

## LA CIRCONCISION DES FEMMES EN AFRIQUE : REPENSER LES POLITI- QUES DE SANTÉ

CHRISTIANE ROCHON

CANDIDATE AU DOCTORAT SCIENCES HUMAINES  
APPLIQUÉES, OPTION BIOÉTHIQUE  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## SECTION DES ÉTUDIANTS / STUDENT'S SECTION

### RÉSUMÉ

Lors de son passage au Mali en novembre 2006, la Gouverneur Général du Canada, Mme Michaëlle Jean a déclaré qu'elle appuyait le Protocole de Maputo qui « stipule clairement que la pratique des mutilations génitales féminines est une violation des droits fondamentaux de la personne » et souhaitait que « plus une seule petite Malienne ne soit soumise à ce supplice ». La pratique de la circoncision féminine en Afrique est ainsi définie comme un acte de violence à l'égard de femmes et des filles et le signe d'inégalités sociales reliées au genre. Elle est associée au viol, au trafic humain, à l'avortement forcé et à l'infanticide des bébés filles. Cette approche féministe quant à la circoncision féminine ne tient pas compte de la complexité culturelle, émotionnelle et cognitive de la pratique. Les politiques de santé interdisent la pratique, la rendant même illégale, et s'opposent à toute médicalisation. Elles n'ont toutefois pas réussi à faire diminuer la pratique. Malgré cet échec, ces politiques demeurent incontestées. Nous croyons que ces politiques constituent une forme d'intolérance et même d'impérialisme culturel à l'égard des femmes africaines. En effet, alors qu'une forte mobilisation s'est créée autour de la circoncision féminine, un silence incompréhensible s'établit à l'égard d'autres pratiques traditionnelles qui affectent la santé et l'intégrité des enfants, ainsi qu'au sujet de pratiques similaires en Occident. Par compassion et par respect pour les filles africaines, il est temps de revoir les politiques pour obtenir de vrais changements à partir d'approche telles que la réduction du risque et les modèles de changement de comportement.

### ABSTRACT

Governor General Michaëlle Jean, while in Mali in November, said she supported the Maputo Protocol which "clearly states that the practice of female genital mutilation (FGM) is a violation of basic human rights" and wished "no more little girls would ever again be subjected to such a torture". This has been the key message to African countries, i.e., that FGM is an act of violence against women and girls as a result of gender inequalities. FGM is associated with violent acts such as rape, human trafficking, forced abortion, and infanticide of baby girls, to name only a few. This feminist approach to the issue, however, does not take into account the full com-

plexity of the cultural, emotional and cognitive aspects of the practice that has been documented in recent years. Health policies put forward to abolish the practice have been remarkably unilateral without any options for mediation or negotiation. Participation of health practitioners with FGM have also been strongly opposed. Not surprisingly then, interventions and health policies have proven mostly ineffective in diminishing the practice. But these policies remain unquestioned, as demonstrated by the Governor General's recent speech. This "power focus" feminist approach to the problem of FGM has been mostly motivated by repulsion and can be seen as a form of moral and cultural imperialism. Meanwhile, few words are said about other traditional practices that also affect African children's or about our own western practices. I argue that it is time to rethink FMG policies in a just and caring perspective, and evaluate more flexible approaches that have been proposed such as harm reduction and behaviour changing models.

## INTRODUCTION

Depuis plus de vingt ans, le phénomène de « circoncision féminine » en Afrique, aussi appelée excision ou mutilation génitale, fait couler beaucoup d'encre<sup>1</sup>. La pratique a été décriée et appelée à être bannie pour deux raisons principales : les conséquences sur la santé des femmes et, par la suite, pour des raisons de droits humains fondamentaux notamment reliés à l'intégrité physique et sexuelle des filles et de femmes. Le point de vue le plus souvent entendu face à ce phénomène est celui des féministes occidentales et africaines qui voient dans la pratique une dynamique de pouvoir et d'oppression des hommes sur les femmes pour contrôler leur sexualité. La circoncision féminine est ainsi définie comme une forme de discrimination, de misogynie et de violence à l'égard des femmes. La réaction d'horreur face à la circoncision féminine a été telle, qu'elle a provoqué une mobilisation mondiale et un effort soutenu de la part des organisations internationales, des gouvernements et des ONG pour y mettre fin.

Encore aujourd'hui, le même discours est tenu à l'égard de la circoncision féminine. La Gouverneure Générale du Canada, Mme Michaëlle Jean, devant l'Assemblée nationale malienne en novembre dernier, a déclaré qu'elle appuyait le Protocole de Maputo qui « stipule clairement que la pratique des mutilations génitales féminines est une violation des droits fondamentaux de la personne ». Elle a ajouté que : « Le Canada encourage les stratégies maliennes de dissuasion, d'éducation, de sensibilisation, et souhaite... que, très bientôt, plus une seule petite Malienne ne soit soumise à ce supplice. » (Jean, 2006)

Ce message, quant à la santé et aux droits fondamentaux, est celui qui a donné lieu à différents protocoles, déclarations, et lois internationales bannissant les « interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques » (OMS, UNICEF, FNUAP, 1997). L'opposition à toute forme de prise en charge médicale de la pratique est devenue également centrale à cet effort international pour éliminer la circoncision féminine (Shell-Duncan, 2001).

Les conséquences de la pratique de la circoncision sur la santé des femmes n'ont toutefois pas été démontrées de façon systématique et rigoureuse, laissant ainsi place à toute sorte d'interprétation. Les études effectuées au cours des dernières années, surtout de la part des anthropologues et épidémiologistes pour comprendre la pratique ont par ailleurs fait ressortir la complexité culturelle, sociale, et même économique, de cette pratique.

