frottement des blessures avec des herbes locales pour la guérison.

**L'infibulation** (excision pharaonique ou excision soudanaise) est l'ablation du clitoris, des petites et des grandes lèvres et la suture des deux bords de la vulve, laissant un orifice minuscule pour l'écoulement des urines et du sang menstruel.

**La dé-fibulation** est pratiquée sur une jeune mariée pour faciliter les rapports sexuels ou sur une mère pendant l'accouchement pour élargir le passage cicatrisé par l'infibulation.

**La ré-infibulation** est pratiquée sur des femmes qui ont perdu leur infibulation, sur de jeunes mères après l'accouchement ou sur des épouses en prévision d'une longue absence de leurs maris.

**L'incision Gishiri** est une symphysiotomie traditionnelle en cas d'accouchement prolongé. L'accoucheuse incise les tis-

sus souples et le périnée pour élargir le passage. Parfois, l'incision touche la vessie et le rectum, ayant pour résultat des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.

**L'incision Angurya** est l'ablation de la boucle de l'hymen sur des bébés de sexe féminin, croyant que si la boucle n'est pas enlevée, elle continuera à grandir et finira par sceller l'orifice vaginal. Cependant, sans être touchée, la boucle disparaît pendant les premières semaines de vie.

D'après les informations reçues, ces deux incisions ne sont pratiquées que dans certaines régions du Nigeria.

### Quelles sont les conséquences des mutilations génitales féminines?

Les conséquences immédiates sont: douleurs violentes, hémorragie, infections aiguës, septicémie.

Les conséquences ultérieures sont: complications chroniques, hémato-colpos (accumulation du sang menstruel), fistules, manifestations fonctionnelles, VIH/Sida.

### Age

L'âge auquel une fillette est soumise à la pratique varie d'une région à l'autre et dans le même pays, d'une communauté à l'autre. Par exemple, en Ethiopie parmi les populations des hauts plateaux, une petite fille est excisée à l'âge de 7 jours. Parmi les populations des plaines près de la frontière somalienne, les fillettes sont infibulées à l'âge de 6 ou 7 ans.

Dans les pays de l'Afrique de l'ouest où la MGF est pratiquée en tant que rite d'initiation, l'âge va de 13 ans jusqu'au mariage. Parmi les Ibos au Nigeria, l'excision est pratiquée juste avant le mariage. Les Abohs dans le sud-ouest du Nigeria excisent une femme juste avant la naissance de son premier enfant.

### Raisons avancées de la persistance des mutilations génitales féminines

Les raisons de la poursuite de la pratique des MGF varient selon le contexte socioculturel dans lequel elle existe. Les justifications majeures sont:

- éthique morale ou religieuse
- virginité: dot ou honneur de la famille
- considérations anatomiques ou esthétiques
- besoin d'intégration sociale
- prévention de la mortalité infantile
- hygiène

### Religion

La raison la plus souvent avancée de la pratique des MGF est la religion. Ceux qui pratiquent les MGF sont la plupart du temps convaincus que cela est imposé par l'Islam. Le christianisme est également cité comme justification. La

plupart des femmes dans les pays concernés pensent qu'en tant que bonnes musulmanes ou chrétiennes, elles se doivent de subir le rite des MGF. Un groupe de femmes en Guinée-Bissau ont exprimé cette croyance, disant: «En tant que bonnes musulmanes nous devons être excisées. Comme cela, nous sommes sûres d'avoir une sépulture musulmane en bonne et due forme. En tant qu'épouses, nous devons être purifiées par le rituel de l'excision pour pouvoir préparer la nourriture pour nos maris».

Cependant, de très hauts chefs religieux ont déclaré que ni le Coran ni la Bible n'obligent les femmes à se soumettre à cette opération. Un éminent islamologue de l'université Alhazar a dit: «Il a été rapporté que le Prophète Mohammed voyant une femme exciser une fillette lui a dit: 'Excise, mais pas trop profondément, cela rendra le visage plus lumineux et sera plus agréable pour l'époux'.

On pense généralement que la pratique a vu le jour avant l'avènement de l'Islam et qu'elle a atteint les pays où elle existe à présent bien avant la propagation de cette religion.

### Virginité

La préservation de la virginité est une justification forte, citée par les mères et les grands-mères pour perpétuer la pratique. Le professeur Corrêa du Sénégal élabore ce point comme suit:

«L'ablation du clitoris, éliminant ainsi la sensibilité sexuelle de la jeune fille, la protège de l'instabilité sexuelle et des excès, sinon de la débauche, et lui permet de garder sa virginité jusqu'au mariage. L'infibulation, qui est en fait une variante complémentaire de l'excision, était auparavant pratiquée presque partout dans le monde et l'est toujours dans quelques pays – le Soudan, la Somalie, le Djibouti – dans le but de procurer une sécurité supplémentaire à la jeune fille et de l'aider à rester sexuellement intacte jusqu'au soir de son mariage. Les jeunes filles ainsi protégées sont réputées avoir des valeurs morales très élevées et un avantage supplémentaire sur lequel les parents peuvent capitaliser en demandant une dot substantielle.»

### Considérations esthétiques et intégration sociale

Parmi certaines communautés, la croyance existe que le clitoris d'une jeune fille non excisée lui donne l'apparence d'un homme. A la naissance, tout individu est supposé être doté d'une âme masculine et féminine, qui affecte les organes de procréation. L'âme féminine de l'homme est située dans le prépuce et l'âme mâle de la femme dans le clitoris. Afin d'être intégrés dans la société, l'homme doit être débarrassé de son prépuce par la circoncision et la femme doit perdre son clitoris par l'excision.

La jeune fille non excisée est, encore de nos jours, considérée comme une citoyenne de seconde classe, impure, une 'bilekoro' selon une expression typique au Mali. Une telle jeune fille ne peut pas se marier et n'a pas le droit de préparer les repas familiaux avant d'accepter d'être excisée.

La pratique est inculquée chez les jeunes filles tout au long du processus de socialisation par leurs familles et leurs pairs. En Sierra Leone, la MGF fait partie de la cérémonie d'initiation pour devenir femme. Après l'opération physique, les jeunes filles reçoivent une formation pour devenir de bonnes épouses, mères et membres de leur communauté. Le Dr. Olyainka Koso-Thomas, dans son livre 'La circoncision des femmes', décrit la cérémonie comme un examen:

«A la fin de leur formation, habillées de leurs plus beaux vêtements et parées de leurs plus beaux bijoux, les initiées défilent dans les rues de leur ville ou village. Elles dansent, chantent, boivent et s'amuse, et leurs familles, fiancés et amis se joignent à elles pour célébrer. Après le défilé, les initiées retournent dans la brousse et jurent de garder le secret sur les activités de la société secrète. Leurs têtes, qui étaient enduites d'une argile spéciale 'bonnet du diable', sont lavées; les filles ont maintenant atteint leur statut de femme. Elles peuvent soit retourner chez leurs parents soit dans la maison de leurs maris où la fête continue jusqu'au petit matin. Les initiées reçoivent des cadeaux de la famille, des amis et fiancés.»

L'initiation qui a lieu dans le bush Sande reste un secret absolu entre les initiées, qui forment désormais une société. Une jeune fille non initiée n'est pas digne d'être épousée et n'est pas acceptée par la communauté. Elle devient un paria et n'a pas le droit de monter un commerce. Les raisons évoquées pour maintenir la pratique des MGF n'ont de justifications ni du point de vue religieux ni du point de vue scientifique. La pratique des MGF ne garantit pas la préservation de la virginité et ne réduit pas la promiscuité sexuelle. Elle n'est pas non plus une garantie de fertilité. Au contraire, elle risque d'entraîner la stérilité à cause de différents types d'infection.

L'ignorance est un facteur majeur dans le maintien de la pratique. Les parents imposent les MGF à leurs filles avec les meilleures intentions, car ils ne connaissent pas d'autre alternative que le mariage et la sécurité qu'il garantit. D'autres facteurs qui perpétuent les MGF sont:

- les gains et le statut des exciseuses,
- le manque d'une politique et des mesures gouvernementales fortes pour éradiquer la pratique,
- le niveau d'éducation insuffisant et la faible situation économique des femmes.

### Les revenus des exciseuses

Les exciseuses sont respectées dans leurs sociétés en tant que chirurgiennes et herboristes traditionnelles efficaces. Dans beaucoup de pays, elles font office d'accoucheuses traditionnelles qui rendent service aux mères pendant l'accouchement. Elles sont rémunérées en argent ou en marchandises telles que poulets, œufs, riz, etc. et elles jouissent d'une position sociale élevée. L'éradication des MGF entraîne pour ces praticiennes la perte de leur revenu et statut social. Afin de lutter efficacement contre la pratique, il est important d'assurer d'autres sources de revenus à ce groupe.

### Histoire des mutilations génitales féminines

Plusieurs hypothèses ont été avancées quant à l'origine des MGF. Shandal, dans son étude de 1963 «Excision et infibulation des femmes», déclare que «un grand nombre de femmes excisées a été trouvé parmi les momies d'anciens Egyptiens, mais peu d'infibulations ont été rencontrées». Cependant, Ghalioglu, endocrinologue et égyptologue, rapporte que des travaux de recherche soutiennent que l'état de conservation des momies ne permet pas de conclusions finales. Certains pensent aussi que la pratique des MGF était utilisée pour marquer une distinction de classe.

Dr. A.H. Taba, dans son papier sur l'excision féminine, déclare que «au 5ème siècle avant J.C., l'excision féminine était pratiquée par les Phéniciens, les Hittites et les Ethiopiens ainsi que par les Egyptiens. La pratique a été transportée d'Egypte au Soudan et à la corne de l'Afrique et a ensuite suivi la ceinture du Sahel au gré des migrations des peuples».

Le professeur Mahmoud Karim, dans son livre «Mutilation génitale féminine», fait au contraire valoir que «c'est invraisemblable que la mutilation ait démarré en Egypte étant donné qu'elle est pratiquée au Soudan et en Nubie et dans certaines des provinces voisines, mais disparaît en allant vers Sohag où les formes moins sévères de l'excision deviennent fréquentes. (...) L'Egypte est le pays le plus au nord dans la région où l'on pratique les MGF et ses voisins à l'est et à l'ouest ne la pratiquent pas. Si la coutume avait commencé en Egypte, on s'attendrait plutôt à ce que tous ses voisins aient été influencés, et non seulement ceux du sud...».

Le professeur Karim dans sa conclusion dit que selon différentes études «la mutilation génitale féminine était historiquement pratiquée en Europe et aux Etats-Unis, ainsi que dans plusieurs régions de l'Afrique. Cependant, nous manquons d'archives montrant l'étendue de la pratique. Il n'existe aucune preuve irréfutable sur les momies, les plaques ou les papyrus. Il n'y a pas de trace d'infibulation ou de ce

que l'on appelle souvent dans la littérature la circoncision pharaonique. L'excision, par contre, a bien existé en Egypte et le premier document le confirmant était un papyrus grec datant de l'an 163 avant J.-C., bien avant l'Islam et le Christianisme».

Ainsi, l'origine et l'histoire des MGF ont été éclipsées par le passage du temps et des recherches anthropologiques plus approfondies sont nécessaires pour identifier et définir sa source.

### Distribution géographique des mutilations génitales féminines

La pratique des MGF a probablement existé un peu partout dans le monde à un moment ou un autre de l'histoire, pour des raisons diverses mais toutes liées à la sexualité féminine. A présent, sa prévalence est largement observée en Afrique: Selon des rapports présentés lors de différentes réunions, la pratique existe dans les pays suivants:

Excision (clitoridectomie): Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte- d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger (dans une partie du pays), Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo, Yémen.

Circoncision (sunna): Les pays énumérés ci-dessus plus l'Australie, le Bahreïn, des régions de l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie, les Emirats Arabes Unis.

Infibulation: Djibouti, Egypte (Nubiens), Ethiopie, Mali (parmi quelques groupes ethniques), Somalie, Soudan.

Incisions Gishiri et Angurya: Nigeria.

Les trois types sont pratiqués dans quelques pays africains, tels que l'Ethiopie, selon la situation géographique des communautés et le degré de prise de conscience au sein de la population. En Djibouti, Somalie et Soudan, quelques familles instruites pratiquent la circoncision et l'excision, mais la majorité pratique l'infibulation.

Selon différents rapports, la pratique des MGF existe également en Europe parmi les populations d'immigrés au Danemark, au Royaume-Uni, en Finlande, en France, en Allemagne, en Italie, en Hollande, en Suède, etc. Le type d'opération dépend des origines culturelles de chaque famille d'immigrés. Cela peut aller de la circoncision à l'infibulation (parmi les Somaliens, Soudanais et Ethiopiens). Il paraîtrait que certains médecins au Royaume-Uni (Harley Street, Londres) l'ont pratiquée sous surveillance médicale.

