

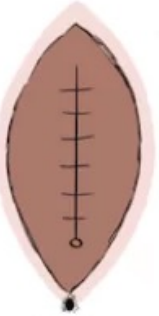
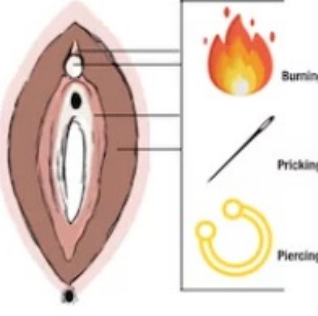
Déclaration de l'IMAP sur la prévention des mutilations génitales féminines

Introduction

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont des interventions qui impliquent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion pratiquée pour des raisons culturelles ou non médicales. Cette pratique constitue une violation des droits humains, une forme de maltraitance des enfants et une forme extrême de violence basée sur le genre (VBG) qui touche plus de 230 millions de personnes dans le monde (1). Les MGF sont pratiquées dans plus de 90 pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient et sont la cause directe de taux de mortalité et de morbidité importants. Une étude estime à 44 320 le nombre annuel de décès directement attribuables aux MGF dans les pays où elles ont cours. Des études révèlent que les MGF sont une cause principale de décès chez les filles et les jeunes femmes dans les pays où elles sont pratiquées (2). Les MGF touchent également les femmes et les filles dans des communautés de la diaspora. Il s'agit donc d'un problème véritablement mondial (3,4).

Bien que les mutilations génitales féminines soient une pratique culturelle dans certains pays, elles ne présentent aucun avantage pour la santé et peuvent avoir des conséquences à long terme irréversibles sur la santé physique et mentale des jeunes filles et des femmes. À court terme, elles peuvent entraîner des complications telles que douleurs violentes, hémorragie, état de choc, infections ou décès. À long terme, elles peuvent provoquer des issues maternelles et néonatales négatives pendant la grossesse et l'accouchement, des douleurs pelviennes chroniques, une incontinence urinaire, des règles irrégulières, des troubles de santé mentale et des dysfonctionnements sexuels (5). Les MGF sont illégales dans plus de 80 pays en vertu de lois nationales qui interdisent spécifiquement la pratique des MGF dans le pays ou l'interdisent à ses citoyens expatriés, ou d'autres lois qui permettent aux auteurs de ces pratiques d'être poursuivis en justice (6-8).

Selon l’OMS, il existe quatre types de MGF (9,10) :

Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Ablation partielle ou totale du gland clitoridien ou partie externe du clitoris. Aussi appelée clitoridectomie.	Ablation partielle ou totale du gland clitoridien ou partie externe du clitoris et des lèvres (lèvres internes et externes qui entourent le vagin). Aussi appelée « excision ».	Ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres et suture des lèvres pour rétrécir l’orifice vaginal (infibulation). Avec ou sans excision du clitoris.	Toutes les autres formes d’interventions néfastes sur les organes génitaux féminins réalisées à des fins non médicales, telles que la ponction, le percement, l’incision, la scarification et la cautérisation (brûlure).
			
TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3	TYPE 4

Objet de la déclaration et public visé :

Cette déclaration a été rédigée par le Groupe consultatif médical international (IMAP) et approuvée en février 2026.

Elle fournit aux associations membres et aux partenaires de la Fédération des orientations sur la mise en œuvre de programmes holistiques axés sur la prévention des MGF, la réponse et l’atténuation des effets des MGF. La déclaration présente des informations actualisées sur la prévalence des MGF et sur des questions émergentes liées aux MGF, dont la médicalisation, ainsi que des considérations particulières concernant les contextes humanitaires, les migrations et les déplacements de populations. La déclaration résume les toutes dernières données probantes sur les stratégies de prévention efficaces et sur les modèles de prestation de services centrés sur les survivantes, afin d’orienter la réponse des associations membres de l’IPPF. Enfin, la déclaration plaide en faveur de l’élimination de toutes les formes de MGF, y compris celles pratiquées par des personnels de santé médicalement qualifiés, et encourage les cliniciens à respecter les principes des droits humains et les normes déontologiques professionnelles. Elle apporte son soutien aux parties prenantes qui s’emploient à éradiquer les MGF, y compris prestataires de santé, décideurs politiques, organisations de la société civile et organisations internationales et agences de financement.

Les MGF sont ancrées dans des normes sociales et des systèmes d'inégalité femmes-hommes

Dans certaines communautés, les MGF sont profondément ancrées depuis des millénaires. On trouve au cœur de ces pratiques des attentes sociales – la pudeur, la chasteté, la pureté et l'obéissance – qui renforcent le contrôle et la maltraitance du corps féminin. Les MGF sont souvent imposées par des femmes plus âgées, elles sont ancrées dans des normes patriarcales liées à la préparation au mariage et à l'honneur, et elles entraînent souvent la stigmatisation et l'isolement de celles qui ne s'y conforment pas (4,11,12). Tous les instruments internationaux et de nombreux instruments régionaux relatifs aux droits humains dénoncent ces pratiques comme étant une forme de violence basée sur le genre et une violation des droits humains, y compris des droits à l'autonomie corporelle, à la santé, et à ne pas subir de torture (8).

La Charte des valeurs de l'IPPF de 2025 déclare que l'autonomie corporelle et le droit à vivre sans violence sont des conditions nécessaires à la dignité humaine (13). Les MGF et d'autres pratiques néfastes qui portent atteinte au droit d'une personne à une sexualité agréable et épanouie doivent être universellement condamnées.

