



Journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines.

Actes de la demi-journée d'information et de sensibilisation :

**« Mutilations sexuelles féminines :
*Sexualité, soins et prévention.***

**Quels enjeux pour les
professionnel-le-s ?**

8 février 2011





SOMMAIRE

1. Le programme de la demi-journée du 8 février 2011.....	3
2. Les interventions et les échanges lors de la demi-journée de réflexion.	5
3. Bibliographie et liens utiles.....	29
A. DES OUTILS DE PREVENTION	29
B. DES DONNES SUR LA PRATIQUE EN France	31
C. DISPOSITIFS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :	32
D. DES TEXTES DE REFERENCES INTERNATIONAUX	32
E. POUR ALLER PLUS LOIN SUR LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES MUTILEES :	34
F. LIENS UTILES :	36
4. Contacts utiles en Ile-de-France.	37
6. Annexes : documents de références.	39

Document réalisé par :

Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France

SGAR, Préfecture de la région d'Ile-de-France, Préfecture de Paris

5 rue Leblanc, 75015 Paris. Tel : 01 82 52 43 29 / 10



1. Le programme de la demi-journée du 8 février 2011.

Qu'est-ce que les mutilations sexuelles féminines ? Comment agir ? Pourquoi le 8 février ?

Les mutilations sexuelles féminines sont une atteinte à la dignité, et une violence à l'encontre des femmes aux conséquences multiples et dramatiques – sur la santé psychique, reproductive et sexuelle des femmes.

L'Etat s'est engagé depuis plusieurs années à travers une politique interministérielle combinant répression, protection et prévention. Elle est réaffirmée dans le Troisième Plan Global Triennal de Lutte contre les violences faites aux femmes (2011-13).

L'Ile-de-France est l'une des neuf régions françaises les plus concernées par ce problème. Des actions pionnières en matière de lutte et de prévention des mutilations sexuelles féminines (MSF) ont été réalisées depuis les années 1980 et ont porté leurs fruits. Cependant la persistance de la pratique nécessite de rester mobilisé-es. Cet objectif est inscrit dans le plan d'action 2010-11 de la Convention régionale pour l'égalité entre les filles et les garçons dans le système scolaire, signée en janvier 2010 par le préfet de la région d'Ile-de-France, préfet de Paris, le président du Conseil Régional et les recteurs des trois académies.

A l'occasion du 6 février, Journée Internationale contre les mutilations sexuelles féminines, la Préfecture de la région d'Ile-de-France, Préfecture de Paris et ses partenaires institutionnels et associatifs se mobilisent pour offrir un espace d'échanges avec les professionnel-le-s francilien-ne-s issu-e-s de la santé, du social de l'éducation, et du monde associatif autour des enjeux émergents des mutilations sexuelles féminines en France et en Ile-de-France en particulier en 2011.

Quels enjeux face aux mutilations sexuelles en 2011 pour les professionnel-le-s ?

Selon une enquête réalisée en 2007 par l'INED :

- 53 000 femmes adultes excisées résident en France. Ce sont autant de femmes qui endurent des conséquences médicales, sexuelles et psychologiques, parfois lourdes de leur mutilation.

Quel est le vécu des femmes excisées ? Quelle prise en charge peut être proposée aux femmes adultes ? Qu'est-ce que propose la « chirurgie réparatrice » ? Constitue-t-elle une « solution » pour toutes les femmes mutilées ? Pourquoi ? Quelle est l'offre de soins en Ile-de-France ? Comment l'aborder ?

- Parmi les filles vivant en France dont les mères ont été excisées 11% sont excisées (ce qui atteste d'une diminution de la pratique) ; mais pour celles qui ne sont pas excisées 30% courent un risque d'être excisée, soit en cas de retour au pays, soit du fait de l'intention plus ou moins formulée par l'un ou l'autre des parents.

Comment protéger ces jeunes filles ? Comment poursuivre la prévention ? Quels sont les outils disponibles ? Comment les utiliser ?

Autant de questions auxquelles les professionnel-le-s francilien-ne-s sont confronté-e-s, et pour lesquelles cette demi-journée propose des repères pour agir, y compris en réseau, afin d'accélérer l'abandon des mutilations sexuelles féminines mais aussi pour mieux orienter les femmes déjà excisées.

Programme :

13h45-14h : accueil.

14h : Ouverture par Jocelyne Mongellaz, Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité.

14h15-15h : « Conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la sexualité et recours à la chirurgie réparatrice : les résultats de l'enquête ExH »

Par Marie Lesclingand, maîtresse de conférences à l'Université de Nice (Urmis) et chercheuse associée à l'Ined.

14h45-15h : échanges avec la salle.

15h-16h: Soins aux femmes mutilées : une prise en charge pluridisciplinaire.

Par Dr Antonetti N'Diaye et Sokhna Fall, Unité de soins pour les femmes mutilées, Centre Hospitalier Intercommunal de Montreuil, et Dominique Louboutin de l'Hôpital Trousseau,.

15h 40-16h : échanges avec la salle.

16h-16h30 : Parler des MSF en consultation : pourquoi ? Comment ? »

par la Dr Mélanie Horoks .

16h15-16h30 : échanges avec la salle.

16h30-17h30 : Actualité de la prévention en Ile-de-France :

16h30-16h45: « La prévention en PMI : l'exemple de la PMI de Paris »

Par la Dr Marcelle Delour, Médecin chef du service de PMI de Paris, Direction des Familles et de la Petite Enfance.

16h45-17h : échanges avec la salle.

17h-17h15: « Présentation d'un nouvel outil pédagogique autour du film « L'appel de Diégoune » (Tostan/ Respect)

Par Marine Casaux (Tostan).

17h15-17h30 : échanges avec la salle.

17h30 : Conclusions.

17h45 : Pot convivial, stands associatifs



2. Les interventions et les échanges lors de la demi-journée de réflexion.

OUVERTURE :

Par Jocelyne MONGELLAZ, Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France.

Je tiens tout d'abord à vous présenter les excuses de M. le préfet de région qui devait assurer l'ouverture de notre colloque, qui n'a pu être parmi nous, retenu par d'autres engagements. Mme Roselyne Bachelot, Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale nous fait l'honneur tout à l'heure de clôturer nos travaux. Je remercie particulièrement Madame Olyat Bardisa de nous accueillir dans son établissement. Je vous remercie surtout pour votre mobilisation et celle de vos équipes pour célébrer également le 6 février - journée internationale pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines - avec une exposition au CDI et des événements tout au long de la semaine.

Cette journée, décidée en 2003 par le Comité Interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants a ensuite été reprise par l'Organisation des Nations Unies et déclinée dans de nombreux pays.

Je salue dans cette salle et remercie tous les membres du groupe de travail régional mis en place en 2009 par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité dont les travaux ont été coordonnés par Aurélie Latourès, chargée de mission sur la thématique des droits personnels et sociaux que je tiens personnellement à remercier aujourd'hui.

Ce groupe de travail qui a contribué à l'organisation de ce colloque réunit des représentants de l'Etat ; l'ARS (Agence Régionale de Santé) -les 3 Rectorats- l'ACSE (aujourd'hui intégré à la DRJSCS) - l'OFII, des collectivités territoriales: Mairie de Paris (Observatoire de l'égalité femmes/hommes, services de PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Paris et de la Seine-Saint-Denis, et des associations spécialisées: GAMS- CAMS- MFPF- TOSTAN- FIA-ISM, l'atelier santé-ville du 20^{ème} arr. de Paris. Ensemble nous avons préparé cette rencontre consacrée à un sujet qui nous mobilise toutes et tous. Nous vous remercions toutes et tous d'avoir répondu massivement à notre invitation. En février 2010 dans ce même contexte du 6 février, nous avons organisé une journée régionale de réflexion. Nous avons souhaité pérenniser cette manifestation chaque année

Les « mutilations sexuelles féminines » sont une atteinte à la dignité, et une violence à l'encontre des femmes aux conséquences multiples et dramatiques sur la santé psychique, reproductive et sexuelle des femmes. Elles portent gravement atteinte à l'intégrité des femmes, à leur devenir, à leur sexualité, elles peuvent entraîner la mort. Les répercussions psychiques sont aussi dramatiques.

Selon l'enquête INED, « excision et handicap » réalisée entre 2007 et 2009, on estimait à 53 000 environ le nombre de femmes adultes excisées résidant en France. La pratique sur le sol français est en recul, ce dont nous nous félicitons, sous l'effet conjugué de la répression et de la prévention mis en place depuis de nombreuses années.

Mais la pratique n'a cependant pas totalement disparu ; elle tend à se modifier. Nous ne devons pas relâcher nos efforts car le risque persiste notamment de faire pratiquer la mutilation lors d'un retour au pays (d'origine). Il est impératif de poursuivre et de renforcer les actions de prévention en lien avec les professionnel-le-s en prenant en compte les nouvelles stratégies des parents qui persistent encore dans leur projet de mutiler leurs filles.

Tout à l'heure, Mme la Ministre nous rappellera la mobilisation du gouvernement pour combattre les violences faites aux femmes, et plus particulièrement son investissement dans la lutte pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines.

L'Ile-de-France qui est une des régions en France les plus concernées par ce phénomène a été pionnière dans ce domaine. Dès le milieu des années 1980, des actions de prévention ont été financées et réalisées pour accompagner l'action répressive mise en œuvre dès cette période.

- l'information des familles sur les droits des petites filles à l'intégrité physique et psychique, mais aussi sur l'interdiction de ces pratiques et les risques pénaux encourus. Les PMI ont été des lieux privilégiés pour diffuser l'information et contribuer à faire comprendre aux familles les conséquences de ces pratiques néfastes.
- La production et la diffusion d'outils d'information et de sensibilisation adaptés et régulièrement actualisés. La première campagne d'information en direction des publics et des professionnel-le-s au moyen d'une affiche et d'une plaquette « Nous protégeons nos petites filles » a été lancée par la DRDFE en 1993 et reprise au niveau national.
- La plaquette « Agir face aux mutilations sexuelles féminines » actualisée en 2010 par le groupe de travail régional, a été largement diffusée en Ile de France (tirage en 50 000 exemplaires, accompagné d'une affiche (1000 exemplaires).
- La sensibilisation et la formation des professionnel-le-s qui interviennent auprès des populations concernées dans le secteur médical, social, éducatif, socioculturel, et sportif.
- Le renforcement des partenariats. Les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes, désormais intégrées comme formation restreinte au Comité départemental de la délinquance se sont saisies de cette question.
- La convention régionale pour l'égalité entre les filles et les garçons dans le système éducatif, signée en janvier 2010 par le Préfet de Région, le Président du Conseil Régional d'Ile-de-France, et les Recteurs des 3 académies intègre également la prévention des mutilations sexuelles féminines et de mariages forcés dans son plan d'action 2010- 2011

Notre première rencontre l'année dernière avait pour objectif de dresser un bilan des actions réalisées en Ile-de-France et d'envisager les adaptations qui s'imposent aujourd'hui. Faute de temps, la question de la prise en charge des femmes mutilées n'avait pu être abordée. L'accompagnement et la prise en charge des femmes mutilées ne se limitent pas aux possibilités qu'offre désormais la chirurgie réparatrice. Ce sera tout l'objet de la première partie de notre après-midi.

