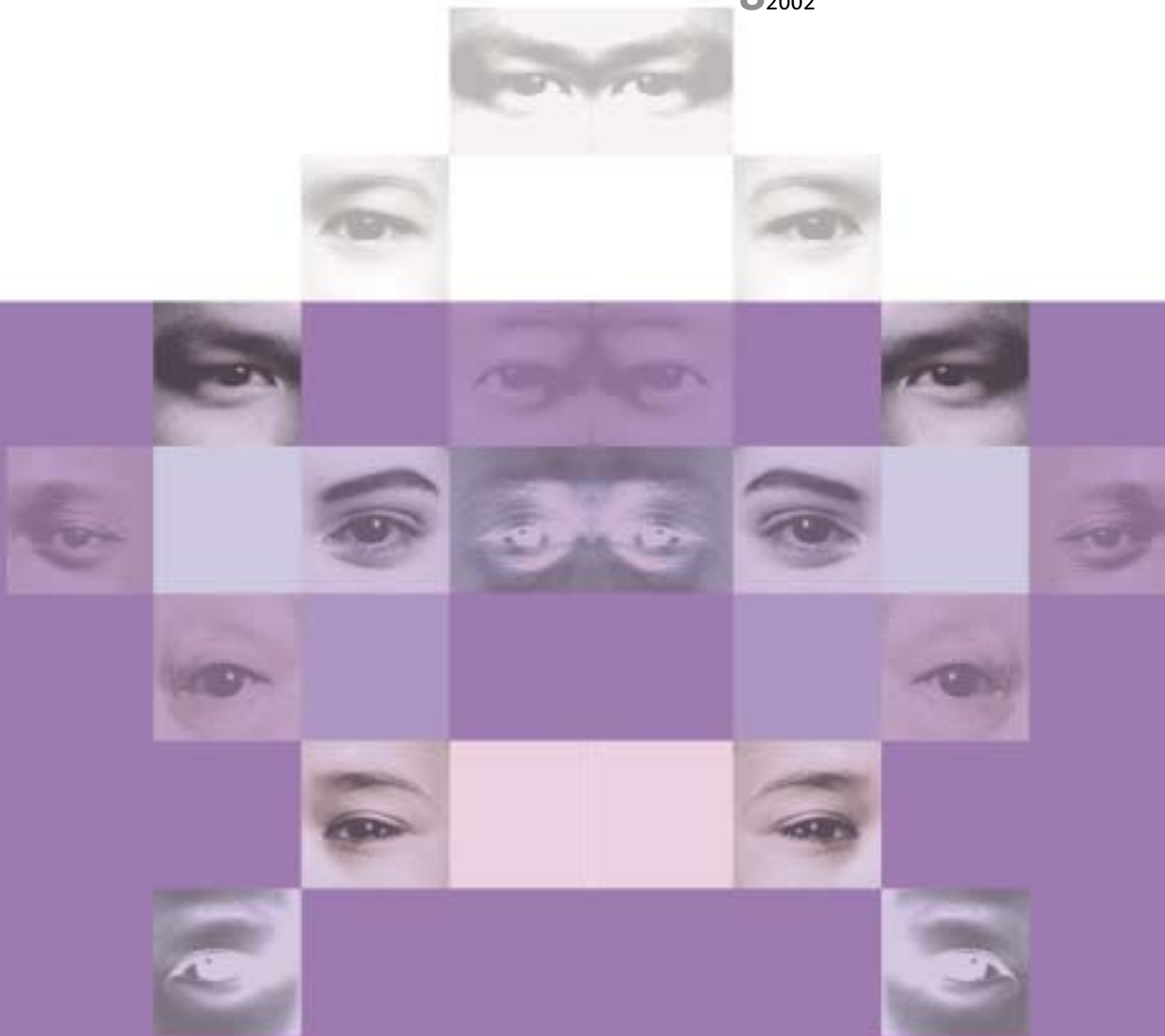


Internationales Katholisches Missionswerk e.V.
Fachstelle Menschenrechte
Human Rights Office
Secteur „Droits de l’Homme”
Dr. Otmar Oehring (Hrsg./editor/éditeur)
Postfach 10 12 48
D-52012 Aachen
Tel.: 02 41-75 07-00
Fax: 02 41-75 07-61-253
E-Mail: menschenrechte@missio-aachen.de

ISSN 1618-6222
missio-Bestell-Nr. 600 208

8 2002



Menschenrechte
Human Rights
Droits de l’Homme

Monika Euler
**Genitale Verstümmelung
von Mädchen und Frauen**
Situationsbericht aus dem Sudan

Female Genital Mutilation
A Report on the Present Situation
in Sudan

**Mutilations sexuelles chez
les fillettes et les femmes**
Rapport sur l'état de la situation
au Soudan

Das Anliegen der „Fachstelle Menschenrechte“ ist es, die Kenntnis über die Menschenrechtssituation in den Ländern Afrikas, Asiens und Ozeaniens zu fördern. Um diesem Ziel näher zu kommen engagieren wir uns in der menschenrechtlichen Netzwerkarbeit und fördern den Austausch der kirchlichen Partner missios in Afrika, Asien und Ozeanien mit kirchlichen und politischen Entscheidungsträgern in der Bundesrepublik Deutschland. In der Reihe „Menschenrechte“ werden Länderstudien, thematische Studien sowie die Ergebnisse von Fachtagungen publiziert.

missio's Human Rights Office aims at fostering accurate knowledge on the human rights situation in the countries of Africa, Asia and Oceania. In doing so we try to help to improve the human rights situation in these countries. To achieve this aim we have dedicated ourselves to human rights oriented networking and to promoting an exchange of views between our church partners in Africa, Asia and Oceania and the political decisionmakers in the Federal Republic of Germany. In its series „Human Rights“ the Human Rights Office is publishing country reports, case studies and the proceedings of specialised conferences.

Le Service des Droits de l'Homme à missio se donne pour but de promouvoir la connaissance exacte de la situation des droits de l'homme dans les pays de l'Afrique, l'Asie et de l'Océanie. Par notre action nous essayons d'améliorer la situation des droits de l'homme dans ces pays. Pour atteindre ce but nous nous sommes appliqués à établir des réseaux travaillant pour les droits de l'homme ainsi qu'à promouvoir un échange de vues entre nos partenaires des Eglises locales de l'Afrique, de l'Asie, de l'Océanie et les décideurs politiques en République Fédérale allemande. Dans sa série «Droit de l'Homme», le Service des Droits de l'homme publie des rapports régionaux, des études de cas spécifiques et des rapports des conférences spécialisées en la matière.

Dr. med. Monika Euler, Fachärztin für Gynäkologie; von Dezember 1998 bis Oktober 2001 Aufenthalt in Khartum, Sudan; arbeitet am Katholischen Krankenhaus im Siebengebirge, Bad Honnef.

Dr. Monika Euler, Gynaecologist; stay in Khartoum/Sudan from December 1998 to October 2001; works at the Siebengebirge Catholic Hospital, Bad Honnef; Germany

Dr. Monika Euler, médecin spécialiste de gynécologie; a séjourné à Khartoum, Soudan, de décembre 1998 à octobre 2001; travaille à l'hôpital 'Katholisches Krankenhaus im Siebengebirge', Bad Honnef, Allemagne.

Erschienenene Publikationen

- 1** Georg Evers
Zur Lage der Menschenrechte in der VR China – Religionsfreiheit
Oktober 2001 (Publikation in englischer und französischer Sprache in Vorbereitung)
Bestell-Nr. 600 201
- 2** Henry C. Hoeben
Human Rights in the DR Congo: 1997 until the present day. The predicament of the Churches
Oktober 2001 (Publikation in deutscher und französischer Sprache in Vorbereitung)
Bestell-Nr. 600 212
- 3** Theodor Kampschulte
Zur Lage der Menschenrechte in Indonesien – Religionsfreiheit und Gewalt
November 2001 (Publikation in englischer und französischer Sprache in Vorbereitung)
Bestell-Nr. 600 203
- 4** Georg Evers
Zur Lage der Menschenrechte in Osttimor – Der schwierige Weg zur Staatswerdung
November 2001 (Publikation in englischer und französischer Sprache in Vorbereitung)
Bestell-Nr. 600 204
- 5** Otmar Oehring
Zur Lage der Menschenrechte in der Türkei – Laizismus = Religionsfreiheit?
Dezember 2001 (Publikation in englischer und französischer Sprache in Vorbereitung)
Bestell-Nr. 600 205

Monika Euler

Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen

Situationsbericht aus dem Sudan

Seite 3

Female Genital Mutilation

A Report on the Present Situation
in Sudan

Page 23

Mutilations sexuelles chez les fillettes et les femmes

Rapport sur l'état de la situation
au Soudan

Page 41

Monika Euler
**Genitale Verstümmelung
von Mädchen und Frauen**
Situationsbericht aus dem Sudan

„Genitale Verstümmelung von Frauen und Mädchen“ ist eine der weitestverbreiteten und systematischsten Verletzungen der Menschenrechte von Frauen und Mädchen. Da sie Teil der Tradition vieler Kulturen ist, ist ihre erfolgreiche Bekämpfung mittelfristig nur dann zu erwarten, wenn „Genitale Verstümmelung von Frauen und Mädchen“ als Teil der Gewalt und Diskriminierung von Frauen in allen Kulturen erkannt wird. Seit den 70er Jahren haben Nichtregierungsorganisationen, zwischenstaatliche und staatliche Organisationen dazu beigetragen, das allgemeine Bewusstsein zu schärfen und Strategien zur Abschaffung der „Genitalen Verstümmelung von Frauen und Mädchen“ zu entwickeln. Mit einer demnächst erscheinenden Übersichtsstudie wollen wir aufzeigen wie die Kirche in den 28 Ländern Afrikas, die vom Problem der „Genitalen Verstümmelung von Mädchen und Frauen“ besonders betroffen sind, mit diesem Problem umgeht. Der vorliegende „Situationsbericht aus dem Sudan“ will über die Situation im Sudan informieren, eine Antwort auf die Frage nach dem kirchlichen Engagement geben und zu vertiefter Beschäftigung mit dem Thema anregen.

Fachstelle Menschenrechte

Inhalt

- 6 Vorwort
- 7 1. Einleitung
- 9 2. Prävalenz genitaler Verstümmelung von Mädchen und Frauen im Sudan und den Nachbarländern
- 10 3.3 Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen im Sudan
 - 3.1 Prävalenz der verschiedenen Beschneidungsarten (FGM)
 - 11 3.2 Zahlen von ausgesuchten Gebieten im Sudan
 - 3.2.1 Khartum (IDPcamps)
 - 3.2.1.1 Umbaddah
 - 3.2.1.2 Haj-Yousif
 - 12 3.2.2 Barbar
 - 3.2.3 Shendi
 - 3.2.4 Sennar
 - 13 3.2.5 Kassala
 - 3.2.6 Juba
 - 3.3 Faktoren von Bedeutung
 - 14 4. Hintergründe, Ursachen von genitaler Verstümmelung
 - 15 4.1 Ausblick für die Zukunft
 - 16 5. Wer beschneidet
 - 17 6. Die Rolle von Regierung und Gesetzgebung
 - 18 7. Standpunkt der Katholischen Kirche im Sudan
 - 7.1 Kommentare von leitendem Kirchenpersonal
 - 7.2 Einbeziehen der Basis-Gemeinden
 - 7.3 Persönliche Erfahrungen
 - 19 8. Zusammenfassung
 - 21 9. Aufstellung getroffener Personen, besuchter Organisationen
 - 21 10. Abkürzungen
 - 21 11. Literaturverzeichnis

Vorwort

Die hier vorliegende Arbeit basiert in erster Linie auf im Sudan zugänglichen Zahlen bzw. Arbeiten zu dem Thema Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen (FGM) im Sudan. Dabei waren insbesondere das Gesundheitsministerium des Sudans und hier im besonderen Dr. Sadig Nabri als Koordinator des National Programme for Eradication of Harmful Practices hilfreich. Weiter erhielt ich einen großen Teil meiner Informationen von Dr. Samira Amin, Project Officer for Gender, Equality and Women Empowerment bei der UNICEF in Khartum; Dr. Amna Hassan, Direktorin des Sudan National Committee on Traditional Practices, eine lokale Nicht-Regierungs-Organisation und Prof. Gasim Badri, sowie Dr. Amira Badri von der Ahfad University for Women in Omdurman, Khartum.

Die Zahlen und mehr noch die Erklärungen derselben scheinen und schie- nen mir nicht immer logisch und nachvollziehbar. Dennoch habe ich sie auf- geführt, ebenso wie den Einleitungstext, der in der Hälfte der von mir bearbei- teten Literatur als solcher zu finden ist. Für mich macht beides den problematischen Umgang mit dem Thema deutlich.

1. Einleitung¹

„Genitale Verstümmelung an Frauen (ebenso bekannt als weibliche Beschneidung) ist eine der schmerzhaftesten Traditionen in der afrikanischen Gesellschaft. Es ist eine traditionelle Praktik, die als Initiationsritus in dieser Gesellschaft ihre Wurzeln hat. Der Ursprung wird zurück geführt auf die Zeit der Pharaonen im Niltal um 500 v.Chr.

Genitale Verstümmelung beinhaltet die Entfernung einiger oder aller weiblicher Genitalorgane und wird gewöhnlich bei Kindern im Alter von 6 bis 8 Jahren durchgeführt. Die Durchführenden sind traditionelle Geburtshelferinnen, Hebammen oder ältere Frauen aus dieser Gesellschaft. In der Regel findet die Operation unter unhygienischen Umständen statt. Dem Operateur fehlen eine chirurgische Ausbildung sowie einfachste chirurgische Grundkenntnisse. Auf sterile Instrumente und Anästhesie wird verzichtet. Sie werden durch lokale Mittel ersetzt (Dareer, 1982).