De plus, tant les lois pour interdire la pratique, que les efforts d'éducation, n'ont réussi à venir à bout de cette pratique qui perdure, aujourd'hui encore, dans plusieurs pays d'Afrique. La criminalisation par les Britanniques de la pratique au Soudan dans les années 1940, ne s'était pas avérée très concluante et ne l'est toujours pas aujourd'hui (Abusharaf, 2001). Par contre, d'autres formes de mutilation sur les enfants en Afrique sont courantes mais celles-ci sont gardées sous silence. Nous sommes donc en droit de demander pourquoi cette pratique en particulier irrite tant les Occidentaux et a droit à autant d'attention et de ressources de la part des organisations internationales ?

Il est temps, me semble-t-il, que le discours sur la circoncision soit plus nuancé et laisse plus d'espace aux considérations et à

la réalité africaine. Si le but ultime recherché est de réduire et, éventuellement d'éliminer la circoncision féminine, ne faudrait-il pas laisser de côté les discussions théoriques et développer plutôt des stratégies flexibles pour aider les femmes africaines ? Ainsi, les approches prises face à l'abus de substance (drogue et alcool) ou aux comportements sexuels à risque reliés à la propagation du VIH/Sida pourraient certainement inspirer la bataille menée contre la circoncision féminine. L'approche de réduction de risque (Marlatt, 1996; Shell-Duncan 2001) et les modèles de changement de comportement (Fishbein et al, 2001 ) offrent aux politiques de santé internationale des pistes pour l'élaboration de telles stratégies.

Ces approches impliquent, par contre, que la réaction de condamnation unilatérale, de dégoût et de colère, voire même de jugement moral, contre la circoncision féminine fasse place à une analyse plus compréhensive et plus respectueuse de la culture, de la cognition et de l'identité sexuelle des femmes africaines. Ainsi, nous serions en mesure de formuler des politiques qui aient un impact réel sur la pratique. Le but étant de développer une approche bioéthique qui soit plus juste et plus compréhensive d'un point de vue culturel face à un phénomène qui touche à des aspects d'affectivité et d'identité sexuelle. L'expérience dans la lutte contre le VIH/Sida a démontré que c'est l'absence de jugement qui permet d'en arriver à des résultats significatifs. Cet article se veut un plaidoyer pour un changement de politique à l'égard des « mutilations génitales » pour lesquels un constat d'échec s'impose. Il est temps que les politiques tiennent compte des résultats des récentes études sur la circoncision, tant sur leurs incidences au niveau de la santé, que sur leur prévalence, leur fréquence et leur raison d'être.

## LA CIRCONCISION FÉMININE : LES STRATÉGIES ET POLITIQUES PRÉCONISÉES DEPUIS 30 ANS

Les images de petites filles hurlant de douleur se faisant circoncire par une villageoise avec des instruments traditionnels, souvent rouillés, tenue de force par leur mère, alors que le sang coule sur la terre battue d'une case africaine, ont su créer une réaction très forte et très émotive face à la circoncision féminine. Ces images sont entrées dans l'imaginaire collectif pour être associées à la souffrance, à l'oppression, voire même à la torture. Pourtant, il est impossible aujourd'hui d'affirmer que la circoncision féminine en Afrique constitue un seul et même phénomène dans tous les pays, villages, et ethnies. Les pra-

tiques diffèrent tant au plan physique, culturel, que social à travers les 28 pays d'Afrique où elle est pratiquée.

Les organisations internationales (OMS, 1998) ont défini 4 types de « mutilations » :

- Type I: Excision du prépuce avec ou sans excision d'une partie ou de la totalité du clitoris (*sunna ou clitoridectomie*).
- Type II: Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petits lèvres (*labia minora*)
- Type III: Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et infibulation (*pharaonique*)
- Type IV: Diverses pratiques non classées telle percement, incision, étirement, cautérisation.

Selon le dernier rapport de l'UNICEF (2005), le Type I, qui est parfois considéré comme l'équivalent de la circoncision masculine (Toubia et al. 2003) et le Type II, sont les formes les plus répandues (80%) de circoncision féminine en Afrique. Le type III, l'infibulation, qui est beaucoup plus importante en terme de transformation physique, et qui se retrouve surtout au Soudan (77% des circoncisions) et en Érythrée (39%) représenterait environ 15% de la totalité de la pratique (rapport UNICEF, 2005). Toutefois, il faut souligner que les femmes africaines ne catégorisent pas leur circoncision en ces termes. Lors des sondages, leur propos doivent être intégrés dans cette catégorisation et ce, même au niveau du rapport de l'UNICEF (2005) et de celui de la coopération américaine (USAID) (Yoder et al. 2004).

L'OMS (1998) estime à plus de 130 millions le nombre de femmes dans le monde qui ont eu une forme ou une autre de ces types de circoncision. De plus, à chaque année près de 2 millions de filles, âgées de quelques jours à l'adolescence, risquent d'avoir l'un ou l'autre type de circoncision. Même si cette pratique peut se retrouver en Asie, la majorité des cas serait concentrée sur le continent africain. Dans certains pays, comme en Égypte, au Soudan, en Érythrée, ou au Mali, le pourcentage de femmes circoncises est de plus de 90%. Dans d'autres pays comme le Niger, le Burkina Faso et le Bénin, le taux de circoncision varie de 5% à 35%. Ce qui démontre que la pratique n'est pas uniforme à l'intérieur même des pays, ni dans sa prévalence, ni dans son type.