- Pour l'introduire, Marie Lesclingand présentera les résultats du volet quantitatif de l'enquête « Excision et handicap » sur les conséquences de l'excision sur la santé et sur la sexualité des femmes et sur le recours à la chirurgie réparatrice.
- Ensuite, les équipes médicales du Centre hospitalier intercommunal de Montreuil et de l'hôpital Trousseau nous présenteront la prise en charge pluridisciplinaire mise en œuvre dans leurs services.
- Enfin pour comprendre le vécu des femmes mutilées une médecin généraliste nous dira comment la réalisation d'une étude sur ce sujet l'a amenée à modifier sa pratique.

La deuxième partie de nos travaux portera sur 2 actualités mises en œuvre depuis notre précédente rencontre :

- L'une portant sur la mobilisation des équipes de la PMI de Paris, effective depuis 1992 (date de la 1^{ère} note de service), et actualisée aujourd'hui
- L'autre sur la présentation d'un nouvel outil livret pédagogique pour accompagner la diffusion du film « L'appel de Diégoune » (rendu nécessaire par le succès rencontré par ce film.) auprès des professionnel-le-s comme outil de prévention.



14h15-15h : « CONSEQUENCES DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES SUR LA SEXUALITE ET RECOURS A LA CHIRURGIE REPARATRICE : LES RESULTATS DE L'ENQUETE EXH »

Par Marie Lesclingand, maîtresse de conférences à l'Université de Nice (Urmis) et chercheuse associée à l'Ined.

La présentation s'appuie sur les résultats de l'enquête « Excision et Handicap », qui permet pour la première fois d'avoir des données sur les conséquences des MSF sur la santé et la sexualité des femmes excisées en France mais aussi sur la demande de chirurgie réparatrice. Cette enquête multicentrique, réalisée en 2007-09 dans 5 régions françaises¹, dans 74 centres de PMI et services hospitaliers en gynécologie obstétrique, a permis de recueillir des données approfondies sur la santé et la sexualité de 2 882 femmes adultes dont 685 étaient excisées : pour ces dernières, des questions supplémentaires abordaient spécifiquement l'histoire de leur excision (contexte, vécu) et leurs attentes vis-à-vis de la chirurgie réparatrice (connaissance, intérêt pour l'opération).

Contexte de l'excision et perpétuation de la pratique en contexte migratoire

Parmi les femmes interrogées, 9 sur 10 ont été excisées avant l'âge de 10 ans². Pour celles qui sont nées en France, la majorité d'entre elles ont été excisées dans le pays d'origine (60 %) et la part des excisions pratiquées sur le territoire national tend à diminuer parmi les générations les plus jeunes. Deux femmes sur trois ont déclaré savoir qui était à l'initiative de leur excision : si les mères apparaissent comme la personne la plus fréquemment citée (seule ou avec un-e- autre adulte de la famille), le rôle des pères est perçu de façon plus indirecte³. Des questions relatives à l'excision ou aux intentions d'excision des filles des femmes enquêtées permettent de proposer une mesure du risque de perpétuation de la pratique en contexte migratoire. Dans notre enquête, parmi les filles des femmes excisées, 11 % ont été elles-mêmes excisées. Ce chiffre est cependant bien plus faible parmi celles nées en France (3 %) où la pratique est illégale⁴. Néanmoins, une partie des fillettes non excisées au moment de l'enquête, peuvent encore l'être : dans 7 cas sur 10 aucun des deux parents ni un proche n'a l'intention de faire exciser la fillette ; dans 3 cas sur 10, un risque persiste, soit en cas de retour au pays et les parents en sont conscients, soit directement lié à une intention plus ou moins formulée par l'un ou l'autre des parents.

Conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé et la sexualité

¹ Ile-de-France, Haute-Normandie, Pays de Loire, Nord-Pas-de-Calais, et PACA

² Ces résultats sont tout à fait similaires à ceux tirés des grandes enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées dans les pays d'origine.

³ Les pères sont plus fréquemment cités en co-initiateurs avec les mères et plus rarement seuls.

⁴ Par ailleurs elle diminue nettement dans les dernières générations, attestant de l'abandon progressif de l'excision en contexte migratoire, mais aussi dans les pays d'origine.

Le questionnaire permettait de poser les mêmes questions à des femmes qui n'avaient pas connu une mutilation sexuelle et à des femmes qui les avaient subies, et donc de comparer ce qui caractérisait l'expérience de la mutilation sexuelle sur leur santé et sur le vécu de leur sexualité. Globalement, on a pu montrer que l'excision est associée à des risques de santé spécifiques: infections urinaires et gynécologiques, un sentiment de mal être fréquemment déclaré, des douleurs et des gênes quotidiennes, et des complications obstétricales. Ces complications obstétricales sont beaucoup moins fréquentes en France que dans les pays d'origine, où le système de prise en charge et de suivi des grossesses est généralement de moins bonne qualité.

Un autre élément très important de notre enquête est d'avoir posé de manière très précise les questions sur le vécu de la sexualité. Si les femmes excisées débutent leur vie sexuelle quasiment au même âge que les femmes non excisées⁵, pour la moitié d'entre elles, leur entrée en sexualité est complètement liée à leur entrée en conjugalité, contrairement aux femmes non excisées, pour lesquelles les deux expériences sont plus fréquemment dissociées. En outre, le premier rapport sexuel a été plus fréquemment mal vécu par les femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine⁶. Par ailleurs, les femmes excisées rapportent des expériences de sexualité beaucoup plus souvent problématiques : les difficultés à éprouver du désir, l'absence totale de désir, les douleurs pendant les rapports sexuels ou les brûlures vaginales sont plus fréquentes voire systématiques pour certaines femmes excisées par rapport aux femmes non-excisées.

Connaissance et recours à la chirurgie réparatrice

L'enquête ExH, initiée en 2006 au moment où la chirurgie réparatrice devenait de plus en plus connue et proposée par différents services hospitaliers, vise d'une part à mesurer l'ampleur des demandes exprimables par les femmes en matière de chirurgie réparatrice et d'autre part à mieux connaître les caractéristiques des femmes concernées. En 2006, plus de la moitié des femmes excisées avaient déjà entendu parler de l'opération de chirurgie réparatrice⁷. Parmi celles qui connaissent l'opération (55 %), la moitié (5 femmes sur 10) ont déclaré, au moment de l'enquête, ne pas être intéressées, 3 femmes sur 10 ont déclaré être intéressées par cette opération, tandis qu'1 femme sur 10 y avait déjà eu recours ou était en cours de démarche⁸. Les femmes qui ne sont pas intéressées par l'opération évoquent deux types de motifs : d'une part, les femmes déclarent « ne pas en ressentir le besoin » et d'autre part, elles disent « accepter leur état actuel ». Inversement, les femmes intéressées par l'opération déclarent le plus souvent vouloir le faire pour améliorer leur vie sexuelle⁹. Les femmes se déclarant intéressées sont parmi les plus jeunes. Parmi elles, on observe aussi des proportions plus importantes de femmes célibataires ou divorcées. Les entretiens réalisés avec des femmes « réparées» montrent que le recours à la chirurgie participe, pour un certain nombre de femmes, d'une démarche de reconstruction personnelle, dont l'entrée dans l'âge adulte ou une séparation peut être le déclencheur. Enfin, on observe que la connaissance et l'intérêt sont croissants avec le niveau d'instruction : on peut supposer que les femmes qui sont plus instruites ont en effet plus de ressources à la fois pour s'informer et pour éventuellement verbaliser leurs difficultés, démarche qui peut plus aisément les conduire vers la réparation. Au final, ces résultats montrent que le recours à la chirurgie réparatrice est encore marginal : parmi l'ensemble des femmes excisées enquêtées, seules 5 % ont déjà été opérées ou sont en cours de démarche, 20 % se déclarent intéressées, 30 % se déclarent non intéressées tandis que les autres ne savent pas (3%) ou ne connaissent pas l'opération (42%). Par ailleurs, il semblerait que ce recours ne devienne pas systématique. En effet, cette offre de soin est mobilisable

⁵ La moitié des 18-24 ans a eu son premier rapport sexuel avant 18 ans.

⁶ Près de la moitié des femmes excisées ont qualifié ce premier rapport de « très douloureux » contre moins d'un tiers parmi les femmes non excisées.

⁷ Principalement par le biais des médias (42 %), puis d'un professionnel de santé (29%) ou d'un proche (20%)

⁸ Les femmes restantes ont répondu ne pas savoir si elles étaient intéressées ou non.

⁹ Les motifs liés à des raisons de santé et au fait de retrouver son intégrité féminine viennent ensuite.

par certaines femmes pour lesquelles elle a du sens : ce sont des femmes qui ressentent dans leur vie personnelle et notamment sexuelle les conséquences de l'excision et qui en pâtissent.

Une réparation multidimensionnelle

Des entretiens approfondis menés avec des femmes excisées dont certaines avaient eu recours à l'opération de chirurgie réparatrice, permettent de mettre en évidence le caractère multidimensionnel que revêt l'expérience de la « réparation ». La décision de recourir à la chirurgie réparatrice peut en effet s'envisager, non seulement comme une opération ouvrant la voie à la réversibilité des lésions physiques et physiologiques entraînées par les mutilations mais également comme un moyen, pour ces femmes, de résoudre un certain nombre de « hiatus » relatifs à leur identité. Il s'agit souvent pour elles de se forger une identité féminine conforme aux modèles dominants dans une société européenne sans renier pour autant leur histoire familiale et donc leur appartenance culturelle. Et c'est tout l'enjeu des dispositifs de prises en charge sanitaire de ces femmes et jeunes filles que d'être en mesure de les accompagner dans ce cheminement multidimensionnel.

15h-16h: SOINS AUX FEMMES MUTILEES : UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE.

« La reconstruction clitoridienne »

Par Dominique Louboutin de l'Hôpital Trousseau.

Les mutilations peuvent désormais faire l'objet d'une chirurgie réparatrice. Nous vous proposons ici de partager les résultats d'une étude sur le devenir des femmes opérées dans l'unité de l'Hôpital Trousseau (2005-2008) où elles ont été prises en charge dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, en s'interrogeant notamment sur la cicatrisation, la douleur, la sexualité, l'esthétisme et la « féminité ».

LA TECHNIQUE OPERATOIRE

On peut la résumer sommairement en un « désenfouissement » et une transposition du clitoris. C'est la méthode adaptée aux mutilations sexuelles féminines dites de « type II » (couramment appelé excision), c'est-à-dire lorsqu'il y a eu ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.¹⁰

METHODE

L'étude a porté sur 127 femmes ayant consulté à l'hôpital Trousseau entre octobre et septembre 2008, pour une demande de chirurgie réparatrice. Ces patientes avaient subi une mutilation sexuelle de « type II ».