Es gibt verschiedene Arten der Beschneidung bzw. genitalen Verstümmelung. Unter diesen sind die „Sunna“ (Tradition), die Exzision und die pharaonische Beschneidung die gebräuchlichsten Formen. Die geringste Form der Verstümmelung wird durch die Sunna Beschneidung hervorgerufen. Sie besteht aus dem Entfernen der Spitze bzw. eines Teils der Klitoris (Klitoridektomie) und ist mit der männlichen Beschneidung zu vergleichen. Bei der pharaonischen Beschneidung – auch Infibulation genannt – werden die Klitoris, die kleinen und großen Schamlippen entfernt, bevor die Wundränder beider Seiten wieder zusammengenäht werden. Die Exzision ist eine Beschneidung, die im Grad der Verstümmelung zwischen der erst- und zweitgenannten Art liegt. Sie beinhaltet die Entfernung der Klitoris, Teilen oder der gesamten kleinen Schamlippen und von Teilen der großen Schamlippen.

Genitale Verstümmelung von Frauen ist eine tief verwurzelte Tradition und Praktik in afrikanischen Kulturen. Obgleich die Gesundheit der betroffenen Frauen erheblich gefährdet ist, wird genitale Verstümmelung angesehen als Bestandteil des jeweiligen kulturellen Erbes. Genitale Verstümmelung hat die Funktion der Integration eines jungen Mädchens in die Gesellschaft, der Vorbereitung auf eine zukünftige Ehe. Ebenso gilt die genitale Verstümmelung als Voraussetzung für die „Sauberkeit“ eines Mädchens, Erhaltung der Jungfräulichkeit und Lustgewinn in der Sexualität. In afrikanischen Gesellschaften ist es allgemein anerkannt, dass die weibliche Beschneidung die junge Frau vor ihrer eigenen Sexualität schützt. Diese Beschneidung soll die Frau vor der Versu- chung, jeglichem Verdacht und der Ungnade bewahren.

¹zitiert aus Literatur 1 und 2 bis 7: Einleitung

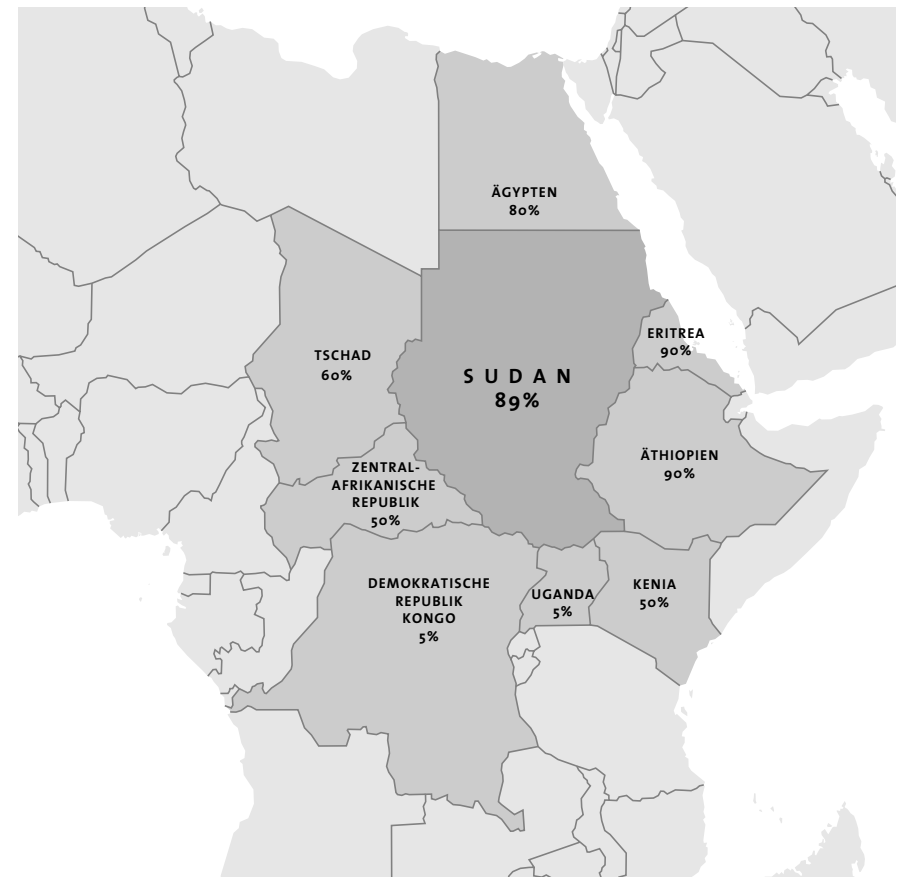
In einigen Ländern glaubt man, dass der Islam genitale Verstümmelung befürwortet. Eine Form wurde „Sunna“ genannt, was besagen soll, dass diese Praktik vom Propheten Mohammed gut geheißen wurde, obgleich die Praktik ihren Ursprung vor der Begründung des Islam hat. Nach der Auffassung von muslimischen Theologen gibt es im Islam keine Rechtfertigung für die Praktizierung der genitalen Verstümmelung von Frauen – weder im heiligen Koran noch in den Reden des Propheten (Rushwan, 1996). Die genitale Verstümmelung von Frauen wird in vielen arabischen Ländern nicht praktiziert und ebenso wenig in einigen muslimischen Ländern in Asien.

Was auch immer die Gründe für die genitale Verstümmelung von Frauen sind, es ist eine Form der Gewalt gegen Mädchen und Frauen, die schwerwiegende physische und psychische Folgeschäden nach sich zieht. Zudem reflektiert sie eine Form der Diskriminierung von Frauen und Mädchen.

Die direkten Folgen beinhalten Schwierigkeiten beim Wasserlassen bis hin zur Überlaufblase, Blutungen, Infektionen, Fieber, Schock, Arthritis usw. Die längerfristigen Konsequenzen können unterschieden werden in lokale Beeinträchtigungen und systemische Auswirkungen. Die wichtigsten lokalen Symptome sind Menstruationsbeschwerden, Vulva Abszesse und Inklusionszysten, geburtshilfliche Komplikationen etc. Die systemischen Auswirkungen, die bei beschnittenen Frauen auftreten können, sind Infektionen des Harntraktes und chronische Infektionen im kleinen Becken (Dareer, 1982, pp. 27-40). Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen beinhaltet ein hohes Risiko einer Infektion mit HIV, da sie in der Regel unter unhygienischen Umständen vorgenommen wird.

Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen ist im Sudan weit verbreitet. Es gibt verschiedene Prävalenzen der Beschneidungsarten und assoziierten Gebräuche. Eine Studie des SDHS aus den Jahren 89/90 zeigt auf, dass die genitale Verstümmelung von Frauen im Sudan landesweit, unabhängig vom Ausbildungsstand der Befragten, akzeptiert wird. Der soziale Druck in diesem Punkt wird als überaus stark angesehen. Junge Frauen, die nicht beschnitten sind, könnten als nicht zu verheiraten angesehen werden. In einigen Fällen haben die jungen Frauen selbst die Beschneidung gefordert, um eine mögliche soziale Stigmatisierung oder Hänselei durch Freunde zu vermeiden. (Badri and Dolib, 1996).“

2. Prävalenz genitaler Verstümmelung von Mädchen und Frauen im Sudan und den Nachbarländern



Sudan ist das Land mit einer der höchsten Prävalenzen genitaler Verstümmelung bei Frauen. Es kommt hinzu, dass in Ländern mit hoher Prävalenz in der Regel die pharaonische Beschneidung (=Infibulation) am häufigsten ist. Dagegen werden in Ländern mit niedrigeren Prävalenzen die moderaten Formen der Beschneidung bevorzugt. (Frances Kuka, 2000; Ismail and Makki, 1999).

3. Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen im Sudan

Wie die zuvor abgebildete Karte zeigt, wird derzeit für den Sudan mit einer Prävalenz von 90 % gerechnet, 89 % nach einer Studie von Frances Kuka (Lit 15) und 91% nach einer Studie von UNICEF im Jahr 2001.

Der Süden des Sudan stellt eine Ausnahme dar. Die Zahlen für den Südsudan sind deutlich niedriger und werden an späterer Stelle aufgezeigt.

Vor 15 Jahren bildete sich im Sudan die erste Gruppe – inzwischen eine lokale Nicht-Regierungsorganisation – die sich die „Beseitigung von schmerzhaften, traditionellen Praktiken“ zum Ziel gesetzt hat. Vor 5 Jahren wurde das Anliegen von UNICEF aufgegriffen. Das Gesundheitsministerium des Sudans beteiligt sich ebenfalls seit 1996 mit „nationalen Programmen für die Beseitigung von schmerzhaften Traditionen“. Die einzelnen Gruppen haben unterschiedliche Ansätze z.T. auch unterschiedliche Ziele. Einige verfolgen die vollständige Beseitigung der traditionellen Praktik; andere sind zufrieden mit einem Wechsel von der pharaonischen zur Sunna Beschneidung.

3.1 Prävalenz der verschiedenen Beschneidungsarten (FGM)

Nach einer Studie des Gesundheitsministeriums und der UNFPA ergeben sich für den Nordsudan aus dem Jahr 1999 – unterteilt in städtische und ländliche Prävalenz – folgende Zahlen

	städtisch	ländlich	gesamt
Prävalenz von FGM in %			
pharaonische	65	64	64
Sunna	25	21	22
% der FGM-Befürworter in der Bevölkerung	57	73	67

Die Prävalenz der genitalen Verstümmelung im Sudan ist immer noch sehr hoch. Jedoch ist ein Wechsel von der pharaonischen zur Sunna Form nachweisbar. Vor

20 Jahren lag die Prävalenz der pharaonischen Beschneidung bei 97 bis 100 % (Badri, 1979). 1999 wurde die Infibulation – wie in der Tabelle gezeigt – in 64 % durchgeführt.

Die Unterschiede in der Befürwortung der genitalen Verstümmelung zwischen der städtischen und ländlichen Bevölkerung ist hoffentlich ein Indiz dafür, dass sich die Zahlen in Zukunft weiter verändern werden. Die Veränderung wird zurückgeführt auf einen höheren Ausbildungsstand der urbanen Bevölkerung. Badri schrieb 1979: „die Praxis der genitalen Verstümmelung von Frauen im Sudan korreliert eng mit steigendem Analphabetismus, abhängig davon, ob die Analphabeten oder deren Eltern beschnitten wurden“ (Badri, 1979).

Die nur geringe Differenz in der 1999 ermittelten Praxis wird durch die Migration ländlicher Bevölkerung in die Städte erklärt, bedingt durch die politischen und wirtschaftlichen Hintergründe im Sudan.

3.2 Zahlen aus ausgesuchten Gebieten im Sudan²

3.2.1 Khartum (IDP-camps)

3.2.1.1 Umbaddah

Umbaddah ist eine heterogene Gemeinde im Westen der Stadt Khartum, in der Flüchtlinge aus dem Westen des Sudans (Kordofan) und dem Süden des Landes leben. Umbaddah gilt als städtisch. 50% der Menschen sind weniger als 15 Jahre alt. 2% der Bevölkerung sind Christen, der Rest praktiziert den Islam.

Prävalenz von FGM in %	96
pharaonische Form	66
Sunna	29

3.2.1.2 Haj-Yousif

Haj-Yousif findet man an der östlichen Stadtgrenze von Khartum. Hier leben ebenfalls Flüchtlinge aus dem Südsudan und aus dem Westen des Landes. Es ist eine suburbane Gegend mit einer Umbaddah ähnlichen Altersstruktur. 11 % der Bevölkerung sind Christen.

Prävalenz von FGM in %	87
pharaonische Form	69
Sunna	28

²Aus Literatur 1 bis 7

Unter der christlichen Bevölkerung sind 10 % der Frauen beschnitten. Von diesen findet sich die Sunna Form bei 50 % der Frauen, die Exzision bei 10 %.

3.2.2 Barbar

Barbar liegt nördlich von Atbara, ein kleines Dorf im River Nile State. 99,4 % der dort lebenden Menschen sind Muslime.

Prävalenz von FGM in %	99
pharaonische Form	97
Sunna	2

3.2.3 Shendi

Shendi liegt 200 km nördlich von Khartum zwischen Khartum und Atbara am Nil. Es ist eine Kleinstadt. 44 % der Bevölkerung ist jünger als 15 Jahre. Die Zahl der Alphabeten wird mit 82 % bei den Männern und 76 % bei den Frauen als hoch eingestuft. 98 % der Bevölkerung praktiziert den Islam, 1,5 % gehört der christlichen oder anderen Religionen an.

Prävalenz von FGM in %	99
pharaonische Form	96
Sunna	3

In Shendi sind fast alle muslimischen Frauen und 87 % der Christinnen beschnitten. Bei Christinnen wurde die pharaonische Beschneidung in 77% vorgenommen, die Sunna in 23 %.

3.2.4 Sennar

Sennar ist eine Kleinstadt am Blauen Nil, südlich von Wad Medani, ca. 300 km süd-östlich von Khartum. Fast 100 % der Bevölkerung sind Moslems.