## EFFORTS PROGRESSIFS POUR ÉRADICUER LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

### Organisation Mondiale de la Santé

La première initiative pour s'attaquer au problème des MGF était le Séminaire de Khartoum sur les pratiques traditionnelles, organisé par le Bureau régional de l'OMS de la Méditerranée orientale (EMRO). Des représentants de 10 pays – Burkina Faso, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Kenya, Nigeria, Oman, Somalie, Soudan et Yémen du sud – participaient à la réunion.

Un des sujets discutés était la mutilation génitale féminine en tant que pratique traditionnelle néfaste. Les complications découlant de cette pratique furent notées et des recommandations ont été faites pour son éradication progressive. En général, le séminaire a proposé la création d'une commission nationale chargée de coordonner les activités, y compris la législation, l'intensification de l'enseignement général et la sensibilisation des sages-femmes et des accoucheuses traditionnelles. L'adoption d'une politique bien définie faisait partie des recommandations.

En 1982, l'OMS a publié une déclaration sur sa position vis-à-vis des MGF (excision féminine). Dans ce papier, l'excision féminine était reconnue pour avoir des conséquences graves sur la santé. Les recommandations faites lors du séminaire de Khartoum étaient réitérées et l'OMS exprimait sa disposition à soutenir tout effort national pour éradiquer la pratique. Il était fortement déconseillé aux professionnels de la santé de pratiquer les MGF et ceci sous aucun prétexte.

L'OMS/EMRO a adopté une résolution, lors de sa 35ème session, déclarant que la santé des femmes devait être protégée en éliminant les pratiques traditionnelles néfastes.

En septembre 1989, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) a unanimement adopté une résolution qui recommande aux membres concernés d'adopter une politique et des stratégies appropriées pour éliminer l'excision féminine. Le directeur régional a été sollicité pour accorder son soutien et présenter un rapport sur le progrès fait dans ce domaine, lors de la 40ème session.

En mai 1992, lors de la Discussion technique de l'OMS sur le thème Femmes, Santé et Développement, le sujet des MGF et d'autres pratiques traditionnelles néfastes a été soulevé et une proposition a été avancée déclarant que des mesures plus courageuses devraient être prises par les communautés nationales et internationales dans le but d'éliminer les pratiques mutilantes.

Lors d'une conférence sur la maternité sans risques, tenue à Niamey en février 1989 et organisée par la Banque mondiale, le FNUAP (United Nations Population Fund),

l'OMS et l'UNICEF, un appel à l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes était inclus dans la déclaration finale.

L'OMS a initié et financé une étude relative à l'influence des MGF sur le choix de méthodes contraceptives, qui a été réalisée par le Comité Inter-Africain en Djibouti et Sierra Leone.

### UNICEF

L'UNICEF a co-sponsorisé un Séminaire régional sur les pratiques traditionnelles, tenu à Dakar en 1984. L'organisation procure une assistance financière, morale et technique au Comité Inter-Africain et à ses comités nationaux. Elle a financé des travaux de recherche sur les pratiques traditionnelles au Burkina Faso, au Tchad, en Ethiopie, au Niger et au Soudan. Elle finance également des séminaires et ateliers au Bénin, en Ethiopie, en Sierra Leone, en Ouganda, etc.

Le document du Bureau exécutif de l'UNICEF, E/ICEF/1992/L.5, confirme la politique de l'UNICEF à l'égard des mutilations génitales des enfants.

### L'ONU et le Forum des ONG

La Conférence de Copenhague de la décennie des femmes, tenue en 1980, a porté le sujet de l'excision féminine à l'attention de la communauté internationale. Lors du Forum des ONG, tenu parallèlement à la conférence, des femmes des pays occidentaux ont discuté de la pratique et l'ont condamnée en tant que coutume barbare. Les Africains présents ont eu une réaction négative à cette intervention qu'ils considéraient comme une ingérence impérialiste.

Le document final de la conférence sur la revue et l'évaluation des progrès (Doc. A/CONF.94/9) fait référence au sujet des MGF sous la rubrique «Pratiques culturelles ayant effet sur la santé des femmes».

La Seconde Conférence régionale sur l'intégration des femmes, organisée par l'ONU et la Commission économique pour l'Afrique (CEA) à Lusaka, Zambie, du 3 au 7 décembre 1979, a condamné la mutilation sexuelle tout en conseillant une approche prudente de la campagne internationale. Elle a fait appel aux Africains pour qu'ils trouvent des solutions appropriées au problème.

### Actions concrètes pour enrayer cette pratique

La campagne contre les MGF a été initiée par des individus dévoués et convaincus qui considéraient cette pratique comme un danger pour la santé et comme une violation des droits humains de la femme.

Au fur et à mesure que la conscientisation du public s'est développée, des organisations ont été formées dans le but

d'éradiquer les MGF. En 1977, le Groupe de travail des ONG sur les pratiques traditionnelles a été créé à Genève avec comme membres des organisations internationales ayant un statut consultatif auprès du Conseil économique et social de l'ONU. La coordinatrice du Groupe et un membre ont été désignés pour entreprendre des missions dans plusieurs pays africains afin d'étudier l'étendue du problème et de dialoguer avec les personnes concernées pour identifier la meilleure approche à adopter. Ces différentes visites et réunions ont abouti à des actions concertées. Le Groupe de travail a soutenu des activités éducatives au Burkina Faso, en Egypte, au Kenya, au Mali et au Soudan, grâce aux efforts de collecte de fonds.

Un rôle important du Groupe a été de faire du lobbying lors de réunions telles que l'Assemblée mondiale de la santé, le Bureau exécutif de l'UNICEF, les sessions de la Commission des droits de l'homme, de la Commission sur la condition de la femme, etc. Les membres du Groupe ont fait des déclarations, publié des communiqués et demandé aux gouvernements de prendre des mesures concrètes. Des réunions d'information ont été organisées avec des délégués africains pendant l'Assemblée mondiale de la santé en 1983 et 1984 à la demande des membres du Groupe de travail. Des membres du Groupe ont participé activement aux deux sessions du Groupe de travail de l'ONU sur les pratiques traditionnelles, tenues en 1986. Ils ont plaidé pour la nomination d'un rapporteur spécial sur les pratiques traditionnelles et, à présent, ils travaillent en étroite collaboration avec ce rapporteur spécial, Madame Halima Embarek Warzazi.

Pendant l'élaboration de la Convention relative aux droits de l'enfant, ce sont les ONG qui ont plaidé pour l'inclusion de l'article 24.3 qui demande aux états membres de protéger les enfants contre les pratiques qui sont préjudiciables à leur santé.

En 1984, le Groupe de travail, en collaboration avec le gouvernement du Sénégal, l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF, a organisé un Séminaire régional à Dakar. Vingt pays africains ont envoyé des représentants pour examiner les sujets des MGF, du mariage précoce, des tabous nutritionnels et des pratiques liées à l'accouchement. Un accord unanime a été trouvé pour éradiquer les pratiques traditionnelles néfastes et pour faire suivre cette décision en créant le Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants.

Le Groupe de travail poursuit sa campagne contre les MGF à travers une sensibilisation et la collecte de fonds. L'OMS et l'UNICEF participent à leurs activités en tant qu'observateurs.

### Le Comité Inter-Africain

Le Comité Inter-Africain (CI-AF) est un organe régional créé en 1984 avec le mandat suivant:

- réduire les taux de morbidité et de mortalité chez les femmes et les enfants par l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes,
- promouvoir les pratiques traditionnelles qui sont bénéfiques à la santé des femmes et des enfants,
- jouer un rôle de plaidant, en soulevant l'importance d'action contre les pratiques traditionnelles néfastes, au niveau international, régional et national,
- collecter des fonds et soutenir les activités locales des comités nationaux et d'autres partenaires.

Depuis sa création, le CI-AF a établi des comités nationaux dans les 26 pays suivants: Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad et Togo.

Dans le contexte africain, la lutte contre les MGF devait prendre en considération plusieurs défis:

- le très grand nombre de femmes affectées (plus de 120 millions),
- la situation des femmes affectées : sociale, économique, politique, etc., et leur niveau d'instruction,
- l'influence de la société,
- les contextes culturels très variés,
- les différents acteurs, à savoir exciseuses, mères, grands-mères, pères, etc
- les leaders de l'opinion,
- la structure politique, à savoir les relations entre les gouvernements et les citoyens,
- l'aspect financier.

Beaucoup d'obstacles ont été rencontrés et il fallait trouver la manière et les moyens de combattre les MGF efficacement. L'expérience du CI-AF pendant les 16 dernières années montre que pour mettre en question et s'attaquer à des croyances et comportements sociaux ancestraux, il faut trouver des stratégies bien adaptées, de manière à réaliser des interventions efficaces et porteuses de résultats.

## LES PRINCIPAUX PROGRAMMES DU CI-AF

**La campagne d'information et de formation (TIC):** Les ateliers de formation TIC visent à prodiguer une éducation sanitaire intense et constructive à l'aide de matériel visuel. Les sujets traités sont liés aux MGF, au mariage précoce, à la procréation, à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement et à l'hygiène, ainsi qu'aux tabous nutritionnels.

Le programme comporte 4 séries d'ateliers de formation, qui sont conduits en l'espace de 5 mois. A la fin de chaque programme TIC, 28 personnes auront été formées pour diriger des projets de sensibilisation sur les effets néfastes des MGF et d'autres pratiques traditionnelles, et 136 autres personnes auront participé à des ateliers afin de propager les informations sur le sujet.

**Formation d'accoucheuses traditionnelles (TBA):** Etant donné que les accoucheuses traditionnelles peuvent jouer un rôle important dans la campagne contre les pratiques traditionnelles néfastes, il est nécessaire de leur offrir un programme efficace de formation et de les encourager à lutter pour l'éradication des MGF et d'autres pratiques similaires.

Pour le CI-AF, l'objectif de cette formation est d'abord de former des instructrices pendant une période courte et ensuite de s'assurer que l'information requise concernant la pratique est bien transmise à d'autres accoucheuses traditionnelles travaillant dans les régions rurales et aux mères dans les communautés. D'abord, une instructrice en chef donne une formation d'un jour à 5 futures instructrices. Chacune formera ensuite 50 accoucheuses traditionnelles dans les régions rurales, créant ainsi un effet boule de neige. Quand chaque programme TBA est achevé, 50 accoucheuses auront été formées pour jouer un rôle clé dans les régions rurales dans la campagne contre les MGF et d'autres pratiques traditionnelles néfastes.

**Sources alternatives de revenus (AEO) :** Les praticiennes ou exciseuses sont des personnes hautement respectées dont les compétences sont indispensables à la communauté. Leurs services sont rémunérés en argent ou en marchandises et elles ont un statut particulier au sein de leur communauté. La campagne contre les MGF doit absolument comporter un volet visant à changer les attitudes de ces praticiennes et à leur offrir des sources alternatives de revenus pour assurer leur gagne-pain. Le CI-AF a réalisé deux projets pilotes AEO pour des exciseuses, l'un en Ethiopie et l'autre en Sierra Leone. Dans les deux projets, un groupe sélectionné de femmes a identifié des activités rémunératrices telles que la fabrication de pain (Ethiopie) et la teinture de tissu (Sierra Leone), et elles gèrent elles-mêmes leurs

projets. Ces femmes ont abandonné la pratique des MGF et servent désormais d'agents pour le changement au sein des communautés. A présent, des projets similaires sont réalisés dans plusieurs pays africains.

#### Recherche :

Le CI-AF conduit des projets de recherche dans le domaine des pratiques traditionnelles, en particulier les MGF. Plusieurs documents de recherche ont été produits, montrant l'étendue du problème. Ces documents sont très importants, notamment pour élaborer des stratégies d'intervention.

#### Production de matériel éducatif:

Le CI-AF produit et distribue un abondant matériel éducatif qui est utilisé dans les différents programmes d'éducation et d'information.

**Un mannequin anatomique** de la partie inférieure du corps féminin avec 7 pièces amovibles montrant (1) l'état normal des organes génitaux féminins; (2) le résultat de la 'sunna'; (3) le résultat de l'excision; (4) le résultat de l'infibulation; (5) des chéloïdes; (6) un accouchement normal; (7) l'accouchement d'une femme sévèrement excisée.

**Un flanellographe** comportant une série de 5 enveloppes avec des dessins schématiques à coller sur un morceau de flanelle et destiné à des séances de groupe, à l'aide d'un petit manuel contenu dans chaque enveloppe. La série comprend A. les organes génitaux féminins, B. la fertilité, C. la grossesse, D. l'accouchement, E. les complications lors de l'accouchement: une réflexion sur les mutilations génitales féminines.

**Une visionneuse avec une série de diapositives**, qui sera utilisée en liaison avec le flanellographe. Les diapositives sont faites à partir de dessins réalistes qui montrent (1) l'infibulation; (2) les chéloïdes; (3) une incision lors de l'accouchement; (4) un accouchement en tirant le bébé; (5) un bébé blessé pendant l'accouchement.