L'ETUDE

37 patientes opérées entre 2005 et 2008 ont été recontactées. Elles ont été revues sur une moyenne de 17 mois après l'opération.

L'âge moyen des patientes est de 28 ans, allant de 18 à 47 ans. Ces femmes sont principalement originaires du Mali, du Sénégal et de Guinée.

¹⁰ Il existe en effet plusieurs formes de mutilations sexuelles féminines. A titre indicatif, l'OMS a établi en 2007 une classification des formes de mutilations sexuelles féminines, définissant 4 types : **Type I** Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie) **Type II** Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) **Type III** Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) **Type IV** Autres procédés de mutilations (scarifications, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...). Les mutilations sexuelles féminines (MSF) dites de type II et de type III représentent respectivement environ 80 % et 15 % des mutilations, selon le *Guide du Praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, DGS, juillet 2010.

LES RESULTATS

1 –Point de vue chirurgical

Le délai de cicatrisation est en moyenne d'un mois (3 semaines à 2 mois).

La douleur post-opératoire est évaluée à 6 sur 10, entraînant une prise d'antalgiques pendant environ 2 semaines (1 jour à 2 mois).

Complications à court terme: dans 8% des cas à moins de deux semaines après l'opération. On a également observé trois cas de surinfections dont un abcès, ayant nécessité une reprise au bloc opératoire. Quatre femmes (21%) ont évoqué une douleur rappelant l'excision.

Complications à moyen terme : 8 femmes (21 %) décrivent des douleurs clitoridiennes, de type « décharges électriques » qui étaient transitoires et peu invalidantes.

Complications à plus long terme: 4 patientes (11%) présentent un enfouissement cicatriciel secondaire du néo clitoris, entre 4 à 12 mois après l'intervention. Il est malheureusement difficile de prévenir cet enfouissement chez des patientes à risque de cicatrices chéloïdes. 6 femmes ont accouché, sans complications, par les voies naturelles, 10 à 24 mois après l'opération.

Sur le plan urinaire, aucune patiente n'a signalé de trouble.

2-Evaluation du plaisir sexuel

Avant l'opération : 78 % des patientes déclarent n'avoir soit aucune sensation, soit un ressenti désagréable lors de la stimulation (par le partenaire ou par masturbation). Chez les autres, la sensation agréable existait. Mais l'absence d'orgasme semblait être la règle dans 100% des cas. Sept femmes (20 %) présentent des dyspareunies d'intromission.¹¹

Post-opératoire : 69% des patientes déclarent une augmentation de la libido. Les douleurs sont améliorées dans 100 % des cas. Les sensations clitoridiennes étaient agréables dans 76 % des cas avec une apparition d'une sensation notée chez 20 femmes, voire d'une sensation orgasmique chez 7 femmes. On observe également une évolution d'une sensation agréable vers une sensation orgasmique pour trois femmes. Pour cinq d'entre elles, la sensation désagréable a disparue. Neuf patientes (24%) signalent l'absence d'amélioration. 82% des femmes déclarent une amélioration du plaisir sexuel (côté 7 sur 10).

Toutes les femmes qui éprouvaient du plaisir en préopératoire en éprouvaient aussi en post-opératoire, avec une augmentation de celui-ci chez 19 patientes.

Neuf patientes qui déclaraient ne pas éprouver de plaisir en préopératoire, déclarent en éprouver après l'opération.

3- Point de vue esthétique

Une amélioration de l'aspect de la vulve, selon les patientes, est observée dans 70% des cas.

¹¹ Douleurs lors de la pénétration lors de rapports sexuels.

Mais 11 femmes (30%) trouvent l'aspect inchangé voire détérioré. La majorité des femmes déclarent se sentir plus « féminines ».

CONCLUSION

L'opération est assez simple, sans complications majeures mais nécessite une prise en charge pluri disciplinaire. Cette étude est très réduite mais propose une assez bonne photographie.

Il faut prendre en compte la dimension psychologique, car pour plus de 70 % des femmes, la demande de chirurgie réparatrice participe d'une véritable « quête identitaire ».

UNITE de SOINS des FEMMES EXCISÉES, Hôpital Intercommunal de Montreuil

Par la Dr Emmanuelle ANTONETTI-NDIAYE, gynécologue-obstétricienne-chirurgienne, et par Sokhna FALL, victimologue, thérapeute familiale, ethnologue.

Nous avons créé l'Unité de soins des femmes excisées à l'Hôpital Intercommunal de Montreuil en 2007, après une première phase de pratique de cette chirurgie à l'Hôpital Rothschild puis à Trousseau. Cette première expérience nous a conduit à redéfinir l'unité comme une unité de **soins** plutôt que de chirurgie, pour répondre au mieux à la demande de la patiente, en s'appuyant d'abord sur les constats de la consultation médicale et en systématisant la pluridisciplinarité de l'accompagnement.

Nos patientes nous sont adressées par le réseau-ville : associations, services sociaux, médecins, médias..., ou en intra par le personnel de l'hôpital : sages-femmes en particulier. Cette orientation biaise parfois la demande des patientes par des discours réducteurs qui proviennent par exemple des médias : « l'horreur d'être excisée », qui stigmatise les femmes ; du milieu associatif : « être excisée est un drame dont la chirurgie est la réparation », vision qui ne correspond pas à toutes les situations ; du milieu médical « l'excision est une amputation dont la chirurgie est le remède », vision « organique » qui ne permet pas de traiter la complexité du vécu des patientes.

Les femmes que nous recevons sont le plus souvent originaires d'Afrique de l'Ouest – en effet, la plupart des populations immigrées pratiquant cette mutilation viennent de cette région – et appartiennent aux ethnies soninké, peulh, bambara, malinké... Elles ont le plus souvent été excisées bébé ou dans la petite enfance et d'une manière totalement déritualisée.

Le protocole que nous proposons aux patientes qui demandent la chirurgie clitoridienne est le suivant, dans l'ordre : une consultation médicale, une consultation psychologique, et une consultation sexologique. Les consultations sont volontairement à distance les unes des autres, ce qui favorise une élaboration de la demande spécifique à chaque patiente. Ensuite lors d'une réunion pluridisciplinaire, nous partageons nos informations et réflexions afin d'essayer de trouver la réponse la plus appropriée à la demande explicite ou implicite de la patiente. Cette réunion est aussi l'occasion pour nous de rencontrer d'autres équipes, de remettre en question et de faire évoluer nos pratiques.

La consultation médicale permet d'informer la patiente sur le type d'excision qu'elle a subie, de la rassurer quant aux conséquences sur sa vie sexuelle et la maternité.

La consultation psychologique a pour double objectif d'évaluer les éventuelles séquelles post-traumatiques de la patiente afin d'éviter une réactivation brutale de celles-ci en période post-opératoire. Elle

permet aussi d'évaluer le contexte dans lequel la patiente vivra éventuellement sa convalescence. Enfin, elle se veut le moment où la patiente pourra exprimer la souffrance psychique qu'elle met en lien avec l'excision.

L'objectif de la consultation sexologique est d'évaluer et, éventuellement, de faire évoluer la satisfaction sexuelle avant l'opération. Beaucoup de femmes sont tellement convaincues que l'excision les prive de tout accès au plaisir sexuel qu'elles n'ont rien exploré des capacités érotiques de leur corps, ou bien, connaissent le plaisir et l'orgasme mais n'en savent rien, convaincues qu'elles sont d'être « handicapées ».

Le recul (limité) que nous avons aujourd'hui, nous a conduit à penser que la demande de « réparation chirurgicale » masque très souvent une demande de réparation d'autres traumatismes, sexuels pour la plupart. L'intervention chirurgicale est attendue comme le remède qui effacera le passé douloureux.

Elle peut être aussi demandée parce que les femmes baignées dans un discours occidental qui en condamnant l'excision n'évite pas toujours d'en stigmatiser les victimes, se vivent comme « anormales », « honteuses » de leur situation. Il arrive également que l'intervention soit demandée dans un contexte de difficultés de couple, avec un déplacement sur l'excision et donc sur la femme.

Ces différents types de demandes masquées doivent inviter à la plus grande prudence par rapport à l'indication de la chirurgie, le risque étant très grand que les patientes soient non seulement déçues mais aussi fragilisées après l'opération.

Dans presque tous les cas, la demande de chirurgie est l'affaire de la femme, qui n'en n'a parlé à aucun proche, surtout pas à sa mère, rarement à son compagnon. Cela pose ou révèle parfois une difficulté en termes d'identité culturelle. Les demandes les plus aisées à satisfaire sont celles où la femme attend simplement de la chirurgie qu'on « lui rende ce qu'on lui a pris ».

La technique créée par le Dr Foldès peut être envisagée dans tous les types d'excision. Il s'agit d'une chirurgie sans transposition d'autres tissus qui consiste à reprendre la cicatrice de la mutilation, à libérer le moignon clitoridien par dissection et levée des adhérences. Ensuite, la tranche saine du corps érectile est réimplantée en position quasi anatomique. Dans notre unité, les femmes sont opérées dans l'après-midi et passent une nuit à l'hôpital, ce qui permet de les accompagner pour les premiers soins. Un protocole antalgique a été mis au point par le service d'anesthésie pour leur éviter si possible toute souffrance pendant la cicatrisation assez longue, de quinze jours à deux mois.

Les patientes sont ensuite revues 15 jours, puis un mois, puis deux mois, puis trois mois, puis six mois après l'intervention.

Il nous semble qu'il reste certaines idées reçues à combattre (et la liste n'est pas exhaustive) parce qu'elles participent de la souffrance des femmes excisées, à savoir :

- *L'excision empêche le plaisir sexuel*
- *L'excision est moins nocive quand elle est pratiquée bébé*
- *Les femmes excisées ne sont pas « normales »*
- *L'excision ne cause de souffrance qu'aux femmes « occidentalisées »*

-Seules les familles instruites ou « intégrées » arrêtent d'exciser

En conclusion, il nous paraît important de rester conscient des limites de la chirurgie (la chirurgie n'est pas la réparation) ; de prendre le temps d'identifier la demande cachée derrière la demande ; et de se méfier du pouvoir « mutilant » des discours : les femmes ont le droit d'en finir avec la honte (honte de ne pas être excisées dans les sociétés qui excisent, honte d'être excisée ici). Il s'agit bien d'abolir l'excision, et pas les femmes qui ont été excisées.

Aujourd'hui, en 2011, il faut aussi être conscient que beaucoup de familles, ici et en Afrique, abandonnent la pratique suite aux campagnes d'information, ou d'elles-mêmes. Certaines familles continuent, envers et contre tout, usant de tous les moyens possibles, trahison, pressions, violences pour exciser leurs filles. Dans ce contexte, LA PRÉVENTION DES MUTILATIONS PASSE PAR LE REPÉRAGE DES MALTRAITANCES ET DES VIOLENCES en général.