Prävalenz von FGM in %	93
pharaonische Form	53
Sunna	40

In Sennar sind 25 % der Frauen unter 20 Jahren nicht beschnitten. Genitale Verstümmelung wird üblicherweise an 6- bis 8-jährigen Mädchen vorgenommen.

3.2.5 Kassala

Kassala liegt im nördlichen Teil des Sudans an der Grenze zu Äthiopien und ist eine der größeren Städte im Sudan.

Prävalenz von FGM in %	90
pharaonische Form	63
Sunna	20

In Kassala gibt es – entsprechend der herangezogenen Literatur – einen deutlich erkennbaren Wechsel von der pharaonischen zur Sunna Beschneidung. Diese Feststellung kann nicht durch Zahlen belegt werden.

3.2.6 Juba

Juba ist eine Stadt im Südsudan. Die Informationen zu Juba sind die einzigen verfügbaren einschlägigen Informationen bezüglich des Südsudan. 46 % der Bevölkerung sind jünger als 15 Jahre. Die Rate der Alphabeten mit 80 % bei den Männern und 71 % bei den Frauen gilt als hoch. 8 % der Bevölkerung sind Moslems, 92 % Christen.

Prävalenz von FGM in %	7
pharaonische Form	2
Sunna	4

60 % der muslimischen Frauen sind beschnitten. Aber auch 2 % der Christinnen haben die Genitalverstümmelung über sich ergehen lassen (müssen).

3.3 Faktoren von Bedeutung

Wie oben dargestellt hat die Religion einen großen Einfluss auf die Frage, ob eine Beschneidung durchgeführt wird/worden ist oder nicht. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass der „Alltag“, das Leben in einer bestimmten Gemeinde von entscheidender Bedeutung ist, wenn es darum geht, ob ein Mädchen beschnitten wird oder nicht.

Eine höhere Bildung wird eine Genitalverstümmelung eher verhindern bzw. zu einer milderen Form führen; dasselbe gilt, wenn die Arbeitslosenrate einer Gemeinde niedrig ist, wie nachfolgend für Umbaddah dargestellt:

	Frau berufstätig	Frau arbeitslos
pharaonische Form	58 %	68 %
Sunna	37 %	28 %

Ist eine Frau berufstätig, findet sich die Sunna häufiger, die pharaonische Form der genitalen Verstümmelung seltener. Erklärt wird dies dadurch, dass die Berufstätigkeit der Frau zu mehr Sozialkontakten führt und ihr Zugang zu Informationen ermöglicht.

Wie gezeigt tragen mehr Information und Bildung zu einer Reduktion der durchgeführten genitalen Verstümmelungen bei. Es war daher ein wichtiger Schritt, als im Jahr 2000 genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen in den Lehrplan der weiterführenden Schulen im Sudan aufgenommen wurde.

4. Hintergründe, Ursachen der genitalen Verstümmelung

Genitale Verstümmelung – wenn praktiziert – wird als „kulturelles Erbe“ angesehen. Wie von zweien der befragten Personen gesagt: „es ist eine traditionelle/muslimische/afrikanische Angelegenheit“ oder „eine Tradition vermischt mit Religion“. Die Literatur nennt die folgenden Gründe:

	Tradition	Sauberkeit	Gut für das Mädchen	Wunsch der Männer	Bessere Ehe
Haj-Yousif	69 %	26 %			
Shendi	75 %	26 %			
Kassala	80 %		26 %	10 %	
Juba		63 %			69 %

Der Tabelle zu Folge befürworten 75 % der befragten Bevölkerung genitale Verstümmelung, weil es eine Tradition ist. 26 % der Menschen halten die Verstümmelung für wichtig, weil sie ihrer Ansicht nach zur Sauberkeit des Mädchens führt. Religion bzw. Islam im Besonderen findet keine Erwähnung unter den „Hauptgründen für die Durchführung weiblicher Beschneidung“!

Eine weitere interessante Frage lautet: wer besteht auf der Beschneidung von kleinen Mädchen? Auf diese Frage erhielt ich immer wieder zwei Antworten von meinen Gesprächspartnern (Lit. 9):

1. „Von den Großmüttern der Familie ausgeübter Druck“.
2. „Alle erdenklichen Formen des Drucks innerhalb einer Gemeinde“.

Um den vollen Umfang des erst genannten Punktes verstehen zu können, haben Ismail und Hamour 1985 eine Studie zur Stellung der Großmutter in der sudanesischen Familie veröffentlicht. Das Ergebnis ist beeindruckend: man unterschätze nie das Gewicht der großmütterlichen Meinung! Das war 1985. Aus persönlicher Erfahrung und durch die Interviews bin ich überzeugt, dass sich in den vergangenen 15 Jahren kaum etwas geändert hat.

4.1 Ausblick für die Zukunft

Die nachfolgend dargestellte Tabelle zeigt – soweit untersucht – die Zahl der Befürworter von genitaler Verstümmelung im Land. Für die Bevölkerung des Nordsudan (nach Bosaller leben 75 % aller Sudanesen im Nordsudan) heißt das:

	städtisch	ländlich	gesamt
% der FGM-Befürworter in der Bevölkerung	57	73	67

Der Unterschied, der sich hier zwischen Stadt- und Landbevölkerung zeigt, wird durch den höheren Ausbildungsstand in den Städten erklärt. In der Praxis lässt sich dieser Unterschied allerdings nicht nachweisen. Dies wird in der Literatur mit der in den vergangenen Jahren hohen Migrationsrate der Landbevölkerung in die Städte erklärt.

Die Zahlen – hinsichtlich der Befürworter genitaler Verstümmelung in der Bevölkerung für die einzelnen untersuchten Gemeinden – verhalten sich wie folgt:

	Befürworter von FGM in %
Haj-Yousif	67
Barbar	45
Shendi	59
Sennar	54
Kassala	65
Juba	3

5. Wer beschneidet

Wie schon in der Einleitung angemerkt, führen im Wesentlichen Angehörige von drei Berufsgruppen die Genitalverstümmelungen durch. Zu nennen sind „traditional birth attendants“ (=TBA), Frauen, die durch einen 8-monatigen Kurs – veranstaltet vom sudanesischen Gesundheitsministerium – zu einer Art Hebamme qualifiziert wurden. Der zweiten Berufsgruppe gehören Hebammen an, die eine reguläre der deutschen im weitesten Sinne vergleichbare Ausbildung abgeschlossen haben. Die dritte Berufsgruppe sind Ärzte.

In den verschiedenen Gebieten sind die drei Berufsgruppen unterschiedlich häufig gefragt:

In %	TBA	Hebamme	Arzt
Umbaddah	57	40	
Haj-Yousif	51	48	
Barbar	43		
Shendi	37	62	
Sennar	58	40	
Juba	10	74	16

In Umbaddah werden 57 % aller Genitalverstümmelungen von TBAs und 40 % von Hebammen durchgeführt. Für die Gruppe der Ärzte liegt keine Zahl vor. In der durchgesehenen Literatur ist nur für Juba eine Angabe zu der Berufsgruppe der Ärzte gemacht. Allgemein wird davon ausgegangen, dass Ärzte mit unter 1% die Ausführenden einer genitalen Verstümmelung sind (Badri, Badri & Badri, 1991). Wenn jedoch ein Arzt die Beschneidung ausführt, spricht man von einer „hygienischen Beschneidung“ (Dr. Samira).

Der Grund für die Ausführenden, die Beschneidung durchzuführen, liegt auf der Hand: Einkommen. Und dies nicht nur, wenn das Mädchen erstmalig beschnitten wird, sondern bei jeder Geburt: Vor der Geburt die „Öffnung“, nach der Geburt die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes.

6. Die Rolle von Regierung und Gesetzgebung

Die Geschichte der Diskussion um die Gesetzgebung zum Thema „genitale Verstümmelung“ hat im Sudan eine lange Geschichte. 1929 bestand der Mufti darauf, dass die pharaonische Beschneidung nicht mehr durchzuführen sei, da sie „von der Religion verurteilt“ sei.

Das erste Gesetz auf diesem Gebiet wurde 1946 von den Engländern erlassen. Der Erfolg – wenn überhaupt – währte nur kurze Zeit. Nach Badri (1979) und Ismail und Makki (1999) wurden vor Inkrafttreten des Gesetzes viele Mädchen noch schnell – weit vor dem üblichen Alter – beschnitten. Als das Gesetz schließlich in Kraft war, wurde es von der sudanesischen Bevölkerung als kolonialer Versuch angesehen, die Traditionen der Bevölkerung zu untergraben. (Papers on Female Circumcision, Bücherei der Ahfad Universität, Khartum).

In späteren Jahrzehnten wurde das Gesetz verändert und überarbeitet. Ein Anti-Beschneidungs-Programm ist niemals in vollem Umfang – weder theoretisch noch praktisch – verwirklicht worden (Papers on Female Circumcision).

Zum jetzigen Zeitpunkt ist ein Gesetz in Kraft, das 1991 beschlossen wurde. In diesem Gesetz heißt es in Art. 138: jede Person, die den Körper einer anderen Person ohne Sinn verletzt (Chirurgie als medizinische Disziplin wird als sinnvolle Verletzung verstanden) wird zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt.

Da diesem Gesetz nicht ein einziges Wort beigelegt ist, das auf die genitale Verstümmelung verweist, existiert in der Praxis im Sudan kein Gesetz, das genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen verbietet oder sich auch nur damit befasst. Für dieses Jahr (2001) sind Treffen von Experten und Mufti Workshops in Zusammenarbeit mit dem Institut für Training und legale Reformen geplant. (Das Institut für Training und legale Reformen ist ein Teil des Jurisdictionary Council im Sudan.) Die genannten Gruppen sollen einen Gesetzesvorschlag erarbeiten, der sich mit genitaler Verstümmelung von Mädchen und Frauen befasst. Dieser Gesetzesvorschlag muss dann im Parlament vorgelegt werden, bevor er als Gesetz in Kraft treten kann.

Zusätzlich müssen andere Mechanismen und Wege gefunden werden, um die Bevölkerung zu motivieren, geniale Verstümmelung an Mädchen und Frauen nicht mehr durchzuführen. Ein kleiner Schritt in diese Richtung ist der geänderte Lehrplan für weiterführende Schulen im Sudan. Seit 2000 ist das Aufklären über und gegen die genitale Verstümmelung Teil des Lehrplanes für Mädchen im Alter von mehr als 13 Jahren. Diese neue Errungenschaft muss (jetzt) vom Bildungsministerium durchgesetzt werden.

7. Standpunkt der Katholischen Kirche des Sudans

7.1 Kommentare von Kirchenmitarbeitern

Bei den befragten Kirchenmitarbeitern handelt es sich um den Generalvikar, die Leiterin des Büros für Women Promotion und den Leiter des Büros für Justice and Peace, allesamt in der Erzdiözese Khartum. Sie gaben die folgenden Kommentare:

- kein Engagement in Fragen von FGM, weil es eine muslimische Angelegenheit ist.
- Südsudanese praktizieren genitale Verstümmelung nicht.
- FGM ist unter Christen kein Problem; deshalb befasst sich keines unserer Programme mit dem Thema.
- nur wenige Südsudanese praktizieren genitale Verstümmelung, unabhängig von der Stammeszugehörigkeit. Sie machen es, weil sie in einer muslimischen Gesellschaft leben.

Diese oder ähnliche Kommentare wurden auch in der Diözese El Obeid gegeben.

7.2 Engagement an der Basis

Nach Angaben der Frauen, die in den Pfarreien entweder im Gesundheitsbereich oder im Bereich Women Promotion arbeiten, kommt das Problem der genitalen Verstümmelung in ihrer Praxis selten vor, weil „Südsudanese im allgemeinen FGM nicht praktizieren. Wenn aber eine Christin einen muslimischen Mann heiraten möchte, wird FGM zum Thema“. Daraus ergibt sich, dass an der Basis Aufklärung und Information zu dem Thema stattfinden, wenn „das Thema auftaucht“. Diese in der Praxis arbeitenden Frauen befürworten die Aufnahme des Themas der genitalen Verstümmelung von Mädchen und Frauen in die offiziellen Programme der sudanesischen Kirche.

7.3 Persönliche Erfahrungen

Im Jahre 2000 habe ich eine Erhebung innerhalb der Gesundheitsprogramme der Erzdiözese Khartum gemacht. Im Rahmen dessen habe ich die meisten Pfarreien bzw. kirchlichen „Gesundheitszentren“ in Khartum besucht. Informationen aus den Pfarreien außerhalb Khartums sind von mir telefonisch oder durch den Besuch eines meiner sudanesischen Counterparts erfragt worden. Am Ende dieser 3-monatigen Erhebung stand ein Workshop mit Vertretern, Gesundheitshelfern, Ärzten und Krankenschwestern von fast jedem katholischen Gesundheitszentrum in der Erzdiözese Khartum. Weibliche Beschneidung kam nicht zur Sprache.

In demselben Jahr habe ich einen Vortrag zu „Gynäkologischen Problemen bei jungen Frauen“ gehalten. Ich war darum von einer anderen christlichen Kirchengemeinschaft in Khartum gebeten worden. Während dieses Vortrages erfuhr ich zum ersten Mal von den zuhörenden, betroffenen jungen Frauen, dass FGM ein sehr gravierendes Problem ist. Die Leiterin dieser Gruppe (eine Frau im Alter von 50 Jahren) widersprach heftig und stoppte jede weitere Diskussion der Teilnehmerinnen des Workshops mit mir. So habe ich zum ersten Mal die Machtstellung der älteren Frau in der sudanesischen Gesellschaft erlebt („Großmutter“).