**Des modules de formation multimédia** sont destinés à quatre groupes principaux: a) les femmes à des postes influents et celles participant à des activités de groupes de femmes; b) élèves du secondaire et des groupes de jeunes, filles et garçons; c) enseignants, chefs religieux et communautaires; d) personnel paramédical. Les modules comportent des transparents, des diapositives, des cassettes audio et des livres d'images.

**La vidéo du CI-AF (La Duperie)** (43 minutes) explique les dangers des MGF et présente les activités du CI-AF en Afrique. Elle existe aussi en version anglaise.

Le CI-AF est actuellement en train de tourner un nouveau film qui montrera les résultats obtenus et les obstacles rencontrés au cours des 16 dernières années.

**Le Bulletin du CI-AF** est publié deux fois par an en français et en anglais ; il est distribué dans le monde entier.

**La Brochure d'information du CI-AF** est disponible en français et en anglais.

#### Résumé

Les pratiques traditionnelles néfastes, en tant que violence à l'égard des femmes, existent dans des contextes où les femmes ont reçu peu ou pas d'éducation sur les fonctions de leur corps et ignorent leurs droits fondamentaux à la santé et au bien-être. Les femmes qui vivent dans les communautés rurales ont une situation économique faible, le mariage étant dès lors leur seule garantie de survie. Des sanctions justifiées par la tradition sont rigoureusement appliquées afin de contrôler le rôle productif et reproductif de la femme. Les MGF et d'autres pratiques similaires sont des exemples de ce genre de mécanismes de contrôle.

Afin d'éradiquer de telles pratiques, qui freinent le développement normal des petites filles et affectent sérieusement la santé des femmes, l'éducation est un élément vital. L'éducation de la fillette augmentera d'une façon certaine son savoir et sa valeur. L'éducation formelle et informelle devra être intensifiée pour toucher les leaders de l'opinion, les femmes, les hommes et les décideurs et assurer un changement des attitudes. Des lignes politiques qui favorisent l'avancement de la femme sont aussi indispensables pour renforcer les activités à la base et la mobilisation sociale générale. Inutile de souligner l'importance d'une évaluation intégrée et globale de la situation de la femme afin de s'attaquer au problème efficacement.

Le Comité Inter-Africain a traité du problème des pratiques traditionnelles néfastes sous ses aspects culturels, religieux, économiques et sociaux à tous les niveaux et cette approche a généré des résultats encourageants et positifs.

## Cellule de coordination sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CPTAFE)

Dr. **Morissanda Kouyaté**, Secrétaire général CPTAFE

**La CPTAFE a mis sur pied en Guinée un plan de dix ans (2001-2010) pour la lutte contre l'excision. Pour sensibiliser la population, la CPTAFE a adopté une démarche ciblée (en fonction des groupes socioprofessionnels). Le travail de ces 17 dernières années a permis d'enregistrer d'importants succès.**

La CPTAFE lutte depuis 17 ans (1984) contre les pratiques traditionnelles néfastes en général et contre les mutilations génitales féminines en particulier.

Après avoir effectué une enquête nationale sur les mutilations génitales féminines en 1997-1998, la CPTAFE a élaboré un plan stratégique national qui s'étend sur 10 ans (2001-2010) et qui est basé sur cinq axes stratégiques:

1. Sensibilisation
2. Loi (répression)
3. Reconversion des exciseuses
4. Renforcement des capacités institutionnelles de la CPTAFE
5. Prise en charge des excisées (conséquences psychosomatiques)

Dans sa stratégie de sensibilisation, la CPTAFE a procédé à la sensibilisation par cible (groupes socioprofessionnels) avec des arguments spécifiques. Il faut noter que la porte d'entrée pour la sensibilisation des populations sur les MGF dépend du choix de l'organisation qui elle aussi tient compte du milieu dans lequel elle se trouve.

En Guinée, nous avons choisi la porte "Santé" et non la porte "Droits" car les populations guinéennes qui sont en majorité dans les villages et qui sont non alphabétisées comprennent difficilement la notion de "Mutilations Génitales Féminines comme violation de Droits humains". Ceci ne veut nullement dire que la notion de droits humains n'est pas importante. Nous la mettons au second plan par notre choix stratégique.

Pour sensibiliser, nous utilisons

- Films
- Boîtes à images
- Mannequins
- Dépliants
- Unité Mobile de Sensibilisation (unité vidéo)

- Conférences, débats
- Théâtre
- Séminaires / ateliers
- Émissions de radio et de télévision
- Formation (scolaire/universitaire)
- Vacances sans excision
- Dépôt des couteaux

Les arguments présentés aux groupes socioprofessionnels sont:

#### Aux sages (leaders traditionnels)

- Déséquilibres familiaux
- Liaisons excision / comportement des filles et des femmes
- Complications pendant les accouchements

#### Aux exciseuses

- Complications des MGF (hémorragies, choc, infections, VIH/SIDA, fistules...)
- Conséquences néfastes de l'excision (frigidité, dyspareunies, dystocies, stérilité, divorces)
- Reconversion possible pour garder son statut et avoir de nouvelles opportunités d'activités génératrices de revenus.

#### Aux leaders religieux

- Relecture du Coran et des hadiths
- Groupe de jeunes lettrés en Islam engagés dans les campagnes de sensibilisation
- Complications et conséquences des MGF contraires aux principes de l'Islam

#### Aux femmes

- Complications des MGF
- Conséquences néfastes des MGF
- Accouchements difficiles et souvent dramatiques
- Frigidité
- Infidélité du mari et polygamie

#### Aux leaders politiques et autorités administratives

- Rappel de leur engagement en faveur des femmes et des enfants qui font la majorité de leur électorat et de leur population.
- Avantages de tirer une notoriété politique ou publique de la lutte pour la santé et les droits des femmes.

#### Au personnel médical

- La médicalisation ne change en rien la perte d'un organe (clitoris)

- Liaison entre MGF et dégradation de la santé de la reproduction

#### Aux jeunes et aux adolescents

- Conséquences sur la santé et la vie du futur couple
- Violation des droits de l'enfant
- Pouvoir de l'enfant sur les parents
- Les jeunes peuvent et doivent changer la situation des MGF pour leur propre bien.

#### Résultats obtenus:

Les résultats obtenus pendant ces 17 années de lutte sont immenses. Il faut citer entre autres :

- Réalisation de 4 films sur les mutilations génitales féminines en français, anglais et en langues locales guinéennes, (La Duperie; Ni le Coran, Ni la Bible; Le fardeau; Tradition Tradition). Dans ces films, l'archevêque de Conakry (Monseigneur Robert SARA) et l'ancien Ministre des Affaires religieuses (El Hadj Abdourhamane BAH) ont fait des déclarations contre les mutilations génitales féminines.
- Création d'une troupe artistique nationale sur les MGF qui a fait le tour de la Guinée
- Réalisation de plusieurs émissions de radio et de télévision
- Édition d'un livre sur la Guinée (Guinea means Women) avec la collaboration d'une ancienne volontaire du Corps de la Paix (Connie K.)
- Dépôt des couteaux par les exciseuses et les femmes de la préfecture de Kouroussa (149.325 habitants), le 6 novembre 1999.
- Dépôt des couteaux par les femmes et les exciseuses de Kérouané (150 000 habitants) le 2 juin 2000.
- Dépôt des couteaux par les femmes et les exciseuses de Conakry la capitale (1.500.000 habitants, 300 exciseuses) le 10 mai 2001.
- Loi sur la Santé de la Reproduction (anti-MGF) votée par l'Assemblée nationale et promulguée par le Président de la République le 10 juillet 2000.
- Prix de l'Excellence décerné par la Banque Mondiale à travers «Development Marketplace 1999».
- Élaboration de projets de reconversion économique et formation des femmes qui ont déposé les couteaux (Appui de la Banque Mondiale)
- La fête nationale des femmes de Guinée (27 août 2000) a enregistré au Palais du Peuple la remise solennelle par la CPTAFE des couteaux déposés par les exciseuses de Kouroussa et de Kérouané au Musée national par l'intermédiaire du Gouvernement (Ministre des affaires sociales de la promotion féminine et de l'enfance) en présence de Son

Excellence Monsieur le Président de la République.

- Haute distinction du Comité Inter-Africain au Dr Morisanda KOUYATÉ, Secrétaire Général de CPTAFE.

Aujourd'hui, le grand défi à relever est la poursuite de la sensibilisation et, surtout, la reconversion des femmes et des exciseuses qui ont renoncé publiquement aux Mutilations Génitales Féminines.

#### Partenaires de la CPTAFE:

Gouvernement de Guinée Conakry, FNUAP, Banque Mondiale, GTZ, USAID, UNICEF, OMS, PAM, RFI, BBC AF-RICA N°1, Journal Lynx, Lance, CFI, TV5

## EXCISION ET DROITS DE L'HOMME

Christina Hausammann, juriste

**Il existe de nombreux traités internationaux et régionaux pour garantir la santé physique et mentale des enfants. L'excision constitue une violation des droits de l'homme. Le système juridique suisse interdit lui aussi les mutilations physiques (Art. 122 CP). En raison de l'augmentation du nombre de migrant(e)s, les autorités se trouvent de plus en plus souvent confrontées à la problématique de l'excision.**

L'excision est une forme de violence envers les femmes. Elle consiste en l'ablation partielle ou totale des organes sexuels féminins externes. L'excision est pratiquée sous une forme ou une autre dans une quarantaine de pays, en particulier en Afrique orientale et occidentale, sur la péninsule arabique et en Asie. On estime que le nombre des filles concernées s'élève jusqu'à 2 millions par an. L'excision est de plus en plus pratiquée dans les communautés migrantes des pays d'immigration: en Australie, au Canada, aux Etats-Unis de même qu'en Europe. La pratique de l'excision repose sur une structure patriarcale du pouvoir qui impose le contrôle de la vie et du corps de la femme. Dans certaines cultures, l'excision est considérée comme nécessaire au bien-être des filles par le fait qu'elle prépare les petites filles aux futures douleurs de l'accouchement. Au niveau symbolique, l'excision marque le passage de la fille à la femme; dès ce moment-là, c'est elle qui est responsable face à son futur mari et à la communauté. L'excision garantit la «pureté» de la fille et du même coup son «aptitude au mariage» (nubilité).<sup>1</sup>

Les développements qui suivent s'attachent à la question de savoir à quelles normes internationales il est possible de se référer pour prévenir l'excision (partie II). La partie III

mentionne les difficultés auxquelles se heurte la mise en oeuvre des droits fondamentaux des femmes et des filles; dans la partie IV, nous décrivons brièvement les diverses étapes qui conduisent à une condamnation claire et sans équivoque de l'excision comme violation des droits de l'homme. Dans la dernière partie, nous abordons succinctement la situation juridique en Suisse.

#### L'excision constitue une violation des traités relatifs aux droits de l'homme

La **Déclaration universelle des droits de l'homme** (DUDH) de 1948 qui constitue la base des traités relatifs aux droits de l'homme élaborés au cours des décennies ultérieures énumère déjà différents droits qui sont enfreints par l'excision. Elle exige que tout individu ait droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne (Art. 3), que nul ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Art. 5); tous les individus ont droit sans distinction à une égale protection de la loi (Art. 7) et ont droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux (Art. 8); nul ne peut être l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée (Art. 12) et toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être (Art. 25). En vertu de l'article 2, les droits et les libertés cités dans la DUDH doivent être garantis à toute personne sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, etc.. Les droits mentionnés ont été codifiés de manière obligatoire dans les traités suivants:

- **Le pacte international relatif aux droits civils et politiques** de 1966 reprend les droits cités dans la DUDH (le droit à la vie à l'Art. 6; l'interdiction de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants à l'Art. 7; le droit à la liberté et à la sûreté de sa personne à l'Art. 9; le droit à la reconnaissance de sa personnalité juridique à l'Art. 16; le droit à la vie privée à l'Art. 17, etc.) sous une forme juridique contraignante. **Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** réclame pour sa part en particulier le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Art. 12). Ces deux traités exigent de la part des Etats parties à l'Art. 3 qu'ils assurent l'égalité des droits des femmes et des hommes à bénéficier des droits inscrits dans les pactes.
- La persistance des violations des droits de l'homme pour certains groupes de la population, en particulier les femmes et les enfants, a amené l'ONU à élaborer des conventions particulières qui concrétisent et précisent les droits de l'homme des pactes internationaux pour des groupes de

personnes déterminés. C'est dans ce sens que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a vu le jour en 1979. Cette convention se concentre sur la discrimination et demande que les droits de l'homme soient appliqués de manière égale pour l'homme et la femme. Elle définit aussi en détail ce que l'on doit entendre par discrimination et demande aux Etats de prendre des mesures précises pour éliminer les discriminations juridiques et effectives. Elle mentionne en outre un certain nombre de droits et explicite ainsi les mesures à prendre pour éliminer la discrimination (par ex. mêmes droits dans la vie politique et publique, mêmes droits concernant la nationalité, l'accès à la formation, au travail, à la santé, même capacité juridique et mêmes droits dans le mariage et la famille).