Face à la forte réaction et à la mobilisation des institutions internationales et des différentes déclarations de l'OMS, de l'UNICEF,

de l'Union Africaine etc., qui décriaient tant les problèmes de santé que la violation des droits humains, de nombreux pays ont rendu la pratique illégale et ont interdit toute forme de médicalisation. Les États-Unis sont même allés jusqu'à accorder le statut de réfugiée à une immigrante sous prétexte qu'elle serait excisée si elle retournait dans son pays. (Léonard, 2000). Par ailleurs, les pays occidentaux doivent composer avec la réalité des circoncisions en obstétrique et en gynécologie auprès de la population immigrante (Nour, 2004).

Curieusement, très peu d'études empiriques rigoureuses ont été entreprises pour démontrer clairement les problèmes de santé causés par la circoncision. Obermeyer, en 1999, a effectué une revue des recherches et a été très étonnée de constater qu'il y avait un fossé important entre les discours, la théorie, les recommandations et les études sur le phénomène. En fait, jusqu'à ce jour, très peu d'études ont pu établir un lien significatif entre la pratique et les problèmes de santé (Obermeyer 2003) car la plupart des études sont basées sur des extrapolations à partir d'échantillons très restreints de femmes circoncises et souvent sans différence entre les types de circoncision. Une étude récente de l'OMS en 2006, confirme un lien entre les mutilations génitales et des complications obstétriques mais celles-ci sont assez faibles même pour les types III. Ce qui fait dire à Conroy (2006) qu'elles constituent un facteur de risque un peu moins élevé que la cigarette durant la grossesse !

Malgré ce manque de preuve, on retrouve dans la plupart des articles, encore aujourd'hui, une liste de conséquences tels que saignements, hémorragies, problèmes des voies urinaires, kystes, mauvaises cicatrises, infertilité, morbidité, mortalité, difficulté à l'accouchement, perte ou même absence de plaisir lors des relations sexuelles, etc. associés à la circoncision féminine. Pourtant, tout ce qui a été confirmé est que la circoncision féminine (tout type confondu) est associée de façon significative à un plus grand risque de complications très précises (certains types d'infections bactériennes, et l'herpès) mais que, pour d'autres types de complications, il n'y a pas de différence significative entre les femmes circoncises et non circoncises (infertilité, autres types d'infection, douleurs menstruelles-dysménorrhée, douleurs durant les relations sexuelles-dyspareunie) (Obermeyer, 2003).

Les programmes d'éducation des ONG auprès de villageoises africaines ont également porté sur les conséquences sur la santé pour justifier l'arrêt de la pratique. Le message a dû être entendu par les

femmes africaines, car le seul changement significatif relevé quant à la pratique de la circoncision au cours des dernières années est qu'elle s'est médicalisée (UNICEF, 2005). Ainsi, en Égypte, au Kenya et au Nigeria, la majorité des circoncisions féminines sont maintenant effectuées sous contrôle médical, donc par un personnel médical formé, avec des instruments stérilisés et des antibiotiques si nécessaire. Même dans l'illégalité et l'interdiction de la part des organisations internationales, y compris l'Association Mondiale des Médecins, une certaine médicalisation s'est quand même développée. Par contre, la pratique n'a pas diminué de façon significative car elle est toujours aujourd'hui supérieure à 95% en Égypte (UNICEF, 2005, Yoder 2004). Il est difficile de ne pas voir dans ces faits une forte résistance culturelle à laisser tomber la pratique de la circoncision féminine qui s'est tout simplement adaptée au discours international en prenant les précautions nécessaires au niveau sanitaire.

### APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE ET LE POINT DE VUE PLURALISTE

Les anthropologues, de leur côté, ont effectué des études pour tenter de comprendre les raisons qui justifiaient ces procédures de circoncision. La question que tout le monde se posait était : comment peuvent-ils faire ça à leurs enfants ? (Cook et al, 2002). Dans l'ensemble, les recherches et les études de cas ont démontré que le phénomène de la circoncision est beaucoup plus complexe que ne laisse croire l'approche féministe et qu'il ne s'agit pas d'une seule et même pratique à travers tout le continent africain, mais plutôt que chaque ethnie a ses raisons particulières, ses façons de faire et son histoire.

En effet, plusieurs raisons ont été avancées et qui permettent de comprendre qu'il s'agit d'une tradition qui a ses sources, non seulement dans l'identité sexuelle, mais culturelle et cognitive. Dans certains cas, il s'agit de raisons purement personnelles et esthétiques comme la pureté (d'ailleurs le mot *tahara* en arabe pour la circoncision signifie aussi pureté, Abusharaf, 2001; Yount, 2002), ainsi que pour des raisons reliées à l'hygiène. D'autres, sont en rapport avec la spiritualité, donc avec la religion (l'Islam la plupart du temps même si rien dans le Coran n'oblige la circoncision des femmes) ou même la vertu (Abusharaf, 2001) et le devoir (Bishop, 2004). Dans le cas de certaines ethnies, des raisons économiques ont été rapportées, car les femmes doivent se marier pour survivre, obtenir une sécurité financière, une identité sociale et même une autorité au sein de la famille

(Cook et al., 2001; Shell-Duncan, 2001, Abusharaf, 2001). Par ailleurs, la circoncision peut être conçue comme un rite de passage de l'enfance à l'âge adulte, et auquel sont soumis, tant les filles que les garçons, et qui donnent lieu à de grandes célébrations (Gordon, 1991). Au plan sexuel et de la reproduction, quoique ces raisons soient le moins souvent invoquées, on parle du plaisir pour l'homme, du maintien de la virginité, de contrôle des pulsions sexuelles et d'amélioration de la fertilité (OMS, 1998, Abusharaf, 2001). Souvent dans la littérature, ces différentes raisons sont résumées de façon simpliste sous le concept de « tradition ». Mais la tradition est elle-même complexe et composée d'un ensemble de croyances à propos du monde qui nous entoure, mêlées les unes aux autres, et qui motivent certains comportements ou rituels (Bishop 2004).

