

# Maltraitance et cultures

## Un éclairage psycho-anthropologique

Hélène E. Stork

Professeur de psychologie à l'université Paris V, 71, av. Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt  
Centre d'études et de recherches interculturelles sur la petite enfance (CERPE)

Cet exposé s'articule autour de l'idée que pour comprendre l'enfant, son développement et les aléas de son développement, de même que les attitudes des adultes et des institutions qui s'occupent de lui, il faut en savoir autant sur la culture dans laquelle il a été engendré et élevé que sur l'enfant lui-même.

Il est en effet de la nature de l'être humain d'avoir une culture ; celui-ci ne peut développer ses virtualités qu'avec l'aide de ce qu'elle lui apporte : langage, transmission des croyances, des valeurs, des savoirs. C'est dire qu'il convient d'aborder la petite enfance et ses problèmes dans une perspective holistique prenant en compte les facteurs biologiques, médicaux, écologiques, anthropologiques et psychologiques.

Chaque société possède ses propres modes de pensée, ses propres théories sur la santé, la maladie, la nature de l'enfant, les rôles parentaux. C'est ce qu'on englobe sous le terme générique d'ethnothéories. Ces ethnothéories conditionnent à leur tour les comportements de soin et d'éducation des adultes à l'égard de la progéniture.

Pour les étudier, la méthode comparative se révèle particulièrement féconde. Dans les recherches que nous conduisons, nous nous appuyons conjointement sur trois méthodes :

- l'observation en milieu naturel, visant à décrire les comportements (les techniques de maternage, par exemple, les pratiques éducatives) ;
- l'analyse du discours des protagonistes sur ces pratiques (enquêtes par questionnaires, entretiens semi-directifs), de manière à décrypter le sens à donner à ces comportements ;
- l'étude historico-anthropologique des pratiques et des représentations à travers les grands textes de la tradition médicale, religieuse, juridique ou de l'iconographie, cette confrontation permettant de saisir à la fois la pérennité et la transformation des attitudes face à l'enfance.

Cette triple approche, transculturelle et comparative d'une part, diachronique au sein d'une même culture d'autre part, est d'une grande richesse pour repérer la diversité des comportements humains par rapport à la progéniture, mais aussi les invariants propres à l'espèce *homo sapiens*, au-delà des variations culturelles. En effet, à de grandes distances de temps ou d'espace, attitudes et pratiques présentent des analogies et des convergences, quant à leur sens, au moins aussi nombreuses que les différences. Ce point est important à souligner à une époque où certains courants de l'ethnopsychiatrie ont tendance à se situer dans un culturalisme hypertrophié, qui, au nom de la différence, renforce les spécificités et risque d'enfermer les minorités ethniques dans un particularisme culturel que bien des migrants, et surtout la jeune génération, ne souhaitent généralement pas. Certains praticiens dénoncent d'ailleurs les risques éthiques et pratiques de l'usage extensif des consultations groupales destinées exclusivement aux familles transplantées, comme si le fonctionnement psychique du sujet migrant nécessitait obligatoirement une approche spécifique et ne pouvait relever des thérapies classiques en usage pour les consultants des pays industrialisés. Comprendre les sujets migrants nécessite de notre point de vue de *faire référence régulière et constante aux cultures dont ils sont issus*. Ce type de travail et de réflexion à double polarité entre culture d'origine et culture d'accueil favorise la mutualité de l'échange, seul garant du respect de l'autre.

En fait, il apparaît que l'approche psychoculturelle du sujet doit éviter deux écueils : celui d'un non-respect de la différence et d'un activisme forcé qui viserait à l'uniformisation des pratiques de soin et d'éducation conçues d'après le seul modèle occidental – il pourrait s'agir alors d'un reliquat de l'époque coloniale et missionnaire ; celui d'une idéalisation par le monde occidental des pratiques des sociétés dites traditionnelles, et d'un exotisme de mode avec des emprunts culturels qui ne sont pas toujours justifiés une fois sortis de



leur contexte (cf. la période hippie). L'équivalent de cette attitude dans le monde extra-occidental consiste en l'acceptation, en bloc et sans analyse critique, du mode de vie des sociétés occidentales. Dans les deux cas, c'est le même mécanisme qui est à l'œuvre, celui de l'« imitation prestigieuse », décrit par le sociologue français M. Mauss en 1934. On a tendance à imiter ce qui paraît efficace et ce qu'on voit réussir chez l'autre.

Je voudrais encore évoquer une attitude qu'on rencontre assez souvent chez les intervenants sanitaires ou sociaux de la petite enfance, celle de qualifier de « culturelles » certaines attitudes déviantes, maltraitantes, par exemple, lorsqu'elles émanent de sujets issus de cultures extra-occidentales qui leur sont peu familières. Ce type de discours peut exprimer le rejet ou une attitude défensive, comme une manière d'évacuer le problème, lorsque les pratiques en cause entraînent de fortes réactions émotionnelles ; j'évoque, par exemple, ce qu'il est convenu d'appeler les mutilations sexuelles, plus spécialement celles concernant les enfants de sexe féminin.

En préalable, je poserai donc le principe que, lorsqu'on a une pratique professionnelle avec des individus issus de cultures différentes de celle dont on est soi-même issu, il convient avant tout de ne pas plaquer un système de pensée propre à la culture à laquelle on appartient – qu'on soit originaire du monde occidental ou du monde extra-occidental – sur la culture de l'autre.