- La **Convention relative aux droits de l'enfant** de 1989 garantit enfin les droits fondamentaux de l'enfant. Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant (Art. 3) se trouve au centre du traité. Les mesures concernant les enfants doivent toutes s'orienter en fonction de ce principe. En vertu de l'article 6, l'enfant a un droit inhérent à la vie et les Etats parties se doivent de garantir la survie et le développement de l'enfant dans toute la mesure possible. L'enfant a droit à la protection contre les mauvais traitements, toutes les formes d'exploitation, y compris sexuelle, la négligence et la brutalité mentale (Art. 19, Art. 34 et Art. 37). L'article 12 qui confère à l'enfant le droit d'avoir une opinion propre et de l'exprimer dans toutes les questions le concernant revêt une importance centrale. Les opinions de l'enfant doivent être dûment prises en considération, eu égard à son âge et à son degré de maturité. La Convention ne s'arrête pas spécialement sur la position particulièrement difficile des filles. A l'article reconnaissant à l'enfant le droit de jouir du meilleur état de santé possible, il est toutefois question, - pour la première fois jusqu'à maintenant dans un traité universel des droits de l'homme - implicitement en tout cas, de la pratique de l'excision. A l'art. 24 al. 3 de la CDE, il est en effet stipulé:

Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

Soit dit en passant, la CDE est l'un des traités des droits de l'homme les plus «couronnés de succès»: elle a été presque universellement reconnue; seuls la Somalie et les Etats-Unis ne l'ont pas ratifiée.<sup>2</sup>

Les droits mentionnés au début de cet exposé sont en outre protégés par des traités régionaux relatifs aux droits de l'homme: pour l'Europe, il s'agit de la Convention européenne des droits de l'homme du 4 novembre 1950, pour l'Amérique, de la Convention américaine relative aux

droits de l'homme du 22 novembre 1969 et pour l'Afrique, de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples du 26 juin 1981 ainsi que de la Charte africaine sur les droits et le bien de l'enfant de 1990. Conclusion: bien que l'on ne trouve pas de normes appropriées explicites dans les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, il n'y a aucun doute que l'excision constitue une infraction tant aux traités universels qu'aux traités régionaux relatifs aux droits de l'homme et qu'elle est, de ce fait, interdite par le droit international. L'excision viole le droit à la vie, l'interdiction des mauvais traitements, le droit à la liberté et à la sûreté de la personne, le droit à la santé ainsi que le principe de la non-discrimination, pour n'en citer que quelques-uns. Elle est en outre contraire au principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et au droit de l'enfant à exprimer son opinion et à voir son opinion prise en considération, tels qu'ils figurent dans la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant.

#### **Obstacles rencontrés dans la réalisation des droits fondamentaux des femmes et des filles**

Si l'on considère la pratique de l'excision, il convient de relever avant tout trois sortes d'obstacles qui ont empêché, jusque dans les années 90 du siècle passé, la reconnaissance de cette pratique comme une violation des droits de l'homme ainsi que l'application des dispositions mentionnées:

- Les problèmes essentiels des femmes n'étaient pas - et ne sont toujours pas - considérés comme relevant des droits de l'homme. Ceci est lié entre autres à la conception traditionnelle des droits de l'homme. Il s'agissait en premier lieu du rapport entre l'individu et l'Etat. La violence envers les femmes commise par des tiers, en particulier au sein de la famille, n'était, de ce fait, pas comprise comme une violation des droits de l'homme. Comme cette forme de violence a lieu dans un cadre privé impliquant des individus, elle était considérée uniquement sous un angle pénal ou, le cas échéant, de droit civil.
- La discrimination des femmes et en particulier la violence envers les femmes exercée non pas par l'Etat mais par des privés s'est avérée récalcitrante face aux réglementations juridiques. La discrimination des sexes était considérée - et l'est toujours - comme courante et normale; elle n'était pas identifiée comme problème. De surcroît, on a été longtemps d'avis que les problèmes liés à la situation de la femme devaient être acceptés comme une réalité donnée, immuable, qui échappait ou devait échapper à toute influence, les différences culturelles devant être respectées.
- Un facteur supplémentaire qui fait obstacle à l'application des droits fondamentaux des femmes, c'est le fait que les

questions liées au corps et à la sexualité sont fortement tabouisées. On ne parle pas de sexualité et encore moins d'agressions sexuelles et de violence physique. Les sentiments de honte, d'avilissement et d'humiliation qui y sont liés sont trop forts. Il a donc fallu des efforts particuliers pour faire connaître publiquement l'ampleur de la discrimination et de la violence envers les femmes et les filles.

- Concernant l'excision, on se trouve de surcroît confronté au problème de la double discrimination: la discrimination subie en tant que femme et en tant que fille. Tandis que l'application des droits fondamentaux des femmes se heurte, pour les raisons citées et en dépit des protestations répétées de la communauté internationale, à de fortes résistances et à la passivité de la part des organes de l'Etat, la réalisation des droits de l'enfant rencontre des difficultés supplémentaires. En raison de leur âge, les enfants ont besoin que quelqu'un les représente dans l'exercice de leurs droits. En vertu de l'article 5 de la Convention relative aux droits de l'enfant, c'est en premier lieu aux parents, aux membres de la famille élargie ou de la communauté ou aux autres personnes légalement responsables de l'enfant qu'il incombe de guider l'enfant dans l'exercice de ses droits, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.

#### **Quelques étapes de la reconnaissance de la violence envers les femmes et les filles comme une forme de violation des droits de l'homme**

Le débat à propos de la reconnaissance de l'excision comme un problème relevant des droits de l'homme doit être situé dans le contexte des efforts déployés pour que l'on reconnaisse les droits fondamentaux des femmes comme des droits de l'homme et, en particulier, que l'on reconnaisse la violence envers les femmes comme une violation des droits de l'homme. C'est au terme d'un travail d'information qui s'est poursuivi durant des années que les gouvernements ont été amenés à reconnaître la violence envers les femmes comme une question concernant la communauté internationale. Je me propose d'esquisser maintenant les principales étapes de cette reconnaissance:

Les différents problèmes et traditions qui déterminent jusqu'à aujourd'hui le rôle des filles et des femmes - en particulier en rapport avec le mariage et la maternité - ont déjà été relevés au début des années cinquante par la Commission féminine, une commission constituée par l'ONU parallèlement à la Commission des droits de l'homme pour améliorer la situation de la femme. Se référant à ses études et à ses recommandations, le Conseil économique et social a invité les Etats membres en mai 1952 déjà à prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour abolir les pratiques portant at-

teinte à l'intégrité physique des femmes et, ainsi, à la dignité et à la valeur de la personne humaine telles que les proclament la Charte et la Déclaration universelle des droits de l'homme.<sup>3</sup> Par la suite, l'Assemblée générale de l'ONU s'est penchée, elle aussi, sur la question et s'est dressée en 1954 tout particulièrement contre les mariages forcés, les mariages d'enfants, les négociations portant sur le prix de la mariée de même que contre l'interdiction du remariage pour les veuves et le fait de leur retirer les enfants après le décès du mari. D'autres pratiques inhumaines telles qu'en particulier le problème de la mutilation génitale par l'excision ont été délibérément laissées de côté car il n'avait pas été possible alors de parvenir à une position commune parmi les Etats membres de l'ONU.<sup>4</sup> Le sujet s'est avéré trop délicat, car il touche plus que tout autre à la position de la femme et, ainsi, à la tradition et à la culture, donc à la répartition des rôles et du pouvoir dans la société. Par la suite, cette question a été transmise par le Conseil économique et social à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avec mandat de poursuivre l'analyse, de mener des études sur les opérations rituelles effectuées sur les filles et d'élaborer des mesures pour mettre fin à ces pratiques. La question continuait donc d'être traitée au moins sous l'aspect de la santé et l'OMS a persévéré jusqu'à aujourd'hui dans ses études en prenant diverses mesures pour mettre fin à ces pratiques.

Au plan juridique, en revanche, la question était momentanément balayée. Au cours des décennies suivantes, l'ONU a certes élaboré une demi-douzaine de conventions visant à améliorer la situation de la femme, entre autres le protocole additionnel à propos de l'abolition de l'esclavage, du commerce d'esclaves et des institutions et pratiques assimilables à l'esclavage datant de 1956: il interdit légalement divers usages liés à la conclusion du mariage. Nous citerons aussi la convention à propos de la déclaration de mariage, de l'âge minimum pour le mariage et de l'enregistrement des mariages datant de 1962. Ces deux conventions auraient offert l'opportunité d'aborder d'autres usages contraires aux droits de l'homme comme l'excision. La convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 qui recense diverses discriminations de la femme comme des violations des droits de l'homme n'aborde pas la question de l'excision ni celle de la violence envers les femmes en général. Seul l'article 6 demande aux Etats de prendre des mesures pour lutter contre le trafic de femmes et l'exploitation de la prostitution des femmes. Cette convention constitue malgré tout un jalon important sur la voie de l'application des droits fondamentaux des femmes par le fait qu'elle oblige pour la première fois explicitement les Etats à combattre les discriminations infligées par des privés (Art. 2 lettre e). L'article

3 oblige aussi les Etats parties à prendre des mesures appropriées «pour assurer le plein développement et le progrès des femmes en vue de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes». Concernant les usages et les traditions qui portent atteinte aux droits de l'homme, la disposition suivante est également importante (Art. 5 lettre a):

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour modifier les schémas et modèles de comportement socio-culturel 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 d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes.<sup>5</sup>

**Le comité contre la discrimination des femmes**, organe de surveillance de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, a reconnu très tôt les failles de la convention et s'est efforcé d'interpréter et de concrétiser les dispositions de la convention par le biais de recommandations générales. Dans ce sens, le Comité a souligné à diverses reprises que la violence largement répandue contre les femmes constituait l'un des principaux obstacles à l'égalité entre femmes et hommes. Le recours à la violence ou la menace de la violence étaient, à son avis, des moyens de maintenir les femmes dans un rôle subordonné et les privait de la possibilité de jouir de leurs droits fondamentaux et de leurs libertés sur un pied d'égalité. Pour que la Convention puisse être pleinement appliquée, il faudrait donc que les Etats prennent des mesures positives pour l'élimination de la violence envers les femmes, et, en particulier, pour l'abolition de la pratique traditionnelle de l'excision.<sup>6</sup>

**La sous-commission pour la prévention de la discrimination et la protection des minorités** a chargé en 1986 la Marocaine Halima Embarek Warzazi de mener une enquête sur les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des femmes et des filles. La mandataire a réalisé jusqu'à maintenant diverses enquêtes et rédigé un certain nombre de rapports et de recommandations pour mettre fin aux pratiques concernées.<sup>7</sup>

**La Commission des droits de l'homme** qui s'était peu préoccupée jusqu'alors de la situation des droits fondamentaux de la femme a réagi, elle aussi, en désignant en mars 1994 une rapporteuse spéciale pour la question de la violence envers les femmes. En novembre 1994 déjà, Madame Radhika Coomaraswamy du Sri Lanka a déposé un rapport provisoire qui confirmait de manière saisissante la nécessité de prendre des mesures pour mettre fin à la violence envers les femmes. Jusqu'à maintenant, elle a produit sept rapports assez volumineux dans lesquels elle dénonce publiquement la pratique de la mutilation des organes génitaux féminins.<sup>8</sup>

Sur la base des efforts déployés par les organisations féminines internationales et par les institutions de l'ONU mentionnées (y compris l'OMS, l'UNICEF, etc.), la communauté internationale a été amenée progressivement à reconnaître la violence envers les femmes comme une violation des droits de l'homme. Depuis le début des années quatre-vingt-dix du siècle dernier, toutes les **conférences mondiales** ont élaboré des promesses et des plans d'action qui contiennent des mesures détaillées pour mettre fin aux pratiques discriminatoires envers les femmes. Nous nous arrêterons plus loin sur les déclarations les plus importantes au plan juridique:

La **deuxième Conférence mondiale sur les droits de l'homme qui s'est tenue à Vienne en 1993** occupe une place particulière dans la perspective de la réalisation des droits fondamentaux des femmes. C'est à ce moment-là que la communauté internationale a reconnu pour la première fois la réalisation des droits fondamentaux des femmes comme un élément central des efforts visant à la mise en oeuvre des droits de l'homme.<sup>9</sup> Même si - ou peut-être parce que - cette reconnaissance s'est produite très tard, elle revêt une importance centrale. La Déclaration énonce sans équivoque:

Les droits fondamentaux des femmes et des fillettes font inaliénablement, intégralement et indissociablement partie des droits universels de la personne.