Cette autre voix qui s'est faite entendre, celle de l'anthropologie, a réussi à ébranler le discours plutôt uniforme et linéaire sur la pratique de la circoncision féminine. Par exemple il a été démontré que la décision face à la circoncision était le fait des mères et /ou grand-mères, et que les pères avaient très peu d'influence sur celle-ci (Yount, 2002, Abusharaf, 2001). D'ailleurs l'anthropologue Lislott (citée dans Johnson, 2006) rapporte un cas au Sénégal dans le village musulman de Jola en Casamance, où les femmes obtenaient leur statut d'adulte lorsqu'elles donnaient naissance à un enfant. Ces femmes étaient donc totalement dépendantes des hommes pour accéder à un statut social au sein de leur communauté. De façon à reprendre le contrôle sur ce passage à la vie adulte, les femmes ont emprunté la pratique de la circoncision à une ethnie voisine. Une autre étude narrative, effectuée cette fois au Tchad, démontre que dans deux villages où ils ont adoptés récemment la pratique de la circoncision féminine, celle-ci est vue comme un acte de modernisation revendiqué par les jeunes femmes et déploré par les plus âgés du village (Léonard, 2001). Ces nouvelles initiatives remettent donc en question l'approche féministe à l'effet que la circoncision n'est qu'une autre forme de contrôle, voire de violence des hommes sur les femmes (Johnson, 2006).

De plus, les féministes croyaient intuitivement que plus les femmes seraient urbanisées et instruites, plus elles se libéreraient de cette pratique. Toutefois, les études affichent des résultats mitigés à cet égard. Il a été suggéré qu'il y avait un lien inverse entre l'instruction et l'ampleur de la circoncision (Gordon, 1991). Quant à la prévalence, dans certains pays, il y a moins de circoncision chez les

femmes instruites, alors que dans d'autres pays il n'y a aucune différence significative entre le niveau d'instruction des femmes et la prévalence de la circoncision (Obermeyer, 1999). Ainsi, au Mali, en Mauritanie, au Nord du Soudan et au Yémen, le niveau d'éducation n'est pas associé avec l'intention de procéder à une circoncision ou non de sa fille (UNICEF, 2005).

À la lumière de ces nouvelles données, il devient clair qu'on ne peut parler de « la » circoncision mais qu'il s'agit de pratiques multiples, complexes et variées, et fortement ancrées dans un système de croyances et de valeurs (Bishop 2004). Même Toubia (2004) une ardente porte-parole contre la circoncision féminine en est venue à conclure qu'il fallait tenir compte du contexte social pour obtenir des changements. Puisque la signification sociale de la pratique, basée sur les croyances, semble être plus importante dans la circoncision féminine que l'utilité, soit la réduction du plaisir sexuel ou le rapport entre les sexes (domination homme/femme), ne vaudrait-il pas mieux tenter de comprendre la pratique ? Et contrairement à ce que semble prétendre les défenseurs de la ligne pure et dure à l'égard de la circoncision féminine, essayer de comprendre la pratique ne signifie pas que l'on cherche à la justifier. Dans le débat sur la circoncision féminine, on en vient à croire qu'il faut adopter une position similaire à celle contre la guerre au terrorisme : ou on est avec les féministes, ou on est contre elles !

La circoncision féminine est devenue l'exemple parfait d'un problème bioéthique dans lequel les politiques publiques, les lois, les règlements nationaux s'imbriquent ensemble pour agir sur des principes moraux de la pratique de la médecine (Iltis, 2004). C'est également le résultat d'une vision féministe de la procédure interprétée strictement sous l'aspect de la subordination des femmes.

## RÉSULTATS DES POLITIQUES DE SANTÉ À L'ÉGARD DE LA CIRCONCISION FÉMININE

Au delà des discussions philosophiques et théoriques, où en sommes nous aujourd'hui face à la circoncision féminine ? Quels sont les résultats de la politique de santé axée sur l'éducation et la sensibilisation et l'interdiction légale nationale et internationale de pratiquer la circoncision ?

Les données statistiques sur la prévalence de la circoncision ont pu être recueillies ces dernières années grâce aux questions ajoutées dans les sondages démographiques et sur la santé (*Demographic*

*and Health Surveys-DHS*) effectués par USAID. Ce sont sur la base de ces sondages, qui sont très limités, qu'on a conclu à une légère diminution de la pratique au cours des dernières années. Mais cette diminution ne semble pas significative. Puisque la pratique est devenue illégale, certaines femmes prétendent avoir été circoncise de façon sunna (Type I) quand en fait elles ont été infibulées (Type III) (Gruenbaum, 1982, citée dans Shell-Duncan 2001). D'ailleurs, une étude récente révèle le manque de fidélité dans le rapportage des femmes sur leur circoncision (Elmusharaf et al., 2006). En plus, le fait que la circoncision soit criminalisée dans certains pays, condamnée au niveau international, a rendu la pratique clandestine (Léonard, 2000) et les femmes certainement plus craintives à offrir ce genre d'information. Certains auteurs comme Abusharaf (2001) ont même proposé qu'avec cette animosité occidentale envers la circoncision féminine, la pratique est devenue le centre d'une certaine forme de résistance pour les femmes africaines et une façon d'affirmer leur « africanité ». Quoiqu'il en soit, à ce jour, il n'y a toujours pas une théorie capable d'expliquer pourquoi la pratique perdure dans certains pays, malgré tous les efforts qui ont été faits pour l'arrêter. (Yount 2002).