16h-16h30 : PARLER DES MSF EN CONSULTATION : POURQUOI ? COMMENT ? »

Par Dr Mélanie HOROKS (médecin généraliste).

J'ai réalisé une thèse en médecine générale en décembre 2008, sur « Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale », basée sur une enquête auprès des patientes excisées (100 patientes interrogées par 11 médecins), et auprès de 11 médecins ayant participé à la première enquête.

L'enquête auprès des patientes a révélé qu'elles sont en demande d'information sur la pratique des mutilations sexuelles féminines, sur leur mutilation et sur les possibilités de prise en charge. Elles sont également exposées à d'autres formes de violences, notamment les violences conjugales.

Lors de la deuxième partie de l'enquête, les médecins ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à aborder le sujet avec leurs patientes. Ils constatent également que les femmes n'avaient pas de réticences à parler. Enfin, ils soulignent tous l'utilité de ces entretiens.

Le point essentiel qui ressort de ce travail est que pour prendre en charge les patientes qui ont subi une mutilation sexuelle, il faut commencer par leur en parler : c'est simple et c'est utile.

Pourquoi aborder ce sujet en consultations ?

Aborder le sujet en consultation permet de : diagnostiquer les mutilations ; de dépister les complications ; de proposer une prise en charge le cas échéant, et d'agir pour la prévention de manière plus générale.

Comme en témoignent les médecins ayant participé à l'enquête, le simple fait de poser un certain nombre de questions permet déjà d'amorcer une démarche de soin : demande de reconstruction chirurgicale, de lubrifiant, sujet ré abordé spontanément par les femmes lors de consultations ultérieures. Certaines femmes ont même souhaité participer à des séances d'information sur le sujet, ou ont incité des amies mutilées à consulter.

Comment aborder les MSF en consultation ?

A quelles femmes faut-il en parler ? A quel moment ? Avec quels mots ? Et quelles questions poser ?

Pour répondre à ces questions, j'ai réalisé à partir de cette étude, une grille d'entretien à utiliser en consultation. Cette grille est présentée aux médecins en formation, lors d'un module que j'anime à la faculté de médecine depuis 2009.

Il faut poser systématiquement la question « êtes vous mutilée ? » à toutes les femmes originaires d'un pays où l'on pratique les mutilations, quel que soit le motif de leur consultation. Si elle répond « oui », il faut prendre le

temps de lui expliquer ce qu'elle a subi, et rechercher les conséquences néfastes. Il faut également l'informer sur la réparation chirurgicale. Enfin, il faut aussi l'interroger sur ses intentions quant à ses filles si elle en a, et lui fournir des plaquettes d'information. Cela peut se faire sur plusieurs consultations.

Les différentes consultations doivent ainsi permettre :

- Diagnostiquer les mutilations, expliquer, décrire
- Recueillir l'histoire de la mutilation
- Rechercher les complications psychologiques, médicales, sexuelles
- Proposer une prise en charge spécifique
- Prévenir les MSF chez les filles
- Remettre les brochures d'information.

Ces éléments ne concernent que les patientes majeures, car en cas de patientes mineures, le signalement est obligatoire.

*** Echanges avec la salle ***



PARTIE 2 : ACTUALITE DE LA PREVENTION EN ILE-DE-FRANCE :

« LA PREVENTION EN PMI : L'EXEMPLE DE LA PMI DE PARIS »

Par Dr Marcelle DELOUR, Médecin chef du service de PMI de Paris, Direction des Familles et de la Petite Enfance.

Cette intervention est l'occasion d'une introduction sur la nouvelle « note de service » concernant les mutilations sexuelles féminines, qui sera présentée officiellement le 11 mars prochain lors d'une journée de sensibilisation à destination de l'ensemble des professionnel-le-s de la protection maternelle, infantile et aussi de la planification de Paris.

La mobilisation des équipes de PMI dans la lutte contre l'excision à Paris remonte à 1988 : il apparaissait alors nécessaire de renforcer l'information des familles (car dans les procès en cours, la ligne de défense des familles étaient qu'elles ne « savaient » pas) et de signaler les excisions constatées aux autorités judiciaires. En 2000, une journée de sensibilisation avait été organisée, et avait permis de poser les principes suivantes : information systématique des familles originaires d'Afrique subsaharienne (sur l'interdiction), examen clinique systématique des petites filles, inscription des résultats de l'examen dans le dossier, et signalement systématique aux autorités judiciaires de toute excision constatée en explicitant très clairement aux parents le but de la démarche (signalement préventif pour protéger les enfants suivants). Un « signalement préventif » a été mis en place avec le Tribunal pour enfants (crainte d'excision lors d'un séjour programmé au pays).

Cette politique de prévention/protection a eu des effets significatifs. D'une part le nombre d'excisions constatées et signalées en protection infantile a beaucoup diminué, et n'a plus concerné que des mutilations effectuées dans les pays d'origine. Il est apparu que l'âge de l'excision était

repoussé à la période scolaire, ou à l'occasion d'un mariage arrangé pour les adolescentes. Cette évolution amène à revisiter les procédures de repérage des situations à risque, en milieu scolaire ou en utilisant les occasions de contact avec les femmes ou les familles pour identifier celles qu'il faut protéger, ou convaincre de protéger leurs petites filles ou leurs adolescentes. Par ailleurs, les populations exposées ne sont plus seulement celles d'Afrique subsaharienne, car d'autres populations originaires d'autres pays sont maintenant concernées. Enfin, les procédures de signalement judiciaire pour la protection des mineurs ont été profondément remaniées par la loi du 2 mars 2007.

Le service de PMI a donc résolu d'actualiser ses procédures de service et d'étendre les recommandations de vigilance pour le repérage des situations nécessitant des mesures de prévention ou de protection pour les mineures aux champs de la protection maternelle et de la planification familiale.¹²

En protection maternelle, les objectifs sont de prendre en compte les risques obstétricaux en cas de constat d'excision, d'informer les femmes des possibilités de la chirurgie reconstructrice, de s'assurer de la protection des enfants à naître de sexe féminin, et de repérer les mariages forcés.

En planification familiale, les jeunes filles peuvent être renseignées sur l'existence d'une mutilation et accompagnées dans cette révélation, informées sur les mesures de prévention et / ou de protection. Les mères sont informées des mesures de protection pour leurs enfants et ceux de leur famille, et des possibilités de la chirurgie réparatrice.

Le service de PMI a établi un référentiel d'analyse et d'intervention pour les différentes situations où la question de l'excision peut ou doit être abordée par les professionnels concernés par ces trois champs d'action. Ces référentiels donnent les éléments d'appréciation des situations, des risques spécifiques à chacune, en tenant compte des nécessités parfois antagonistes de confidentialité et de dénonciation. Ils précisent les circuits de saisine des autorités de protection des mineurs et les équipes ressource pour l'information et l'accompagnement. Les référentiels, diffusés sous forme d'une note de service, ont été diffusés largement à l'ensemble des acteurs concernés par le sujet, les professionnel-le-s du service de PMI, les maternités, les centres de planification, les services sociaux et de santé scolaires, les centres de santé, CIDAG, CIDIST, les partenaires associatifs.

Tous ces professionnels seront invités à une demi-journée de formation sur cette actualisation des connaissances et des pratiques sur ce thème le 11 mars 2011.

¹² Voir note de service en annexe 2 de ce document.

« Présentation d'un nouvel outil pédagogique autour du film « *L'appel de Diégoune* » (Tostan/ Respect)

Par Marine CASAUX (Tostan).

Tostan est une ONG internationale, créée en 1991 et basée au Sénégal. Tostan met en œuvre dans 8 pays d'Afrique de l'Ouest et de l'Est un programme d'éducation non formelle auprès d'adultes et d'adolescents qui ont souvent peu bénéficié des systèmes d'éducation formelle. Dans les communautés où elle intervient, Tostan met en œuvre un programme de développement qui dure 3 ans. Les participant-e-s aux classes sont invités à réfléchir dans leur langue maternelle sur les droits humains, la démocratie, la résolution des problèmes, l'hygiène et la santé. La dernière phase du programme est consacrée à l'alphabétisation fonctionnelle en langue locale, à l'apprentissage du calcul et de la gestion de projets.

Le programme de Tostan permet aux participant-e-s et à leur entourage d'acquérir de nouvelles connaissances sur les thèmes abordés en classe (éducation, santé, violences, hygiène, prise de décision collective etc.), de mener leurs propres réflexions et d'initier des discussions à l'échelle de la communauté. Ce processus est le socle de la remise en question de situations ou de pratiques qui étaient auparavant perçues comme données. Les réflexions et les discussions sont facilitées par une méthodologie qui invite chacun à participer, à dialoguer et à respecter l'autre. Le programme facilite l'émergence au niveau local de leaders et encourage des prises de décision au niveau collectif.

C'est ce processus qui est à l'origine de changements de comportements durables et effectifs. Certains de ces changements étaient attendus : hausse de la demande de santé, amélioration de la nutrition, diminution de la mortalité infantile et maternelle, amélioration de l'assainissement des villages etc. D'autres sont survenus sans que Tostan ne les planifie : en 1997, un village sénégalais (Malicounda Bambara), qui suivait le programme de Tostan, annonce publiquement renoncer à la pratique de l'excision. Cette décision historique va déclencher un mouvement de promotion des droits humains et de l'abandon de l'excision de grande ampleur au Sénégal, puis dans les pays voisins.

La naissance du projet de film de sensibilisation communautaire : l'Appel de Diégoune

En 2008, Respect, une ONG belge, rencontre le village de Diégoune. Ce village de Casamance, au sud du Sénégal, reçoit à cette époque le programme de Tostan et vient juste de participer à une Déclaration Publique pour l'abandon de l'excision avec 90 villages voisins.

Un Déclaration Publique est un moment de joie et de fierté au cours duquel des représentants de villages viennent annoncer publiquement leur décision de renoncer à la pratique de l'excision (souvent couplée à l'abandon de la pratique des mariages précoces et forcés). C'est une étape importante du processus d'abandon : il survient généralement après que des communautés aient suivi un programme d'éducation aux droits humains, au cours duquel un éveil des consciences individuel et collectif s'est opéré. Les nouvelles informations reçues au cours du programme d'éducation ont pu être discutées dans des villages liés entre eux (réseaux familiaux, sociaux, d'échange économique...), qui ont pu trouver un consensus sur une décision. Les Déclarations publiques ne marquent cependant pas l'aboutissement du processus : elles sont permises parce qu'une masse critique d'individus a fait le choix de faire évoluer une norme sociale qui liait le groupe. Il y a toujours des résistances possibles, c'est pourquoi le travail de sensibilisation pour l'abandon de l'excision doit être poursuivi après les déclarations publiques.