À cet égard, il me paraît intéressant d'évoquer le concept de *décentration*, élaboré par le psychologue suisse J. Piaget dans les années 70, à l'occasion d'un colloque organisé par l'UNESCO. Il s'agit de se décentrer par rapport aux usages de son propre pays, des usages qu'on estime en général universels, alors qu'ils sont relatifs à un environnement donné.

La décentration peut aider à contrebalancer la tendance naturelle à l'ethnocentrisme dont nul n'est exempt. Rappelons que ce terme fut créé en 1906 par Summer pour désigner le fait que l'être humain a l'habitude de considérer les normes en usage dans son groupe d'appartenance comme l'étalon, ou encore à placer son groupe au sommet de la hiérarchie et les autres à un niveau inférieur. Dès l'Antiquité, Hérodote a ouvert la voie à ce type de jugements quand il qualifiait les Grecs de « civilisés » et les peuples qu'il côtoyait au cours de ses voyages de « barbares ».

Le chercheur comme le professionnel se doivent d'éviter les jugements de valeur, les préoccupations normatives, qui risquent de conduire à des interprétations erronées.

Chaque attitude mérite d'être décrite et comprise dans les termes mêmes de la culture dans laquelle elle a pris naissance.

Nous étudierons ici deux types de situations impliquant des conduites violentes de la part des adultes sur la personne de l'enfant : la maltraitance et les modifications rituelles du sexe.

## Conduites de maltraitance

Si la place de l'enfant change selon les cultures et selon la valeur que l'ordre social lui attribue, à chaque époque de l'histoire, les conduites maltraitantes des adultes à son égard sont observables, hélas, sous toutes les latitudes, à toutes les époques et touchent toutes les couches de la société, sous des formes multiples, patentes ou larvées. Nous en rapprocherons deux formes extrêmes, l'infanticide et les carences graves de soins, ce qu'on peut appeler la maltraitance par défaut.

Le modèle écologique ou contextuel révèle que l'individu est habituellement en équilibre avec son entourage, son environnement. La survenue de la maltraitance frappe surtout les familles multiproblématiques.

### *Quelques jalons dans l'histoire de la maltraitance et définitions récentes*

En France, A. Tardieu, professeur agrégé de médecine légale, dénonce les sévices et les attentats aux mœurs sur des mineurs. Mais c'est F. D. Ingraham (1939), neurochirurgien américain, qui s'interroge le premier sur l'origine des hématomes sous-duraux des nourrissons comme une conséquence possible de sévices. J. Caffey et surtout F. N. Silverman (1942), radiopédiatres, révèlent alors des lésions polyfracturaires d'âges différents, souvent reconstituées, témoignant des sévices dont ont été victimes les enfants. H. Kempe, professeur de pédiatrie de Denver aux États-Unis, décrit le « syndrome de l'enfant battu » en 1962. En France, les travaux de P. Straus, M. Manciaux, J.-P. Deschamps (1972-1975) font date. La prématurité et la gémellité sont signalées comme facteurs de risque, ce qui ouvre des perspectives de prévention. En 1979 est créée l'AFIREM ; et en 1982, la création de l'ISPCAN instaure une perspective de recherche et d'échange au niveau international.

Cependant, en 1995, en France, 20 000 enfants ont été encore reconnus par les professionnels médicaux et sociaux comme gravement maltraités par leurs parents. La majorité de ces enfants ont moins de trois ans, beaucoup ont moins de six mois. Une admission sur 200 en service de pédiatrie concerne ce type de problèmes. Le pronostic est grave

car la récurrence est habituelle ; la mortalité est importante – environ 15 % – et les séquelles physiques et psychiques sont profondes.

## *Enfants cibles et ethnothéories*

Il apparaît que certains enfants plus que d'autres prêtent aux conduites maltraitantes des adultes. On les appelle des « enfants cibles ». Le travail de Straus, en France, citait la prématurité et la jumeauté comme des facteurs de risque, après avoir relevé dans les statistiques d'enfants victimes de sévices 18 % de ce type d'antécédents ; certaines statistiques américaines donnent un pourcentage plus élevé – jusqu'à 30 %.

Ceci nous renvoie à la place que tiennent ces naissances particulières dans la psyché et aux ethnothéories qui leur sont sous-jacentes. Nous envisagerons quelques-unes d'entre elles en Afrique de l'Ouest.

Du fait de son apparence physique ou de son comportement inhabituel, un enfant peut parfois être considéré comme celui qui est mauvais : le *nit-ku-bon*, la « mauvaise personne », si l'on reprend le terme wolof utilisé à cet effet. Tout dépend évidemment de ce que la famille projette dans ce vocable. Ce syndrome de l'enfant déclaré marginal et atypique par le groupe social a été remarquablement décrit par A. Zempleni et J. Rabain en 1965. On considère que l'enfant *nit-ku-bon* veut surpasser ses frères et peut même chercher à les tuer, alors que toute l'éducation africaine est basée sur la coopération, la solidarité familiale et groupale, et non sur la compétition. Le *nit-ku-bon* peut voir son ombre, son double, souhaiter lui-même sa mort. Il reste en retrait, taciturne, se suffit à lui-même ; il pleure, est parfois agité, dort mal, on dit qu'il veut retourner au royaume des esprits.

Ce tableau clinique d'un enfant atypique et les interprétations qui s'y réfèrent signent le dysfonctionnement relationnel entre l'enfant et sa famille. Les projections aliénantes sur l'enfant peuvent être induites, on l'a vu, par une particularité comportementale ou physique de l'enfant ; elles surviennent néanmoins le plus souvent dans des familles en situation de faute par rapport à un ancêtre resté insatisfait, en cas de rituel non effectué ou effectué de manière défectueuse, par exemple. L'enfant est alors vécu comme le persécuteur, ce qu'on observe parfois aussi dans des familles françaises où les simples pleurs du bébé et ses demandes incessantes peuvent conduire des parents immatures et non étayés par l'entourage à des conduites maltraitantes.