En fait, le seul changement significatif identifié au cours des dernières années, s'avère la médicalisation plus fréquente de la pratique. Cette médicalisation semble minimiser de 70% les risques sur la santé à court terme, surtout au niveau des infections (Shell-Duncan, 2000). Il n'en demeure pas moins que 70% de toutes les circoncisions en Afrique sont encore effectuées par des praticiennes traditionnelles, (UNICEF, 2005) et donc dans des contextes d'hygiène plus que douteux. Malgré ces faits, les organisations internationales continuent d'interdire toute forme de médicalisation de la pratique.

Le fossé entre le discours féministe et universaliste d'une part, et les études anthropologiques et épidémiologiques plus relativiste, d'autre part, suscite une foule de questions qui n'ont pas été réglées et qui doivent être adressées, me semble-t-il, afin de définir une approche éthique. Il est grand temps de repenser les politiques de santé en rapport avec la circoncision féminine en Afrique. De toute évidence, les politiques de santé n'ont pas obtenu de résultat au niveau de la diminution de la pratique et surtout ne tiennent pas compte des aspects sociétaux mis de l'avant par la littérature anthropologique. Ce qui donne raison à Mann (1998 p.242) lorsqu'il soutient que « le caractère pluridisciplinaire de la santé publique, au lieu d'aider à intégrer

ARTICLES



ARTICLES

les aspects sociétaux, constitue un échappatoire, car les différentes disciplines se concurrencent et ne mettent pas en commun leur connaissance pour établir une cohérence». Pourtant la mise en commun des connaissances concernant la pratique de la circoncision féminine serait l'occasion de développer une approche bioéthique qui soit juste et qui tienne compte des dimensions culturelles et de l'identité des femmes. Pour ce faire toutefois, il faut premièrement se poser les bonnes questions et, ensuite, capitaliser sur ce qui est connu, compris et sur ce qui fait consensus, afin de définir le problème et trouver des solutions.

## ADRESSER LES QUESTIONS PERTINENTES

Il y a dans la littérature, tant en bioéthique qu'en santé publique, un refus implicite de comparer la circoncision des filles aux pratiques de la circoncision des garçons. Pourtant, les études qui ont analysé la répartition géographique des pratiques de circoncision, ont démontrées que la circoncision féminine existait là où il y avait également la circoncision masculine (Léonard, 2000). De plus, il est clair que la circoncision masculine porte autant atteinte à l'intégrité physique et à la dignité de la personne, aux droits de l'enfant et que les risques sur la santé (du moins pour les infections à court terme) sont les mêmes dans les deux cas. Mais encore aujourd'hui, on refuse d'établir un parallèle sous prétexte que la circoncision masculine est faite pour des raisons religieuses et pratiquée sur des nouveaux nés (Cook et al., 2002). Or, la pratique de la circoncision chez les jeunes garçons en Afrique est, dans bien des cas, toute aussi éprouvante, se fait dans des conditions d'hygiène douteuses, avec une machette, à froid, et souvent sur des jeunes adolescents. De toute évidence il s'agit là d'un bel exemple d'une approche «deux poids, deux mesures» lorsqu'il s'agit de circoncision. (Abu-Sahlieh, 2001).

Par ailleurs, la chirurgie esthétique (sur les seins, les lèvres, la vulve) pratiquée sur de nombreuses femmes en Occident soulève aussi toute une autre série de questions concernant les mutilations. Encore une fois, la question est à peine posée qu'il faut en finir avec le débat, car il s'agirait de problèmes totalement différents. Comment peut-on répondre sérieusement qu'il y a une différence avec la nymphoplastie, cette chirurgie qui consiste à diminuer le labia minora (petites lèvres vaginales) pour des raisons esthétiques et qui est de plus en plus pratiquée en Occident sans qu'elle soit condamnée? L'argument est difficile à soutenir si l'on se réfère à la définition de

l'OMS (1997) concernant les chirurgies «sur les organes génitaux des féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles et autres et non à des fins thérapeutiques». Dans ce contexte, l'argument de l'éthique médicale pour justifier l'abolition de la circoncision ne tient plus la route. Sinon, comment ne pas conclure que lorsqu'une pratique est occidentale, il s'agit de médecine moderne, mais lorsqu'il s'agit d'une pratique africaine, on parle plutôt d'acte de barbarie (Johnson 2006)?

D'autres mutilations sont pratiquées en Afrique sur des enfants et sont gardées sous silence; ou du moins ne font pas l'objet de cette mobilisation auquel a droit la circoncision féminine. La scarification des visages pour identifier l'ethnie, le perçage intense des oreilles, de la bouche, les mutilations des gencives des bébés, l'étirement du cou, tous sont des atteintes à l'intégrité corporelles des enfants et peuvent également avoir des incidences sur la santé, mais ne font pas l'objet d'autant de soulèvements de la part des occidentaux. Ce qui amène plusieurs femmes africaines à se poser la question pourquoi il existe une telle obsession sur la circoncision féminine de la part des occidentaux, alors qu'il y a très peu d'intérêt pour la santé générale des enfants (Bishop, 2004).

Bref, le phénomène de la circoncision féminine nous force à nous interroger mutuellement. Tant la culture occidentale, qu'africaine et des différentes ethnies, est remise en question (Bishop, 2004). Ne s'agit-il pas d'une occasion pour établir un dialogue qui permettrait d'en venir à comprendre le sens des valeurs et croyances par rapport au corps et à l'identité sexuelle et comment elles forment les traditions sur lesquelles reposent certains comportements, tant chez nous les occidentaux que chez les africaines?