Le film de 35 minutes, tourné à Diégoune, est le premier du genre pour Tostan : il met en scène des témoignages d'acteurs locaux ou locales du mouvement pour l'abandon de l'excision. Ils et elles expliquent les raisons qui les ont poussé-e-s à prendre une telle décision. Le film, tourné en langue locale, mobilise des éléments familiers de la culture traditionnelle et repose sur une approche respectueuse de l'excision, tant au niveau des images que du langage.

L'Appel de Diégoune en Casamance

Le film a été projeté par Tostan dans plus de 70 villages de la région lors de projections-débats organisées dans les communautés recevant directement ou indirectement le programme de Tostan¹³. Une évaluation d'impact sur les projections du film, coordonnée par Tostan France en 2009, a révélé des résultats très encourageants en termes :

- d'évolution des connaissances des personnes enquêtées sur l'excision (origine et conséquences de la pratique) ;
- d'avancée de la réflexion au niveau individuel : ceux et celles qui étaient déjà convaincu-e-s de leur décision d'abandonner ont été renforcé-es dans leur décision ; ceux ou celles qui avaient abandonné pour suivre la majorité ont trouvé des arguments et un sens à leur décision ; pour ceux qui étaient

¹³ Les villages recevant indirectement le programme de Tostan sont dits les « villages adoptés » : ils participent pas directement au programme de Tostan mais sont impliqués dans le processus de changement social grâce au système de la *diffusion organisée* des connaissances. Les villages participant au programme choisissent des communautés avec lesquelles ils prennent des décisions (liens de parenté, de mariage, de commerce etc) pour partager avec elles leurs nouvelles connaissances, au travers de rencontres inter-villageoises. C'est ce processus de sensibilisation, mené par les villages eux-mêmes, que l'on appelle la diffusion organisée.

opposés à l'abandon, une remise en question s'est opérée. Ainsi 75% des personnes interrogées dans les villages adoptés ont déclaré avoir changé d'avis grâce au film ;

- d'impact sur le groupe : l'enquête a montré une réappropriation du message du film par les villages qui ont accueilli une projection. Le message du film a en effet été réutilisé lors de réunions publiques de sensibilisation organisées par les villageois.

L'Appel de Diégoune en France

Le film a été projeté en France lors de demi-journées de formation sur l'excision, en particulier celle organisée le 1^{er} février 2010 par la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité. Les professionnel-le-s ont fait des retours très positifs sur un outil qu'ils ou elles considéraient comme inédit, permettant d'aborder la question de l'excision à partir des mobilisations sociales en faveur de l'abandon de la pratique dans les pays d'origine.

L'idée est donc née avec la DRDFE et le Comité UNICEF France d'accompagner la diffusion du film auprès des professionnel-le-s, d'en faire un outil ré appropriable dans leur contexte d'intervention. Un livret en deux parties a été conçu pour répondre aux attentes des professionnel-le-s qui souhaiteraient utiliser l'Appel de Diégoune auprès de leur public.

La première partie du livret suggère la manière dont une séance de discussion pourrait se dérouler autour de l'Appel de Diégoune. La séance d'animation repose sur une pédagogie interactive, qui incite à une participation et à un échange constant entre l'animateur-trice et son public mais aussi entre les participant-e-s eux-mêmes ou elles-mêmes. La discussion débute sur des réflexions autour de l'importance du dialogue. Elle poursuit sur un échange à propos de l'importance des droits humains fondamentaux (respect/violations). Enfin, la question de l'excision est abordée à travers le prisme du droit à la santé et du droit à être protégé-e contre toute forme de violence. Des pistes d'échanges sont données autour du film.

La deuxième partie du livret s'articule autour de questions/réponses thématiques sur :

- le film (contexte dans lequel il a été tourné, données socio-culturelles) ;

- la méthodologie pour l'abandon de l'excision, basée sur les normes sociales, qui sous-tend l'approche du film (comment de nouvelles informations délivrées en matière de droits et de santé, sur du long terme, sont ensuite discutées collectivement au sein de communautés liées entre elles, pour parvenir à un consensus sur l'abandon de l'excision) ;
- l'intérêt du film et les clés de sa réappropriation en France (le film permet notamment de montrer que dans les pays d'origine, les situations ne sont pas figées. Il illustre l'importance d'une approche respectueuse, la nécessité de donner la possibilité à un groupe de discuter de la possibilité de l'abandon, l'importance de favoriser une prise de conscience individuelle, par laquelle les individus font eux-mêmes le lien entre l'excision et les conséquences néfastes de la pratique).

Où trouver le film ?

Le film est gratuit. Il peut être commandé lors de la demi-journée à l'aide des bons de commande mis à disposition. Les bons de commande peuvent également être renvoyés par voie postale ou électronique à Tostan France. ¹⁴

Des exemplaires seront également mis à disposition dans des lieux ressources tels que : Tostan France, la DRDFE, les PMI, le Centre Hubertine Auclert, l'Observatoire des violences envers les femmes du 93, les chargées de mission départementales aux droits des femmes et à l'égalité, le Conseil Général du 91, des réseaux d'associations etc).

¹⁴ Voir contacts à la fin du document.



CONCLUSION.

Par Roselyne BACHELOT NARQUIN, Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale.

« Il est des événements qui nous **rassemblent**, tout en rappelant combien, hélas, certains de nos concitoyens – en l’occurrence, certainEs de nos concitoyenNEs – se voient tenus à **l’écart des libertés et des droits les plus fondamentaux**.

La **journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines (MSF)** est de ceux-là.

J’y vois, en effet, une occasion indispensable d’**informer** et de **sensibiliser** le plus grand nombre à ces **traumatismes physiques et psychiques** que constituent les MSF et qui vous ont été richement détaillés cet après-midi.

Mais cette journée est aussi, hélas, le signe que cette **pratique intolérable persiste**.

N’oublions pas que cette date a été fixée, en 2003, par le **Comité interafricain** et célébrée au niveau international à partir de 2004. Sur cette question, nul ne peut s’aventurer à parler de **relativisme culturel**. Il s’agit d’une cause qui dépasse les frontières et les cultures, et qui implique une coopération de tous les pays.

Les chiffres, nous les connaissons tous et vous les avez sans doute déjà évoqués : 53000 femmes sont concernées dans notre pays.

Les travaux de l’Institut national des études démographiques (INED) et les résultats de l’enquête qui vous a été présentée aujourd’hui nous permettent de mieux cerner la réalité du phénomène et l’impact de ces mutilations sur la vie quotidienne des femmes.

Grâce à ces données, nous savons que ce qui importe avant tout, c’est que chacune de ces femmes ait **accès à la parole et au choix de la réparation**.

Vous toutes et vous tous qui, au quotidien, prenez en charge ces femmes mutilées, le savez bien : les **conséquences sur leur santé physique et psychique et sur leur sexualité** sont extrêmement lourdes. Vous les avez soulignées au cours de vos différentes interventions.

Les mutilations sexuelles sont aussi, plus largement, une atteinte à la dignité humaine. Parmi toutes les violences qui sont faites aux femmes, les mutilations sexuelles féminines sont sans doute **celles qui nient le plus les droits des femmes**.

En violant le droit de chacune à **disposer de son corps**, en violant son droit à l'intégrité, son droit au **plaisir**, et en assignant le corps de femme au seul corps de mère, les mutilations de cette sorte violent, tout simplement, le droit de chacune à être femme.

Elles entretiennent la domination des hommes sur les femmes, d'une façon d'autant plus effarante que ce sont des violences faites aux femmes **par d'autres femmes**.

Et elles sont d'autant plus difficiles à entraver que les mères souhaitent pour leurs filles le sort qu'elles-mêmes ont subi, dans une sorte de **servitude volontaire et héréditaire**.

Dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, le rôle des **pouvoirs publics**, mais aussi et surtout celui des **professionnel-le-s sanitaires et sociaux** et des **associations**, qui œuvrent sur le terrain avec un engagement et des compétences hors du commun, sont, par conséquent, essentiels.

Si j'ai tenu à participer à cette demi-journée, c'est donc d'abord pour vous exprimer mon **soutien** et ma **reconnaissance**. Et je suis heureuse de pouvoir vous rencontrer après mon intervention pour un échange plus approfondi.

Si j'ai tenu à venir, c'est aussi pour vous dire mon engagement et ma détermination, et, plus largement, celle du gouvernement, pour que cette question garde toute sa place dans le prochain **plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013**.

J'aimerais d'abord, si vous me le permettez, vous rappeler l'importance d'un tel plan (I), avant d'en venir plus spécifiquement au chapitre consacré aux mutilations sexuelles féminines (II).

Ce plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes s'appuiera sur les **grandes orientations** développées dans les deux précédents plans : former tous les professionnel-le-s, protéger les victimes et les accompagner dans la défense de leurs droits, éviter la récurrence et engager la société tout entière contre la banalisation des violences.

Pour la première fois, il s'attaquera également aux **violences sexistes et sexuelles au travail**.

Vous le savez, 2010 a été une année particulièrement volontariste dans le domaine de la lutte contre ces violences, avec le label **Grande cause nationale** attribué par le Premier Ministre et l'adoption de la **loi du 9 juillet 2010** « relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants », voté à la quasi-unanimité à l'Assemblée Nationale.

En 2011, je vous le dis donc très fermement : notre **mobilisation** reste entière.

Car lutter contre les violences faites aux femmes, c'est lutter contre la tyrannie ordinaire, contre le pouvoir exercé de force sur le corps et l'esprit. C'est lutter **contre l'assujettissement et la privation des droits**. C'est lutter pour l'égalité entre les hommes et les femmes, en ce que la question des violences est la **clé de voûte des inégalités** entre les hommes et les femmes.

Les mutilations sexuelles féminines, je le disais, poussent à leur paroxysme l'assujettissement de la femme et la privation de ses droits fondamentaux.

C'est pourquoi le plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes comporte, tout naturellement, un **volet consacré aux MSF**.

Sensibiliser davantage le grand public et les professionnel-le-s ; **faire évoluer la législation** ; et **former** les professionnel-le-s, afin de prévenir, de dépister et de prendre en charge : tels sont les 3 **grandes orientations** choisies pour les trois prochaines années.

J'aimerais m'arrêter quelques instants sur ces dernières.

Sensibiliser, d'abord.

Il est primordial, en effet, de faire sortir les mutilations sexuelles féminines de la sphère intime, privée et taboue, pour qu'elles deviennent ce qu'elles sont véritablement : un sujet de droit et une responsabilité collective, un sujet de société dont chacun de nous doit s'emparer.

Cela passe par une meilleure information à destination des **professionnel-le-s**, quant à la conduite à adopter en cas de mutilation avérée ou en cas de menace de mutilation.

Cela passe par une meilleure information du **grand public**, qui doit mieux connaître la gravité des MSF et leur impact sur la vie quotidienne des femmes.