Les MGF sont en augmentation malgré les engagements pris au niveau mondial pour mettre fin à ces pratiques d'ici à 2030

Dans le cadre de l'objectif de développement durable no 5 – Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles –, les pays se sont engagés à mettre fin à toutes les pratiques néfastes, dont les MGF, d'ici à 2030 (14). Pourtant, malgré les efforts déployés à l'échelon mondial pour éradiquer les MGF, elles continuent d'augmenter. Selon des estimations du FNUAP et de l'UNICEF, l'insécurité et les crises humanitaires continues, y compris les contretemps entraînés par les réponses à la pandémie de COVID-19 et la variole simienne, pourraient contribuer à l'apparition de quatre millions de nouveaux cas de MGF chaque année. L'Afrique en comptera 144 millions, suivie de l'Asie (80 millions de cas) et du Moyen-Orient (six millions de cas). Les femmes et les filles dans les pays où le taux de prévalence des MGF est le plus élevé (plus de 90 %), comme Djibouti, la Somalie et la Guinée, seront les plus touchées par cette hausse prévue des cas de MGF (15). De plus, la forte croissance démographique contribue à l'augmentation du nombre absolu de filles exposées au risque. La plupart des pays ayant un taux de prévalence de MGF élevé affichent également des taux de fertilité plus élevés, signifiant que la population de filles exposées au risque de MGF continue d'augmenter. En Somalie, par exemple, le taux de fertilité total est de 6,3 naissances par femme, et la prévalence des MGF est quasiment universelle (99 %) (16,17). Une étude récente portant sur les facteurs associés à la prévalence des MGF parmi les filles en Somalie révèle que les adolescentes (15-19 ans) vivant en milieu rural sont plus susceptibles de subir des MGF que les jeunes filles plus âgées, celles dont la mère est allée à l'école primaire, et celles qui vivent en milieu urbain (16). L'augmentation prévue du nombre de filles touchées par les MGF dans les pays où les taux de prévalence et de fertilité sont élevés accroîtra la demande en services communautaires de sensibilisation, d'éducation et de protection, et cela dans des environnements aux ressources limitées dont les services de soins de santé et d'aide sociale sont déjà sous pression.

Médicalisation des MGF

Le manque de progrès pour éradiquer les MGF s'explique en partie par la médicalisation croissante des pratiques (18). Selon l'OMS, depuis 2020, 52 millions de femmes et de filles – environ 1 cas de MGF

sur 4 dans le monde — ont été mutilées par des personnels de santé, y compris des médecins, des infirmiers/infirmières et des sages-femmes, dans des centres de soins, des hôpitaux ou à domicile, traduisant une tendance qui risque de légitimer la pratique (19).

Les autres démarches médicales qui visent à minimiser les risques sanitaires associés aux MGF incluent : a) la facilitation de l'accès à du matériel et des produits médicaux stériles ; b) la fourniture d'une formation médicale aux exciseuses traditionnelles ou à d'autres personnes qui pratiquent l'intervention ; et c) la promotion de formes moins extrêmes de MGF pour réduire les complications liées aux MGF de Type 3 / infibulation (20). Cependant, la médicalisation des MGF n'élimine pas les séquelles physiques, psychologiques et sexuelles à long terme endurées par les survivantes. La médicalisation ne constitue donc pas une stratégie de réduction du préjudice subi par les femmes et les filles ; elle enfreint clairement les droits humains et l'éthique médicale (5,21).

Qu'est-ce que la médicalisation des MGF ?

La médicalisation désigne les situations dans lesquelles les MGF, tous types confondus, sont réalisées par n'importe quelle catégorie de prestataire de santé, dans un centre de soins public ou privé, à domicile ou ailleurs. Elle inclut aussi la réinfibulation pratiquée par un prestataire de santé à tout moment dans la vie d'une femme (17).

En outre, des données probantes indiquent que la médicalisation pourrait inciter à pratiquer des MGF sur des filles plus jeunes, les exposant à des risques de santé graves encore plus tôt dans leur vie. Contrairement aux arguments avancés par les défenseurs de la médicalisation des MGF, les données indiquent que celle-ci conduit les professionnels de santé à procéder à une mutilation encore plus importante. En Indonésie, par exemple, où plus de 60 millions de femmes ont subi des MGF principalement pratiquées par des professionnels de santé, 26 études montrent que ces derniers étaient plus susceptibles de retirer le capuchon clitoridien (46 %) que les exciseuses traditionnelles (23 %) (22).

Les professionnels de santé qui pratiquent des MGF médicalisées sont motivés, entre autres, par la perception que cette médicalisation permet de continuer à répondre aux attentes culturelles liées à cette pratique tout en réduisant les risques sanitaires immédiats comme les infections, les douleurs ou les décès (23). Ces prestataires de soins de santé sont convaincus que la médicalisation atténue le préjudice subi par les femmes et les filles, ils ont un intérêt financier à pratiquer des mutilations médicalisées, ils cèdent à la pression de la communauté, ou ils ne sont pas suffisamment sensibilisés au fait que les MGF sont une violation des droits humains et une forme de violence basée sur le genre. Résultat : ils perpétuent les pratiques (12,24). De plus, les lois anti-MGF n'étant pas appliquées de manière systématique, des MGF médicalisées sont réalisées dans des centres de soins et à domicile, où il est difficile de les détecter et de poursuivre leurs auteurs (19).