L'égalité et pleine participation des femmes à la vie politique, civile, économique, sociale et culturelle, aux niveaux national, régional et international, et l'élimination totale de toutes les formes de discrimination fondées sur le sexe sont des objectifs prioritaires de la communauté internationale. Les violences qui s'exercent en fonction du sexe et toutes les formes de harcèlement, y compris celles qui sont la conséquence de préjugés culturels et d'une traite internationale, sont incompatibles avec la dignité et la valeur de la personne humaine et doivent être éliminés. On peut y parvenir au moyen de mesures juridiques et grâce à une action nationale et à la coopération internationale dans divers domaines comme le développement économique et social, l'éducation, la protection de la maternité, les soins de santé et l'aide sociale.

Les droits fondamentaux des femmes doivent faire partie intégrante des activités de l'Organisation des Nations Unies dans le domaine des droits de l'homme, qui doivent inclure notamment la promotion de tous les instruments en la matière qui concernent les femmes.

La communauté internationale s'est ainsi positionnée à Vienne contre toutes les tendances qui cherchaient à remettre en cause l'universalité des droits de l'homme en invoquant avant tout la position de la femme.

Les efforts déployés par la commission féminine ont permis de faire adopter la même année par l'Assemblée générale des Nations Unies la **Déclaration sur l'élimination de la violence envers les femmes**.<sup>10</sup> Cette déclaration qui demande aux Etats de prendre des mesures pour prévenir la violence au sein de la famille, dans la société ainsi que la violence de l'Etat envers les femmes constitue une étape es-

sentielle dans l'évolution des droits de l'homme: c'est en effet la première fois que la responsabilité de l'Etat est étendue à des pratiques qui violent les droits de l'homme dans la sphère privée. Jusqu'à maintenant, l'Amérique était la seule région où cette déclaration pouvait être traduite en droit conventionnel contraignant en raison du Traité inter-américain pour la prévention, le châtement et l'abolition de la violence envers les femmes du 9 juin 1994<sup>11</sup> qui prévoyait la possibilité de faire recours auprès de la Commission inter-américaine des droits de l'homme.

A l'occasion de la **4e Conférence mondiale sur les femmes** qui s'est déroulée à Pékin en 1995, la communauté internationale a adopté des recommandations et un plan d'action qui se positionnent clairement contre l'excision et rejettent les raisons invoquées pour la justifier telles que les usages, la tradition ou les motifs religieux.<sup>12</sup>

#### Application des devoirs de protection en matières de droits de l'homme en Suisse

A l'instar d'autres pays d'immigration occidentaux, la Suisse se trouve de plus en plus souvent confrontée à la pratique de l'excision des filles et des femmes.<sup>13</sup> Même s'il n'existe pas de chiffres permettant de cerner l'ampleur du problème en Suisse, un coup d'oeil sur les statistiques concernant les demandes d'asile fournit certains éléments. Il en ressort notamment que près de 5000 personnes provenant de Somalie - un pays où l'excision est pratiquée de manière régulière<sup>14</sup> vivent en Suisse. Face aux filles appartenant à des ethnies où se pratique l'excision, la Suisse se doit de remplir ses devoirs de protection en matière de droits de l'homme. En ratifiant les traités internationaux cités au début de notre exposé, elle est tenue - comme le stipule l'art. 2 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques - de respecter et de garantir à tous les individus se trouvant sur son territoire et relevant de sa compétence les droits reconnus dans le présent pacte et de prendre les arrangements devant permettre l'adoption de mesures d'ordre législatif ou autre propres à donner effet aux droits reconnus dans le présent pacte qui ne seraient pas déjà en vigueur.

Le droit civil de même que le droit pénal obligent les autorités à protéger les filles de l'excision. En vertu des articles 307 à 317 du Code civil suisse, les autorités de tutelle sont tenues de prendre des mesures de protection de l'enfant lorsque l'intérêt supérieur de l'enfant est menacé et que les parents ne lui viennent pas en aide ou ne sont pas en mesure de le faire (Art. 307 CCS). Les **autorités de tutelle** doivent donc intervenir dans tous les cas, dès qu'elles sont informées de situations alarmantes par les institutions sanitaires, les écoles, des services compétents ou des personnes privées.

Du point de vue du droit pénal, l'excision est considérée comme un **délit de lésion corporelle grave avec préméditation** (Art.122 CP):

Celui qui, intentionnellement, aura blessé une personne de façon à mettre sa vie en danger, celui qui, intentionnellement, aura mutilé le corps d'une personne, un de ses membres ou un de ses organes importants ou causé à une personne une incapacité de travail, une infirmité ou une maladie mentale permanente, ou aura défiguré une personne d'une façon grave et permanente, celui qui, intentionnellement, aura fait subir à une personne toute autre atteinte grave à l'intégrité corporelle ou à la santé physique ou mentale, sera puni de la réclusion pour dix ans au plus ou de l'emprisonnement pour six mois à cinq ans.

Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les lois mentionnées sont effectives dans la pratique. Pour le moment, il n'y a pas eu à notre connaissance de jugement pénal, contrairement à ce qui s'est passé en France. Dans différents cas, des peines de prison ont en effet été prononcées en France non seulement contre les exciseuses mais également contre les mères et les pères des victimes. Même s'il est évident que le droit pénal ne peut pas résoudre le problème à lui seul, des jugements appropriés constitueraient un signal sans équivoque et montreraient que la Suisse ne tolère pas des pratiques qui contreviennent aux droits fondamentaux et sont préjudiciables à la santé.<sup>15</sup> Les autorités de tutelle qui sont en général des profanes se trouvent confrontées à une problématique complexe. Pour que les mesures prises soient dans chaque cas les bonnes et qu'elles soient adaptées à la protection des filles, il faudra sans doute encore un travail d'explication et d'information, d'évaluation et de discussion des cas; il faudra aussi - avec le concours de personnes appartenant aux pays d'origine des victimes - s'employer à élaborer des lignes de conduite et des moyens d'action.

Les autorités suisses sont par ailleurs obligées de s'occuper de l'excision dans le cadre de la procédure d'asile, dans la mesure où les requérantes d'asile font valoir cette pratique comme motif de fuite. La manière dont on traite l'excision dans le droit d'asile reflète d'ailleurs la discussion dont nous avons parlé concernant la reconnaissance des violations des droits fondamentaux des femmes. Ce n'est qu'à partir de la fin des années quatre-vingt et du début des années quatre-vingt-dix du 20e siècle que l'on s'est mis à évoquer la question des motifs de fuite spécifiques aux femmes et leur prise en compte dans la procédure d'asile.<sup>16</sup> La loi révisée sur l'asile entrée en vigueur en 1998 oblige les autorités responsables de l'asile à prendre désormais en compte les motifs de fuite spécifiques aux femmes (Art. 3, al. 2, phrase 2 de la Loi sur l'asile, voir à ce propos les explications de Patricia Ganter, Office fédéral des réfugiés).

<sup>1</sup> Selon la définition exemplaire retenue par la rapporteuse spéciale de l'ONU sur la violence envers les femmes dans son rapport intitulé: «Policies and practices that impact women's reproductive rights and contribute to cause or constitute violence against women» (E/CN.4/1999/68/Add.4 du 21.1.1999).

<sup>2</sup> Les textes des traités relatifs aux droits de l'homme se trouvent sur le site Internet [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch) (site Internet du Haut-Commissariat aux droits de l'homme à Genève); on trouvera les traités relatifs aux droits de l'homme ratifiés par la Suisse sur le site [www.admin.ch](http://www.admin.ch) (site Internet de la Confédération). On trouvera également un bon aperçu général du système des droits de l'homme et de sa validité pour la Suisse sur le site [www.humanrights.ch](http://www.humanrights.ch) (site Internet de la Société suisse pour les droits humains MERS).

<sup>3</sup> GA-Res. 843 (IX) du 17.12.1954.

<sup>4</sup> Voir à ce propos DEPARTEMENT OF PUBLIC INFORMATION, The United Nations and the Advancement of Women 1945-1995, New York 1995 (BlueBooks Series, Vol. VI), chiffre 88.

<sup>5</sup> En 1981, l'interdiction des pratiques préjudiciables à la santé a été en outre inscrite dans la Déclaration sur l'élimination de toutes les formes d'intolérance et de discrimination fondées sur la religion ou la conviction (GA-Res. 36/55 du 25.11.1981).

<sup>6</sup> Voir à ce propos la recommandation générale no 12 (1989) à propos de la violence envers les femmes et la recommandation no 14 (1990) à propos de l'excision. En 1992, le comité a précisé dans la recommandation no 19 ses recommandations concernant la violence. Voir également à ce propos la recommandation no 24 à propos de l'art. 12 CEDAW (Discrimination dans le domaine de la santé). Ces recommandations sont téléchargeables sur le site [www.un.org/womenwatch/dow/cedaw](http://www.un.org/womenwatch/dow/cedaw) (site Internet de la United Nations Division for the Advancement of Women). Ces documents et les autres documents de l'ONU cités par la suite sont également téléchargeables sur le site [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch) (site Internet du Haut-Commissariat de l'ONU aux droits de l'homme).

<sup>7</sup> Son mandat a été prolongé en 1994. Voir par exemple son 3e. rapport E/CN.4/Sub.2/1999/14 du 9. 7. 1999, ou le «Plan of action for the Elimination of Harmful Traditional Practices affecting the Health of Women and Children» adopté en 1994.

<sup>8</sup> Voir à ce propos son Premier rapport sur la violence au sein de la famille, E/CN.4/1996/53 du 5.2.1996; voir également la notice numéro 1.

<sup>9</sup> A/CONF.157/23 du 13.10.1993.

<sup>10</sup> GA-Res. 48/104

<sup>11</sup> Il s'agit de la «Convention of Belem Do Para», en vigueur depuis mars 1995.

<sup>12</sup> Voir le Rapport de la 4e Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4 au 15.9.1995, plateforme d'action, chap. IV D, chiffre 112 ss, chiffre 124 lettre a).

<sup>13</sup> A propos de la pratique des pays européens de l'Ouest, se référer aux documents concernant «Female genital mutilation (FGM) among migrants in Europe» sur le site Internet [www.icrh.org](http://www.icrh.org) (site Internet de l'International Centre for Reproduction Health).

<sup>14</sup> Voir à ce propos Charlotte Beck-Karrer, Löwinnen sind sie. Entretiens avec des femmes et des filles somaliennes à propos de l'excision, Schriftenreihe des Vereins feministische Wissenschaft, eFeF-Verlag, Berne 1996.

<sup>15</sup> Voir sur la question générale du traitement juridique des intérêts culturels des minorités en Suisse: Walter Kälin, Grundrechte im Kulturkonflikt: Freiheit und Gleichheit in der Einwanderungsgesellschaft, NZZ Buchverlag, Zurich 2000.

<sup>16</sup> Voir à ce propos par ex. Walter Kälin, Die Bedeutung geschlechtsspezifischer Verfolgung im schweizerischen Asylrecht, ASYL 2/2001, p. 9ss. ou Christina Hausammann, Die Berücksichtigung der besonderen Anliegen der Frauenflüchtlinge in der laufenden Asylgesetzrevision, ASYL 2/1996, p. 39ss.

# L'EXCISION EN SUISSE

## La pratique de l'excision – en Suisse aussi enquête menée auprès des gynécologues en Suisse

Prof. Dr. med. Patrick Hohlfeld, Président de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO)

**20 pour cent des gynécologues ont déjà eu dans leur consultation une femme excisée, 8 pour cent ont déjà été confrontés à une demande de réinfibulation après l'accouchement; la demande d'exciser une fillette a été faite à deux gynécologues et auprès de quatre d'entre eux, on a tenté de savoir où il était possible de faire exciser une fillette en Suisse. Tels sont les résultats d'une enquête menée par UNICEF Suisse et la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO) auprès de 1162 gynécologues en Suisse.**

Au printemps 2001, UNICEF Suisse et la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique ont mené une enquête auprès de

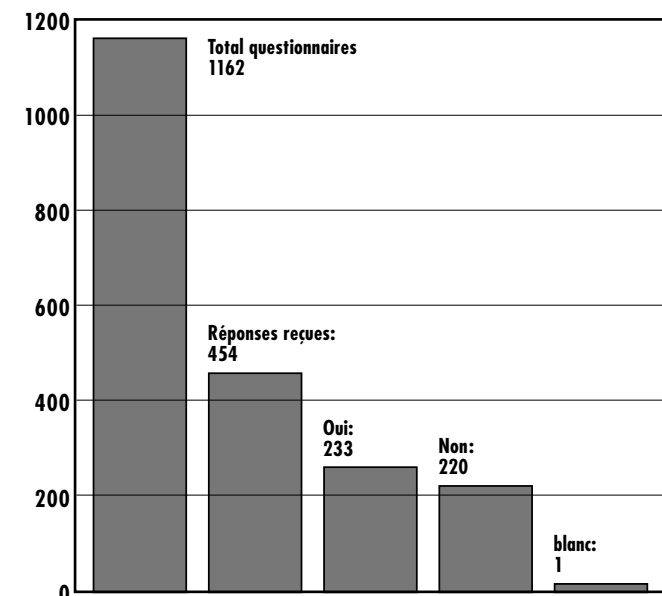


Tableau 1: Avez-vous déjà eu des femmes excisées en consultation dans votre cabinet (question 1)?