8. Zusammenfassung

Die Prävalenz genitaler Verstümmelung von Mädchen und Frauen im Sudan rangiert immer noch um 90 %.

Es ist lediglich ein Wechsel von der Infibulation (pharaonische Beschneidung 64 %) zur Sunna Form (im Wesentlichen Klitoridektomie 22%) festzustellen. Vor 20 Jahren war die Infibulation mit 97 bis 100 % die vorherrschende Art der genitalen Verstümmelung (Badri, 1979).

Die Praktik ist unter Muslimen weit verbreitet, während nur wenige Christen/Südsudanese genitale Verstümmelung an Mädchen und Frauen vornehmen (s. Zahlen für Juba). Mit der andauernden, politisch und wirtschaftlich bedingten Migration innerhalb des Landes und den zunehmend heterogenen Gemeinden gewinnt das Thema auch für Christen an Bedeutung (s. Shendi).

Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen wird als „kulturelles Erbe“, als eine „traditionelle/muslimische/afrikanische Sache“ verstanden. Bei der Aufzählung der Gründe für die Durchführung von FGM rangiert Religion – im speziellen der Islam – nicht unter den entscheidenden.

In der (sudanesischen) Literatur zu diesem Thema werden als Faktoren, die über das für und wider genitaler Verstümmelung von Mädchen und Frauen entscheiden der Ausbildungsstand sowie die Berufstätigkeit bzw. Arbeitslosenzahl, genannt. Und wenn auf Grund dieser Merkmale schon nicht FGM allgemein verurteilt wird, so wird wenigstens die mildere Sunna Form der pharaonischen Beschneidung vorgezogen.

Drei Berufsgruppen führen genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen durch: TBAs (traditionelle Geburtshelfer, durch eine 8-monatige Ausbildung qualifiziert), ausgebildete Hebammen und Ärzte. Mit Ausnahme von Juba sind Ärzte mit unter 1 % an der Durchführung von genitalen Verstümmelungen beteiligt.

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es im Sudan kein Gesetz, das sich mit genitaler Verstümmelung beschäftigt, geschweige denn selbige verbietet. An der rechtlichen Situation wird derzeit gearbeitet. Expertengruppen treffen sich zur Vorbereitung einer Gesetzesvorlage FGM betreffend, die dann im Parlament vorgelegt werden soll. Religiöse Führer treffen sich in Mufti Workshops mit demselben Ziel.

Unter den Experten gibt es unterschiedliche Vorstellungen, ob die Praktizierung von genitaler Verstümmelung von Mädchen und Frauen allgemein abgeschafft werden oder ein Wechsel zur Sunna Form angestrebt werden soll. Eine sudanesisches Gynäkologin aus Khartum propagiert auf einer Internetseite die „korrekte Vorhautexzision für beide Geschlechter“.

Die römisch-katholische Kirche im Sudan ist in Fragen der genitalen Verstümmelung von Mädchen und Frauen nicht engagiert, zumindest nicht auf höherer Ebene. Das Argument, dass genitale Verstümmelung unter Christen kein Problem darstelle, wird z.T. durch die Zahlen widerlegt. Gesundheitshelfer und Frauen, die im Bereich Women Promotion arbeiten, beschäftigen sich sehr wohl mit dem Problem der weiblichen Beschneidung und würden es begrüßen, wenn das Thema die Aufnahme in die offiziellen Programme der Kirche finden würde, so dass sie selber besser informiert wären.

9. Aufstellung getroffener Personen, besuchter Organisationen

- Dr. Sadig Nabre, Coordinator for the National Programme for Eradication of Harmful Practices, MOH
- Dr. Samira Amin, Project Officer for Gender, Equality and Women Empowerment, UNICEF, Khartum
- Mr. Abdel Bahri, Project Officer for Planning, Monitoring and Evaluation, UNICEF, Khartum
- Dr. Amna A.R. Hassan, Director of the Sudan National Committee on Traditional Practices, Khartum II
- Dr. Amira Badri, Babikr Badri Scientific Association for Women Studies, Omdurman
- Prof. Gasim Badri, Ahfad University for Women, Omdurman
- Rev. Fr. Peter Ayong, Vicar General, Archdiocese of Khartum
- Mr. Johnny Saverio, Justice and Peace Office, Archdiocese of Khartum
- Ms. Elizabeth Nyanawut, Women Promotion Office, Archdiocese of Khartum
- Sr. Expedita, Comboni Sister, Women Promotion on Grass-Root Level now Archdiocese of Khartoum, before Diocese of El Obeid
- Ms. Angelina, Nurse in Parish Clinic, Archdiocese of Khartoum
- H.L. Antonio Menegazzo, Bishop of El Obeid
- Mr. Jacinto Pakon, Ms. Grace Oliver, Director and Secretary of Sudan Council of Churches for Western Sudan, El Obeid

10. Abkürzungen

BBSAWS	Babikr Badri Scientific Association for Women Studies
CBS	Central Bureau of Statistics
FGM	female genital mutilation
IDP	internally displaced people
MOH	Ministry of Health
NGO	Non-Governmental Organization
SDHS	Sudan Demographic Health Survey
SNTCP	Sudan National Committee on Traditional Practices
TBA	traditional birth attendant
UNFPA	United Nation Population Fund
UNICEF	United Nations Childrens' Fund

11. Literaturverzeichnis

1. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Umbaddah, 1998: Central Bureau of Statistics (CBS), Sudan and United Nations Population Fund (UNFPA)
2. Badri A. E.; Dolib, T. E. (1996): Baseline Survey on Harmful Traditional Practises in Umbaddah Area: The case of FGM – An unpublished report submitted to UNFPA. Ahfad University for Women, Omdurman/Khartum
3. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Juba, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
4. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Haj-Yousif, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
5. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Shendi , 1999 CBS, Sudan and UNFPA
6. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Sennar, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
7. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Barbar, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
8. Hassan, A. A. R. (2000): Female Genital Mutilation Psycho-socio-sexual Consequences & Attitude. Change in Khartoum North & East Nile Province, SNTCP, Khartum
9. El Dareer, A. (1986): Woman why do you weep? Circumcision and its Consequences, London
10. Badri, B.; El Sadik Badri, A.; Badri, B. (1991): Origins of Female Circumcision, Khartum
11. Badri, G. (1979): Female Circumcision in College and High School Female Students. Ahfad University for Women and BBSAWS, Omdurman/Khartum
12. Ismail, E. T.; Hamour, F. (1985): Female Maturity in the Sudan, Khartum
13. Ismail, E.; Makki, M. (1999): Frauen im Sudan. Afro-arabische Frauen heute. Wuppertal
14. Bosaller, A. (1996): Über die weibliche Beschneidung in islamischen Gesellschaften. In: 3. Workshop Geburtshilfe und Gynäkologie unter einfachen Bedingungen, Heidelberg
15. Frances Kuka, H. J.(2000): Experiences, Facts and Myths about FGM from East and Central Africa – Women in Development Network Training Workshop Entebbe, Uganda
16. Author unknown (mid 90s): Papers on Female Cicumcision (found in the library of Ahfad University Khartoum)
17. Gachiri IBVM, E. W. (2000): Female Circumcision. With Reference to the Agikuyu in Kenya. Nairobi

Monika Euler

Female Genital Mutilation

A Report on the Present Situation
in Sudan

„Female Genital Mutilation” is one of the most widespread human rights violations of women and girls and the most systematically practised. A successful fight against this custom, which is part of the tradition of many cultures, can only be expected on the medium term if FGM is recognised by women in all cultures to be part of a violent and discriminatory practice. Since the seventies NGOs, governmental organisations as well as organisations working in several countries have contributed towards increasing the general awareness and developing strategies towards abolishing FGM. With a review study which will soon be appearing we want to illustrate how the Church in the 28 African countries which are especially affected by the problem of FGM deal with this problem. The aim of the present „Report on the Present Situation in Sudan” is to inform on the situation in the Sudan, to give an answer to the question of Church commitment and to stimulate a deeper investigation into this theme.

Human Rights Office

Table of contents

26	Preface	35	5. FGM providers
27	1. Introduction	36	6. The role of the government/ jurisdiction
29	2. Prevalence of Female Genital Mutilation (FGM) in Sudan and neighbouring countries	37	7. Point of view of the Catholic Church of Sudan
30	3. FGM in Sudan		7.1 Statements of Church officials
	3.1 Prevalence of the different types of FGM		7.2 Involvement at „grass-root” level
31	3.2 Figures for selected areas in Sudan		7.3 Personal experience
	3.2.1 Khartoum (IDP camps)	38	8. Summary
	3.2.1.1 Umbaddah	39	9. List of persons/organizations met
	3.2.1.2 Haj-Yousif	39	10. Abbreviations
32	3.2.2 Barbar	39	11. Literature
	3.2.3 Shendi		
	3.2.4 Sennar		
	3.2.5 Kassala		
33	3.2.6 Juba		
	3.3 Influencing factors		
34	4. Reasons for the practice		
	4.1 Favour continuation of FGM		

Preface

The following paper on FGM in Sudan was written on the basis of personal information and literature available in Sudan. Information came through and from the National Ministry of Health, and here especially from Dr. Sadig Nabri as coordinator of the National Programme for Eradication of Harmful Practices. Further on I questioned and received literature from Dr. Samira Amin, Project Officer for Gender Equality and Women Empowerment at UNICEF, Khartoum; Dr. Amna Hassan, director of the Sudan National Committee on Traditional Practices, a local NGO and Prof. Gasim Badri, as well as Dr. Amira Badri from Ahfad University for Women in Omdurman, Khartoum.

The data as well as given explanations did not seem logical to me at all times. Nevertheless, I quoted them as well as the introduction, which can be found in half of the literature I used as such. All of this is meant to show how problematic the work in this field of FGM is (in Sudan).

1. Introduction³

Female Genital Mutilation (FGM) (also known as female circumcision) is one of the most harmful traditional practices among African societies. It is an ancient practice that is considered part of a rite of passage in African societies. Some claim it originated in the Nile Valley during the Pharaonic era (500 BC).

FGM involves the removal of some or all of the external female genitalia and is usually performed on children aged six to eight by traditional birth attendants, midwives or old women who traditionally perform this practice in the community. In most cases the operation takes place under unhygienic circumstances. The surgeon lacks basic surgical training and does not use anaesthesia and sterile instruments. Instead, he applies different local substances (Dareer, 1982).

There are various types of circumcision. Among them Sunna, Pharaonic and Intermediate circumcision are widely used in most of the societies. Sunna circumcision, the mildest type, consists of removing the tip of the prepuce of the clitoris, and is analogous to male circumcision. The Pharaonic circumcision, also called infibulation, consists of removing the clitoris, labia minora and labia majora and sewing both sides of the wound together. The Intermediate type of circumcision lies between Sunna and Pharaonic and involves the removal of clitoris, anterior parts of all of the labia minora, and some or all of the labia majora.

FGM is a deeply rooted tradition and custom in African societies. Though harmful to the health of the women, FGM is performing to maintain cultural heritage. FGM appears to have a function of integrating the girl in her society and of preparing her for marriage. There is also a belief that FGM is performed for cleanliness, preservation of virginity or increasing sexual pleasure. African societies hold beliefs that female circumcision protects a girl from her own sexuality by keeping her from temptation, suspicion and disgrace.

In some countries there is a belief that Islam supports FGM and one type has been named „Sunna” to connote that the practice has been authorized by Prophet Mohammed despite the fact that the practice predates appearance of Islam. According to Muslim theologians, there is no explicit support to FGM in Islam, neither in the holy Koran nor in the prophet's sayings (Rushwan, 1996). FGM is not practised in many Arab Muslim countries and neither other Muslim countries in Asia.

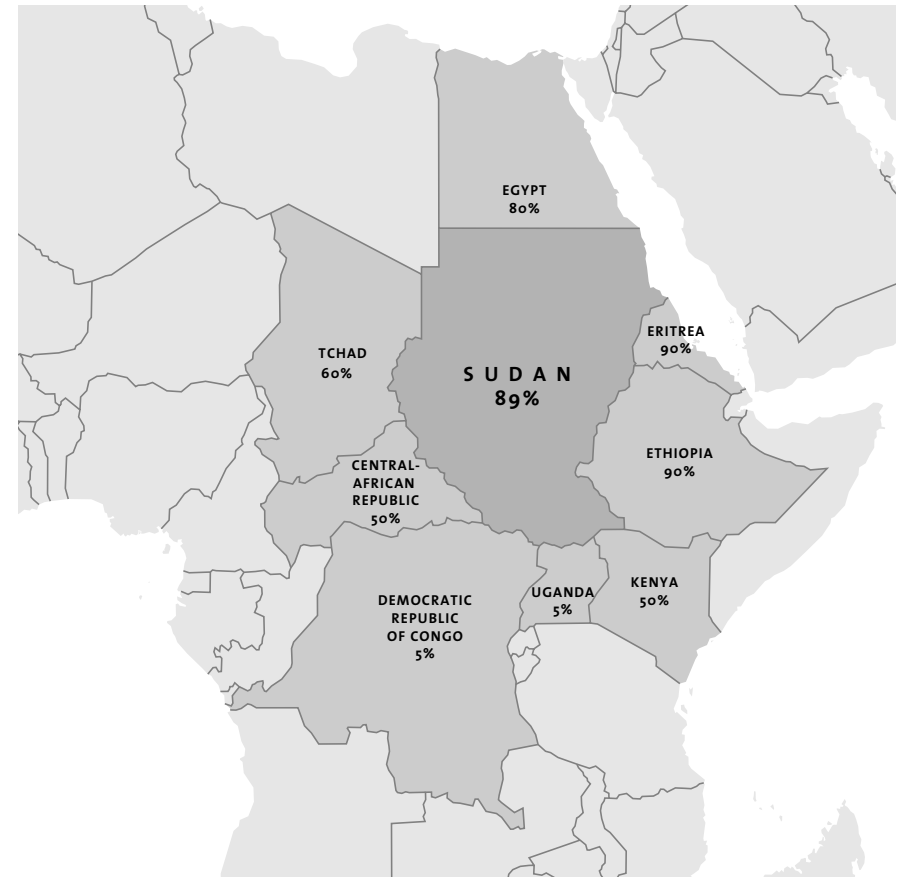
Whatever may be the reason for FGM, it is a form of violence against girls and women that has serious physical and psychological consequences which adversely affect health. Furthermore, it is a form of discrimination against

³taken from Literature 1. and 2. to 7.

women and girls. The immediate consequences are difficulty in passing urine, urine retention, haemorrhage, infection, fever, shock, arthritis etc. Similarly, the long-term consequences are attributed mainly to the delayed complications that can be categorized in terms of local effects and systematic effects. The major local effects are menstrual complications, vulva abscess and inclusion cysts, obstetric complications etc. The systematic effects that are found among circumcised women are urinary tract infection and chronic pelvic infection (Dareer, 1982, pp. 27-40). Female circumcision also carries the high risk of HIV infection because it is mostly practised under unhygienic conditions.