La médicalisation des mutilations génitales féminines est fortement condamnée et elle est illégale dans de nombreux pays. Des lois, des politiques ou des codes de conduite doivent interdire aux prestataires de santé la réalisation de cette intervention.

En 2010, l'Organisation mondiale de la Santé, avec sept autres agences des Nations Unies et six organismes professionnels, a lancé une stratégie mondiale visant à empêcher les personnels de santé de pratiquer des mutilations génitales féminines (25). L'IPPF a approuvé cette stratégie et s'est engagée à intensifier ses efforts de lutte contre les MGF (26).

Les MGF dans les contextes humanitaires

Lors de réponses humanitaires, les systèmes de santé et les services de protection sont souvent perturbés, ce qui accroît les risques de MGF. De plus, la déstructuration de la société pousse les populations à se reposer davantage sur les normes culturelles, et les MGF sont perçues comme une expression culturelle qu'il convient de préserver. Sur les 15 pays affichant les taux de prévalence de MGF les plus élevés, neuf sont touchés par des conflits armés, des déplacements de populations et des crises climatiques (27). Les agences des Nations Unies et leurs partenaires signalent qu'il est très difficile d'intégrer la prévention des MGF dans les programmes humanitaires, en raison d'un manque de financement dans les initiatives de lutte contre la VSBG, de l'augmentation de la médicalisation de la pratique et de son caractère transfrontalier. Pendant les réponses d'urgence, les MGF peuvent être une préoccupation secondaire pour les bailleurs de fonds et les décideurs impliqués dans la programmation et le travail humanitaire (28). Dans les contextes de réponse humanitaire, les stratégies d'élimination des MGF peuvent consister à créer des réseaux de leaders communautaires, afin de faciliter la détection précoce des cas et de garantir la mise en place de protocoles de réponse multisectoriels.

Les facteurs expliquant la hausse de la persistance des MGF dans les contextes humanitaires peuvent être résumés comme suit :

Facteurs	Description
Environnement à haut risque	Sur les 15 pays affichant les taux de prévalence de MGF les plus élevés, neuf sont touchés par des conflits armés, des déplacements de populations et des crises climatiques.
Systèmes de protection perturbés	Les crises affaiblissent souvent l'application des lois, l'éducation et les services de santé, qui sont des leviers de dissuasion en matière de MGF.
Vulnérabilité accrue	Les déplacements de populations accroissent le risque d'exposition des filles à la violence basée sur le genre, car les structures et protections communautaires sont dégradées (18).

Données probantes sur des initiatives de prévention et d'élimination des MGF

Données probantes disponibles concernant les stratégies qui ont fait leurs preuves pour prévenir et éliminer les MGF : **A) Les approches multisectorielles et multiniveaux**, notamment les interventions au niveau des systèmes, comme des lois multidimensionnelles et des codes de conduite à l'intention des professionnels de santé, sont particulièrement efficaces lorsqu'elles sont alignées sur des interventions au niveau des services mêmes de prévention et de lutte contre les MGF (29). **B) Une approche de mobilisation de la communauté** qui suscite des changements comportementaux et attitudinaux menant à l'abandon des MGF, avec la collaboration des responsables religieux et culturels et celle des hommes et des garçons pour dénoncer ces pratiques, est particulièrement efficace (19,29,30). Dans ces approches, les personnels de santé sont de plus en plus sollicités pour agir en tant que leaders d'opinion en matière de prévention des MGF et influencer les mères et les familles au travers d'une communication centrée sur la personne (31,32). **C) Les stratégies à l'échelle individuelle**, comme l'éducation formelle des filles, sont des priorités à long terme importantes, car elles promeuvent le pouvoir d'action, l'indépendance économique et la perspective d'une vie sans MGF. Des données probantes indiquent que les mères qui ont achevé l'école primaire sont 40 % moins susceptibles de faire subir des MGF à leurs filles (16,30). **D) Les interventions numériques et médiatiques**, notamment les campagnes radio, télé et sur les réseaux sociaux, jouent un rôle crucial pour influencer les perceptions publiques et susciter des changements sociaux autour des MGF. En impliquant activement les communautés dans la création et la diffusion de contenus, ces initiatives permettent de remettre en question les croyances existantes et de promouvoir de nouvelles attitudes visant à éliminer les MGF. Les campagnes mettant en avant des survivantes et des membres de la communauté qui dénoncent ces pratiques permettent de transmettre messages authentiques et forts (30). En outre, il est essentiel de concevoir des messages culturellement appropriés, qui parlent aux destinataires sans les offenser, en évitant les discours d'idéalisation des MGF (comparées par exemple à la coupe d'une fleur) qui renforcent la pratique au lieu de la remettre en question (33). **E) Les mesures législatives** qui ont porté des fruits comprennent l'adoption d'instruments juridiques multidimensionnels, notamment intégrés à des lois sur la protection des enfants, la VBG et la santé, pour favoriser une approche holistique de la lutte contre les MGF (29). Le FNUAP et l'UNICEF recommandent d'aligner les lois anti-MGF sur les normes internationales de protection de l'enfance et des droits humains et sur des instruments tels que, entre autres, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention relative aux droits de l'enfant, et le Protocole de Maputo (8).