1162 gynécologues. Le but de cette enquête était d'établir dans quelle mesure les gynécologues suisses étaient consultés par des femmes excisées et se trouvaient confrontés à la problématique de l'excision. Le nombre des réponses s'élevait à 454, ce qui représente un taux de retour de 39 pour cent.

Le questionnaire comprenait les cinq questions suivantes:

1. Avez-vous déjà eu en consultation dans votre cabinet des femmes excisées?
2. Dans le cas de patientes infibulées: vous a-t-on demandé de les réinfibuler après l'accouchement?
3. Vous a-t-on déjà demandé d'exciser une fille ou une jeune femme?
4. Vous a-t-on demandé où il était possible de pratiquer une excision en Suisse?
5. Avez-vous déjà entendu parler de cas où l'excision d'une fillette aurait été pratiquée en Suisse?

Le résultat de l'enquête n'a pas manqué de surprendre: les gynécologues sont plus souvent appelés à traiter des femmes excisées que ce que l'on aurait pu attendre :

233 des 454 gynécologues affirment avoir déjà eu en con-

Ct.	Total envois	Retour	Retour en % du total	Oui en % du retour	Oui en % du total	Oui en % du total
NE	28	13	12	46.4	42.9	92.3
VS	27	11	9	40.7	33.3	81.8
GE	104	35	26	33.7	25.0	74.3
FR	29	10	7	34.5	24.1	70.0
VD	119	37	25	31.1	21.0	67.6
BE	155	55	32	35.5	20.6	58.2
LU	44	13	9	29.5	20.5	69.2
SG	55	13	9	23.6	16.4	69.2
ZH	236	59	38	25.0	16.1	64.4
BL	37	7	5	18.9	13.5	71.4
TG	26	8	3	30.8	11.5	37.5
BS	69	11	7	15.9	10.1	63.6
TI	49	9	4	18.4	8.2	44.4
AG	70	15	4	21.4	5.7	26.7

Tableau 2: Evaluation, par canton, des réponses à la question 1

sultation une femme excisée. Cela représente 20 pour cent de tous les médecins ayant reçu le questionnaire. Un médecin sur cinq a donc déjà eu en consultation une femme excisée. (Tableau 1).

Le taux des oui était particulièrement élevé dans les cantons romands. A Neuchâtel, par exemple, la proportion des médecins qui avaient déjà eu en consultation des femmes excisées dépassait 40 pour cent. (Tableau 2).

Le type d'excision le plus sévère qui consiste à coudre le vagin des filles en ménageant un orifice de la taille d'un grain de maïs est appelé infibulation. 95 gynécologues ont indiqué qu'on leur avait déjà demandé de réinfibuler une femme après l'accouchement. Cela signifie que l'on a déjà demandé à 40 pour cent des gynécologues ayant déjà eu à traiter des femmes excisées de pratiquer une réinfibulation. Cela représente 8 pour cent de tous les médecins auxquels l'enquête était adressée. (Tableau 3).

L'enquête menée auprès des gynécologues devait aussi établir s'ils avaient eu connaissance de cas concrets d'excision qui aurait été pratiquée sur des fillettes en Suisse. Les recherches menées par UNICEF Suisse ont révélé que les familles africaines faisaient exciser leurs filles en Suisse par des exciseuses venues à cet effet d'un pays voisin. Les réponses obtenues par les questions trois à cinq de l'enquête montrent que la demande en matière d'exciseuses existe bel et bien dans la population africaine vivant en Suisse:

- Il a été demandé personnellement à deux gynécologues des cantons d'Argovie et de Genève s'ils seraient disposés à pratiquer une excision (Question 3).
- Il a été demandé à quatre gynécologues des cantons de

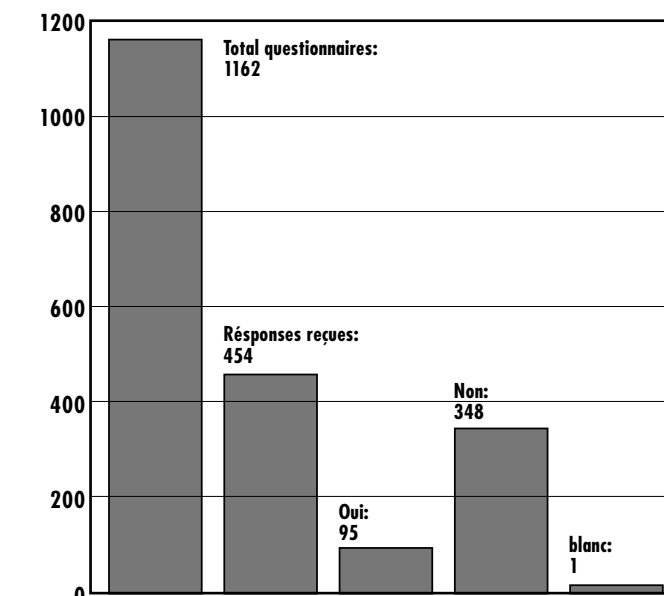


Tableau 3: Dans le cas de patientes infibulées, vous a-t-on déjà demandé de les réinfibuler après l'accouchement (question 2)?

Genève, Berne et Thurgovie où il était possible de faire exciser une fillette en Suisse (Question 4).

- 12 gynécologues ont entendu parlé de cas où une fillette aurait été excisée en Suisse (Question 5).

Pour la plupart des médecins des pays occidentaux, la problématique de l'excision est relativement peu connue.

Ce constat, ainsi que le fait qu'un grand nombre de gynécologues sont appelés à traiter des femmes excisées, montrent la nécessité d'une large campagne d'information sur la question de l'excision.

## La mutilation génitale féminine – pertinence de ce préjudice dans la procédure d'asile suisse

Patricia Ganter, Office fédéral des réfugiés (ODR)

**Jusqu'à maintenant, l'excision n'occupait qu'un rôle de second plan dans la procédure d'asile. Au cours de ces dernières années, des femmes ont fait valoir à plusieurs reprises qu'en cas de rejet de leur demande d'asile, elles subiraient l'excision dans leur pays d'origine. Bien que les bases juridiques existent pour accorder l'asile, le statut de réfugié n'a encore jamais été reconnu pour une requérante d'asile uniquement en raison de la menace de mutilation génitale féminine. Les conditions-cadres nécessaires sont toutefois ajustées en permanence afin de trouver une solution humaine dans les cas où il y a menace de mutilation génitale féminine.**

Suite à l'information qui en a été donnée par les médias, un large public a pris conscience, ces dernières années, de la pratique de la mutilation des organes génitaux, fréquemment désignée par l'expression réductrice « excision ». En procédure d'asile, où la problématique de la mutilation des organes génitaux ne jouait jusqu'à maintenant qu'un rôle de second plan, on constate une légère augmentation du nombre de cas de femmes qui font valoir qu'elles sont menacées d'un tel préjudice dans leur pays d'origine. L'Office fédéral des réfugiés (ODR) est confronté à cette problématique avant tout avec les demandes d'asile déposées par des femmes provenant d'Etats africains, notamment de la Côte-d'Ivoire, du Cameroun, de la Somalie, du Nigeria, du Togo, du Kenya, de l'Erythrée et aussi, parfois, d'autres pays. Ces personnes, qui ont en règle générale entre 20 et 35 ans, allèguent principalement que pour des motifs les plus divers, (mariage forcé, appartenance à un culte, p. ex.) elles seraient menacées de mutilation des organes génitaux si elles

retournaient dans leur Etat d'origine. Dans de très rares cas seulement, des mères ou des parents (Somalie, Erythrée) font valoir qu'ils ne pourraient pas protéger leur fille ou leurs filles contre une mutilation des organes génitaux.

Il n'existe pas d'indications précises sur la fréquence de ces allégations, du fait que l'ODR n'enregistre pas, pour ses statistiques, la nature des allégations, mais uniquement des données générales comme le sexe, l'âge et la nationalité des personnes qui demandent l'asile.

### Bases juridiques

Toute demande d'asile est soumise en principe à un double examen. D'abord, les allégations de la personne qui sollicite l'asile seront examinées sous l'angle de leur vraisemblance. Il s'agit ensuite de vérifier si la situation de persécution évoquée de manière crédible satisfait aux critères à considérer pour la reconnaissance de la qualité de réfugié telle que celle-ci est définie dans la loi. L'examen de la vraisemblance des allégations intervient en premier lieu, étant donné que seules les allégations tenues pour crédibles par les autorités compétentes en matière d'asile seront évaluées en fonction des conditions requises pour la reconnaissance de la qualité de réfugié. Ainsi, l'examen de la vraisemblance joue un rôle central dans la procédure d'asile. La qualité de réfugié est vraisemblable lorsque l'autorité estime que celle-ci est hautement probable (art. 7 al. 2 LAsi).

L'examen de la vraisemblance est basé sur la constatation des faits pertinents. Cela signifie qu'il est exigé de la part de la personne qui demande l'asile des indications détaillées – parfois aussi très personnelles – sur la situation de persécution qu'elle invoque, de manière à ce que l'on dispose d'une vue d'ensemble de cette situation. L'appréciation de la vraisemblance est complexe et exigeante. Toutefois, on peut dire d'une manière simplifiée qu'elle comporte essentiellement l'examen de la consistance externe et de la consistance interne des allégations. Par consistance externe, on entend ceci: les allégations correspondent aux faits et s'accordent avec des événements objectivement vérifiables. La consistance interne, quant à elle, implique que les allégations ne sont pas seulement logiques et plausibles, mais qu'elles s'inscrivent dans un contexte où le lieu, le temps, les circonstances et le déroulement des faits présentent un rapport qui peut être clairement constaté. En conséquence, l'examen de la vraisemblance doit se fonder sur une appréciation des allégations dans leur ensemble. Il convient de peser les différents éléments qui parlent en faveur ou en défaveur de la vraisemblance et c'est seulement lorsque les éléments vraisemblables l'emportent qu'un exposé des faits est crédible.

S'il y a lieu de conclure à la vraisemblance de la situa-

tion de persécution ou de la crainte de persécution, il s'agit d'évaluer les allégations en fonction des conditions requises pour la reconnaissance de la qualité de réfugié. Sont reconnues comme réfugiés, en Suisse, les personnes qui, dans leur Etat d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques. Sont notamment considérées comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable (art. 3 al. 1 et 2 LAsi). Suite à des pressions politiques, le complément «Il y a lieu de tenir compte des motifs de fuite spécifiques aux femmes» a été apporté à la définition de la notion de réfugié dans la nouvelle loi sur l'asile, qui est entrée en vigueur le 1er octobre 1999 (art. 3 al. 2 LAsi). Même si ce complément ne constitue pas une extension de la notion de persécution elle-même, la mention expresse des motifs de fuite spécifiques aux femmes – dont fait partie la mutilation des organes génitaux – doit faciliter la prise en compte de la gravité particulière de certains préjudices que les hommes ne connaissent pas ou très peu.

Dans chaque cas, l'ODR examine, au regard de la situation propre au pays d'origine de la personne qui demande l'asile, si les conditions requises pour la reconnaissance de la qualité de réfugié sont remplies. S'agissant de la problématique de la mutilation des organes génitaux, il est renvoyé à la notion d'«appartenance à un groupe social déterminé», l'un des motifs de persécution énumérés dans l'art. 3 LAsi. Le fait que, selon la pratique en vigueur, le sexe ne saurait constituer à lui seul un groupe social ne signifie pas que dans des circonstances particulières, un groupe de personnes défini en fonction de certains critères ne puisse pas constituer un groupe social au sens de la loi sur l'asile. Ainsi, il est possible de considérer les femmes qui craignent une mutilation des organes génitaux comme faisant partie d'un «groupe social déterminé», pour autant que, au regard des aspects propres au pays, toutes les conditions nécessaires soient remplies.

Toutefois, le fait que ces personnes forment un groupe social déterminé ne conduit pas à lui seul à la reconnaissance de la qualité de réfugié et à l'octroi de l'asile. Selon la pratique en vigueur, il est nécessaire, en plus des motifs de persécution reconnus et de la mise en danger concrète et individuelle, que soient remplies les conditions suivantes:

- Il doit y avoir une interdépendance logique et temporelle entre la persécution et la fuite.

- La persécution doit provenir de l'Etat ou alors être soutenue, approuvée et tolérée par ce dernier qui, de ce fait, ne s'acquitte pas de son obligation de protection.
- En outre, il ne doit pas y avoir, pour la personne concernée, de possibilité de protection à l'intérieur du pays, au sens d'une alternative de fuite interne.