Rappelons qu'en Afrique de l'Ouest, l'enfant est considéré comme un maillon dans une chaîne de vie, comme la manifestation vi-

sible d'un ancêtre qui revient. Tout sera mis en œuvre avant de nommer l'enfant pour découvrir, par le jeu des similitudes et des processus de divination, l'identité de l'ancêtre présumé. L'ambivalence du groupe se cache derrière celle qu'on prête à l'enfant et reste fixée sur l'enfant lui-même, ce qui explique la gravité du tableau clinique.

En milieu occidental, ce peut être aussi la ressemblance à tel parent, à tel partenaire sexuel, qui favorise la projection de traits de comportement attribués à l'enfant. Les insatisfactions liées à des relations conflictuelles entre adultes sont alors déplacées sur cet enfant particulier qui devient victime d'une agressivité parentale qui ne lui est en fait pas destinée.

Une autre étiologie à laquelle il est fait appel, surtout en cas de morts répétées d'enfants, est celle de *tjid* : *a-praxer* ou « l'enfant qui part et qui revient ». Il s'agit d'un terme sénégalais appartenant à la langue serer et signifiant « le retour du même ». On pense que c'est le même enfant qui part et qui revient, qui retourne dans le monde invisible de sa propre volonté à cause d'une faute commise, là encore, à l'encontre des ancêtres. Henri Collomb, en 1974, a décrit des cas de ce genre ainsi que l'apparente indifférence des mères vis-à-vis des morts répétées d'enfants en bas âge. On voit comment cette interprétation du retour du même sert en quelque sorte à mettre en forme l'intolérable, l'impensable, et à gérer l'ambivalence maternelle, tout en masquant les problématiques relationnelles qui ont pu aboutir à cette interprétation. L'enfant est censé partir et revenir jusqu'à ce qu'un rite familial permette de conjurer la faute, une fois celle-ci reconnue et l'ancêtre identifié. L'enfant bénéficiera alors d'une réaffiliation symbolique à son groupe.

Il arrive dans certaines sociétés, autres qu'africaines, que pour empêcher de revenir « le même être trompeur » qui part et qui revient entre le monde des vivants et celui des morts, on le marque d'une blessure à la face ou par la coupe d'une phalange. Ainsi pense-t-on le dégoûter de revenir et la souffrance parentale se mue en une sorte d'irritation vengeresse. Dans la Chine ancienne, on empêchait de « revenir » les êtres disparus ou ayant subi l'infanticide par le même type de procédés, à la fois primitifs et identificatoires.

## *La jumeauté*

Les jumeaux donnent lieu, selon les cultures, à des représentations contrastées. Ils sont tantôt gages de bonheur, tantôt assimilés à des êtres maléfiques. Unis dans le ventre maternel, s'ils sont de sexe différent, ils évoquent tantôt un couple idéal, tantôt ils rappellent la menace d'inceste, comme à Bali. Ils



passent chez les Guidar du Cameroun pour attirer des événements néfastes sur leur ascendant de même sexe. Chez les Kotokoli du Togo, on pense qu'ils sont ennemis et se battent même dans le ventre maternel. Autrement dit, cette ambiguïté du destin gémellaire traduit la difficulté à assumer ces deux êtres et à dissocier leurs individualités. On peut les tuer tous les deux à la naissance, comme chez les Ibo du Nigeria, ou ne tuer que l'un deux, ce qui se pratique chez certains aborigènes d'Afrique du Sud. Celui qui meurt est censé protéger le survivant, à moins qu'il n'en soit jaloux et le poursuive de maléfices. Dans toute l'Afrique de l'Ouest, le second jumeau est considéré comme l'aîné puisqu'il aurait ordonné à son cadet de le précéder.

Dans certains mythes d'origine, chez les Dogons du Mali, par exemple, les jumeaux sont vénérés comme des héros civilisateurs qui apportent la parole et le tissage. En Europe, certains pouvoirs ont été attribués par le passé aux jumeaux ou aux mères de jumeaux.

On remarquera que, quelles que soient les ethnothéories ou les croyances évoquées, l'enfant imaginaire, l'enfant symbolique et l'enfant réel se rencontrent dans la psyché maternelle et interagissent réciproquement, induisant les mécanismes relationnels entre la famille et l'enfant.

### **Maltraitance et discrimination sexuelle**

Dans les plaines du nord de l'Inde, on observe un curieux phénomène : les garçons sont nettement plus nombreux que les filles, particulièrement dans les classes élevées de la société, alors que dans le sud du pays, et plus généralement dans le monde, on constate une proportion voisine.

Une anthropologue et démographe américaine, Barbara Miller (1981), a tenté d'expliquer ce phénomène. Historiquement, l'infanticide a été condamné par les Anglais en Inde, en 1870. Jusque-là, dans certaines régions, plus spécialement au Rajasthan et en Uttar Pradesh, surtout dans les castes supérieures, il n'y avait guère de réticence à parler de l'infanticide des filles qui apparaissait comme une évidence puisque certains villages étaient totalement dépourvus de filles. Aujourd'hui, la pratique de l'infanticide a disparu et on observe néanmoins dans les mêmes régions une proportion nettement moins grande de filles que de garçons. L'auteur démontre à travers son étude que l'infanticide, pratiqué il y a encore un siècle, s'est transformé en une pratique beaucoup plus *subtile* : la *négligence délibérée et discriminatoire envers les filles*.