Centre d'excellence de l'IPPF sur les MGF

En 2022, pour accélérer les réponses coordonnées aux MGF, l'IPPF a créé un Centre d'Excellence, basé en Mauritanie. La Théorie du changement exhaustive du centre, élaborée en 2023, s'articule autour des points clés suivants :

- **Changement des normes sociales** : Efforts basés dans la communauté, mobilisation d'hommes et de leaders communautaires, promotion de rites de passage différents, et recours à des campagnes médiatiques pour remettre en question les normes de genre préjudiciables et les idées fausses sur les MGF.
- **Plaidoyer et changement au niveau des politiques** : L'IPPF prône l'adoption et l'application de lois qui interdisent les MGF, y compris médicalisées.

Centre d'excellence de l'IPPF sur les MGF

- **Prestation de services intégrés** : Renforcement de l'ensemble des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de soutien psychologique des survivantes de MGF fournis par les associations membres de l'IPPF, en tant que premiers points de contact des femmes.
- **Établissement de partenariats** : Le cadre met en avant la collaboration avec un large éventail de parties prenantes incluant d'autres organisations de la société civile, des ministères, et des agences des Nations Unies.
- **Production de données probantes et recueil de données** : L'IPPF promeut la recherche et le recueil de données sur la prévalence des MGF et les interventions efficaces, afin d'élaborer des politiques et programmes fondés sur des données probantes.
- **Éducation** : L'éducation sexuelle complète (ESC) est utilisée pour sensibiliser les jeunes à l'autonomie corporelle et aux dommages causés par les MGF, et ainsi leur donner les moyens de devenir des agents de changement.

Pour en savoir plus : <https://awr.ippf.org/resource/accelerating-elimination-female-genital-mutilation-comprehensive-framework>

Réponses sanitaires intégrées

Concernant le secteur de la santé, une étape clé de la prévention et de l'élimination des MGF consiste à fermement condamner leur médicalisation en prônant l'application des lois, la sensibilisation des personnels de santé, la clarification des valeurs, le changement des comportements, le renforcement des capacités de communication centrée sur la personne dans le domaine de la prévention des MGF, et le respect des normes de soins éthiques (34). Les réponses sanitaires aux MGF doivent cesser de recourir à des services cloisonnés de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de lutte contre la violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG), et plutôt développer des modèles intégrés qui incorporent la réponse et la prévention à travers tout le système de santé (29). Il est important d'adopter une approche intersectionnelle de transformation de la dynamique femmes-hommes dans la prestation des services pour pouvoir remettre en question les normes de genre préjudiciables et promouvoir l'équité. Enfin, la collaboration multisectorielle entre les services sanitaires, judiciaires et sociaux est essentielle pour garantir la coopération, la continuité des soins et du suivi, la cohérence des messages, et la durabilité (35).

L'intégration des services de prévention des MGF implique d'adapter les interventions aux points d'entrée des systèmes de santé, dans les services de soins primaires et de santé maternelle, où les sages-femmes, les infirmiers et infirmières, les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres identifient le risque de MGF et fournissent des soins centrés sur la personne en tenant compte de son traumatisme. Un autre point d'entrée crucial consiste à aligner le système de santé sur des protocoles de sauvegarde, comme les protocoles nationaux de protection des enfants, afin de garantir l'orientation rapide et le respect des lois (19).

Des interventions cliniques spécifiques, évaluées sur la base des résultats de santé et de la prise en compte des préférences et besoins des survivantes, ont démontré leur efficacité pour prévenir

les complications immédiates et tardives associées aux MGF. L'OMS recommande fortement la désinfibulation¹ pour les femmes et les filles ayant subi des MGF de Type 3, antepartum ou intrapartum, pendant la troisième phase du travail ou au moment d'un avortement, pour améliorer les résultats de santé et réduire les risques pendant l'accouchement (19). En 2026, aucune donnée probante claire n'indique qu'il existe un moment optimal pour pratiquer une désinfibulation. Le moment choisi pour l'intervention dépend de plusieurs facteurs, comme la compétence du professionnel de santé, les préférences des femmes, l'accessibilité et le recours aux soins prénatals, qui sont tous essentiels pour garantir des soins de qualité et fondés sur les droits. Le Royal College of Obstetricians & Gynaecologists recommande que la désinfibulation soit proposée avant la grossesse, et de préférence avant le premier rapport sexuel (36). L'OMS recommande que le processus de décision en matière de MGF comprenne un accompagnement et des conseils adéquats, ainsi qu'un consentement éclairé, incluant éventuellement des membres de la famille qui n'approuvent peut-être pas la désinfibulation ou promeuvent la réinfibulation (19).

Les données probantes sur la reconstruction chirurgicale du clitoris² restent limitées, comme le montrent les dernières recommandations de l'OMS basées sur 13 études (19). Notamment, une revue de 40 études a établi que, sur 7 274 femmes qui avaient subi cette opération, 94 % signalaient une amélioration postopératoire, y compris une fonction sexuelle améliorée et une diminution de la douleur. La revue indique également que le taux de complications était faible³ – 3 % seulement (207 cas), suggérant que les interventions sont généralement sûres lorsqu'elles sont réalisées par des professionnels de la santé qualifiés (37). Toutefois, ces données étaient insuffisantes et ne permettaient pas de recommander la reconstruction du clitoris en tant qu'intervention chirurgicale de routine pour les survivantes de MGF pour les raisons suivantes : limitations dans la conception des études, hétérogénéité des traitements (les techniques chirurgicales, la sélection des patientes et la mesure des résultats variaient) et vision à court terme des résultats (19). Compte tenu de la faible certitude des données probantes et des risques chirurgicaux potentiels, l'OMS ne recommande la reconstruction clitoridienne que pour les femmes ayant subi des MGF et souffrant de dysfonction sexuelle, et dont les attentes sont alignées sur les résultats de cette intervention chirurgicale. La mise en œuvre nécessite que les femmes subissant cette intervention bénéficient parallèlement de conseils en santé sexuelle et d'un soutien psychosocial, que l'intervention soit réalisée par un chirurgien spécialement formé, et qu'un processus de consentement éclairé adéquat soit respecté. Dans certains cas, des conseils en santé sexuelle peuvent s'avérer suffisants pour permettre à certaines femmes de surmonter un dysfonctionnement sexuel dû aux MGF et leur éviter les risques liés à l'intervention, y compris le risque que la chirurgie n'aboutisse pas au résultat souhaité, car la santé sexuelle relève d'une combinaison de facteurs psychologiques, sociaux, biologiques et relationnels (19).