La **brochure d'information** « Agir face aux MSF », actualisée en 2010, est déjà en rupture de stock. Nous ne pouvons que nous féliciter de cette large diffusion. Elle sera bien évidemment actualisée et reproduite, car elle fait partie de ces outils clairs, utiles et pertinents.

Assurer l'accès à l'information des **femmes et des jeunes filles primo-arrivantes** reste une priorité.

Sensibiliser, c'est aussi mieux informer les familles sur les **risques encourus** d'un point de vue pénal. A ce sujet, je rappellerai qu'ici encore, nous avons besoin des professionnel-le-s pour protéger les enfants, y compris de leur propre culpabilité qui les empêcherait de révéler l'excision.

Ce plan triennal propose ensuite, dans une autre de ses grandes orientations, de **faire évoluer la législation**.

Ainsi, afin de garantir l'efficacité de la loi du 9 juillet 2010, des instruments de suivi législatif seront mis en place pour assurer l'**application** des mesures prévues.

Il nous faut, en outre, aller plus loin en matière de droit. Le **code pénal** permet, à l'heure actuelle, de réprimer les violences physiques avec mutilation. Je souhaite qu'un **qualificatif juridique spécifique** pour les faits de mutilation sexuelle voie le jour. Car il est important d'indiquer de manière claire quelles sont les pratiques autorisées en France et quelles sont les pratiques interdites. « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement. »

Il ne doit pas y avoir de pudeur hypocrite sur cette question là, ni dans notre société ni dans notre législation.

Dernière orientation que je voulais évoquer devant vous : la **formation des professionnel-le-s** confrontés aux problématiques des violences et mutilations sexuelles.

C'est l'une des missions fondamentales du réseau des **déléguées régionales** et des **chargées de mission départementales** aux droits des femmes et à l'égalité. Je voudrais les saluer pour leur travail remarquable et leur engagement sans faille.

Cet après-midi d'échanges le prouve bien : information et formation sont inextricablement liées. J'en profite pour remercier le lycée François Rabelais et ses responsables de nous accueillir aujourd'hui.

Les **formations initiales** et **continues** s'avèrent indispensables si nous voulons permettre aux professionnel-le-s de mieux prévenir les violences, de mieux repérer et mieux prendre en charge les femmes victimes de mutilations sexuelles féminines.

Un **rapport** sera remis au Parlement avant le 30 juin 2010, afin de dresser un état des lieux récent et exhaustif sur le sujet, et d'adapter en conséquence la réponse des pouvoirs publics. Il doit inciter l'ensemble des acteurs à se mobiliser.

Vous le voyez, notre **mobilisation** contre les mutilations sexuelles féminines et, plus généralement, contre les violences faites aux femmes, se trouve réaffichée et renforcée par ce plan national.

La lutte contre les mutilations sexuelles n'en est qu'un des axes, que je tenais à vous présenter à l'occasion de cette rencontre. D'ici la fin du mois, c'est l'ensemble du plan qui sera détaillé.

La lutte en faveur des femmes et de leur liberté constitue mon plus ardent engagement. Il a jalonné mon parcours politique.

Aujourd'hui **ministre des droits des femmes**, c'est avec la même détermination que je mène le combat.

Je compte sur vous toutes et vous tous, sur les hommes et sur les femmes, pour faire avancer notre société tout entière.»



3. Bibliographie et liens utiles.

A. DES OUTILS DE PREVENTION

- **Une plaquette régionale d'information et prévention** : (actualisée en 2010)

« **Agir face aux mutilations sexuelles féminines** ». Délégation Régionale aux Droits des femmes et à l'Égalité d'Ile-de-France. <http://www.idf.pref.gouv.fr/actu/breves/2010/prevention-mutilations-sexuelles.html>

** Disponible à la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France, sur simple demande : Tel : 01 82 52 43 25/29.

- **Une plaquette nationale d'information et prévention (2009)**

« **Combattre l'excision** » (2009). Disponible en ligne sur le site du Service des Droits des Femmes et à l'Égalité : <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/femmes-egalite,772/lutte-contre-les-violences-les,5969.html>

- **Des guides** :

Guide « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines ». Direction Générale de la Santé, 2008 [Disponible en ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/documentation,1654.html>]

Guide d'intervention en milieu scolaire : "Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir". SDFE/ Ministère de l'éducation nationale, 2010.
<http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/femmes-egalite,772/dossiers,773/egalite-en-droits-et-dignite,1721/lutte-contre-les-violences,873/>

CD-ROM « Mutilations Sexuelles Féminines : Agir, Prévenir, Accompagner et Réparer ... Pour en finir ». (Supports pédagogiques) Gynécologie Sans Frontière, 2008. A commander en remplissant le bon suivant : <http://www.gynsf.org/MSF/CDROM.pdf>

Guide COMEDE « Prise en charge médico-psychosociale des migrants/étrangers en situation précaire »: http://www.inpes.sante.fr/guide_comede ou : www.leguideducomede.org (page 275 et suivantes)

« **Mutilations sexuelles féminines : guide à l'usage des professionnels concernés** », SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique. Bruxelles; 2011.
www.health.belgium.be/filestore/19069611.../Guide%20MGF-FR_WEB.pdf.

- **Des vidéos et documents pour des séances de prévention :**

« **L'appel de Diégoune** », et son livret pédagogique, TOSTAN/DRDFE, 2011 à commander gratuitement auprès de l'association Tostan (www.tostanfrance.org) pour en avoir un exemplaire. Pour consulter ce film documentaire de 45 minutes.

<http://www.tostanfrance.com/l-appel-de-diegoune/nos-campagnes-pour-tostan/lappel-de-diegoune.html> (version française).

« **Femmes assises sous le couteau** ». Manuel destiné à l'animation de réunions ayant pour thème la **prévention des mutilations sexuelles féminines** », GAMS (Disponible en ligne sur : http://www.federationgams.org/pdf/femmes_assises_couteau.pdf).

« **Femmes assises sous le couteau** », film documentaire, disponible à l'achat en DVD sur <http://www.cine3mondes.com> en partenariat avec le GAMS.

« **Le pari de Bintou** », film de 17 minutes, CAMS.

"**Moolaade**" 2004, Film de Ousmane Sembene, Prix "Un certain regard" Festival de Cannes, avec Fatoumata Coulibaly, Maïmouna Héléne Diarra, Sénégal, 2002 117 min. Disponible à l'achat par exemple sur : <http://www.boutique.amnesty.fr/librairie/dvd-moolade.html>

"**Bilakoro**", film documentaire de Johanna Bedeau, Château Rouge Production, 52 min.

« **Nos filles ne seront pas excisées** », ouvrage collectif, GAMS, 2006.

« **Le pacte d'AWA. Pour en finir avec les mutilations sexuelles** », A. Boussuge et E. Thiébaud, Syros 2006.

« **Kuma : la parole** » clips vidéos diffusés à la radiotélévision malienne, réalisé par Jessy Nottola et Julie Chevrolet, Respect, Version bambara sous-titrée, 2009.

Pour aller plus loin :

- **Abandon Collectif de l'Excision: Le Début de la Fin (Gerry Mackie, 2000)**

(Disponible en ligne sur

http://www.tostanfrance.com/images/stories/ressources/mackie_fr_2000.pdf

- **Persécutions des femmes. Savoirs, mobilisations et protections, Terra / Editions du Croquant, 2007.** Quelques articles en ligne sur le site Terra : <http://www.reseau-terra.eu/rubrique102.html7>

- **Des ouvrages, des témoignages :**

La coupure : l'excision ou les identités douloureuses, Christine Bellas Cabane, La Dispute, 2008.

"Exciseuse" Natacha Henry. Linda Weil-Curiel. Entretien avec Hawa Gréou, City Editions, 2007.

Victoire sur l'excision. Hubert Prolongeau. Paris : Albin Michel, 2006

Mutilée, Khady Koita et Marie-Thérèse Cuny, Pocket, 2006.

Qui a peur du point G ? Le Plaisir féminin, une angoisse masculine, Odile Buisson et Pierre Foldès, éd. Jean-Claude Gawsewitch.

NB : De nombreux mémoires de recherche réalisés par des étudiant-e-s (médecins, infirmières, assistante sociale etc) traitent de la problématique d'un point de vue pratique. Vous pouvez en trouver plusieurs sur le site <http://www.gynsf.org/msf.php>

Ou bien dans la bibliographie de l'enquête « Excision et Handicap » (*cf. supra*) et aussi en libre accès au centre de documentations du GAMS sur Paris (*cf. infra*).

B. DES DONNES SUR LA PRATIQUE EN France

« **Les mutilations sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Excision et handicap** » Fiche d'Actualité décembre 2009, INED, fiche 10.

http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite/mutilations_sexuelles_feminines_france/

« **Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France** », Populations et sociétés, n° 438, 2007.

http://www.ined.fr/fr/publications/pop_soc/bdd/publication/1333/

Les rapports des enquêtes qualitative et quantitative « Excision et Handicap » en France, en intégralité (Disponible en intégralité en ligne) :

<http://www.univ-paris1.fr/ufr/idup-institut-de-demographie-de-luniversite-paris-1/cridup/projets-de-recherche/enquete-exh-excision-et-handicap/>

C. DISPOSITIFS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

Article 14 de la loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

Une fiche récapitulative rédigée par le Service des Droits des Femmes et à l'Égalité, Disponible en ligne sur :

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_loi_mutilations.pdf

Circulaire N° 2006/529 du 13 décembre 2006 : Formation des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dans le cadre de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_MSF_SF_PM.pdf

Circulaire N° 2007/98 du 8 mars 2007: Formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_formation_medicale_mutilations_sexuelles.pdf

D. DES TEXTES DE REFERENCES INTERNATIONAUX

La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990.

Elle dispose dans son article 24 que : "Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants". Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains, comme le Bénin ou le Mali.

La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984. Elle dispose dans son article 2 que : "Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives,

pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes."

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986.

Elle dispose dans son article 4 que : "La personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit". Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte.

La Charte Africaine des droits et du bien être de l'enfant. Elle dispose, dans son article 21.1, que :

" Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier : a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ; b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons. "

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, ou Protocole de Maputo, adopté le 11 juillet 2003, lors du second sommet de l'Union africaine à Maputo, au Mozambique.(Disponible en ligne :

http://genre.francophonie.org/IMG/pdf/PROTOCOLEALACHARTEAFRICAINESDROITSDEL_HOMME ETDESPEUPLESRELATIFAUxDROITSDES FEMMES.pdf)

Résolution du Parlement européen du 5 avril 2011 sur les priorités et la définition d'un nouveau cadre politique de l'Union en matière de lutte contre la violence à l'encontre des femmes.