FGM is widely practised in Sudan, although there is variation in prevalence, type of circumcision and associated customs. Findings from the 1989-90 SDHS indicate that FGM is widely accepted in Sudan regardless of educational level. It is also considered to be a strong social pressure. If a girl is not circumcised she could be thought of as unmarriageable and in some instances the girls themselves request circumcision to be performed on them in order to avoid social stigma and teasing from their friends (Badri and Dolib, 1996).

2. Prevalence of Female Genital Mutilation (FGM) in Sudan and neighbouring countries



Not only is Sudan among the countries with the highest prevalence of FGM, but it should be noted, that in these countries there is a higher prevalence of Pharaonic circumcision whereas in countries that show a lower prevalence of FGM the more modest forms of circumcision such as Sunna are rather practised (Frances Kuka, 2000; Ismail and Makki, 1999).

3. FGM in Sudan

As the above shown map indicates the prevalence today is to be expected around 90 %; 89 % according to Frances Kuka (lit 15) and 91 % according to research studies released by UNICEF in 2001. „The South” of Sudan is an exception. Prevalence figures in the South are much lower as will be shown further on.

The first group working for the eradication of harmful traditional practices started their work 15 years ago, UNICEF joined the work 5 years ago and the MOH has been contributing since 1996 with the National Programme for Eradication of Harmful Practices. But also in these groups different attitudes are found. Some proclaim the total eradication of FGM whereas others are content with the switch from the Pharaonic type of FGM to the Sunna type of FGM.

3.1 Prevalence of the different types of FGM

Figures for the Northern Sudan of 1999 according to surveys of the MOH and UNFPA are as follows, divided into urban and rural prevalence.

	urban	rural	total
prevalence of FGM in %	93	89	90
Pharaonic	65	64	64
Sunna	25	21	22
% of the population approving FGM	57	73	67

The prevalence of FGM in Sudan is still very high, but there is a notable shift from Pharaonic type to Sunna type. 20 years ago the prevalence of Pharaonic circumcision was 97 to 100 % (Badri, 1979). The difference in approval of FGM between urban and rural population hopefully indicates that figures will change in the future. The difference is thought to be due to a difference in education, as Badri says „practice of female circumcision in the Sudan is closely correlated with increasing illiteracy whether this illiteracy concerns those who were circumcised or their parents” (Badri, 1979).

The only slight difference in actual practice at the time is explained by the migration of rural population into the cities which is a well known phenomenon in Sudan caused by the war.

3.2 Figures for selected areas in Sudan⁴

3.2.1 Khartoum (IDP camps)

3.2.1.1 Umbaddah

Umbaddah is a mixed community to the west of Khartoum, consisting of people from the West (Kordofan) and the South. It is an urban area with internally displaced people. 50 % of the people are less than 15 years old. 2 % of the population are Christians, the others are Muslims.

prevalence of FGM in %	96
Pharaonic	66
Sunna	29

3.2.1.2 Haj-Yousif

Haj-Yousif is situated on the eastern border of Khartoum and consists of IDPs from the South and the West. It is a suburban area with age groups similar to those in Umbaddah. 11 % of the population are Christians.

prevalence of FGM in %	87
Pharaonic	69
Sunna	28

Of the Christian community 10 % are circumcised. Of these Sunna is the most common type with 50 %, the Intermediate type is found in 10 % of the circumcised Christian women.

Of the Muslim women 95 % are circumcised. Of these 70 % went through the Pharaonic circumcision.

⁴see Literature 1. to 7.

3.2.2 Barbar

Barbar is situated north of Atbara, a small rural area located in the River Nile State. 99.4 % of the population are Muslims.

prevalence of FGM in %	99
Pharaonic	97
Sunna	2

3.2.3 Shendi

Shendi is situated on the Nile about 200 km north of Khartoum, between Khartoum and Atbara. It is a small town. 44 % of the population is younger than 15 years. The literacy rate is considered to be high with 82 % (men) and 76 % (women). 98 % of the community belongs to Islam, 1.5 % belongs to the Christian or other religions.

prevalence of FGM in %	99
Pharaonic	96
Sunna	3

Here almost every Muslim woman is circumcised and 87 % of the Christian women also underwent the procedure. In Christians the Pharaonic type is found in 77 % of the women and the Sunna type in 23 %.

3.2.4 Sennar

Sennar is found on the Blue Nile, south of Wad Medani, about 300 km south-east of Khartoum. It is a small town. Almost 100 % of the people are Muslims.

prevalence of FGM in %	93
Pharaonic	53
Sunna	40

In this town 25 % of the females under 20 years of age are not circumcised. FGM is usually performed at the age of 6 to 8 years.

3.2.5 Kassala

Kassala is situated in the northern part of Sudan at the border to Ethiopia and is one of the bigger cities in Sudan.

prevalence of FGM in %	90
Pharaonic	63
Sunna	20

There is a notable shift from the Pharaonic type to the Sunna type, although no figures can be presented.

3.2.6 Juba

A city in the South. This is the only information which could be obtained from the South. 46 % of the population is younger than 15 years. The literacy rate is considered to be high, 80 % for males, 71 % for females. 8 % of the population are Muslims, 92 % belong to the Christian faith.

prevalence of FGM in %	7
Pharaonic	2
Sunna	4

60 % of the Muslim women are circumcised. But also 2 % of the Christian women underwent the procedure.

3.3 Influencing factors

As shown above the faith of a person does have a great impact on whether or not and how FGM is performed. It appears that daily community life sets the rules for whether a girl will be circumcised or not.

Higher education will more likely prevent FGM or provoke a milder type, the same with higher employment rates, as shown for Umbaddah:

	employed woman	unemployed woman
Pharaonic	58 %	68 %
Sunna	37 %	28 %

So in Umbaddah the Sunna type of FGM is found more often, the Pharaonic type less often if a woman is employed. This is explained by the fact that, if employed the woman has more social contacts and the possibility of getting more wide-spread information.

Taking into account that more information and education lowers the rate of FGM, it has to be considered a big step, that since 2000 teaching about FGM has been part of the curriculum for the secondary schools in Sudan.

4. Reasons for the practice

It seems that over all FGM if practised is believed to be a cultural identity for those insisting on it. As put by two of the professionals interviewed, it is „a tradition/Muslim/African thing” or „a tradition mixed with religion”. The literature reviewed names the following reasons:

	custom	cleanliness	good for girl	men desire	better marriage
Haj-Yousif	69 %	26 %			
Shendi	75 %	26 %			
Kassala	80 %		26 %	10 %	
Juba		63 %			69 %

So in Shendi 75 % of the interviewed population favours FGM because it is believed to be a custom. 26 % of the people favours it for reasons of „cleanliness”. Religion was not among the top named „main reasons for favouring FGM”!

Another interesting question is who insists on having a small girl circumcised. Two answers were given to this question by the „persons met”:

1. „pressure of grandmothers in the family”
2. „all different aspects of pressure inside the community” (Dr. Amna).

To understand the full impact of the first point Ismail and Hamour in 1985 studied the influence a „grandmother” has in the family. They came to the conclusion that it is immense. This was in 1985. From personal experience and my interviews I assume it is still the same today.

4.1 Favour continuation of FGM

The overall approval in the different areas might give an outlook into the future and for that it is mentioned here. For the total Northern Sudan (according to Bosaller 75 % of the Sudanese population lives in Northern Sudan) it shows as follows:

	urban	rural	total
approve FGM in %	57	73	67

The difference shown here between urban and rural society does not show in the actual figures of prevalence. This is explained through the high migration rate, where

the rural population is suddenly part of the urban population. The difference shown here is believed to be due to a higher educational level in urban society.

The percentages of those who favour the continuation of FGM in the studied communities are as follows:

	favour continuation of FGM in %
Haj-Yousif	67
Barbar	45
Shendi	59
Sennar	54
Kassala	65
Juba	3

5. FGM providers

In general as stated already in the introduction the FGM provider is either a TBA (having done an 8-months course of qualification with the MOH) or a trained midwife or a doctor. For the above mentioned areas the following figures were found concerning FGM providers.

	TBA	trained midwife	doctor
Umbaddah	57	40	
Haj-Yousif	51	48	
Barbar	43		
Shendi	37	62	
Sennar	58	40	
Juba	10	74	16

So in Umbaddah 57 % of all FGMs are performed by TBAs, 40 % by trained midwives, but for doctors no figures were found. Actually only in Juba did literature (see under 3) mention a figure for doctors. Usually doctors range under 1 % of the providers of FGM (Badri, Badri & Badri, 1991). If a doctor performs FGM it is considered to be a „hygienic circumcision” (Dr. Samira).

The motivation to provide the community with FGM is clear. It is a source of income for the above mentioned professional groups. And this not only at the time when the girl is 6 years old but with every delivery, before the delivery the „opening“, after delivery the reinfibulation.

6. The role of the government/ jurisdiction

Sudan has a long history of laws trying to deal with FGM. In 1929 the mufti insisted that Pharaonic circumcision should not be practised since it was „condemned by religion“.

Hence the first law was issued in 1946 by the ruling Englishmen at the time to deal with the problem. The success if at all lasted only for a short time. „Many girls were hurriedly taken by their mothers to be circumcised at very early and tender ages“ (Badri, 1979; Ismail, Makki 1999) before the law became effective and once in effect it was considered to be a „colonial attempt to destroy the Sudanese tradition“ (Papers on Female Circumcision, library of Ahfad University).

In the time that followed the law was changed or reviewed, but in total „anti circumcision movement had never been fully accomplished in theory or practice“ (Papers on Female Circumcision).

Now a law released in 1991 is in effect, which says in its art. 138: any person affecting or injuring the body of another person without being of use (surgery is considered a useful injury) is sentenced to 3 years of imprisonment.

Since this law does not mention „sexual“, „genital“ or any other word relating to FGM in practice there is no Sudanese law that prohibits FGM or deals with the problem at all.

But for this year (2001) expert group meetings and mufti workshops are planned in cooperation with the Institute for Training and Legal Reform, which is part of the Jurisdictional Council, to come up with a bill dealing with FGM on a legal basis. This bill needs to be presented in Parliament before it can become effective.

It is also clear, however, that other mechanisms are needed to motivate the people to stop the practice. A little step in that direction might be the changed curriculum for the education in secondary schools. Since 2000 teaching against FGM has been part of the curriculum in the education of over 14 year old students. This fairly new achievement is to be implemented by the Ministry of Education.

7. Point of view of the Catholic Church of Sudan

7.1 Statements of Church Officials

The Church leaders I questioned included the Vicar General and the head of the Office for Women Promotion as well as the head of the Office for Justice and Peace, all of the Archdiocese of Khartoum. They made the following statements:

- No involvement in this topic of FGM, because it is a Muslim issue.
- Southerners do not do it.
- FGM is not a problem among Christians, that is why none of our programmes includes this topic.
- Just few Southerners practise FGM, regardless of tribe. This being more related to the fact that they live with Muslims in the same community.

The same information was obtained for/in the Diocese of El Obeid.

7.2 Involvement at „grass-root“ level

According to women who work either as health-workers or in the field of women promotion at grass-root level the problem is rare, since „southerners do not practise it in general, but if a Christian gets married to a Muslim it becomes an issue“. That is why at grass-root level there is teaching and talking to create awareness for the upcoming problems when „the issue comes up“. The workers dealing with these questions in their daily lives suggested that the topic should be part of the „official workshop programmes“ and asked for a copy of this research study to be given to the head of the Women Promotion Office of the Archdiocese of Khartoum.

7.3. Personal experience

In 2000 I conducted a survey and visited most of the parish-run health-centres within the boundaries of Khartoum and collected information by telephone or through a Sudanese counterpart about the Catholic health centres of the rest of the Archdiocese of Khartoum. In addition a workshop was held with representatives, health workers, doctors, nurses from about every Catholic health centre within the Archdiocese of Khartoum. FGM did not come up as a topic then.