1 La désinfibulation est une intervention chirurgicale qui consiste à ouvrir la cicatrice vaginale des femmes ayant subi des mutilations de Type 3 (infibulation) en sectionnant le tissu cicatriciel qui recouvre l'orifice vaginal. Source : WHO Guidelines on the Prevention of Female Genital Mutilation and Clinical Management of Complications, 2025

2 Une technique chirurgicale visant à restaurer l'anatomie et la fonction clitoridiennes après des MGF, généralement pour les femmes ayant subi des mutilations de Type 2 ou 3. Source : WHO Guidelines on the Prevention of Female Genital Mutilation and Clinical Management of Complications, 2025

3 La chirurgie reconstructive du clitoris peut entraîner des complications diverses immédiates, comme l'hématome ou l'œdème, ou à long terme, comme la douleur clitoridienne et l'enfouissement du clitoris. Source : WHO Guidelines on the Prevention of Female Genital Mutilation and Clinical Management of Complications, 2025

Approche des MGF centrée sur les survivantes

Une approche des MGF centrée sur les survivantes priorise la voix et le leadership des femmes et des filles qui ont subi des MGF, tout en plaçant leur dignité et leur guérison au cœur des interventions qui visent à mettre fin aux MGF. Cette approche s'appuie sur deux principes clés : 1) l'autonomisation des survivantes, afin qu'elles puissent agir en tant que chefs de file et engager des plaidoyers pour influencer les programmes et les politiques publiques (38) ; et 2) une communication centrée sur la personne avec les survivantes de MGF et les femmes enceintes pour améliorer la détection, la prévention et la réponse. La réalisation de ces objectifs nécessite que les prestataires aient des compétences en communication positive avec les survivantes, fassent preuve d'empathie grâce à une écoute active, soient sensibles à la culture, utilisent un langage approprié et soient sincères dans leurs interactions (39).

Il est absolument essentiel de traiter les séquelles psychologiques des MGF et de fournir des soins qui tiennent compte des traumatismes subis. La thérapie cognito-comportementale (TCC) et la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) sont deux méthodes cliniquement approuvées pour le traitement de l'anxiété et des traumatismes (40,41). Ces approches sont centrées sur le pouvoir d'action, la voix et le choix des survivantes, et elles promeuvent la confiance dans les communautés où les MGF sont profondément ancrées.

Recommandations aux associations membres de l'IPPF pour la mise en œuvre de services de lutte contre les MGF dans le cadre d'une approche centrée sur les survivantes et fondée sur les droits :

Ces recommandations préconisent de concentrer les efforts non plus sur l'adoption et l'application de lois et politiques punitives, mais sur l'éducation basée dans la communauté, sur l'autonomisation, et sur des approches de prévention et de réponse aux MGF centrées sur les survivantes. Cette évolution est essentielle parce que les stratégies actuelles n'ont pas encore suffisamment réduit la prévalence des MGF, et des progrès durables ne pourront être accomplis qu'en promouvant la compréhension, la résilience et l'engagement auprès des communautés touchées par ce fléau.

Ces recommandations s'appuient sur le cadre d'action actuel de l'IPPF pour éliminer les MGF, qui privilégie l'intégration des services, le plaidoyer et le changement des comportements pour éclairer les programmes en matière de MGF, avec et par les associations membres de l'IPPF, en respectant la stratégie de l'IPPF à l'horizon 2028, la Charte des valeurs de l'IPPF et les valeurs d'autonomie corporelle, de vie sans violence, de dignité et de plaisir (13,42,43).

1. Approches de prévention des MGF multisectorielles et multiniveaux :

- a. Changements sociaux et comportementaux : Les associations membres doivent planifier des campagnes de changement des comportements multisectorielles à long terme qui comprennent, entre autres, la protection des enfants, l'autonomisation des femmes et la prévention de la violence basée sur le genre. Ces campagnes doivent s'accompagner d'une stratégie de suivi et d'évaluation.
- b. Lois et réglementations multidimensionnelles : Les associations membres doivent participer aux mouvements de plaidoyer et aux efforts juridiques déployés à l'échelle nationale et internationale pour mettre fin aux MGF, sans compromettre la sécurité de leurs organisations et personnels respectifs. Elles sont encouragées à plaider en faveur d'une législation solide et d'une application efficace des lois, et à promouvoir des services centrés sur les survivantes au sein des systèmes sanitaires et judiciaires.