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0127+0+DOC+XML+V0//FR>

- **Des déclarations internationales et rapports internationaux récents :**

Eliminer les Mutilations Sexuelles Féminines : Déclaration Interinstitutions (HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, 2008) (Disponible en ligne sur http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/fgm/fgm_statement_2008_fr.pdf)

Rapport «La situation des petites filles dans le monde» du Secrétaire Général des Nations Unies (octobre 2010) Disponible en ligne sur : <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ac9ac712>

E. POUR ALLER PLUS LOIN SUR LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES

MUTILEES:

Peu de documents traitent de façon claire et synthétique de la **réparation clitoridienne** (d'un point de vue technique), et de la prise en charge des femmes mutilées – qui reste encore une discipline et un champ d'intervention socio-médical récent :

Vous pourrez cependant trouver des informations en consultant les documents suivants :

- **Le CD Rom réalisé par Gynécologies Sans Frontières (2008- actuellement épuisé, mais consultable en ligne)**, qui détaille les techniques chirurgicales de réparation et présente les modalités d'une prise en charge pluridisciplinaire.

<http://www.gynsf.org/msf.php>

- **Colloque violences faites aux femmes du 5 février 2010 – Nancy sur « Violences conjugales et mutilations sexuelles féminines » organisé par Gynécologie Sans Frontières.**

Vous trouverez notamment en ligne (vidéothèque numérique de l'enseignement supérieur, rubrique « médecine »), l'enregistrement vidéo du colloque, et notamment une présentation power point sur la réparation chirurgicale « *Conséquences médicales et prise en charge pluridisciplinaire. Réparation chirurgicale* » par Bernard-Jean PANIEL du C.H.I. de Créteil, qui rappelle les principales mutilations sexuelles et donne des indications de chirurgie réparatrices.

http://www.canalu.tv/producteurs/canal_u_medecine/dossier_programmes/gynecologie_obstetrique/colloque_et_evenement/gsf_2010_violences_faites_aux_femmes/gsf_2010_16_mutilations_sexuelles_feminines_reparation_chirurgicale

- **Le compte rendu du Colloque organisé à l'Académie de Médecine en 2008, « Mutilations sexuelles féminines : la France en action »** ; avec une intervention du Dr Pierre Foldès et du Pr Pierre Henri Philippe sur la réparation chirurgicale et la prise en charge (pp 39-42).
- **Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical. Étude prospective concertée dans six pays africains OMS, 2006** (Disponible en ligne : http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/index.html)

Les consultations spécialisées en chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles féminines (Ile-de-France)

****Rappel : cette prise en charge est gratuite (remboursée par la sécurité sociale)****

PARIS 12 (75) Hôpital Armand Trousseau

Pr Jean-Louis Benifla

Contact : Mme Dominique Louboutin (sage-femme)

T : 01 44 73 51 42

Rencontre avec psychologue / sexologue

PARIS 14 (75) Hôpital Cochin

Dr Franck Léonard

Contact : Secrétariat service gynécologie

T : 01 58 41 18 81

Rencontre au cas par cas avec un psychologue ou assistante sociale

PARIS 18 (75) Hôpital Bichat

Dr Philippe Faucher

Contact : Secrétariat

T : 01 40 25 70 19

Rencontre avec sexologue

ST GERMAIN EN LAYE (78)

Clinique Louis XIV

Centre hospitalier de St Germain en Laye

Dr Pierre Foldès

Contact : Secrétariat du Dr Foldès

T : 01 39 10 26 03

Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente

MONTREUIL (93)

CHI André Grégoire Dr Emmanuelle

Antonetti-Ndiaye

Contact : Secrétariat

T : 01 49 20 31 05

Rencontre avec psychologue / sexologue

CRETEIL (94)

CHI de Créteil

Pr Bernard-Jean Paniel

Contact : Secrétariat du Pr Paniel

T : 01 45 17 55 51

Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente

BAGNOLET (93) Clinique de la Dhuis

Dr Pierre Becache

Contact : Secrétariat du Dr Becache

T : 01 48 97 50 13

PONTOISE (95)

Centre Hospitalier René Dubos

T : 01 30 75 40 22

F. LIENS INTERNET UTILES :

La section sur les mutilations sexuelles féminines sur le site du Gouvernement dédié aux violences faites aux femmes :

<http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>

La page d'information sur les mutilations sexuelles féminines sur le site du Service des Droits des Femmes et à l'Égalité :

<http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/femmes-egalite,772/lutte-contre-les-violences-les,5969.html>

La page d'information sur les mutilations sexuelles féminines sur le site du Ministère de la Santé :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/mutilations-sexuelles-feminines,1648.html>

La page d'information sur le site de la Préfecture de région Ile-de-France

<http://www.ile-de-france.gouv.fr/fre/La-prefecture-et-vous/Particuliers/Droits-des-femmes/Mutilations-sexuelles-feminines>

- **Les réseaux en Europe, et en Afrique :**

Comité Inter Africain

<http://www.iac-ciaf.net/>

Réseau Euronet FGM

<http://www.euronet-fgm.org/index.php>

Campagne européenne « End FGM »

<http://www.endfgm.org>



4. Contacts utiles en Ile-de-France.

Fédération Nationale GAMS :

Fédération Nationale GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines et des Mariages Forcés) 67 rue des Maraîchers 75020 PARIS.

Tel : 01.43.48.10.87. <http://www.federationgams.org/>

Les femmes africaines et françaises qui le composent peuvent apporter leur soutien pour :

- Mieux connaître ces pratiques et les prévenir ;
- Obtenir un soutien pour mieux faire face à une situation d'excision, de polygamie, de mariage précoce ou forcé
- Organiser des actions de prévention et de sensibilisation ;
- Insérer dans votre programme de formation professionnelle une étude sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ;
- Centre ressources Centre Ressources est ouvert du lundi au vendredi (9h30 à 12h30 et 14h30 à 16h30) et l'on peut venir y consulter la documentation ; mais préférable de téléphoner avant.

La CAMS

Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles 6, place St Germain des Près 75006 PARIS
Téléphone : 01.45.49.04.00 <http://www.cams-fgm.org/>

Créée en 1982 par Awa Thiam, l'association apporte un appui juridique, et peut se porter partie civile pour des procès.

Le Mouvement Français pour le Planning Familial, Paris :

Mouvement français pour le planning familial (MFPF) <http://www.planning-familial.org>

Accueille et informe les femmes sur leur sexualité. Peut former les professionnels concernés. Plusieurs associations départementales :

Paris : 01 42 60 93 20

Val de Marne : 01 43 76 65 87

Seine Saint Denis : 01 55 84 04 04.

Hauts-de-Seine : 0 47 98 44 11.

Essonne : 01 64 54 05 99.

Val d'Oise : 01 30 30 26 26.

Seine et Marne : 01 60 09 02 47.

TOSTAN France :

8 bis cité d'Hauteville 75 010 Paris.

Tel : 01 42 46 85 89.

<http://www.tostanfrance.org/>

Installé récemment en France, ce bureau de l'ONG internationale Tostan implanté dans de nombreux pays en Afrique de l'Ouest et de l'Est, mène un travail d'information sur les droits humains et la santé auprès des migrants en France.

Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France :

SGAR, Préfecture de région, Préfecture de Paris

5 rue Leblanc, 75015 Paris.

Tel : 01 82 52 43 29/ 25.

Contact : Aurélie Latourès, chargée de mission « égalité vie personnelle et sociale »

aurelie.latoures@paris-idf.gouv.fr



6. Annexes : documents de références.

- Annexe 1 : dépêche APM (Agence de Presse Médicale) International -
Mercredi 9 février 2011 - 14:07 - MHOB9001 09/02/2011 14:07 ACTU
GYREP « Le Plan de lutte contre les violences faites aux femmes contiendra
un volet sur les mutilations sexuelles féminines ».

- Annexe 2 : « *Conduite à tenir devant une excision constatée ou en cas de
risque d'excision chez une enfant ou une jeune fille mineure* », note de
service de la DFPE, Sous-direction de la Planification, de la PMI et des
Familles de Paris, 1^{er} février 2011.

Annexe 1 :

Dépêche APM (Agence Presse Médicalisée). Mercredi 9 février 2011 - 14:07.

www.apmnews.com :

« Le Plan de lutte contre les violences faites aux femmes contiendra un volet sur les mutilations sexuelles féminines ».

PARIS, 9 février 2011 (APM) - Le Plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-13, qui doit être dévoilé fin février, contiendra un volet consacré aux mutilations sexuelles féminines, a promis la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Roselyne Bachelot, lors d'un colloque organisé mardi à Paris.

Ce colloque baptisé "Mutilations sexuelles féminines: sexualité, soins et prévention" était organisé à l'occasion de la journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines, samedi 5 février.

En décembre 2006, Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, avait annoncé la mise en place d'un dispositif d'information sur les mutilations sexuelles féminines et une reconnaissance de la chirurgie réparatrice, rappelle-t-on (cf dépêche APM HMJL4005).

Trois grandes orientations seront inscrites sur les mutilations sexuelles féminines dans le Plan de lutte contre les violences faites aux femmes: sensibiliser davantage le grand public et les professionnels, faire évoluer la

législation et former les professionnels afin de prévenir, de dépister et de prendre en charge, a énuméré Roselyne Bachelot en clôture du colloque.

Elle souhaite améliorer l'information à destination des professionnels "quant à la conduite à adopter en cas de mutilation avérée ou en cas de menace de mutilation".

Concernant l'information du grand public, elle a précisé que la brochure "agir face aux MSF [mutilations sexuelles féminines]", actualisée en 2010, était déjà en rupture de stock. Elle sera "actualisée et reproduite", a-t-elle ajouté.

L'accès à l'information des femmes et des jeunes filles primo-arrivantes restera une priorité, a assuré le ministre, qui a indiqué vouloir aussi mieux informer les familles sur les risques encourus d'un point de vue pénal.

En matière pénale, elle a signalé que des "instruments de suivi législatif" seraient mis en place pour assurer l'application des mesures prévues dans la loi du 9 juillet 2010 "relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants".

Alors que le code pénal permet de réprimer les violences physiques avec mutilation mais ne fait pas de distinction entre les différents types de mutilation, Roselyne Bachelot a indiqué qu'elle souhaitait la création d'un "qualificatif juridique spécifique pour les faits de mutilation sexuelle".

Sur la formation des professionnels confrontés aux problématiques des violences et mutilations sexuelles, elle a rappelé qu'il s'agissait d'une des missions "fondamentales" du réseau des délégués régionaux et des chargées de mission départementales aux droits des femmes et à l'égalité. Elle a estimé que des formations initiales et continues s'avéraient "indispensables" pour permettre aux professionnels de mieux prévenir, repérer et prendre en charge ces femmes.

Elle a enfin indiqué qu'un rapport serait remis au Parlement avant le 30 juin. Il dressera un état des lieux "récent et exhaustif" sur ce sujet.

LES ASSOCIATIONS FORMULENT PLUSIEURS DEMANDES

A l'issue du colloque, une table ronde entre la ministre et plusieurs associations a été organisée. Au cours de cette réunion, les associations ont exposé leurs différentes demandes.