In the same year I was asked to give an informative talk about „gynaecological problems of a young woman“ to a group of young women, belonging to

another church in Sudan. During this talk I had my first experiences in dealing with the topic of FGM. The young women said it was a significant problem, but the leader of the group (a woman in her 50ies) would not acknowledge it as such. Her attitude to the issue influenced further dialogue. I thus felt and experienced the power of an older woman in Sudanese society („grandmother”).

8. Summary

The prevalence of FGM in Sudan still ranges around 90 %. There is a shift from Pharaonic circumcision (64 %) to the Sunna type (22 %) considering that 20 years ago infibulation (=Pharaonic type) was found in 97 to 100 % (Badri, 1979).

The practice is widely spread among Muslims whereas only few Christians/Southerners practise FGM (see Juba). But with the lasting migration and mixing of communities Christians become involved in the practice, too (as an example see Shendi).

FGM is considered to be a „cultural heritage”, a „traditional / Muslim / African thing”. If it comes to the naming of reasons for the practice religion is not among the top ones.

Literature shows that the prevalence of FGM is influenced by the level of education as well as the employment rate. And if circumcision as a whole is not abandoned at least a shift from Pharaonic to the Sunna type takes place.

FGM providers are TBAs, trained midwives and even doctors. Apart from Juba doctors score under 1 % of the FGM providers.

At present no law exists that deals with FGM as something to be avoided. The jurisdictional situation is being worked on at the moment. Expert group meetings are scheduled to come up with a bill to be presented in Parliament. The religious leaders will meet in mufti workshops to discuss the issue.

There is disagreement among the Sudanese professionals working in this field of FGM whether it should be abandoned or whether a shift to the Sunna type should be proclaimed. A female gynaecologist in Khartoum advertises on the Internet to perform a „correct prepucectomy for both sexes”.

The Roman Catholic Church is not involved in this problem at least at the upper level. The argument that FGM is not a problem among Christians is partly proved wrong by this paper. It is less prevalent in Christians than in Muslims, true. Health workers and women working for women promotion deal with this issue in their daily work and would like to have more training in that direction.

9. List of persons and organizations met

- Dr. Sadig Nabre, Coordinator for the National Programme for Eradication of Harmful Practices, MOH
- Dr. Samira Amin, Project Officer for Gender, Equality and Women Empowerment, UNICEF, Khartoum
- Mr. Abdel Bahri, Project Officer for Planning, Monitoring and Evaluation, UNICEF, Khartoum
- Dr. Amna A. R. Hassan, Director of the Sudan National Committee on Traditional Practices, Khartoum II
- Dr. Amira Badri, Babikr Badri Scientific Association for Women Studies, Omdurman
- Prof. Gasim Badri, Ahfad University for Women, Omdurman
- Rev. Fr. Peter Ayong, Vicar General, Archdiocese of Khartoum
- Mr. Johnny Saverio, Justice and Peace Office, Archdiocese of Khartoum
- Mrs. Elizabeth Nyanawut, Women Promotion Office, Archdiocese of Khartoum
- Sr. Expedita, Comboni Sister, Women Promotion on Grass-Root Level now Archdiocese of Khartoum, before Diocese of El Obeid
- Mrs. Angelina, Nurse in Parish Clinic, Archdiocese of Khartoum
- H. L. Antonio Menegazzo, Bishop of El Obeid
- Mr. Jacinto Pakon, Mrs. Grace Oliver, Director and Secretary of Sudan Council of Churches for Western Sudan, El Obeid

10. Abbreviations

BBSAWS	Babikr Badri Scientific Association for Women Studies
CBS	Central Bureau of Statistics
FGM	female genital mutilation
IDP	internally displaced people
MOH	Ministry of Health
NGO	Non-Governmental Organization
SDHS	Sudan Demographic Health Survey
SNTCP	Sudan National Committee on Traditional Practices
TBA	traditional birth attendant
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund

11. Literature

1. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Umbaddah, 1998: Central Bureau of Statistics (CBS), Sudan and United Nations Population Fund (UNFPA)
2. Badri, A. E.; Dolib, T. E. (1996): Baseline Survey on Harmful Traditional Practices in Umbaddah Area: The case of FGM – An unpublished report submitted to UNFPA. Ahfad University for Women, Omdurman/Khartoum
3. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Juba, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
4. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Haj-Yousif, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
5. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Shendi , 1999 CBS, Sudan and UNFPA
6. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Sennar, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
7. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Barbar, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
8. Hassan, A. A. R. (2000): Female Genital Mutilation Psycho-socio-sexual Consequences & Attitude. Change in Khartoum North & East Nile Province, SNTCP, Khartoum
9. El Dareer, A. (1986): Woman why do you weep? Circumcision and its Consequences, London
10. Badri, B.; El Sadik Badri, A.; Badri, B. (1991): Origins of Female Circumcision, Khartoum
11. Badri, G. (1979): Female Circumcision in College and High School Female Students. Ahfad University for Women and BBSAWS
12. Ismail, E. T.; Hamour, F. (1985): Female Maturity in the Sudan, Khartoum
13. Ismail, E.; Makki, M. (1999): Frauen im Sudan. Afro-arabische Frauen heute. Wuppertal
14. Bosaller, A. (1996): Über die weibliche Beschneidung in islamischen Gesellschaften. In: 3. Workshop Geburtshilfe und Gynäkologie unter einfachen Bedingungen, Heidelberg
15. Frances Kuka, H. J.(2000): Experiences, Facts and Myths about FGM from East and Central Africa – Women in Development Network Training Workshop Entebbe, Uganda
16. Author unknown (mid 90s): Papers on Female Circumcision (found in the library of Ahfad University Khartoum)
17. Gachiri IBVM, E. W. (2000): Female Circumcision. With Reference to the Agikuyu in Kenya. Nairobi

Monika Euler

**Mutilations sexuelles chez
les fillettes et les femmes**

Rapport sur l'état de la situation
au Soudan

„Les mutilations sexuelles chez les femmes et les fillettes” sont parmi les violations des droits de l’homme les plus répandues et les plus systématiques, chez les femmes et les fillettes. Comme il s’agit d’une tradition propre à de nombreuses cultures, elle ne pourra être combattue à moyen terme avec succès que si „les mutilations sexuelles chez les femmes et les fillettes” sont reconnues comme appartenant au domaine de la violence et de la discrimination des femmes dans toutes les cultures. Depuis les années 70, des organisations non-gouvernementales, des organisations nationales et internationales ont contribué à éveiller la prise de conscience et à développer des stratégies ayant pour but l’abolition des „mutilations sexuelles chez les femmes et les fillettes”. Dans une publication prochaine, nous voulons montrer comment l’Église, dans les 28 pays de l’Afrique particulièrement concernés par les mutilations sexuelles des fillettes et des femmes, réagit vis-à-vis de ce problème. Le „Rapport sur l’état de la situation au Soudan” veut informer sur la situation au Soudan, donner une réponse à la question de l’engagement de l’Église et inciter à une réflexion plus profonde sur ce sujet.

Service des Droits de l’Homme

Table des matières

44	Avant-propos	54	5. Dans la pratique
45	1. Introduction	55	6. Le rôle du gouvernement et de la législation
47	2. Fréquence des mutilations sexuelles chez les fillettes et les femmes au Soudan et dans les pays limitrophes	56	7. Point de vue de l’Église catholique au Soudan
48	3. Mutilations sexuelles chez les fillettes et les femmes au Soudan	7.1.	Opinion de responsables ecclésiastiques
49	3.1. Fréquence des différents types de circoncision chez les femmes	7.2.	Implication des communautés de base
49	3.2. Chiffres relatifs à certaines régions du Soudan	57	7.3. Témoignages
50	3.2.1. Khartoum (camps IDP)	57	8. Conclusion
51	3.2.1.1. Umbaddah	59	9. Répertoire des personnes rencontrées et des organisations visitées
	3.2.1.2. Haj-Yousif	59	10. Abréviations
	3.2.2. Barbar	59	11. Bibliographie
	3.2.3. Shendi		
	3.2.4. Sennar		
	3.2.5. Kassala		
	3.2.6. Juba		
	3.3. Facteurs déterminants		
52	4. Contexte et origine des mutilations sexuelles		
53	4.1. Perspectives		

Avant-propos

La présente étude repose en premier lieu sur les chiffres accessibles au Soudan et sur les travaux relatifs aux mutilations sexuelles chez les fillettes et les femmes au Soudan. Le ministère soudanais de la Santé et, plus particulièrement, le Dr Sadig Nabri, qui est coordinateur du «National Programme for Eradication of Harmful Practices», m'ont apporté une aide appréciable. J'ai en outre obtenu de nombreuses informations auprès du Dr Samira Amin, «Project Officer for Gender, Equality and Women Empowerment», de l'UNICEF à Khartoum, du Dr Anma Hassan, directrice du «Soudan National Committee on Traditional Practices», une organisation non-gouvernementale locale, du Prof. Gasim Badri, ainsi que du Dr Amira Badri, de la «Ahfad University for Women» à Omdurman, Khartoum.

Les chiffres avancés par ces derniers et, plus encore, leurs explications ne m'ont pas toujours semblé logiques, ni cohérents. Je les ai tout de même cités, de même que le texte d'introduction que j'ai trouvé tel quel dans la moitié de la littérature analysée. Ces deux éléments illustrent à mon sens toute la problématique de l'approche de ce thème.

1. Introduction

«La mutilation sexuelle chez les femmes (aussi connue sous le nom de circoncision féminine) est l'une des traditions les plus douloureuses de la société africaine. Il s'agit d'une pratique traditionnelle considérée de tout temps comme un rite d'initiation par cette société. L'origine en remonterait au temps des pharaons, dans la vallée du Nil, vers 500 av.J.-C.

Les mutilations sexuelles ont pour objet l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et sont pratiquées habituellement sur les fillettes âgées de 6 à 8 ans par des sages-femmes traditionnelles, des accoucheuses ou des femmes âgées. Généralement, l'opération se fait dans des conditions non hygiéniques. Les praticiennes ne disposent d'aucune formation ni de connaissances chirurgicales élémentaires. Elles ne disposent pas non plus d'instruments stériles ni de possibilités d'anesthésie et font donc appel à des moyens locaux (Dareer, 1982).

Il existe différents types de circoncision ou de mutilations sexuelles, dont la circoncision dite «sunnite» (traditionnelle), l'excision et la circoncision pharaonienne sont les pratiques les plus courantes. La mutilation la moins importante est la circoncision sunnite. Elle consiste dans l'excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et est comparable à la circoncision masculine. La circoncision pharaonienne – aussi appelée infibulation – consiste en l'ablation du clitoris et des petites et grandes lèvres et en la suture/rétrécissement de l'orifice vaginal. L'excision est une circoncision dont le degré de mutilation se situe entre les deux types cités ci-dessus. Elle consiste en l'excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres et des grandes lèvres.

Les mutilations sexuelles féminines sont une tradition et une pratique profondément enracinées dans les cultures africaines. Bien qu'elles mettent grièvement en danger la santé des femmes concernées, les mutilations sexuelles sont considérées comme partie intégrante de l'héritage culturel. Les mutilations sexuelles ont pour fonction d'intégrer les jeunes filles dans la société et de les préparer à un futur mariage. De même, les mutilations sexuelles sont considérées comme une condition pour la «pureté» d'une jeune fille, le maintien de la virginité et le gain de jouissance dans la sexualité. Dans les sociétés africaines, le principe est généralement acquis que les mutilations sexuelles protègent la jeune femme de sa propre sexualité. Elle devrait être ainsi préservée de la tentation, de tout soupçon et de la disgrâce.

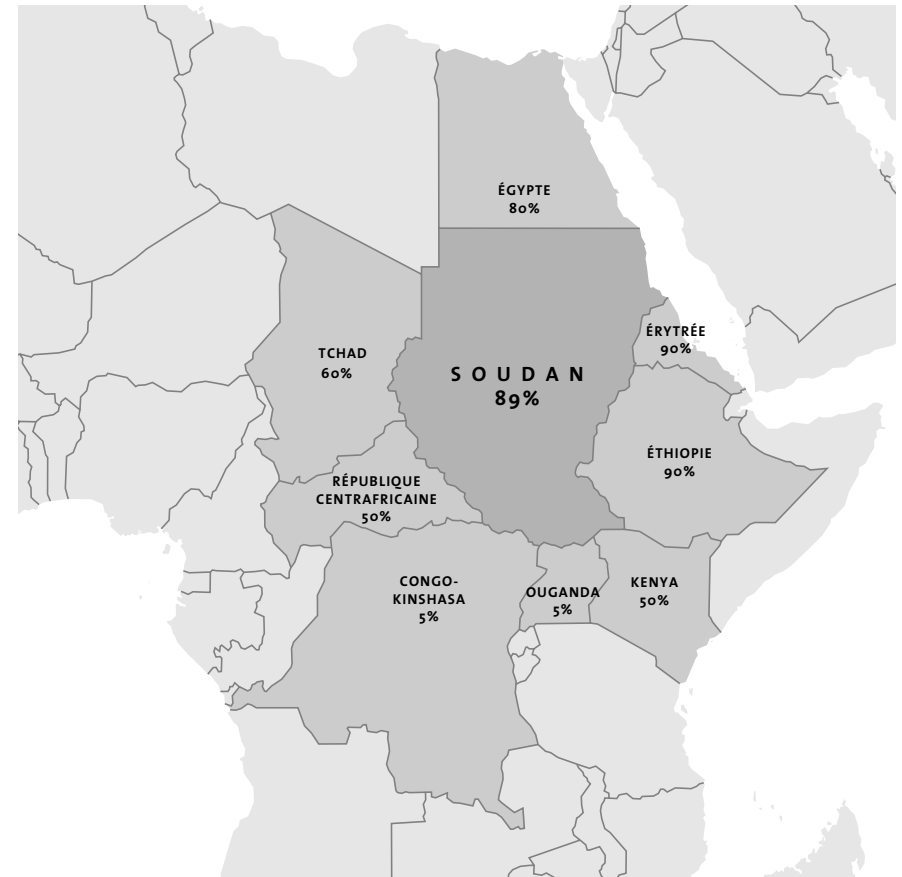
Dans certains pays, les croyances veulent que ce soit l'Islam qui recommande les mutilations sexuelles. Une forme de ces mutilations est dénommée «sunnite» pour faire croire que le prophète Mahomet l'aurait approuvée, alors que l'origine de cette pratique se situe bien avant la fondation de l'Islam. D'après l'interprétation de théologiens musulmans, il n'existe dans l'Islam – que ce soit dans le Coran ou dans les discours du prophète – aucune justification de la pratique des mutilations sexuelles chez les femmes (Rushwan, 1996). Les mutilations sexuelles féminines ne sont pas pratiquées dans de nombreux pays arabes, pas plus que dans certains pays musulmans d'Asie.