Lorsque les conditions précitées sont remplies, la personne concernée est reconnue comme réfugiée et l'asile lui est accordé en Suisse.

Si, en revanche, l'ODR parvient à la conclusion que les conditions requises pour la reconnaissance de la qualité de réfugié ne sont pas remplies, il rejette la demande d'asile et prononce le renvoi de la personne concernée. Il est examiné si le retour de cette dernière dans son Etat d'origine est licite, raisonnablement exigible et possible. Etant donné qu'en Suisse – comme dans les autres pays européens –, l'excision est considérée comme un traitement inhumain au sens de l'art. 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), il convient de tenir compte de cette circonstance lors de l'examen de l'exécution du renvoi et de prononcer, suivant les cas, une admission provisoire.<sup>1</sup>

### Pratique de l'ODR lorsqu'il existe un risque de mutilation des organes génitaux

Environ 90% des demandes d'asile provenant du continent africain sont déposées par des hommes. En outre, seule une part marginale des femmes de ce même continent qui introduisent une requête d'asile invoquent à l'appui de celle-ci un risque de mutilation des organes génitaux pour elles ou pour leurs filles. Ainsi, ce n'est que de manière sporadique que l'ODR est confronté à la problématique de la mutilation des organes génitaux.

- La plupart des demandes d'asile fondées sur une menace de mutilation des organes génitaux sont rejetées pour manque de vraisemblance.
- Jusqu'à maintenant, aucune femme ayant demandé l'asile uniquement en raison d'une menace de mutilation des organes génitaux ne s'est vu reconnaître la qualité de réfugié en Suisse, bien qu'il existe les bases juridiques pour cela.

Ces dernières années, suite, notamment, à la pression internationale, quelques-uns des 27 Etats africains dans lesquels la mutilation des organes génitaux est pratiquée depuis toujours ont interdit celle-ci par des dispositions légales et la sanctionnent par une peine: Guinée 1965, Ghana 1994, Djibouti 1995, Burkina Faso 1996, République centrafricaine 1996, Egypte 1997, Tanzanie 1998, Togo 1998, Côte-d'Ivoire 1998, Sénégal 1999.<sup>2</sup> Dans la plupart de ces Etats, des organisations non gouvernementales (ONG)

collaborent avec les organes officiels pour conscientiser la société – au moyen de campagnes d'information, de séminaires, etc. – sur les conséquences et les dangers de la mutilation des organes génitaux et pour faire disparaître de telles pratiques.

L'appréciation des allégations en relation avec la problématique de la mutilation des organes génitaux se fait en fonction des principes suivants, qui résultent des indications précitées:

- L'intéressée provient d'un Etat dont le gouvernement est actif dans ce domaine et a pris des mesures, d'ordre juridique ou autre, pour interdire ces pratiques. Dans un tel cas, la demande d'asile est rejetée et un renvoi est prononcé, étant donné que l'intéressée peut obtenir assistance et soutien dans son Etat d'origine et qu'elle n'est pas à la merci de la protection de la Suisse.
  - L'intéressée provient d'un Etat qui n'a pris aucune mesure, juridique ou autre, pour combattre ces pratiques ou qui a rejeté à plusieurs reprises des dispositions légales en la matière. Il s'agit alors d'examiner si les conditions requises pour la reconnaissance de la qualité de réfugié sont remplies ou si l'admission provisoire doit être prononcée en raison du caractère illicite de l'exécution du renvoi.
  - L'intéressée qui provient d'un Etat dont la situation générale constitue un obstacle à l'exécution du renvoi (p. ex. Somalie) est admise provisoirement. Pour des raisons d'économie de procédure, il est renoncé à un examen supplémentaire de la licéité de l'exécution du renvoi en relation avec le risque de mutilation des organes génitaux.
- Comme le montre la pratique de l'ODR, les conditions cadre ont été, ces dernières années, examinées et ajustées de telle manière que puissent être trouvées des solutions adéquates sur le plan juridique et conformes aux principes humanitaires dans les cas où un risque de mutilation des organes génitaux est allégué. Ce processus de recherche de solutions ne saurait prendre fin aujourd'hui; il doit évoluer en permanence sur la base des situations particulières qui se présenteront dans le futur.

<sup>1</sup> Réponse du Conseil fédéral à l'intervention parlementaire Caspar Hutter, 1992.

<sup>2</sup> Inter-African Committee (IAC) – Eradicate Female Genital Mutilation: 15 years of action/1984-1999, Geneva 2000, ainsi que les rapports, par pays, de l'U.S. Department of State sur la situation des droits de l'homme.

# COMPTES RENDUS DES ATELIERS

## Atelier «Aspects médicaux de l'excision»

Responsables: **Heli Bathijah**, Organisation mondiale de la santé (OMS) et **Prof. Dr. med. Patrick Hohlfeld**, Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO)

**Il n'existe guère d'études scientifiques complètes sur l'excision. L'OMS essaie de combler cette lacune en réalisant une étude sur deux ans dans six pays africains. Les gynécologues suisses sont confrontés à des questions difficiles lorsqu'ils sont consultés par des femmes excisées. Au Centre hospitalier universitaire vaudois, par exemple, près d'une femme excisée sur deux demande une réinfibulation après la naissance de son enfant.**

Heli Bathijah déplore qu'il n'existe pas davantage d'études scientifiques menées à vaste échelle sur la problématique de l'excision. Afin d'avoir une vision plus précise du lien entre les problèmes obstétricaux et les différents types d'excision, l'OMS est en train de préparer une vaste étude scientifique. Cette analyse englobera six pays (Kenya, Soudan, Nigeria, Ghana, Sénégal et Burkina Faso) et touchera environ 30 000 femmes durant une période de deux ans. Cette étude vise à collecter les premières données scientifiques mondiales concernant les aspects médicaux de l'excision. Les premiers résultats sont attendus pour 2003. A la fin de son introduction, Heli Bathijah présente les différents types d'excision ainsi que les complications médicales qui peuvent survenir après une excision.

Le professeur Hohlfeld rend compte de l'expérience du «Centre hospitalier universitaire vaudois» (CHUV) à Lausanne en ce qui concerne les femmes excisées. Il relève combien il est difficile de dialoguer avec les femmes concernées, même si l'entretien est conduit par une femme médecin. A sa connaissance, une femme sur deux souhaite être réinfibulée après la naissance de son enfant. Cette demande est généralement refusée dans sa maternité ainsi que par la majorité des praticiens en Suisse, sauf dans des cas exceptionnels. Il s'agit notamment de femmes dont la demande d'asile a été rejetée et qui ne sont autorisées à rester en Suisse que jusqu'au terme de la naissance de leur enfant. On ne peut pas se borner à refuser la demande de réinfibulation de ces femmes si l'on songe que ces dernières courent le risque d'être exclues socialement, voire d'être

menacées de mort dès qu'elles retourneront dans leur pays d'origine et que l'on apprendra qu'elles ne sont plus infibulées depuis leur séjour à l'étranger. Seuls ces cas exceptionnels permettent que l'on envisage une réinfibulation. Le professeur Hohlfeld expose ensuite les arguments pour et contre une médicalisation de l'excision, tout en prenant lui-même clairement position contre une médicalisation de l'excision.

### Recommandations /Résultats de la discussion

- L'enquête menée par UNICEF Suisse et la SSGO montre que l'excision est un thème d'actualité en Suisse aussi. De ce fait, il faudrait que la formation du personnel médical prenne en compte la problématique de l'excision.
- Il est nécessaire d'apporter un soutien financier aux organisations qui s'occupent d'informer les groupes concernés, afin que leur travail puisse se poursuivre. (Par ex. Treffpunkt für Schwarze Frauen).
- Lors de l'élaboration de mesures en Suisse, il est impératif d'associer des femmes et des hommes concernés par la problématique.

## Atelier «Aspects politiques et sociaux de l'excision sous l'angle particulier de la Suisse»

Responsables: **Liliane Maury-Pasquier**, Conseillère nationale; **Zeedah Mangeli-Meierhofer**, Treffpunkt für Schwarze Frauen à Zurich; **Patricia Ganter**, Office fédéral des réfugiés (ODR)

**Le gouvernement suisse n'aborde la question de l'excision qu'avec beaucoup d'hésitation. Jusqu'à maintenant, par exemple, aucun office fédéral n'a été chargé de s'occuper de la problématique de l'excision.**

Liliane Maury-Pasquier présente l'état de la discussion politique dans les deux chambres fédérales et au gouvernement: un groupe de Parlementaires appelé «Caire+», dans lequel tous les partis sont représentés, s'occupe des questions de santé en rapport avec la sexualité et la re-

production. Une motion a été déposée par la Conseillère nationale Brigitta Gadiet (PDC) le 23 juin 2000. Cette dernière demande au Conseil fédéral de s'impliquer davantage dans la lutte contre l'excision et de soutenir les organisations engagées dans cette lutte. Le Conseil fédéral a répondu en énumérant les efforts déployés par la Suisse dans ce domaine au plan international. Le Conseil fédéral a annoncé en outre qu'il informerait le Parlement des progrès accomplis en la matière et a converti la motion en postulat. Le 12 décembre 2000, la Conseillère nationale Anne-Catherine Ménétreay-Savary (GPS) a déposé un postulat. Elle demande l'élaboration d'un rapport qui aurait pour but d'établir – en vertu de l'art. 3 al. 2 Lasi – la prise en compte des motifs spécifiques des requérantes d'asile sous l'angle particulier des mutilations génitales.

Le postulat a été accepté. Il faut attendre maintenant de voir si et quand ce rapport sera produit.

Liliane Maury-Pasquier complète ses informations par un bref tour d'horizon des dispositions légales en vigueur en Europe et à l'extérieur de l'Europe.<sup>1</sup>

Zeedah Mangeli-Meierhofer, collaboratrice du Treffpunkt für Schwarze Frauen témoigne de l'expérience des femmes et des mères africaines qui accompagnent les femmes mutilées et les soutiennent. Elle demande que l'on rende justice à l'expérience et aux connaissances de son association qui est actuellement la seule en Suisse à accomplir ce type de travail à la base.

Patricia Ganter explique que l'Office fédéral des réfugiés ne possède aucune information concernant la situation dans les cantons. Dans le cadre des auditions des femmes, il n'est pas question de la mutilation génitale féminine. Les requérantes d'asile continuent d'être prises en charge dans les cantons après l'audition, car l'ODR ne traite «que» les demandes d'asile.

A la suite des différentes interventions, les personnes présents discutent des services qui pourraient être chargés, en Suisse, de s'occuper de la problématique et de la prévention de l'excision.

### Constats

- En Suisse, aucun Office fédéral n'est chargé d'examiner dans quelle mesure l'excision constitue un problème dans notre pays. Cette tâche devrait incomber à l'Office fédéral de la santé

- Les organisations d'entraide cantonales qui ont une relation privilégiée avec les requérants d'asile sont les mieux placées pour entrer en contact avec les femmes concernées et s'en occuper.
- Les médecins cantonaux devraient être associés plus étroitement à l'information et à la prévention.
- Dans le cadre des conférences cantonales qui réunissent les membres des gouvernements cantonaux responsables de l'éducation, de la santé et de la justice, il est possible d'échanger les informations disponibles et de coordonner les mesures dans les cantons.
- Une participante a entendu parler d'une Italienne et d'une autre personne en Suisse romande qui pratiqueraient l'excision sur des fillettes.
- Les tribunaux devraient intervenir, notamment lorsque les victimes ou les auteurs sont de nationalité suisse.
- La problématique des mutilations génitales féminines ne doit pas faire l'objet d'articles de journaux ou d'émissions de télévision où l'émotion est au premier plan; il faut au contraire s'occuper de la question avec tout le sérieux nécessaire. Par ailleurs, aucun programme de lutte contre les mutilations génitales féminines ne devrait être mis en place sans qu'il y ait eu une collaboration approfondie avec les expertes concernées.

### Recommandations /Résultats de la discussion

- Il s'avère nécessaire de constituer un groupe de travail national pour coordonner les mesures ultérieures dans le domaine de l'information et de la prévention de l'excision.
- Etablissement d'un plan d'action: ce dernier doit comprendre un grand nombre de mesures qui se complètent mutuellement. Avant toute chose, il est indispensable de saisir l'ampleur du problème en effectuant des travaux de recherche.
- Il y a lieu de lancer une campagne d'information nationale.
- Il est important de collaborer avec des médiatrices culturelles afin de pouvoir établir des relations personnelles avec les mères.

<sup>1</sup> Parmi les pays industrialisés, l'Australie, la Grande-Bretagne, le Canada, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède et les Etats-Unis ont adopté des lois contre la mutilation des organes génitaux féminins. En Afrique, le Burkina Faso, la Côte-d'Ivoire, le Djibouti, le Ghana, la Guinée, la République centrafricaine, le Sénégal, la Tanzanie, le Togo, l'Egypte et le Nigeria connaissent des lois similaires. Des procédures pénales ont été engagées dans quatre pays: au Burkina Faso, en Egypte, au Ghana et en France.