À l'origine de cette discrimination ancienne et toujours vivace, il faut voir, comme

je l'ai montré dans plusieurs travaux (Stork, 1980, 1986), la préférence marquée de la population indienne et surtout hindoue pour les fils, et ceci pour trois raisons principales que j'ai catégorisées en facteurs d'ordre religieux, facteurs d'ordre économique et facteurs d'ordre psychologique. Je ne détaillerai pas ces facteurs, mais je rappellerai brièvement qu'en fonction de la doctrine religieuse de la dette, l'homme hindou qui vient au monde est considéré comme un débiteur-né vis-à-vis des dieux et des ancêtres auxquels il doit rendre un culte. Seul le fils est habilité à rendre ce culte aux parents et à accomplir les rites funéraires, accompagné d'officiants brahmanes, non la fille. Ce rite leur permet de trouver la paix et d'accéder au statut d'ancêtres.

D'autre part, l'Inde est un pays rural à 80 % et les garçons constituent une main-d'œuvre indispensable. B. Miller explique la discrimination beaucoup plus forte à l'égard des filles qu'on observe au nord du pays et non au sud, par le type différent d'agriculture : culture sèche au nord qui n'utilise pas la force de travail féminine ; culture humide au sud qui a recours au travail des femmes, notamment pour repiquer le riz. Priorité aux héritiers mâles au nord de l'Inde, et surtout au fils aîné, pour ne pas diviser la terre ; des fils qui seront aussi le support économique des parents devenus vieux, puisque la coutume veut que les fils d'un même père vivent sous le même toit avec femme et enfants. La fille, au contraire, qu'on compare à un oiseau qui vient picorer le grain dans la cour et qui s'en va, ira vivre après son mariage dans la famille de son époux, emportant avec elle une solide dot qui, dans les milieux pauvres, peut contribuer à ruiner un père de famille, surtout s'il a plusieurs filles.

La jeune épouse vivra sous la houlette d'une belle-mère pas toujours très clémentine, tant qu'elle ne sera pas porteuse d'un enfant, et l'on comprendra aisément dans ce contexte que la femme espérera durant toute sa grossesse la naissance d'un garçon. Je viens donc d'aborder le troisième facteur que j'ai énoncé, d'ordre psychologique cette fois.

La naissance du garçon sera accueillie par des sortes de cris roulés de joie et des fêtes ; celle de la fille par le silence et parfois la honte, surtout s'il y a déjà plusieurs filles dans la maison. C'est par la distribution moindre de nourriture (nourriture symbole d'amour et acte essentiellement relationnel), par le manque de soins médicaux, si elle est malade, et le manque d'amour que s'exprimera la discrimination à l'égard des bébés de sexe féminin. La maltraitance consiste habituellement en mauvais traitements actifs – quelque chose est fait contre l'enfant –, mais ici nous avons affaire à une maltraitance par défaut. La négligence correspond à quelque

chose qui n'est pas fait pour l'enfant. Il s'agit d'une forme beaucoup plus subtile mais dont les conséquences peuvent être tout aussi graves.

Cette étude illustre au demeurant la relation très forte qui existe entre culture et mortalité ainsi que le pouvoir de la culture pour modeler les attitudes familiales envers les enfants. En l'occurrence, dans cette aire géographique et culturelle, c'est le sexe qui sera le déterminant le plus fort de l'état nutritionnel de l'enfant et de son droit à la vie, plus que le niveau de pauvreté de la famille.

Je ne voudrais pas terminer ce chapitre sans souligner que ce type de maltraitance n'est pas un phénomène propre à l'Inde du Nord, il s'agit malheureusement, à des degrés divers et selon les époques de l'histoire, d'un phénomène universel. La négligence sélective des filles se rencontre en Chine où les bébés de sexe féminin, dans les milieux pauvres, courent le risque d'être moins bien nourris. L'infanticide a été courant au Japon à l'époque Edo et dans les périodes de famine. Cette pratique de régulation des naissances portait un nom, emprunté au monde agricole, « éclaircir le plant ». Elle a donné lieu, comme une forme résiduelle de sublimation de l'agressivité et de libération de la culpabilité, au culte des enfants morts, *giso*, dont on retrouve les effigies dans les temples et aux carrefours des chemins.

L'infanticide apparaît comme un procédé de gestion de la descendance là où les ressources permettant la survie sont insuffisantes. En Arctique, l'exposition des nouveau-nés a été retrouvée chez des groupes itinérants esquimaux du Nord-Canada.

Tout en étant condamné, l'infanticide a existé bien entendu aussi en Europe occidentale. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, la fondation d'établissements charitables destinés à accueillir les enfants trouvés a, selon l'historien E. Shorter, permis d'offrir des solutions de rechange à l'avortement et à l'infanticide. Toutefois, on retrouverait encore trace de cette pratique au début du XX<sup>e</sup> siècle. Cette tendance ne perdure-t-elle pas aujourd'hui dans certaines formes graves de maltraitance ?

### **Maltraitance, stress et dépression maternelle**

La dépression maternelle, je l'ai souvent rencontrée dans l'abord de familles maltraitantes en France, et c'est ainsi que j'ai décrit (Stork, 1979) comment une jeune mère d'origine française et de milieu apparemment normal s'était transformée en mère maltraitante ne supportant plus les pleurs de son bébé de deux mois. Issue d'un milieu d'artisans du sud-ouest, brusquement transplantée en ban-

lieue parisienne, ayant perdu ses repères familiaux et culturels – la culture régionale compte aussi –, déprimée à bas bruit mais sans en avoir vraiment conscience, elle vivait son bébé comme un persécuteur, rejoignant certaines formes de psychopathologie que j'ai évoquées plus haut en milieu africain.