- c. Interventions numériques et médiatiques participatives dans les communautés : Les associations membres sont encouragées à collaborer avec des responsables de groupes de jeunes pour créer et diffuser des contenus numériques qui remettent en question les croyances actuelles et promeuvent de nouvelles attitudes, plus saines, visant à éliminer les MGF.
- d. Intégration de la prévention des MGF dans l'éducation formelle et informelle, y compris formation des personnels de santé avant l'emploi : Les associations membres doivent plaider en faveur de l'inclusion d'informations sur la prévention des MGF dans les programmes scolaires et prôner une éducation sexuelle complète. Elles doivent en outre préconiser l'inclusion d'informations sur les MGF dans la formation des prestataires de soins de santé, avant leur emploi, à tous les niveaux.
- e. Plaidoyer commun en faveur des droits, des choix et du pouvoir d'action des filles : Les associations membres sont encouragées à collaborer avec des organismes de défense des droits des enfants et des filles pour prôner l'accès des filles à une éducation formelle continue, car cette approche est l'une de celles qui s'inspirent le plus de bases factuelles. Les associations membres doivent également promouvoir une éducation sexuelle complète dans les écoles.

2. Partenariats et coalitions pour renforcer la collaboration autour de l'élimination des MGF :

Les associations membres doivent autant que possible développer des partenariats nationaux, régionaux et internationaux, y compris avec des agences des Nations Unies, des bailleurs et d'autres parties prenantes, pour unir les réponses et les efforts engagés dans la prévention et l'élimination des MGF. Ces partenariats et collaborations sont également encouragés lors de réponses humanitaires, afin de garantir la coordination des efforts de soutien aux communautés touchées par les MGF ou exposées au risque de MGF.

3. Réponse à la médicalisation des MGF :

- a. Les associations membres de l'IPPF doivent participer aux efforts déployés à l'échelle nationale, régionale et mondiale pour dénoncer et condamner la médicalisation des MGF.
- b. Les associations membres doivent renforcer leur Code de déontologie professionnelle et adopter une politique de tolérance zéro à l'égard des prestataires de santé qui pratiquent des MGF dans quelques circonstances que ce soit.
- c. Les associations membres sont encouragées à instaurer ou maintenir des mécanismes de signalement nationaux pour les cas présumés de MGF médicalisées, et à en assurer la conformité avec les obligations légales et éthiques.
- d. Des interventions de sensibilisation et de clarification des valeurs sont recommandées auprès des personnels de santé afin de renforcer leurs compétences en matière de prévention des MGF. La formation des prestataires de santé est essentielle pour prôner l'abandon de cette pratique dans la communauté et pour sensibiliser au fait que la médicalisation constitue toujours une violation des droits des femmes et des filles et de leur autonomie corporelle.

4. Réponses sanitaires aux MGF intégrées :

- a. Des approches centrées sur les survivantes doivent prévaloir dans les services cliniques et de réhabilitation, garantissant la prise en compte des traumatismes, l'intégration des services et, le cas échéant, une documentation complète adéquate.
- b. Adhésion à la Charte des valeurs de l'IPPF et politique de tolérance zéro face aux MGF par tous les membres du personnel médical et non médical des établissements de santé affiliés à ou partenaires de l'IPPF.
- c. Remédier aux effets des MGF sur la santé menstruelle, y compris les règles douloureuses, qui ont une incidence sur la fréquentation scolaire et l'éducation et entraînent des taux d'abandon scolaire plus élevés chez les filles ayant subi des MGF. Des interventions multisectorielles impliquant le ministère de l'Éducation et les organismes publics concernés sont nécessaires pour atténuer les conséquences des MGF sur l'éducation des filles, par exemple la fourniture d'articles d'hygiène menstruelle dans les écoles et les établissements de santé primaire.

- d. Dispenser des soins spécialisés aux survivantes de MGF qui font face à des risques plus élevés d'infections pelviennes et urinaires dues à l'altération de leur anatomie, à de mauvaises conditions sanitaires et à l'obstruction de la cicatrice, et qui ne peuvent peut-être pas utiliser des articles d'hygiène menstruelle classiques.
- e. La désinfibulation est recommandée pour les femmes ayant subi des MGF de Type 3, conformément aux recommandations de l'OMS, antepartum ou intrapartum, ou encore pendant un avortement dans le but d'améliorer les résultats de santé et de réduire les risques pendant l'accouchement (19).
- f. Pendant les soins obstétricaux et liés à l'avortement, reconnaître les besoins spécifiques des femmes ayant subi des MGF, notamment la nécessité accrue de procéder à des accouchements par césarienne et assistés (avec ventouse ou forceps), le risque accru d'hémorragie obstétricale, et la probabilité accrue d'un travail prolongé. De plus, les femmes infibulées nécessitent généralement une épisiotomie, car les tissus cicatriciels ne s'étirent pas suffisamment. La désinfibulation peut réduire la nécessité de pratiquer une épisiotomie.
- g. Selon les recommandations de l'OMS, la reconstruction du clitoris est recommandée, en fonction des besoins, pour les femmes ayant subi des MGF. Il s'agit d'une recommandation conditionnelle en raison du faible niveau de certitude des preuves, des risques chirurgicaux potentiels, et d'une accessibilité limitée à quelques pays à revenu élevé. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour évaluer les résultats de la reconstruction à long terme.
- h. Des services d'accompagnement tenant compte des traumatismes sont recommandés pour les survivantes de MGF, notamment des thérapies comportementales et des traitements contre l'anxiété, où un personnel formé adopte une approche centrée sur les survivantes.