## LA PLURIDISCIPLINARITÉ : PENSER SANTÉ ET NON INTERDICTION

Au lieu de travailler sur les oppositions (l'universalisme face au relativisme; la théorie versus l'empirisme et le narratif, l'utilitarisme et le féminisme versus la moralité et la culture) ne vaudrait-il pas mieux travailler sur l'élément qui semble faire l'unanimité? Si le but est de diminuer la pratique de la circoncision, et la souffrances des filles, les intervenants pourraient travailler à des solutions concrètes et admettre que les résultats jusqu'à présent ne sont pas très impressionnants. Il me semble évident aussi qu'il faudrait s'attaquer, dans un premier temps, aux formes les plus importantes et agressives de



la pratique, soit le type III, puisqu'il a été démontré que c'est l'in-fibulation qui comporterait le plus de complications au niveau de la santé. Pour cela, il faut mettre de côté les jugements, l'intolérance et les politiques drastiques du tout ou rien qui en découlent. Une des solutions, me semble-t-il, serait de s'inspirer des approches utilisées pour combattre la propagation du VIH/Sida à travers le monde.

Ainsi, l'approche de réduction du risque est une nouvelle vision en politique de santé utilisée ces dernières années et qui tente d'encourager des choix moins dangereux pour la santé en visant l'abstinence mais sans s'y limiter (Shell-Duncan, 2001). Cette approche a surtout été utilisée pour prévenir et même traiter certaines addictions. Elle est décrite comme une solution intermédiaire pour les politiques de santé, entre l'approche morale/criminelle et l'approche maladie, dans le traitement des comportements d'addiction (Marlatt, 1996). Au lieu de s'attaquer aux addictions, de porter un jugement moral à l'égard des personnes et d'imposer des interdictions, l'approche de réduction du risque a plutôt tenté d'en mitiger les effets et les conséquences. En ce sens elle met l'accent sur la santé. Elle est basée également sur l'interaction et la collaboration entre les personnes, donc sur le respect de l'autre et de ses choix. L'approche a servi aux politiques internationales de santé publique en réponse à la crise du VIH/Sida dans le monde (Shell-Duncan, 2001). Une des solutions préconisée a été l'approvisionnement de seringues stériles aux toxicomanes, en parallèle aux programmes d'éducation, pour minimiser la propagation du VIH/Sida. Cette politique a causée une controverse car certains croyaient qu'il s'agissait d'un message d'encouragement à l'utilisation de drogue. Les études ont démontré que non seulement ce n'était pas le cas, mais qu'au contraire l'utilisation de drogue semblait diminuer car le programme mettait les toxicomanes en contact avec des possibilités de traitement (Wynia, 2005). Au lieu de stigmatiser les utilisateurs de drogue comme étant des déviants et des receveurs passifs, ils sont devenus des intervenants actifs pour appuyer les efforts de diminution de la propagation du VIH/Sida. Cette approche de réduction du risque a ensuite inspiré des campagnes de sensibilisation pour une consommation responsable d'alcool et dans les campagnes de distribution de condoms dans les écoles secondaires occidentales et en Afrique. L'obligation du port de casque en vélo et des ceintures de sécurité en voiture sont toutes des politiques de réduction de risque pour la santé publique. « En fait, le but de cette approche est de réduire les incidences sur la santé de certains comporte-

ments pour les individus et les communautés en offrant des solutions pragmatiques et acceptables au plan culturel » (Shell-Duncan, 2001 p.1014).

Appliquée à la circoncision féminine, cette approche impliquerait de reconnaître la pratique dans son aspect culturel, sans la condamner unilatéralement, en recherchant plutôt à minimiser les conséquences sur la santé. Il faudrait ainsi accepter une certaine forme de médicalisation afin d'améliorer les conditions d'hygiène et d'encourager à réduire l'ampleur de la chirurgie, en allant progressivement d'un Type III vers un Type I ou même vers une pratique simplement symbolique d'un pincement ou « *pocking* » comme le font des médecins en Malaisie, au Soudan et comme l'ont proposés d'autres médecins occidentaux en Hollande et à Seattle aux États-Unis (Shell-Duncan 2001). Parce qu'elle est basée sur la tolérance, l'approche de réduction de risque pourrait s'adapter aux différents contextes culturels et ethniques entourant la circoncision. Parce qu'elle part de la base, des préoccupations des communautés et des individus, l'approche faciliterait la collaboration des femmes et permettrait de les intégrer dans le processus. Après tout, le changement doit venir d'elles. Puisqu'il semble évident que la circoncision féminine ne disparaîtra pas du jour au lendemain en Afrique, il me semble qu'entre temps, nous devons aider les femmes africaines afin qu'elles souffrent le moins possible.

Dans une même ligne d'idée, des psychologues ont travaillé pendant des années sur l'incidence des attitudes sur le changement de comportement. Le lien entre les perceptions, les croyances, les attitudes, les intentions et le comportement sont étudiés et analysés depuis plus de 40 ans en psychologie (Malotte et al, 2000, Fishbein et al, 2001). Fishbein (2000) a même développé un modèle de communication pour influencer les changements de comportements. Ce modèle, basé sur la « théorie de l'action raisonnée » a été utilisé pour des campagnes visant la réduction de la propagation du VIH/Sida, et l'utilisation du condom aux États-Unis et en Afrique, ainsi que pour concevoir des campagnes de sensibilisation, de persuasion en vue de faire modifier des comportements à risque. L'originalité de cette théorie est qu'elle fait une distinction entre comportement, intention de comportement, normes subjectives, croyances et perceptions, qui auparavant, étaient tout simplement regroupés sous un même concept « d'attitude ». La théorie de l'action raisonnée se concentre sur l'individu qui contrôle le comportement, car le déterminant le plus impor-

tant d'un comportement est l'intention qu'a une personne de produire ce comportement. (Bright et al. 1993)