## Atelier «Contexte culturel et social de l'excision»

Responsables: **Berhane Ras-Work**, Comité Inter-Africain et **Dr. Kouyaté Morissanda**, Cellule de coordination sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CPTAFE)

**Les valeurs sociales et traditionnelles de la société africaine doivent être prises en compte dans la lutte contre l'excision. L'introduction de rites d'initiation alternatifs constitue donc une bonne possibilité pour enrayer la pratique de l'excision.**

Berhane Ras-Work décrit le contexte culturel complexe de l'Afrique. Car un très grand nombre de personnes sont directement ou indirectement impliquées dans la mutilation génitale des filles (grands-mères, mères, maris, groupe des pairs, exciseuses, chefs religieux, etc.). Ces circonstances appellent une stratégie multiple et complexe pour parvenir à l'abolition. Dans la lutte contre l'excision, il s'agit avant tout d'accorder une importance centrale à l'information et à la sensibilisation de tous les intéressés, car les filles sont excisées dans l'ignorance mais avec les meilleures intentions du monde sans que l'on connaisse les conséquences de la mutilation génitale.

Berhane Ras-Work souligne aussi que l'excision est partout étroitement liée à la tradition et qu'il n'est pas possible de la supprimer sans la remplacer, puisqu'elle fait partie de l'identité africaine. Il y a lieu au contraire de promouvoir et de soutenir des rituels et des rites d'initiation existants ou nouveaux qui ne sont pas préjudiciables à la santé. A cet effet, le dialogue entre hommes et femmes est essentiel, car seul l'échange de réflexions avec l'autre sexe permet de révéler les attentes et les préjugés mutuels. Le Dr. Kouyaté Morissanda relève qu'il est essentiel, dans les pays respectifs, de rappeler en permanence leurs promesses aux politiciens africains qui ont déjà signé au plan international une convention en faveur de l'abolition de l'excision. Il considère de la manière suivante la problématique des migrants/migrantes en Suisse : lorsqu'ils se trouvent à l'étranger, les migrants n'ont plus la pression du groupe imposée par la société, ce qui peut faciliter l'abandon de traditions familiales ; mais par ailleurs, le sentiment d'être isolé et étranger peut conduire aussi à ce

que l'on défende particulièrement vigoureusement ses propres traditions parce qu'elles apportent identité et appui.

### Recommandations / résultats de la discussion

- On est unanime à penser qu'une question aussi délicate nécessite un respect mutuel et beaucoup de doigté. Les traditions africaines ne doivent pas être rejetées en bloc, car les personnes critiquées se mettent alors sur la défensive. Un véritable échange n'est possible que si l'objectivité est garantie et qu'il n'y a pas de condamnation. La lutte contre l'excision est un processus qui nécessite beaucoup de temps et de confiance.
- La question de l'excision devrait être intégrée à l'éducation sexuelle dispensée dans les écoles en Suisse.
- La collaboration des spécialistes (animatrices en éducation sexuelle et enseignant(e)s) est importante. Il convient aussi de chercher à avoir des contacts directs avec les parents des enfants concernés.
- Une campagne nationale de sensibilisation à tous les niveaux est nécessaire.
- Il est nécessaire de mettre en place un code d'éthique parmi les médecins affirmant qu'il n'existe pas d'excision "propre", même pas dans un cadre professionnel médical. Il n'existe ainsi aucune raison acceptable de légaliser l'excision.
- Une plate-forme doit être constituée pour assurer des échanges réguliers entre les acteurs en Suisse et le Comité Inter-Africain.
- Le Dr. Morissanda demande que l'on agisse ensemble. L'Afrique a besoin du soutien international.
- Groupes de médiation culturelle: des groupes de ce type existent déjà à différents endroits en Suisse. Par leur démarche globale ("holistic approach") ils favorisent la compréhension mutuelle de certaines notions et valeurs (par ex. santé, droit).

### Résumé des résultats des groupes de travail

Les discussions qui ont eu lieu au sein des différents groupes de travail ont montré qu'il était nécessaire d'accomplir en Suisse un travail d'information relativement à la problématique de l'excision. Les résultats des trois groupes de travail peuvent être résumés comme suit:

- Constitution d'un groupe à l'échelon national qui assure la coordination des différentes activités et prenne en charge la préparation de matériel de sensibilisation et d'information.
- Campagne d'information à l'échelon national afin d'informer non seulement la population mais également les médecins, les gynécologues et le personnel employé dans le domaine de l'asile et le secteur social.
- Des travaux de recherche doivent être menés afin de pouvoir se faire une idée de l'ampleur du phénomène de l'excision en Suisse.
- Il est demandé à la Confédération de soutenir financièrement les organisations qui s'emploient à informer les groupes concernés.
- La question de l'excision devrait être intégrée à l'éducation sexuelle dispensée dans les écoles.
- Constitution de groupes supplémentaires de médiation culturelle: des groupes de ce type existent déjà à différents endroits en Suisse. Par leur démarche globale («holistic approach»), ils favorisent la compréhension mutuelle de certaines notions et valeurs (par ex. santé, droit).
- Des hommes et des femmes appartenant aux communautés concernées doivent être impérativement associés à l'élaboration des mesures. Ils peuvent fonctionner comme médiateurs et établir des relations personnelles avec les parents intéressés.

# ANNEXE

## Organisation de la journée

L'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance oeuvre dans le monde entier pour améliorer les conditions de vie des enfants et mettre en application la Convention des droits de l'enfant. La pratique de l'excision constitue une violation des droits de l'homme et des droits de l'enfant. La lutte contre l'excision est de ce fait une tâche importante de l'UNICEF. Depuis l'an 2000, UNICEF Suisse s'engage activement dans la lutte contre l'excision et soutient à cet effet un projet au Burkina Faso.

«PLANeS – Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive» est l'organisation suisse qui chapeaute toutes les questions liées à la santé sexuelle et productive, en particulier le planning familial et l'éducation sexuelle. PLANeS se doit de respecter les objectifs du programme d'action de la Conférence de l'ONU au Caire en 1994 et les principes qui y sont formulés quant à la santé sexuelle et reproductive ; dans ce sens, la fondation accompagne divers projets pratiques en Suisse et au plan international.

## Programme de la journée du 21 mai 2001 à Berne

### Bienvenue et introduction

10.00 h: **Elsbeth Müller**,  
Secrétaire générale d'UNICEF Suisse  
**Jean-François Giovannini**,  
Directeur suppléant de la Direction du développement et de la coopération (DDC)

### Courts exposés

10.20 h: L'excision et les droits de l'homme,  
**Christina Hausammann**, juriste  
10.50 h: Contexte culturel de l'excision,  
**Berhane Ras-Work**, Inter African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women (IAC)  
11.20 h: PAUSE  
11.35 h: Résultats de l'enquête menée par l'UNICEF et la SSGO auprès des gynécologues en Suisse,  
**Prof. Dr. med. P. Hohlfeld**, Président de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO)

11.55 h: Pertinence de l'excision dans la question de l'asile, Patricia Ganter, Division principale procédure d'asile, Office fédéral des réfugiés (ODR)

12.20 h: Repas

### Ateliers

13.45h -16.30h:  
Aspects médicaux de l'excision – types d'excision et fréquence  
Conséquences de l'excision sur la santé et le psychisme/Les besoins au plan de la santé publique  
Exposé d'introduction: **Heli Bathijah**,  
Organisation mondiale de la santé (OMS)  
Modération: **Heli Bathijah** (OMS) /  
**Prof. Dr. med. P. Hohlfeld** (SSGO)

13.45h -16.30 Uhr:  
Aspects politiques et sociaux de l'excision en Suisse/Conséquences politiques et sociales de l'excision en Suisse  
Exposé d'introduction: **Liliane Maury Pasquier**, vice-présidente du Conseil national  
Modération: **Liliane Maury Pasquier / Zeedah Meierhofer**, Treffpunkt für Schwarze Frauen /  
**Patricia Ganter** (ODR)

13.45h -16.30h:  
Contexte culturel et social de l'excision  
L'excision et la tradition / Démarches à adopter dans la lutte contre l'excision  
Exposé d'introduction: **Berhane Ras-Work** (IAC)  
Modération: **Berhane Ras-Work** (IAC)

## Liste des participantes et participants (nom, prénom, organisation)

Agazzi Doris, PLANeS  
Amrein Christina, Vierteljahreszeitschrift für Heilpädagogik  
Bachmann Susanne, Organisation suisse d'aide aux réfugiés  
Banz Elisabeth, Asylorganisation TAST Zürich  
Barboni Ambra, DDC  
Bathijah Heli, WHO/OMS  
Beck Charlotte, Antagem / Terre des Femmes  
Bennunger-Budel Carin, World Organisation against Torture  
Bertoli Angela  
Blaser Eva, Praxis für Psychiatrie  
Bodenmann Esther, World Vision Schweiz  
Born Franziska, Flüchtlingssekretariat Thun  
Bory Valerie, Revue Choisir  
Bosshard Hans, gynécologue  
Brassel Nijje Sillah  
Bryner Angela, Département de la police et des affaires militaires (Bâle): Division Migration/Intégration  
Cazes Severine, Terre des Hommes  
Charton-Furrer Joelle, gynécologue  
Courtet Nahoé, Profa Lausanne  
Diener Beatrice, Asyl-Organisation TAST Zürich  
Dormann Rosmarie, Conseillère nationale  
Farkas Anna, Asyl-Organisation TAST Zürich  
Fleiner Piera, Comité de la Coordination Suisse «Droits de l'enfant»  
Fournier Isabelle, Commission de recours en matière d'asile  
Ganter Patricia, Office fédéral des réfugiés  
Gerber Regula, Office fédéral des assurances sociales  
Gerber Marianne, Bezirksamt Pfrundhaus  
Giovannini Jean-François, DDC  
Gogniat Loos Fabienne, Journal Sage-femme Suisse  
Grossenbacher Daniel, Swisscontent Corp.  
Häfliger Brigitte, DDC  
Hausammann Christina, juriste  
Heusser Regula, NZZ Zeitfragen  
Hirrlé Bärbel, Rédaction de Gynäkologie und Pädiatrie  
Hofmann Catherine, Maternité, Hôpital de l'Île, Berne  
Prof. Dr. med. Hohlfeld Patrick, CHUV Lausanne, SSGO

Huber Lloyd, gynécologue  
Katona Barbara, Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen  
Kiener Regina, Sozialamt Geroldswil  
King Alison, DDC  
Kouyaté Morissanda, CPTAFE  
Kunfermann Claudia  
Leins Thomas, Bezirksanwaltschaft  
Leuenberger Lisa  
Liechti Barbara, Terre des Femmes  
Lièvre-Bilgeri Marianne  
Luterbacher Christa, Commission de recours en matière d'asile  
Magdalinski Doris, Schweizerisches Tropeninstitut  
Mägli Sylvaine, Armée du Salut  
Maury-Pasquier Liliane, Conseillère nationale  
Meierhofer-Mangeli Zeedah, Treffpunkt für Schwarze Frauen  
Michel Gerlinde, Rédaction de Schweizer Hebamme  
Mühlethaler Isabella, Sozialamt Geroldswil  
Müller Elsbeth, UNICEF Suisse  
Osman Anisa  
Petermann Regina, Pflegeschule Uster  
Ras-Work Berhane, IAC  
Reber Karin, Der Bund  
Richei Brigitte, Asyl-Organisation TAST Zürich  
Rischer Ursula, Terre des Femmes  
Riva Gapany Paula, Institut international des droits de l'enfant  
Robert Leni, PLANeS  
Rödiger Alexander, UNICEF Suisse  
Schulze Silvie, UNICEF Suisse  
Sherif Anisa, Treffpunkt für Schwarze Frauen Zürich  
Sidler Sabah, Treffpunkt für Schwarze Frauen Zürich  
Sieber Anja, Organisation suisse d'aide aux réfugiés  
Stangl Catherine, PLANeS  
Steiner Elisabeth, Stiftung Steinhölzli  
Strebel Fiona, Metropol  
Tille Béatrice, Swisscontent Corp.  
Türtscher Hildegard, médecin  
Villoz Félicienne, Terre des Femmes  
Wälti Ruth, Durchgangszentrum Dreispitz Bern  
Weigang Wiebke, Terre des Femmes  
Zbinden Doris

**Commandes:**  
**Comité Suisse pour l'UNICEF**  
**Baumackerstrasse 24**  
**CH-8050 Zurich**  
**Téléphone + 41 (0)1 317 22 66**  
**Fax + 41 (0)1 317 22 77**  
**E-mail: [info@unicef.ch](mailto:info@unicef.ch)**  
**Internet: [www.unicef.ch](http://www.unicef.ch)**