Quelles que soient les raisons justifiant les mutilations sexuelles féminines, il s'agit d'une forme de violence contre les fillettes et les femmes qui entraîne de sérieux dommages au plan physique et psychique. Il s'agit, en outre, d'une forme de discrimination contre les fillettes et les femmes.

Les conséquences directes peuvent être les suivantes: difficulté d'uriner, rétention d'urine, hémorragies, infections, fièvre, choc, arthrite, etc. Les conséquences durables peuvent, quant à elles, être locales ou systémiques. Les symptômes locaux les plus graves sont des troubles lors des menstruations, des abcès à la vulve, des tumeurs enkystées et des complications lors des accouchements, notamment. Les conséquences systémiques susceptibles d'affecter les femmes circoncises sont des infections des voies urinaires et des inflammations pelviennes chroniques (Dareer, 1982, pp.27-40). La circoncision féminine implique un risque élevé d'infection au SIDA puisqu'elle est généralement faite dans des conditions non hygiéniques.

La pratique des mutilations sexuelles chez les fillettes et les femmes est largement répandue au Soudan, avec une grande diversité dans les différents types de circoncision et les coutumes qui y sont associées. Une étude menée par le SDHS au cours des années 89/90 montre que cette pratique est largement acceptée dans tout le pays, indépendamment du niveau de formation des personnes interrogées. La pression sociale dans ce contexte est énorme. Des jeunes femmes qui n'auraient pas été circoncises pourraient être considérées comme ne pouvant pas se marier. Dans certains cas, des femmes elles-mêmes ont demandé à être circoncises afin d'éviter d'être en butte aux moqueries de leurs amis (Badri et Dolib, 1996).

2. Fréquence des mutilations sexuelles chez les fillettes et les femmes au Soudan et dans les pays limitrophes



Le Soudan est le pays affichant la fréquence la plus élevée de mutilations sexuelles féminines. À cela s'ajoute le fait que, dans les pays où cette fréquence est plus élevée, ce sont généralement les circoncisions pharaoniennes (=infibulations) qui sont les plus fréquentes, alors que les pays où la pratique est peu répandue ont en général recours aux formes de circoncision plus modérées (Frances Kuka, 2000; Ismail et Makki, 1999).

3. Mutilations sexuelles chez les fillettes et les femmes au Soudan

Ainsi qu'il ressort de la carte ci-dessus, on estime la fréquence de ces pratiques à 90% pour le Soudan, ce même taux étant de 89% d'après une étude de Frances Kuka (Lit 15) et de 91% d'après une étude réalisée en 2001 par l'UNICEF.

Le sud du Soudan constitue une exception. Les chiffres pour cette région, qui seront présentés plus loin, sont nettement inférieurs.

Voilà 15 ans qu'un premier groupe – devenu entre-temps une organisation non-gouvernementale locale – s'est créé au Soudan dans le but de «supprimer les pratiques douloureuses traditionnelles». Il y a 5 ans, cette préoccupation a été relayée par l'UNICEF. Depuis 1996, le ministère soudanais de la Santé participe également à des «programmes nationaux pour la suppression des traditions douloureuses». Les différents intervenants ont une façon différente d'aborder le sujet et poursuivent parfois même en partie des buts différents. Certains cherchent à supprimer totalement la pratique traditionnelle, d'autres se contenteraient d'une transition de la circoncision pharaonienne à la circoncision dite «sunnite».

3.1. Fréquence des différents types de circoncision

Pour 1999, une étude du Ministère de la Santé et de l'UNFPA indique les chiffres suivants pour le nord du Soudan, ventilés entre zone rurale et zone urbaine:

	Zone urbaine	Zone rurale	Total
Fréquence en %	93	89	90
de type pharaonienne	65	64	64
de type sunnite	25	21	22
% de la population qui défend la pratique des mutilations sexuelles féminines	57	73	67

La fréquence des mutilations sexuelles est toujours extrêmement élevée au Soudan. On constate tout de même une transition du type pharaonien vers le type sunnite. Il y a 20 ans, la fréquence de la circoncision pharaonienne était de 97 à 100% (Badri, 1979). En 1999, l'infibulation était pratiquée dans 64% des cas, comme le montre le tableau.

Il est à espérer que les différences de taux entre les défenseurs des mutilations sexuelles qui sont constatées entre la population urbaine et la population rurale peuvent être considérées comme l'indice d'une poursuite de cette évolution dans le futur. Le changement s'explique par l'augmentation du niveau de formation des populations urbaines. En 1979, Badri écrivait: «la pratique des mutilations sexuelles féminines est en corrélation étroite avec l'analphabétisme croissant et dépend de la circoncision ou non de l'analphabète ou de ses parents» (Badri, 1979).

La faible évolution en 1999 s'explique par la migration des populations rurales vers les villes en raison des circonstances politiques et économiques du moment au Soudan.

3.2. Chiffres relatifs à certaines régions du Soudan

3.2.1. Khartoum (camps IDP)

3.2.1.1. Umbaddah

Umbaddah est une commune hétérogène, située à l'ouest de Khartoum, dans laquelle vivent des réfugiés provenant de l'ouest (Kordofan) ou du sud du pays.

Umbaddah est considérée comme une zone urbaine. La moitié de la population a moins de 15 ans. 2% de la population pratiquent la religion chrétienne, les autres sont des adeptes de l'Islam.

Fréquence des mutilations sexuelles féminines en %	96
de type pharaonien	66
de type sunnite	29

3.2.1.2. Haj-Yousif

Haj-Yousif se trouve à la périphérie est de Khartoum et se compose également de réfugiés venus du sud et de l'ouest du Soudan. Il s'agit d'une région suburbaine avec une structure d'âge semblable à celle de Umbaddah. 11% de la population y sont chrétiens.

Fréquence des mutilations sexuelles féminines en %	87
de type pharaonien	69
de type sunnite	28

Dans la population chrétienne, 10% des femmes sont circoncises. 50% d'entre elles ont subi une circoncision de type sunnite, 10% une excision.

3.2.2. Barbar

Barbar se trouve au nord de Atbara, un petit village situé dans le «River Nile State». 99,4% de la population y sont musulmans.

Fréquence des mutilations sexuelles féminines en %	99
de type pharaonien	97
de type sunnite	2

3.2.3. Shendi

La petite bourgade de Shendi se trouve à 200 km au nord de Khartoum, entre Khartoum et Atbara sur le Nil. 44% de la population sont âgés de moins de 15 ans. Avec 82% chez les hommes et 76% chez les femmes, le taux d'alphabétisation y est élevé. Pour 98%, la population est musulmane, 1,5% pratique la religion chrétienne ou une autre religion.

Fréquence des mutilations sexuelles féminines en %	99
de type pharaonien	96
de type sunnite	3

A Shendi, pratiquement toutes les femmes musulmanes et 87% des chrétiennes sont circoncises. Chez les chrétiennes, 77% ont subi une circoncision pharaonienne, 23% une circoncision sunnite.

3.2.4. Sennar

Sennar est une petite ville sur le Nil Bleu, au Sud de Wad Medani, à 300 km au sud-est de Khartoum: la population y est presque à 100% musulmane.

Fréquence des mutilations sexuelles féminines en %	93
de type pharaonien	53
de type sunnite	40

À Sennar, 25% des femmes de moins de 20 ans ne sont pas circoncises et les mutilations sexuelles sont habituellement pratiquées chez les fillettes de 6 à 8 ans.

3.2.5. Kassala

Kassala est l'une des principales villes du pays et se trouve au nord du Soudan, à la frontière vers l'Éthiopie.

Fréquence des mutilations sexuelles féminines en %	90
de type pharaonien	63
de type sunnite	20

D'après différentes études, on constate à Kassala une nette transition de la circoncision pharaonienne vers le type sunnite – une constatation qui ne peut être étayée par aucun chiffre.

3.2.6. Juba

Juba est une ville située au sud du Soudan. Les chiffres qui suivent sont les seuls dont nous ayons pu disposer ou qui soient disponibles pour les régions du sud du pays. 46% de la population ont moins de 15 ans, le taux d'alphabétisation est élevé: 80% chez les hommes et 71% chez les femmes. 8% de la population sont de confession musulmane, 92% de confession chrétienne.

Fréquence des mutilations sexuelles féminines en %	7
de type pharaonien	2
de type sunnite	4

60% des femmes musulmanes sont circoncises. 2% des femmes chrétiennes ont également subi (ou dû subir) des mutilations sexuelles.

3.3. Facteurs déterminants

Comme on a pu le constater, la religion influence beaucoup sur la décision de procéder ou non à une mutilation. De même, on a pu prouver que le fait de vivre dans un certain environnement est un facteur déterminant pour la pratique de la circoncision féminine.

Un niveau plus élevé de formation aura pour effet de réduire le nombre de mutilations sexuelles ou favorisera la transition vers une forme plus modérée. Cela s'applique également lorsque le taux de chômage dans une commune est faible, comme le montre le cas de Umbaddah:

	Femmes au travail	Femmes sans travail
de type pharaonienne	58%	68%
de type sunnite	37%	28%

Chez des femmes engagées dans la vie professionnelle, on trouve plus souvent une circoncision de type sunnite et moins fréquemment des mutilations sexuelles de type pharaonien. Cela s'explique par le fait qu'une femme qui travaille a plus de contacts sociaux et, partant, davantage accès à des informations.

Comme il a été démontré, l'augmentation du niveau de formation et de la quantité d'informations disponibles contribue à une réduction des mutilations sexuelles. Dans ce sens, un grand pas en avant a été réalisé lorsque le sujet des «mutilations sexuelles féminines» a été inscrit en 2000 dans le programme des cours du cycle secondaire au Soudan.

4. Contexte et origine des mutilations sexuelles

Lorsqu'elles sont pratiquées, les mutilations sexuelles sont considérées comme un «héritage culturel», ainsi que le démontrent deux personnes interrogées: «il s'agit d'un sujet lié à la tradition, à la religion musulmane, à l'Afrique» ou encore «d'une tradition mélangée avec de la religion». La littérature nous indique les raisons suivantes :

	Tradition	Propreté	Bien de la fille	Souhait des hommes	Meilleures possibilités de mariage
Haj-Yousif	69 %	26 %			
Shendi	75 %	26 %			
Kassala	80 %		26 %	10 %	
Juba		63 %			69 %

Il ressort du tableau que 75% de la population interrogée défendent les mutilations sexuelles parce qu'il s'agit d'une tradition, 26% des personnes les considèrent importantes pour des raisons de propreté.

La religion, l'Islam en particulier, ne figure pas au nombre des «raisons principales pour la pratique des mutilations sexuelles»!

Une autre question intéressante est de savoir qui insiste sur la circoncision des fillettes. À cette question, tous mes interlocuteurs ont toujours apporté les deux mêmes réponses (Lit. 9):

1. «la pression de la grand-mère»
2. «toutes les formes de pression possibles au sein de la communauté»

Afin de pouvoir comprendre le premier point, Ismail et Hamour ont effectué en 1985 une étude sur la place de la grand-mère au sein de la famille soudanaise. Le résultat est impressionnant: il importe de ne pas sous-estimer le rôle de l'opinion de la grand-mère! C'était en 1985. Mes expériences personnelles et mes interviews me persuadent que peu de choses ont changé en 15 ans.

4.1. Perspectives

Le tableau ci-dessous présente, pour autant qu'elle ait fait l'objet d'analyses, la proportion de personnes dans le pays qui défend la pratique des mutilations sexuelles, à savoir, pour la population du Soudan du Nord (d'après Bosaller, 75% des Soudanais vivent au nord du pays):

	Population urbaine	Population rurale	Population totale
Defense de la pratique des mutilations sexuelles féminines dans la population en %	57	73	67

La différence de pourcentage constatée entre la population urbaine et la population rurale s'explique par un niveau de formation plus élevé.

Mais cette différence ne se retrouve pourtant pas dans la pratique. Les différents ouvrages avancent en l'occurrence un important taux de migration de la population rurale vers les villes au cours de ces dernières années.