5. Recherches et données probantes sur les MGF :

- a. Il est nécessaire d'investir davantage à la fois dans l'élaboration de stratégies d'intégration sanitaire efficaces pour prévenir et traiter les MGF, et dans l'évaluation des options chirurgicales actuelles ou nouvelles et de leurs résultats à long terme.
- b. Des données probantes supplémentaires sur les effets à long terme (p. ex. santé mentale, dysfonction sexuelle) des MGF sur les femmes et leurs partenaires sont nécessaires pour renforcer les arguments en faveur de changements législatifs et politiques.
- c. Davantage de connaissances fondées sur la pratique sont nécessaires concernant l'intégration des stratégies de prévention des MGF. Par exemple, des études de mise en œuvre sur des modèles expérimentaux pourraient permettre de générer des résultats transposables ailleurs à partir d'interventions existantes et d'éclairer les campagnes de sensibilisation.
- d. Les initiatives de recherche et d'apprentissage doivent être conçues en collaboration avec des survivantes ou des championnes de la lutte contre les MGF dans les pays à forte prévalence, y compris des études sur les « déviations positives » issues de pays, de communautés ou de femmes leaders qui ont réussi à faire évoluer les normes sur les MGF.

Remerciements

Cette déclaration a été rédigée par Rania Abu Elhassan, Nihal Said et Hanan Tahir. Elle a été relue par Manuelle Hurwitz, Nathalie Kapp et Mallah Tabot (IPPF), et approuvée par les membres de l'IMAP suivants : Luchuo Engelbert Bain, Paul D Blumenthal, Arachu Castro, Rathnamala Desai, Michalina Drejza, Metin Gulmezoglu, Chipo Gwanzura, Gail Knudson, Edmore Munongo, Aparna Sridhar et Suzanne Veldhuis. Elle a été relue par Christina Pallitto, de l'Organisation mondiale de la Santé.

Références

1. FNUAP. Mutilations génitales féminines [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/female-genital-mutilation>
2. Ghosh A, Flowe H, Rockey J. Estimating excess mortality due to female genital mutilation. Sci Rep. 16 août 2023 ; 13(1):13328.
3. Pallitto C, Ruiz-Vallejo F, Mochache V, Stein K, Vogel JP, Petzold M. Exploring the health complications of female genital mutilation through a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 14 avril 2025 ; 25(1):1387.
4. Eldin A, Babiker S, Sabahelzain M, Eltayeb M. FGM/C decision-making process and the role of gender power relations in Sudan [Internet]. Population Council; 2018 [cité le 1er décembre 2025]. Disponible sur : https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/550
5. Fédération internationale d'obstétrique et de gynécologie. Mutilations génitales féminines : un appel mondial à l'action de la FIGO [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://www.figo.org/figo-statements/ending-female-genital-mutilation-global-call-action-figo>
6. Organisation mondiale de la Santé. Mutilations génitales féminines, principaux repères [Internet]. 2025 [cité 16 sept. 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
7. FNUAP. Questions fréquemment posées sur les mutilations génitales féminines [Internet]. Février 2025. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions>
8. Banque mondiale. COMPENDIUM OF INTERNATIONAL AND NATIONAL LEGAL FRAMEWORKS ON FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING [Internet]. Février 2025. Disponible sur : <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/83bf1f09e48c77b9ffd7c23fc9c3ae90-0260012025/original/Compendium-FGM.pdf>
9. Equality Now. Le moment est venu : Mettons fin aux mutilations génitales féminines/l'excision - Nécessité urgente d'une réponse mondiale [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://equalitynow.org/resource/reports/the-time-is-now-end-female-genital-mutilation-cutting-an-urgent-need-for-global-response-2025-update/>
10. National FGM Centre, UK. Female Genital Mutilation [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://nationalfgmcentre.org.uk/fgm/>
11. El-Dirani Z, Farouki L, Akl C, Ali U, Akik C, McCall SJ. Factors associated with female genital mutilation: a systematic review and synthesis of national, regional and community-based studies. BMJ Sex Reprod Health. Juillet 2022 ; 48(3):169-78.
12. O'Neill S, Pallitto C. The Consequences of Female Genital Mutilation on Psycho-Social Well-Being: A Systematic Review of Qualitative Research. Qual Health Res. Juillet 2021 ; 31(9):1738-50.
13. Fédération internationale pour la planification familiale. Charte des valeurs de l'IPPF [Internet]. Novembre 2025. Disponible sur : <https://www.ippf.org/news/we-made-it-charter-ippfs-declaration-values>
14. The Global Goals. Égalité des sexes [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://globalgoals.org/goals/5-gender-equality/>
15. FNUAP. UNFPA research on FGM highlights increased risk: A call for evidence and action to end female genital mutilation by 2030 [Internet]. Mai 2023. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/resources/unfpa-research-fgm-highlights-increased-risk-call-evidence-and-action-end-female-genital>
16. Farihi OA, Ali AO, Abokor AH, Ali MA, Muse AH, Egge AAA. Prevalence and factors associated with female genital mutilation among daughters using Somalia Demographic Health Survey Data, SDHS 2020. Atención Primaria. Avril 2025 ; 57(4):103113.
17. Banque mondiale. Taux de fertilité, total (naissances par femme) - Somalie, Fed. Rep. [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=SO>
18. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-10.9>
19. Organisation mondiale de la Santé. WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23102286-d5fa-4c4d-8a4f-5a4f2bca7813/content>