Selon Fishbein (1993) de façon à ce qu'une communication réussisse à faire changer un comportement, il faut que le message donne de l'information qui fera changer l'intention d'avoir le comportement. Les déterminants de l'intention sont les jugements favorables ou non favorables à l'égard d'un comportement. Les normes subjectives sont reliées à ce qu'une personne pense que les autres croient qu'elle devrait avoir comme comportement (donc ce qu'on pense qui est perçu comme étant « bien » socialement). L'intention de poser un geste ou le geste lui-même reposent donc sur une série de croyances et de perceptions (Ajzen et Fishbein, 2005). On rejoint ici l'approche philosophique décrite par Bishop (2004) face au concept de tradition qu'il définit comme une série de croyances imbriquées les unes aux autres et qui donne un sens à certaines pratiques. Fishbein (1993) ajoute que, pour influencer un comportement, il faut comprendre le comportement à partir de la perspective de la population que l'on veut atteindre. Le modèle utilisé par Fishbein a servi, entre autres, dans deux interventions du *US Center For Disease Control and Prevention* pour réduire la propagation du VIH/Sida. Dans un cas, il s'agissait d'une approche communautaire où des travailleurs de rue rencontraient directement la population à risque, et dans l'autre cas, l'étude se déroulait dans un contexte formel de clinique de traitement des maladies transmises sexuellement (MTS). Dans les deux cas, des changements importants de comportements ont eu lieu. Face à ces résultats, Fishbein (2000) conclut que nous sommes en mesure de changer les comportements. Il faut toutefois que les intervenants utilisent mieux les théories empiriques de façon à être en mesure de les appliquer. Il croit « fermement que nous savons comment changer les comportements et que nous n'avons pas besoin de nouvelles théories » (Fishbein, 2000 : p.277). Cette connaissance que nous avons pourrait certainement servir dans les campagnes de sensibilisation ciblée, afin de modifier les comportements tant des praticiennes (les exciseuses) qui posent le geste de circoncire les filles, que les mères qui prennent la décision pour leurs enfants.

De toute évidence, il existe des approches qui ont fait leur preuve dans la lutte contre le VIH/Sida et qui pourraient servir également dans le cas des circoncisions féminines. Ces approches sont

toutefois basées sur la tolérance plutôt que sur le jugement moral. Les croyances et les déterminants sociaux sont pris en considération pour développer des stratégies de changements de comportement. Les organisations internationales et les ONG pourraient donc travailler ensemble pour atteindre des résultats beaucoup plus intéressants qu'au cours des dernières années. L'approche de réduction des risques, de concert avec des campagnes de sensibilisation ciblée, basée sur les croyances reliées à la pratique adaptée aux différentes ethnies, contribueraient certainement à changer la pratique et à en réduire l'intensité.

## CONCLUSION

Bien que la circoncision féminine ait été décriée depuis plus de 30 ans par la communauté internationale, il n'y a pas de réduction réelle de la pratique, ni dans son intensité, ni dans sa quantité. Deux groupes qui s'opposent semblent s'être formés autour de la question de circoncision féminine. D'une part, les organisations internationales, les féministes et les défenseurs des droits humains, condamnent la pratique et rejettent toute forme de compromis, surtout du point de vue médical. D'autre part, les anthropologues, certains médecins et philosophes, ont tenté de comprendre la pratique, d'offrir des solutions intermédiaires, mais se sont fait accuser de justifier la pratique et de jouer le jeu de la tradition oppressante qui empêche l'évolution. Plusieurs autres contradictions dans les discours internationaux ont été soulevées par les africaines elles-mêmes.

Pourtant, ce que nous savons aujourd'hui sur la circoncision féminine ne semble pas confirmer la vision féministe. Les principaux arguments à l'effet qu'il s'agit d'un acte de violence des hommes sur les femmes et d'une pratique très dangereuse pour la santé des femmes sont loin d'être confirmés. En fait, trois conclusions ressortent des différentes études. Premièrement, malgré les efforts et les ressources investis depuis plusieurs années pour interdire la pratique, celle-ci n'a pas réellement diminué mais se serait simplement médicalisée dans certains pays. Deuxièmement, outre les infections, les problèmes de santé sont surtout reliés au type le plus agressif de la circoncision (Type III). Et finalement, pour être efficaces, les approches doivent être adaptées aux réalités ethniques et locales. Conséquemment, une véritable approche bioéthique mettrait de côté

l'intolérance et opérerait plutôt pour un point de vue pluridisciplinaire de façon à influencer les politiques de santé à l'égard de la pratique de la circoncision féminine.

L'interdiction totale n'a pas donné de résultat mais des femmes africaines continuent de souffrir de complications dues à des circoncisions trop agressives ou par manque d'accès aux soins. Il est donc temps de laisser de côté les débats idéologiques pour développer des nouvelles approches dans le respect de la volonté des femmes africaines, tout en minimisant les effets potentiellement négatifs de la pratique sur leur santé. Ainsi, les récents développements pour combattre la propagation du VIH/Sida ont démontré qu'une approche moralisatrice et autoritaire ne donne pas de résultats. Il y a eu consensus sur le fait qu'il fallait réduire la propagation du virus et des approches ont été développées pour y arriver. Dans le cas de la circoncision féminine, et même si les arguments ne sont pas les mêmes, il y a consensus à l'effet qu'il faut réduire cette pratique, du moins dans sa forme la plus agressive. Il est donc proposé que les politiques de santé concernant la circoncision féminine s'inspirent de l'expérience du VIH/Sida et délaissent les jugements moraux pour se concentrer sur les effets sur la santé. Les querelles théoriques, qui relèvent parfois presque de l'intégrisme, devraient être mises de côté afin d'en arriver à une solution de compromis. Les deux approches qui semblent les plus intéressantes dans ce contexte étant l'approche de réduction des risques, pour en arriver à réduire progressivement l'intensité de la circoncision et sa pratique comme telle, ainsi que le modèle de changement de comportement qui pourrait être utilisé dans les campagnes de sensibilisation. Il resterait à vérifier comment elles peuvent s'adapter au phénomène de la circoncision féminine. L'idée étant de mettre l'énergie, non pas à juger ni à discuter autour de la pratique, mais à aider les femmes africaines pour qu'elles souffrent le moins possible.