La *dépression maternelle larvée* constitue le lit de bien des dysfonctionnements interactifs, dont la *maltraitance* peut être *l'un des symptômes*, et ce fait est loin d'être toujours connu tant est forte l'habitude de lier principalement la maltraitance avec les milieux socio-économiques défavorisés. La dépression larvée de la mère entraîne des défaillances dans sa fonction nourricière et dans sa fonction de pare-excitation, mettant l'enfant en danger.

L'étude des comportements de maltraitance dans différents pays et des ethnothéories ou interprétations individuelles qui peuvent les expliquer conduit à reconnaître que l'ambivalence, même à l'égard de la progéniture, est inhérente au fonctionnement de la psyché humaine ; elle s'exprime sous toutes les latitudes mais sous des formes diverses. Le plus souvent, elle reste à l'état latent, mais parfois elle dépasse les limites du fantasme pour prendre tournure meurtrière dans le réel. Les ethnothéories, les rites conjuratoires ou thérapeutiques, voire les psychothérapies, sont là pour la gérer, la maîtriser, la sublimer.

L'approche médico-psychologique doit être considérée comme une priorité, dès la vie prénatale, pour le repérage des grossesses à risque, et je ne fais pas seulement allusion au risque physiologique mais au moins autant au risque psychologique. Un gros effort devrait aussi être fait pour détecter dès que possible, lors du suivi postnatal des nourrissons, les dysfonctionnements interactifs et mettre en place un étayage préventif ou thérapeutique des dyades mère-bébé en difficulté (Stork, Foucher, 1979). Il va sans dire que pour cet étayage la double compréhension psychodynamique et ethno-psychologique est indispensable.

### **Modifications rituelles du sexe**

L'étude des rites est importante, notamment celle des rites de passage qui scandent le développement de l'enfant et de l'adolescent. Leur décryptage révèle un abondant symbolisme et nous fait pénétrer au cœur de la psyché humaine et de l'inconscient.

L'accomplissement du rite suppose une culture partagée par le groupe et mobilise les affects par l'ensemble des gestes et des paroles précisément codifiés qui l'accompagnent. Les rites d'initiation exercent de sur-



croît un pouvoir de mutation sur leurs adeptes. Ils ont pour but d'intégrer l'individu dans un groupe ou une catégorie sociale à laquelle il n'appartient pas encore. L'initiation se déroule fréquemment dans un lieu à l'écart des activités domestiques habituelles. Elle est souvent l'occasion d'apprentissages techniques, sexuels, religieux – mythes d'origine, langue secrète parfois, comme chez les Dogons, ou nom secret symbolisant une seconde naissance –, éthiques. L'exigence d'endurance, de courage face à la souffrance, y est souvent associée, de même que les marquages du corps – peintures, tatouages, scarifications, coiffures. Parmi ces marquages symboliques du corps, les mutilations génitales tiennent une place particulière.

J'évoquerai plus particulièrement les mutilations sexuelles féminines en Afrique de l'Ouest, en raison des problèmes actuels qu'elles posent dans les pays d'origine et en situation migratoire. Pour ce faire, je m'appuierai sur le texte d'un séminaire interdisciplinaire qui a eu lieu à la faculté de médecine de Dakar, dans les années 80, faisant suite au séminaire de Khartoum de 1979. En effet, sur un sujet aussi délicat, je pense qu'il convient de laisser la parole aux Africains eux-mêmes, mieux aux Africaines.

### **Motivations habituellement invoquées pour justifier les mutilations féminines**

#### ● *Raisons d'ordre anatomique et esthétique*

On retrouve, dans l'Antiquité, chez le médecin grec Soranus, l'idée que les organes sexuels d'une jeune fille non circoncise constituent une « difformité honteuse » qui fait ressembler la femme à l'homme. On rattachait alors la « circoncision féminine » à la croyance pharaonique de la « bisexualité » des dieux. De même que les dieux étaient considérés comme bisexués, on pensait que chaque personne humaine était dotée d'une âme masculine et d'une âme féminine, ce qui se répercutait sur les organes génitaux, l'âme féminine de l'homme étant située dans le prépuce, l'âme masculine de la femme dans le clitoris. Pour être intégrés dans la société, l'homme devait perdre son prépuce, par la circoncision, la femme son clitoris, par l'excision.

#### ● *Raisons d'ordre « moral » ou prétendues telles*

Il s'agit avant tout de contrôler la sexualité de la femme. La résection du clitoris, en supprimant une bonne part de la sensibilité sexuelle de la jeune fille, la mettait à l'abri de l'instabilité sexuelle, de la débauche, et lui permettait de conserver sa virginité jusqu'au mariage. L'infibulation, variante complémentaire et redoutable sur le plan anatomo-phy-

siologique de l'excision, était alors pratiquée un peu partout, et encore aujourd'hui dans certaines régions – surtout au Soudan –, pour apporter une « sécurité supplémentaire » à la jeune fille et surtout à sa famille, de manière à ce qu'elle reste intacte, pure, jusqu'au soir de ses noces. Les jeunes filles ainsi conservées jouissaient d'une haute valeur morale, situation monnayable de surcroît par leurs parents qui pouvaient exiger une allocation d'argent substantielle. Jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, les femmes esclaves infibulées se vendaient très cher sur les marchés aux esclaves du Caire, car c'était la preuve de leur jeunesse et de leur pureté.