Dans les différentes communes examinées, le pourcentage de la population défendant la pratique des mutilations sexuelles est le suivant:

	Population qui défend la pratique des mutilations sexuelles féminines en %
Haj-Yousif	67
Barbar	45
Shendi	59
Sennar	54
Kassala	65
Juba	3

5. Dans la pratique

Comme l'indiquait l'introduction, trois groupes professionnels, essentiellement, pratiquent les mutilations sexuelles: les sages-femmes traditionnelles (traditional birth attendants – TBA), qui ont suivi pendant huit mois une formation à peu près similaire à celle des accoucheuses et organisée par le Ministère de la Santé Soudanais; des accoucheuses ayant suivi une formation régulière largement comparable à la formation en Allemagne et enfin, des médecins.

Dans les différentes régions, il est diversement fait appel à ces trois types de professions:

En %	Sage-femme traditionnelle	Accoucheuse	Médecin
Umbaddah	57	40	
Haj-Yousif	51	48	
Barbar	43		
Shendi	37	62	
Sennar	58	40	
Juba	10	74	16

À Umbaddah, 57% des mutilations sexuelles sont pratiquées par des sages-femmes traditionnelles et 40% par des accoucheuses. Pour le groupe des médecins, on ne dispose d'aucun chiffre. Dans les ouvrages consultés, on ne cite les médecins que pour Juba. En général, on estime qu'un pour cent seulement des mutilations sexuelles est pratiqué par des médecins (Badri, Badri & Badri, 1991). Dans

le cas où la circoncision/mutilation est faite par un médecin, on parle d'une circoncision/mutilation dite „hygiénique” (Dr Samira).

La motivation des praticiens pour pratiquer ces mutilations est évidente: le revenu. Cette pratique ne rapporte pas seulement dans le cas de la première circoncision d'une jeune fille, mais également à chaque naissance – pour l'ouverture avant l'accouchement et le rétablissement de l'état initial après la naissance.

6. Le rôle du gouvernement et de la législation

Au Soudan, la législation a souvent abordé le problème des mutilations sexuelles. En 1929, le Mufti a insisté pour que soit abrogée la pratique de la circoncision pharaonienne, parce qu'elle était „condamnée par la religion”.

La première loi en cette matière fut promulguée en 1946 par les Anglais. Le succès – s'il y en eut jamais un – ne fut que de courte durée. D'après Badri (1979) et Ismail et Makki (1999), beaucoup de jeunes filles ont été circoncisées en toute hâte juste avant l'entrée en vigueur de la loi, bien avant l'âge habituel. Ensuite, la population soudanaise a considéré cette loi comme une tentative coloniale de réprimer les traditions de la population (Papers on Female Circumcision, bibliothèque de l'université Ahfas, Khartoum).

Au cours des décennies suivantes, la loi fut modifiée et transformée. Aucun programme complet contre la pratique de la circoncision n'a jamais été mis en œuvre – ni en théorie ni en pratique (Papers on Female Circumcision).

La loi en vigueur aujourd'hui date de 1991. Son article 138 stipule que toute personne portant sans raison un préjudice corporel à une autre personne (la chirurgie étant considérée comme une raison valable) sera condamnée à trois ans de prison.

Dans la mesure où cette loi ne mentionne nullement la mutilation sexuelle, il n'y a en pratique aucune loi au Soudan qui interdise les mutilations sexuelles féminines ou qui aborde le problème.

Il est prévu d'organiser des rencontres d'experts et des ateliers pour les muftis cette année (2001), en collaboration avec l'Institut pour la formation et les réformes légales (l'Institut fait partie du „Jurisdiction Council” au Soudan). Ces groupes devraient élaborer un projet de loi relative aux mutilations sexuelles féminines qui sera soumis au parlement avant de pouvoir entrer en vigueur comme loi.

En outre, il convient de trouver d'autres mécanismes et moyens pour inciter la population à ne plus faire subir de mutilations sexuelles aux fillettes et aux femmes. Un petit pas dans cette direction a été de modifier le programme de cours des écoles secondaires au Soudan. Depuis 2000, les filles de plus de 13 ans reçoivent une information sur les mutilations et sont sensibilisées contre cette pratique. C'est maintenant au tour du ministère de l'Éducation de faire passer ce nouvel acquis.

7. Point de vue de l'Église catholique au Soudan

7.1. Opinion de responsables ecclésiastiques

Au nombre des collaborateurs ecclésiastiques interrogés figurent le Vicaire général, la dirigeante du bureau „Women Promotion” et le chef du bureau „Justice and Peace” de l'Archidiocèse de Khartoum. Leurs commentaires sont les suivants:

- pas d'engagement en matière de mutilations sexuelles féminines parce qu'il s'agit d'une affaire musulmane;
- les Soudanais du sud ne pratiquent pas cette forme de mutilation;
- les mutilations sexuelles féminines ne sont pas un problème qui touche les chrétiens, voilà pourquoi aucun de nos programmes n'en traite;
- peu de Soudanais du sud pratiquent des mutilations sexuelles, indépendamment de leur appartenance à une tribu. Ils le font s'ils habitent dans un environnement musulman.

Le même type de commentaires a été également exprimé dans le diocèse d'El Obeid.

7.2. Implication des communautés de base

Les femmes actives au sein des paroisses dans le domaine de la santé ou de la promotion des femmes indiquent que le problème des mutilations sexuelles ne se pose que rarement dans la pratique parce que „les Soudanais du sud ne pratiquent généralement pas de mutilations sexuelles féminines. En revanche, lorsqu'une chrétienne veut épouser un musulman, le problème se pose”. Il en résulte que des informations sur ce thème sont dispensées „à la base” lorsque le sujet

survient. Ces femmes, qui travaillent dans la pratique, préconisent l'inclusion du thème des mutilations sexuelles féminines dans le programme officiel de l'Église du Soudan.

7.3. Témoignages

En l'an 2000, j'ai réalisé une enquête statistique au sein des programmes de la santé de l'Archidiocèse de Khartoum. Dans ce cadre, j'ai effectué des visites dans la plupart des paroisses et „centres” de santé de l'Église à Khartoum. J'ai obtenu par téléphone ou en m'adressant à un des mes collègues soudanais des informations relatives aux paroisses situées en dehors de Khartoum. À la fin de cette enquête statistique de trois mois, on a organisé un atelier avec des représentants, des auxiliaires de santé, des médecins et des infirmières de pratiquement tous les centres de santé catholiques de l'Archidiocèse de Khartoum: le sujet des mutilations sexuelles n'y a pas été abordé.

Au cours de la même année, j'ai fait un exposé sur „les problèmes gynécologiques chez les jeunes femmes”, à la demande d'une autre communauté religieuse de Khartoum. C'est à ce moment que je me suis rendu compte combien les mutilations sexuelles féminines représentaient un sérieux problème pour les auditrices. La dirigeante de ce groupe (une femme d'une cinquantaine d'années) m'a contredit avec véhémence et a arrêté toute discussion que les participantes à cet atelier voulaient entamer avec moi. C'était donc la première fois que j'étais confrontée avec le rôle dominant de la femme plus âgée (grand-mère) au sein de la société soudanaise.

8. Conclusion

Au Soudan, la fréquence des mutilations sexuelles féminines atteint toujours les 90%. On constate seulement une transition de l'infibulation (circoncision pharaonienne 64%) vers la circoncision du type sunnite (en général une clitoridectomie 22%). Il y a 20 ans, l'infibulation était, dans 97 à 100% des cas, la forme prédominante des mutilations sexuelles (Badri, 1979).

La pratique est largement répandue chez les musulmans, alors que peu de chrétiens/Soudanais du sud pratiquent les mutilations sexuelles féminines (v. chiffres de Juba). Avec la migration continue au sein du pays en raison de motifs politiques et économiques et de l'hétérogénéité croissante des communes, le thème commence à se poser également chez les chrétiens (v. Shendi).

Les mutilations sexuelles féminines sont considérées comme un „héritage culturel”, une „affaire de tradition/liée à l'Islam/liée à l'Afrique”. Lors de l'énumération des raisons justifiant la pratique des mutilations sexuelles féminines, la religion – et plus spécifiquement l'Islam – ne fait pas partie des raisons déterminantes.

La littérature (soudanaise) abordant ce thème cite comme facteur déterminant pour la pratique ou non des mutilations sexuelles féminines, le niveau de formation et l'activité professionnelle, ainsi que le taux de chômage. Et lorsqu'aucun de ces éléments n'entraîne la condamnation stricte de la pratique des mutilations sexuelles féminines, on préfère la forme de type sunnite et donc modérée à la circoncision pharaonienne.

Trois groupes professionnels pratiquent les mutilations sexuelles féminines: les sages-femmes traditionnelles qui ont suivi une formation de huit mois, les accoucheuses et les médecins. À l'exception de Juba, les médecins sont impliqués dans moins de un pour cent des mutilations sexuelles.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune loi au Soudan qui traite des mutilations sexuelles, ni a fortiori qui les interdise. On y travaille. Des groupes d'experts se réunissent pour la préparation d'un projet de loi concernant les mutilations sexuelles féminines, qui devra ensuite être soumis au Parlement. C'est dans le même but que les dirigeants religieux (muftis) se rencontrent dans des ateliers spécifiques.

Les avis des experts divergent entre autres sur la question de savoir s'il faut interdire toute mutilation sexuelle féminine ou s'il faut seulement favoriser la transition vers une circoncision du type sunnite. Sur son site internet, une gynécologue soudanaise de Khartoum encourage „l'excision correcte du prépuce pour les deux sexes”.

L'Église catholique du Soudan ne s'engage guère dans le domaine des mutilations sexuelles féminines – tout au moins au niveau supérieur. L'argument selon lequel les mutilations sexuelles ne posent pas de problème pour les chrétiens à l'heure actuelle est partiellement réfuté par les chiffres. Des auxiliaires de santé et des femmes qui travaillent dans le domaine de la promotion des femmes s'occupent de ce sujet et souhaiteraient qu'il fasse partie des programmes officiels de l'Église afin d'être mieux informés eux-mêmes.

9. Répertoire des personnes rencontrées et des organisations visitées

- Dr. Sadig Nabre, Coordinator for the National Programme for Eradication of Harmful Practices, MOH
- Dr. Samira Amin, Project Officer for Gender, Equality and Women Empowerment, UNICEF, Khartoum
- M Abdel Bahri, Project Officer for Planning, Monitoring and Evaluation, UNICEF, Khartoum
- Dr. Amna A.R.Hassan, Director of the Sudan National Committee on Traditional Practices, Khartoum II
- Dr. Amira Badri, Babikr Badri Scientific Association for Women Studies, Omdurman
- Prof. Gasim Badri, Ahfad University for Women, Omdurman
- Rev. Fr. Peter Ayong, Vicar Général de l'Archdiocèse de Khartoum
- M Johnny Saverio, Justice and Peace Office, Archdiocèse de Khartoum
- Mme Elizabeth Nyanawut, Women Promotion Office, Archdiocèse de Khartoum
- Mme Angelina, Infirmière à la „Parish Clinic”, Archdiocèse de Khartoum
- S.E. Antonio Menegasso, Evêque de El Obeid
- M Jacinto Pakon, Mme Grace Oliver, Directeur et Secrétaire du Soudan Council of Churches for Western Sudan, El Obeid

10. Abréviations

BBSAWS	Babikr Badri Scientific Association for Women Studies
CBS	Central Bureau of Statistics
FGM	female genital mutilation (mutilations sexuelles féminines)
IDP	internally displaced people (personnes déplacées au niveau national)
MOH	Ministry of Health (Ministère de la Santé)
NGO	Non-Governmental Organization (ONG – organisation non-gouvernementale)
SDHS	Sudan Demographic Health Survey
SNCTP	Sudan National Committee on Traditional Practices
TBA	traditional birth attendant (sage-femme traditionnelle)
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund

11. Bibliographie

1. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Umbaddah, 1998: Central Bureau of Statistics (CBS), Sudan and United Nations Population Fund (UNFPA)
2. Badri, A. E.; Dolib, T. E. (1996): Baseline Survey on Harmful Traditional Practices in Umbaddah Area: The case of FGM – An unpublished report submitted to UNFPA. Ahfad University for Women, Omdurman/Khartoum
3. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Juba, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
4. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Haj-Yousif, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
5. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Shendi, 1999, CBS, Sudan and UNFPA
6. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Sennar, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
7. Baseline Survey on Reproductive Health and Family Planning in Barbar, 1998, CBS, Sudan and UNFPA
8. Hassan, A. A. R. (2000): Female Genital Mutilation Psycho-socio-sexual Consequences & Attitude. Change in Khartoum North & East Nile Province, SNCTP, Khartoum
9. El Dareer, A. (1986): Woman why do you weep? Circumcision and its Consequences, London
10. Badri, B.; El Sadik Badri, A.; Badri, B. (1991): Origins of Female Circumcision, Khartoum
11. Badri, G. (1979): Female Circumcision in College and High School Female Students. Ahfad University for Women and BBSAWS
12. Ismail, E. T.; Hamour, F. (1985): Female Maturity in the Sudan, Khartoum
13. Ismail, E.; Makki, M. (1999): Frauen im Sudan. Afro-arabische Frauen heute, Wuppertal
14. Bosaller, A. (1996): Über die weibliche Beschneidung in islamischen Gesellschaften. In: 3. Workshop Geburtshilfe und Gynäkologie unter einfachen Bedingungen, Heidelberg
15. Frances Kuka, H. J.(2000): Experiences, Facts and Myths about FGM from East and Central Africa – Women in Development Network Training Workshop Entebbe, Uganda
16. Auteur inconnu (moitié années 90): Papers on Female Circumcision (trouvé à la bibliothèque de l'Université Ahfad de Khartoum)
17. Gachiri IBM, E. W. (2000): Female Circumcision. With Reference to the Agikuyu in Kenya. Nairobi