ARTICLES

92

ARTICLES

## NOTES

<sup>1</sup> Le terme circoncision sera utilisé tout au long de cet article car le terme mutilation nous semble trop chargé et loin d'être neutre. En anglais le terme « genital cutting » est de plus en plus répandu mais celui ci est difficilement traduisible.

ARTICLES

93

ARTICLES

## BIBLIOGRAPHIE

- ABHU-SAHLIEH, S.A.(2001), *Circoncision masculine Circoncision féminine : Débat religieux, médical, social et juridique*. Paris, L'Harmattan, 537 p.
- ABUSHARAF, R.M.(2001) Virtuous Cuts: Female Genital Circumcision in an African Ontology, *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 12(1), 112-140
- AJZEN, I, Fishbein, M. (2005) The Influence of Attitudes on Behavior dans Albarracin, D, Johnson, B. Zanna, M. *The Handbook of Attitudes*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates inc.p.173-221
- BISHOP, Jeffrey P.(2004) Modern Liberalism, Female Circumcision and the Rationality of Traditions, *Journal of Medicine and Philosophy*, 29 (4), 473-497
- BRIGTH, A.D. MANFREDO, M.J., FISHBEIN, M., BATH, A. (1993) Application of the theory of Reasoned Action to the National Park Services Controlled Burn Policy, *Journal of Leisure Research*, Vol 25 (3), 263-280.
- CONROY,R.M.(2006) Female Genital Mutilation: whose problem, whose solution? *BMJ*, Vol 333, 106-107 (page consulté du site bmj le 9 février 2007)
- COOKS, R.J., DICKENS, B.M., FATHALLA, M.F. (2002), Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 79, 281-287
- ELMUSHARAF, S. ELHADI N, ALMROTH, L. (2006) Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ* 1-5 [en ligne], <http://bmj.com/cgi/content/full/333/7559/124> (page consulté le 9 février 2007).
- FISHBEIN, M. (2000) The role of theory in HIV prevention *Psychology Journals, Aids Care*, 12 (3), 273-278
- FISHBEIN, M, VON HAEFTEN,I, APPLEYARD, J. (2001) The Role of Theory in Developing Effective Interventions: implication from project SAFER, *Psychology, Health and Medicine*, 6 (2), 223-238
- GORDON, D. (1991) Female Genital Cutting in Egypt and Soudan: A dilemma for Medical Anthropology, *Medical of Anthropology Quarterly*, 5(1), 3-14
- ILTIS, A.S., (2004), Bioethics, the Intersection of Private and Public Decisions, *Journal of Medicine and Philosophy*, 29 (4), 381-388
- JEAN, Michaëlle, Discours devant l'Assemblée nationale du Mali Bamako (Mali), le jeudi 23 novembre 2006 [en ligne], <http://gg.ca/media/doc.asp?lang=f&DocID=4932> (page consulté le 31 novembre 2006)
- JOHNSON, M.C. (2006) Books review: Rethinking sexualities in Africa, Edited by Signe Anfred, Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet, 2004. Pp. 215, *Journal of the History of Sexuality*, Vol. 15 (1), 128-132.

- LEONARD, L. (2000) Interpreting Female Genital Cutting: moving beyond the impasse. *Annual Review of Sex Research*, 11, 158-190
- MALOTTE C.K.; JARVIS, B ; FISHBEIN, M.; KAMB, M. ; et al (2000), Stage of Change versus and integrated psychosocial theory as a basis for developing effective behaviour change intervention, *Aids Care*, 12 (3), 357-364.
- MANN, J. (1998) Santé Publique : éthique et droits de la personne, *Santé Publique*, 10 (3), 229-250
- MARLATT, A. (1996) Harm Reduction : Come as you are, *Addictive Behaviors*, 21, 779-788
- NOUR, N. (2004) Female Genital Cutting : Clinical and Cultural Guidelines, *Obstetrical and Gynaecological Survey*, 59 (4), 272-279
- OBERMEYER, C. (1999) Female Genital surgeries: The known, the unknown and the unknowable, *Medical of Anthropology Quarterly*, 13 (1), 79-105
- OBERMEYER, C. (2003), The Health Consequences of Female Circumcision: Science, Advocacy, and Standards of Evidence, *Medical Anthropology Quarterly*, 17(3), 394-412
- OMS, UNICEF, FNUAP (1997) *Les mutilations sexuelles féminines : Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé
- OMS, UNICEF, FNUAP (1998) *Les mutilations sexuelles féminines : Aperçu du problème*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé
- OMS (2006) Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries, *Lancet*, 367, 1835-1841
- SHELL-DUNCAN, B. (2001) The Medicalization of Female "Circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice?, *Social Science and Medicine*, 52, 1013-1028.
- TOUBIA, N.F., SHARIEF, E.H.(2003) Female Genital Mutilation: have we made progress? *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 82, 251-261
- UNICEF (2005) Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Exploration, New York, United Nation Children's Fund.
- YODER, S.P., Abderrahim, N. and Zhuzhuni A.. (2004) . *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*. DHS Comparative Reports No 7. Calverton, Maryland: USAID
- YOUNT, K.M. (2002) Like Mother, Like Daughter? Female Genital Cutting in Minia, Egypt, *Journal of Health and Social Behavior*; 43 (3) 336-358
- WYNIA, M.K.,(2005) Science, Faith, and AIDS: The Battle Over Harm Reduction, *The American Journal of Bioethics*, 5 (2): 3-4.