#### ● *Une nécessité pour l'intégration sociale de la jeune fille*

La jeune fille non excisée est encore aujourd'hui, dans bien des pays d'Afrique, considérée comme une personne marginale, impure, *bilakoro*, selon un terme bambara du Mali. De telles jeunes filles ne peuvent ni se marier, ni même être autorisées à préparer le repas familial jusqu'à ce qu'elles acceptent cette mutilation. Ces pratiques, finalement perçues comme coutumières, s'intériorisent avec intensité dans chacun des membres de la communauté, au point que la jeune fille finit par réclamer elle-même l'excision, à partir d'un certain âge, et s'enfuit parfois de la maison, avec la complicité de sa mère, pour aller avec d'autres jeunes filles auprès des vieilles femmes « coupeuses de clitoris » afin de se libérer d'un complexe obsédant.

Dans les pays musulmans, pour convaincre et faire céder les jeunes filles et les familles réticentes, certains vieux des villages ont recours à des arguments religieux affirmant que ces pratiques sont prescrites par l'islam. En fait, c'est une erreur, l'excision n'est pas prescrite par le Coran, et cette coutume date de la période préislamique, comme le suggèrent les témoignages archéologiques ou littéraires sur l'Égypte. Ainsi, dans l'Antiquité, le journal du voyageur grec Strabon fait état du fait que les Égyptiens excisaient les fillettes (Yoyotte, Charvet, Gompertz, 1997).

Des idées erronées circulent également parmi les femmes, qui finissent par penser que ces mutilations leur seraient utiles : elles faciliteraient l'accouchement et n'entraîneraient pas de diminution du plaisir lors des relations sexuelles.

L'équivalent symbolique de ces pratiques se retrouve dans d'autres pays : dans la Chine ancienne, on bandait les pieds des filles, orteils repliés sous la plante du pied, pour que celui-ci reste petit – le pied, symbole phallique selon Freud. Les femmes devenaient infirmes et ne pouvaient marcher normalement.

En Europe occidentale, l'excision et l'infibulation furent pratiquées par les seigneurs féodaux, les maris d'une jalousie malade et

les médecins cupides. La « ceinture de chasteté », dont certains modèles témoignent d'une rare cruauté, servaient aux maris à s'assurer de la chasteté de leur femme, lorsqu'ils s'absentaient.

Les gynécologues contemporains considèrent que certaines pratiques de chirurgie esthétique, par la douleur qu'elles entraînent, sont à rapprocher de ce type de problématique.

#### • *Raisons lucratives*

Dans les pays occidentaux – Europe et Amérique du Nord –, l'excision aurait été pratiquée avec des techniques modernes, dans des salles aseptisées, pour satisfaire une clientèle aisée. Un chirurgien de Boston affirmait, en 1897, que « la sexualité de la femme ne réside pas dans ses organes sexuels contrairement à l'homme ». Il considérait que l'orgasme était une maladie, et l'ablation des organes érectiles comme le clitoris, une nécessité. Certains médecins avaient même recours à l'excision pour traiter les troubles mentaux comme l'épilepsie, l'hystérie, la mélancolie, la kleptomanie. Le cas du Dr Brown à Londres est resté célèbre, car il possédait une clinique spécialisée dans ce type d'interventions.

#### *Fréquence et répartition géographique*

L'excision et l'infibulation se pratiquent dans plus de vingt pays d'Afrique et du Proche-Orient, ainsi que dans les foyers musulmans de Malaisie et d'Indonésie. Cette coutume n'est pas spécifique à l'islam : on la rencontre chez les animistes, les catholiques, les protestants, les juifs d'Éthiopie, alors que certains pays islamiques comme la Turquie, l'Algérie, le Maroc, l'Iran, le Pakistan entre autres l'ignorent. Au Sénégal, excision et infibulation ont lieu avant l'âge de 14 ans – 22 % –, dans certaines régions seulement – région du fleuve, chez les Toucouleurs, Peuls et Soninkes ; au sud du pays, chez les Bambaras, enfin dans la Haute Casamance, chez les Peuls et les Mandingues. Les Wolofs, les Serers et les Diolaks ne la pratiquent pas.

#### *Complications cliniques des différents types d'excision*

La plupart du temps, là où elles existent encore, les pratiques sexuelles mutilantes s'exercent dans des conditions d'hygiène et de sécurité déplorables.

Il existe différents types d'excision, celle-ci étant complétée, dans certaines régions, par l'infibulation dont les complications sont plus graves. C'est en général une vieille femme, dite « coupeuse de clitoris », qui opère sans anesthésie sur des jeunes filles de moins de 12 ans.

Conformément à la classification de Shandall, on en distingue quatre types :

1. La circoncision proprement dite : c'est l'excision circulaire du prépuce clitoridien, analogue à la circoncision masculine, et que l'on appelle *sunna* dans les pays musulmans. Le gland et le corps du clitoris restent intacts.

2. L'excision : on procède en plus de l'excision du prépuce à l'ablation du gland clitoridien, ou même du clitoris et des petites lèvres. Étant donné qu'il s'agit d'une zone très vascularisée et innervée, l'intervention est très hémorragique et surtout extrêmement douloureuse.

3. L'infibulation, appelée aussi circoncision pharaonique, comporte non seulement une excision, mais en plus l'accolement des bords de la vulve préalablement mis à vif et cousus ensemble au moyen d'un fil de soie ou avec du catgut, ou, comme en Somalie, avec des épines d'acacia. L'orifice se trouve alors obstrué, à l'exception d'une petite ouverture postérieure pour l'écoulement de l'urine et du sang menstruel, l'occlusion totale étant évitée en installant un bout de bois ou une allumette.