20. End FGM European Network. Female Genital Mutilation & Medicalisation [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/Female-Genital-Mutilation-and-Medicalisation-Paper-3.0-Final-Version.pdf>
21. The Lancet. Medicalised female genital mutilation must stop. The Lancet. Août 2024 ; 404(10451):405.
22. Kimani S, Barrett H, Muteshi-Strachan J. Medicalisation of female genital mutilation is a dangerous development. BMJ. 7 février 2023 ; p302.
23. Kisendi DD, Lyakurwa D, Paulo HA, Malingumu E, Vong V, Matthews E, et al. Trends and determinants of female genital mutilation prevalence among women of reproductive age in Tanzania and Kenya: a demographic and health survey analysis (2008–2022). BMC Public Health. 4 juillet 2025 ; 25(1):2380.
24. Doucet MH, Pallitto C, Groleau D. Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature. Reprod Health. Décembre 2017 ; 14(1):46.
25. OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/738e10a2-6c39-4148-8265-eb8cf908c1a9/content>
26. Fédération internationale pour la planification familiale. IMAP Statement on the elimination of female genital mutilation [Internet]. Juillet 2015. Disponible sur : https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf
27. End FGM European Network (End FGM EU. Briefing - FGM in a Humanitarian Context [Internet]. Août 2018. Disponible sur : <https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/End-FGM-EU-Briefing-FGM-in-a-Humanitarian-Context.pdf>
28. AIDOS, End FGM European Network et GAMS Belgique. Preventing and Responding to Female Genital Mutilation in Emergency and Humanitarian Contexts. Results from the Virtual International Stakeholder Dialogue [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/Report_Preventing-and-responding-to-FGM-in-Emergency-and-Humanitarian-Contexts_17.12.20.pdf
29. Matanda DJ, Van Eekert N, Croce-Galis M, Gay J, Middelburg MJ, Hardee K. What interventions are effective to prevent or respond to female genital mutilation? A review of existing evidence from 2008–2020. Medina Arellano MDJ, editor. PLOS Glob Public Health. 16 mai 2023 ; 3(5):e0001855.
30. UNICEF Innocenti. Accelerating action towards FGM elimination : Lessons from evidence on effective interventions [Internet]. Mars 2025. Disponible sur : <https://www.unicef.org/media/168581/file/What%20Works%20Paper.pdf>
31. Balde MD, Ndavi PM, Mochache V, Soumah AM, Esho T, King'oo JM, et al. Cluster randomised trial of a health system strengthening approach applying person-centred communication for the prevention of female genital mutilation in Guinea, Kenya and Somalia. BMJ Open. Juillet 2024 ; 14(7):e078771.
32. FNUAP, UNICEF, OMS et Population Council, Kenya. Efficacité des interventions conçues afin de prévenir ou de réagir aux mutilations génitales féminines : dossier de données. [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.unicef.org/media/106831/file/FGM-State-of-Evidence.pdf>
33. Ahmadu FSN, Bader D, Boddy J, Camara M, Carver N, Duivenbode R, et al. Harms of the current global anti-FGM campaign. J Med Ethics. 14 septembre 2025 ; jme-2025-110961.
34. Organisation mondiale de la Santé. Person-Centred Communication for Female Genital Mutilation Prevention: A Facilitator's Guide for Training Health-Care Providers. 1st ed. Genève. 2021. 1 p.
35. Bradley T, Kimani S, Mutunani P. Towards a model for integrating end FGM/C efforts across sectors and systems: reflections from The Girl Generation. Development in Practice. 4 juillet 2025 ; 35(5):748–62.
36. Gupta S, Latthe P. Female genital mutilation de-infibulation: antenatal or intrapartum? Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. Mars 2018 ; 28(3):92–4.
37. Almadori A, Palmieri S, Coho C, Evans C, Elneil S, Albert J. Reconstructive surgery for women with female genital mutilation: A scoping review. BJOG. Novembre 2024 ; 131(12):1604–19.

38. Options Consultancy Services. Guidelines for engaging with survivors of female genital mutilation/cutting. The Girl Generation: Support to the Africa-Led Movement to End FGM/C [Internet]. 2024. Disponible sur : https://endfgmnetwork.org/wp-content/uploads/2025/03/Guidelines-for-engaging-with-survivors-of-FGMC_270324-1.pdf
39. Omwoha J. Leveraging Person-Centered Communication to End FGM: In conversation with FGM Survivor, Habiba Haro [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://kujenga-amani.ssrc.org/2025/02/06/leveraging-person-centered-communication-to-end-fgm-in-conversation-with-fgm-survivor-habiba-haro/>
40. Smith H, Stein K. Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. Intl J Gynecology & Obste. Février 2017 ;136(S1):60–4.
41. Organisation mondiale de la Santé. Mental Health Gap Action Programme(mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023. 1 p.
42. Fédération internationale pour la planification familiale. Unissons-nous : Stratégie 2028 de l'IPPF [Internet]. 2023. Disponible sur : https://www.ippf.org/sites/default/files/2024-09/ippf_strategy_2028_eng_2.pdf
43. Fédération internationale pour la planification familiale AWRO. Accelerating the Elimination of Female Genital Mutilation: A Comprehensive Framework [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://awr.ippf.org/resource/accelerating-elimination-female-genital-mutilation-comprehensive-framework#:~:text=The%20International%20Planned%20Parenthood%20Federation%20%28IPPF%29%20is%20spearheading,innovative%20Framework%20to%20Accelerate%20the%20Elimination%20of%20FGM.#>