4. L'introcusion, beaucoup plus rare, consiste à élargir l'orifice vaginal dès la puberté, en le déchirant manuellement vers le bas ou en sectionnant le périnée à l'aide d'une pointe de silex.

On distingue des complications immédiates et différées de ces pratiques.

Les complications immédiates, au premier rang desquelles se situent les *hémorragies*, se terminent parfois par la mort. Ces hémorragies, dont certaines sont cataclysmiques, entraînent un collapsus, un état de choc. Elles sont dues à la rupture des vaisseaux du clitoris. Le cas récent d'une petite Malienne dont la famille a été jugée à Paris correspondait à ce type de problèmes.

Les *infections aiguës* sont fréquentes, en relation avec le matériel utilisé septique – couteau, lame de rasoir, écorce d'une tige de mil, etc. –, avec les ingrédients destinés à panser la plaie – cendre, bouse de vache... Les deux formes les plus graves de ces infections sont la septicémie et le tétanos.

Les organes de voisinage – méat urétral, urètre, vessie, vagin, anus, périnée – peuvent être lésés à l'occasion de gestes maladroits entraînés par les mouvements d'une petite fille qui se débat. Ces mutilations sont pratiquées sans anesthésie.

L'absence d'anesthésie est responsable d'états de choc liés à la violence des douleurs, d'autant plus que la jeune fille se trouvait déjà dans un état d'angoisse encore accentué par l'ambiance d'excitation collective dans laquelle se déroule cette pratique collective.



Les complications chroniques secondaires sont les plus redoutées par les femmes. Elles consistent en :

- cicatrices vicieuses (chéloïdiennes) qui rétrécissent considérablement les voies génitales, avec les conséquences fonctionnelles que cela comporte ;
- les infections chroniques pouvant entraîner la stérilité ;
- les complications sexuelles, telles que la frigidité, les rapports douloureux, voire impossibles du fait de la coalescence des grandes lèvres, les femmes devant alors être désinfibulées avant chaque rencontre avec leur mari ;
- l'hématocolpos, correspondant à l'accumulation du sang des règles qui ne peut s'écouler, constitue parfois une tumeur de l'abdomen aussi volumineuse qu'une grossesse ;
- les complications obstétricales sont les plus fréquentes et les plus spectaculaires : les cicatrices vicieuses se déchirent au moment de l'expulsion et provoquent une déchirure du périnée antérieur, entraînant une hémorragie difficile à maîtriser que les sages-femmes africaines redoutent par-dessus tout.

Les séquelles psychologiques existent aussi et peuvent se traduire par de l'anxiété, un état dépressif, la femme restant, dans certains cas, marquée toute sa vie par cette épreuve.

### ***Pour un essai de compréhension psychodynamique***

J'en viendrai maintenant à essayer de comprendre, en référence à la théorie psychanalytique et à l'ouverture que permet l'approche anthropologique, les mécanismes psychiques à l'œuvre dans la psyché humaine, et surtout dans la partie inconsciente de cette psyché, pour instaurer de telles pratiques dont on a vu l'émergence dans différents continents et au fil de l'histoire.

La question la plus délicate concerne bien sûr le pourquoi de l'acceptation par les femmes elles-mêmes de ces mutilations.

Une première remarque s'impose : si la sexualité est enracinée dans le corps et la biologie, c'est la culture qui définit en fait ce qui relève du masculin ou du féminin.

Dans les temps anciens, le pouvoir fécondant de la femme a été exalté par le culte des déesses-mères et de la fécondité. Face à ces manifestations, l'homme a voulu affirmer son pouvoir en valorisant son pénis, le *phallus*, en affirmant que c'était lui qui jouait le rôle procréatif, la femme ne servant que de réceptacle à la semence.

La psychanalyse a par ailleurs révélé que le pouvoir maternant de la femme était un ob-

jet d'envie de la part du petit garçon, une envie refoulée et contre-investie à l'âge adulte. Cette envie est perceptible à travers des rites comme ceux de la couvade ou, dans le monde occidental, par les symptômes psychosomatiques manifestés par certains futurs pères durant la grossesse de leur femme.

Le pouvoir maternant est assimilé à la créativité fondamentale, comme l'indiquent certains mythes fondateurs, dans des sociétés aussi éloignées géographiquement et culturellement que l'Afrique ou le Japon.

Le pouvoir attribué à la femme est objet d'envie, mais il peut aussi être vécu comme une dépendance, dans les sociétés où une grande proximité et un allaitement prolongé caractérisent le maternage, comme on l'observe en Afrique et en Inde. La mère peut être considérée comme séductrice – c'est le cas dans le mythe judéo-chrétien de la création – voire comme dangereuse. Il faudra la quitter pour affirmer sa virilité.

La femme inspire de la crainte, il faudra donc la contrôler, contrôler ses maternités, au besoin l'inférioriser, la mutiler pour qu'elle n'ait pas de plaisir, qu'elle ne risque pas d'aller vers un autre mâle que son possesseur, son époux.

L'inquiétante étrangeté dégagée par la femme, pour reprendre la terminologie freudienne, provient sans doute du fait que la sexualité de cette dernière est placée sous le signe du sang (cf. Chiland, 1999). Pour l'homme comme pour la femme, cette constatation ne peut que réveiller l'angoisse de castration inhérente au développement humain. Sang de la menstruation, de la défloration, de l'accouchement. Le sang est considéré comme une force, mais il est aussi l'objet d'un tabou très fort (cf. Durkheim). Le sentiment que le sang éveille se reporte sur la femme. Elle est mise à l'écart, par exemple au moment de ses règles et considérée comme impure et porteuse d'une souillure, comme en Inde.

Paradoxalement, les femmes elles-mêmes acceptent avec résignation de se soumettre à des pratiques sexuelles mutilantes, par souci de conformisme social, certes, mais aussi pour satisfaire au désir de l'homme. Mais n'y a-t-il pas d'autres raisons internes, des raisons plus profondes, qui les poussent elles-mêmes à se sentir en position d'infériorité ? La force physique de l'homme peut-être, le besoin de protection lié aux grossesses ? On remarquera que la diminution de l'importance de la force physique dans les tâches de production et de défense permet aux femmes d'exercer aujourd'hui des fonctions auxquelles elles n'avaient pas accès auparavant. De même, l'éducation et



l'évolution des méthodes anticonceptionnelles ont favorisé son autonomie (C. Chiland, *op. cit.*).

### Prévention

Quelle conduite tenir par rapport à ces mutilations ? Les Africains eux-mêmes, dont beaucoup sont favorables à la cessation de pratiques qui se révèlent dangereuses pour la santé de l'enfant et de la femme, sont embarassés par cette question.

Les grands axes des résolutions prises lors des séminaires de Khartoum et de Dakar passent par un changement des mentalités villageoises grâce à des stratégies que seuls les Africains et les Africaines sont en mesure de trouver car elles doivent faire appel à leurs valeurs de culture et ne pas donner l'impression d'être imposées de l'extérieur, du monde occidental notamment. Rappelons que le code de la famille au Burkina Faso a aboli ces pratiques sur la personne des petites filles.

L'information sanitaire de la population en coordination avec les autorités coutumières et religieuses est essentielle – le respect des anciens est grand en terre africaine –, de même que l'éducation des filles et des garçons et la lutte contre l'illettrisme. On préfère en Afrique être informé sous l'arbre à palabres, du moins dans un premier temps, que par les médias. L'étape de la décision administrative et politique suivra.

Bien entendu, la formation des professionnels de la santé est essentielle ; de même, des campagnes d'information en direction des sages-femmes, des accoucheuses traditionnelles, des guérisseurs et des « vieilles femmes coupeuses de clitoris » doivent avertir ces intervenants des effets nocifs graves de ces pratiques. C'est d'ailleurs la politique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) que d'intégrer dans le système sanitaire matrones et tradipraticiens.

L'information des magistrats sur les conséquences physiques et psychologiques que comportent les mutilations sexuelles sur la femme et la personne de l'enfant est également primordiale puisqu'ils sont les garants de la protection des populations, dans les pays d'origine et en situation d'immigration. La promulgation de lois figure parmi les mesures les plus efficaces en matière de prévention, dans la mesure où elles touchent l'ensemble des individus d'un pays.

Les cultures ne constituent pas des systèmes clos et statiques, elles évoluent dans le pays d'origine – facilités de communication du monde moderne, médias, mouvements migratoires – et *a fortiori* en situation migratoire. Parfois, c'est d'ailleurs dans ce cadre

que les particularismes culturels se trouvent renforcés au nom d'une identité culturelle plus difficile à préserver.

L'information doit être exercée aussi dans les pays d'accueil en direction des familles en situation d'immigration, dans les lieux où sont suivis les mères et les enfants, avec tact et nuances en prenant appui sur les mères de famille les plus mobilisables susceptibles d'intervenir auprès de celles qui le sont moins. Mais ce travail de sensibilisation doit toujours s'effectuer avec la collaboration des pères, car ils peuvent être les meilleurs alliés des femmes quand il s'agit de promouvoir un meilleur avenir pour leurs enfants. La quête de l'égalité statutaire ne peut pas se faire contre les hommes, mais avec les hommes, les deux sexes étant complémentaires. ■

### Bibliographie

- Colloque « *Éthique, religion, loi et reproduction* », 20 février 1996, Paris, Publication GREF, 1997.
- CHILAND C., 1999, *Le sexe mène le monde*, Paris, Calmann-Lévy.
- GUEDENEY A., 1986, « Les aspects psychosomatiques des malnutritions protéino-caloriques de la première enfance en milieu tropical », *Psychiatrie de l'enfant*, xxix, 155-189.
- MILLER B., 1981, *The Endangered sex. Neglect of female children in rural North India*, États-Unis, Cornell University Press.
- Séminaire de Dakar (Sénégal), notes d'O. DIODO LY remises à l'auteur en communication personnelle.
- STORK H. E., FOUCHER A., 1979, « Psychopathologie du jeune enfant et perspectives de prévention », *Psychiatrie de l'enfant*, xxii, 1, PUF, 127-236.
- STORK H. E., 1980, « La naissance d'un fils dans la tradition religieuse de l'Inde », *Journal de psychologie normale et pathologique*, 2-3, PUF, 151-186.
- STORK H. E. et coll., 1981, « Les jeunes enfants victimes de sévices : abord thérapeutique et prévention », *Psychiatrie du praticien*, 6, 17-24.
- STORK H. E., 1982, « Mères dépressives et enfance maltraitée », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 30, 4-5, 197-198.
- STORK H. E., 1986, *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*, Paris, Païdos/Le Centurion, 2<sup>e</sup> éd. 1988, 3<sup>e</sup> éd. 1993.
- YOYOTTE J., CHARVET P., GOMPERTZ S., 1997, *Strabon. Le voyage en Égypte*, Paris, Nil Éd.
- ZEMPLENI A., RABAIN J., 1965, « L'enfant *nit ku bon*. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal », *Psychopathologie africaine*, 1, 3, 329-441.