Elles ont notamment insisté sur la nécessité de faire de la prévention à l'école et l'importance que la médecine scolaire s'en saisisse, alors que les services de PMI [protection maternelle infantile] sont déjà actifs sur ce sujet.

Elles ont par ailleurs fait remarquer l'importance d'aborder la question sous l'angle européen. "Actuellement, une enfant qui part au Sénégal ou au Mali [pourrait] quelque part être plus protégée que si elle part au Portugal, en Espagne ou à Londres", a indiqué Isabelle Gillette-Faye, directrice du Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (Gams).

Les associations ont aussi déploré l'hétérogénéité des pratiques sur le territoire français et ont insisté sur l'amélioration de la "réponse pénale".

La médecin-chef de la PMI de Paris, le Dr Marcelle Delour, a indiqué qu'elle avait diffusé des recommandations (information, prévention, prise en charge et sanction pour les parents) depuis longtemps sur ces questions au sein de son service. Cela semble "avoir marché, puisque l'âge de l'excision a été retardé", a-t-elle signalé.

Elle a précisé qu'elle allait aussi faire circuler une nouvelle note de service dans la PMI de Paris pour faire de la prévention auprès des jeunes filles en protection maternelle dans le cadre de suivi de grossesse ou en planification familiale.

Enfin les associations ont demandé à ce que la chirurgie réparatrice soit mieux encadrée par une charte déontologique. "Nous avons vu des catastrophes" lorsque le chirurgien les prend seul en charge et quand il n'y a "pas d'évaluation du traumatisme en préopératoire, ni d'évaluation des attentes sexuelles", a souligné Sokhna Fall de l'unité de soins du centre hospitalier intercommunal (CHI) de Montreuil (Seine-Saint-Denis).

UN PROTOCOLE POUR LA CHIRURGIE REPARATRICE

Lors de cette table ronde, Roselyne Bachelot a indiqué qu'elle allait ajouter ce point dans le plan, notamment en proposant de mettre en place un protocole de prise en charge pour la chirurgie réparatrice. "Cela va nécessiter un peu de travail d'élaboration: on peut fixer l'objectif et avoir la méthodologie affinée

pour la fin du semestre par exemple", a-t-elle affirmé, précisant qu'elle travaillerait avec le ministère de la santé.

Elle leur a assuré qu'elle évoquerait les mutilations sexuelles lors de la conférence des droits des femmes aux Nations unies à la fin du mois. Elle a affirmé également qu'elle souhaitait organiser une réunion de travail sur ce thème avec des parlementaires européens.

Interrogée à l'issue de cette table ronde par APM sur le bilan du dispositif lancé en 2006 par Xavier Bertrand, la ministre a souligné que les mutilations sexuelles féminines "régress[aient]", mais il ne "faut pas s'endormir sur [nos] lauriers" parce qu'il y a encore 53.000 femmes victimes en France. Elle a rappelé que cela concernait des populations "migrantes et mouvantes".

Elle a indiqué qu'elle enrichirait le plan avec "un certain nombre de préconisations apportées par les acteurs de terrain" lors de cette table ronde, citant notamment les "trous dans la législation européenne" ou le rôle des enseignants dans le dépistage et la prévention.

Isabelle Gillette-Faye, interrogée par APM, s'est dite "satisfaite" des échanges avec la ministre. Sur le bilan du dispositif lancé en 2006, elle a notamment déploré le manque d'application de la circulaire sur la formation des médecins (cf dépêche APM MHKC8005), précisant que cette formation en fait était réalisée "uniquement dans les facultés où il y a des médecins militants". Cela n'a jamais été rendu obligatoire dans la formation initiale des médecins, a-t-elle pointé.

mh/ab/APM polsan

redaction@apmnews.com

MHOB9001 09/02/2011 14:07 ACTU GYREP



Nos Réf. :	MD/FS /11/2011
Paris,	Le 1 ^{er} février 2011
NOTE à l'attention :	Des Médecins d'encadrement Des Sages-femmes cadre supérieur Des Sages-femmes cadre Des Médecins de secteur Des Médecins contractuels et vacataires Des Sages-femmes de PMI Des Puéricultrices directrices des centres de PMI
Copies à :	Malika AMELLOU, Véronique DUFOUR, Laurence DESPLANQUES, Adeline FENIERES, Sandra MERLE, Agathe STARK, Evelyne GANTOIS, Puéricultrices de secteur Psychologues Psychomotriciens
Objet :	Conduite à tenir devant une excision constatée ou en cas de risque d'excision chez une enfant ou une jeune fille mineure

I - ELEMENTS DE CONTEXTE

Près de 140 millions de filles et de femmes dans le monde ont subi des mutilations sexuelles qui ont un impact important sur leur santé et leur vie sexuelle. Depuis quelques années, certains pays africains ont engagé une politique de lutte contre les mutilations sexuelles féminines sur leur territoire et il est constaté un léger recul des ces pratiques dans plusieurs pays. Les mutilations sexuelles concernent majoritairement les femmes provenant des pays d'Afrique subsaharienne mais également des femmes originaires d'autres régions du monde auxquelles nous pensons beaucoup moins (Egypte, Moyen Orient, Asie, cf. annexe).

En France, les actions d'information, de prévention et le traitement judiciaire des situations de mutilations sexuelles féminines ont permis le recul voire l'abandon de cette pratique dans certaines familles. Quand la pratique de l'excision est maintenue, elle est pratiquée le plus souvent dans les pays d'origine mais, parfois encore, sur le territoire français ou d'autres pays européens.

Les équipes de PMI parisiennes sont engagées depuis plus de vingt ans dans la prévention des mutilations sexuelles féminines. En protection infantile, les repérages de petites filles ayant subi une excision sont devenus plus rares et concernent dans la plupart des cas des familles récemment installées en France. Cependant, la prise en compte de l'excision et de ses conséquences concerne également les femmes adultes excisées dans l'enfance et rencontrées par les équipes de protection maternelle et de planification familiale.

Depuis quelques années, les professionnels et les associations constatent des changements dans les comportements et les pratiques des familles. Si les excisions des petites filles semblent diminuer, les adolescentes et les jeunes femmes sont actuellement plus exposées au risque d'excision, notamment lors de séjours dans leur pays ou à l'occasion du mariage, surtout s'il est arrangé, voire forcé. Ces deux problématiques sont souvent liées pour les jeunes filles originaires des pays subsahariens.

Le Service de PMI doit prendre acte de ces évolutions. Il s'agit, dans ce nouveau contexte, de renforcer et de coordonner les actions concernant les mutilations sexuelles féminines dans l'ensemble de ses champs de compétence : la Protection Infantile, la Protection Maternelle et la Planification et l'Education Familiale.

II - INFORMATION, PREVENTION, RAPPEL A LA LOI

A- En Protection Infantile

- L'information systématique des familles concernées vise à protéger les petites filles non encore excisées. Elle doit porter sur la gravité de la mutilation, ses conséquences sur la santé physique et psychique et son caractère illégal. Elle peut être individuelle et/ou collective. Le concours d'un interprète ou d'un médiateur socioculturel peut être nécessaire selon le niveau de compréhension ou le besoin d'approfondir l'échange sur le sujet avec la famille (père et mère).
 - Il convient, pour le suivi médical des petites filles en PMI, de procéder de façon systématique à l'examen des organes génitaux externes et de noter dans le dossier médical leur caractère normal ou anormal.
 - Il convient également d'informer la famille, de façon claire et par tous les moyens utiles, des conséquences de l'excision et de son caractère illégal. La mention de cette information donnée à la famille doit également figurer dans le carnet de santé et le dossier médical et doit être datée.
 - La vigilance doit être maintenue tout au long du suivi de l'enfant. Diverses circonstances peuvent majorer le risque d'excision : il faut rester attentif aux paroles des mères, qui peuvent évoquer même de façon allusive, de nouveaux éléments dans leur environnement, sur le territoire français ou à l'étranger. Il ne faut jamais hésiter à engager un dialogue explicite sur cette question.
 - L'excision se pratique toujours dans le contexte communautaire. Les voyages programmés, même en Europe, constituent des périodes à risque et doivent faire l'objet d'un renforcement de l'information et de la vigilance. Même si les parents se déclarent hostiles à cette pratique, ils peuvent avoir besoin d'être aidés pour la protection de leur enfant, même en leur présence. Le Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) peut apporter une aide précieuse pour organiser cette protection des enfants lors de leur voyage, pour les pays africains en liaison avec le Comité Inter Africain, et pour les pays européens, en liaison avec le réseau européen du GAMS.
 - Toute situation pour laquelle la vigilance doit se poursuivre au-delà du suivi PMI (fillette de plus de 6 ans) doit faire l'objet d'une transmission à la médecine scolaire.
- ⇒ Toute excision constatée constitue une atteinte à l'intégrité de l'enfant justifiant d'adresser une information préoccupante à la CRIP (cf. chapitre III).

B - En Protection Maternelle

Pour un grand nombre de femmes migrantes, la grossesse est souvent l'occasion du premier examen gynécologique, il est donc important de repérer, par un examen attentif de la vulve, les femmes excisées afin de pouvoir évaluer les risques médicaux et les conséquences sur l'accouchement. Ce diagnostic doit être porté au dossier obstétrical de la patiente. Certaines situations peuvent faire l'objet d'un examen au staff obstétrical.

Certaines particularités anatomiques ou certains types de mutilations sexuelles peuvent rendre difficile le diagnostic d'excision. Au moindre doute, il est recommandé de solliciter un avis expérimenté avant toute annonce d'excision à la patiente et avant de déclencher une information préoccupante (cf. annexe).

Il faut également être attentif, en particulier chez les jeunes mineures, au risque de mariage forcé que le contexte de survenue de la grossesse peut faire évoquer.

En cas de constat d'excision, une prise en charge médicale et psychologique adaptée sera mise en place. La patiente sera également informée qu'une réparation chirurgicale est possible (cf. annexe)

Le risque d'excision doit être pris en compte quand l'enfant à naître est une fille, que la future mère soit excisée ou non. Il faut s'assurer de la bonne information des parents sur les conséquences et l'interdiction de cette pratique. Le niveau de risque d'excision auquel l'environnement expose l'enfant à naître doit être évalué. Les liaisons avec les équipes de protection infantile doivent être organisées, si nécessaire, pour le suivi de l'enfant.

⇒ Les jeunes femmes excisées toujours mineures au cours de leur suivi de grossesse doivent faire l'objet d'une information préoccupante à la CRIP (cf. chapitre III).

C - Dans les Centres de planification et d'éducation familiale

Les CPEF départementaux ont placé au centre de leurs actions, la prévention des violences faites aux femmes dans lesquelles s'inscrivent les mutilations sexuelles féminines et les mariages forcés.

Ces centres reçoivent principalement des adolescentes et des jeunes femmes en demande d'informations sur la contraception ou au moment de leurs premiers rapports sexuels.

C'est l'occasion d'informer les jeunes filles originaires de pays où l'excision est encore pratiquée, des conséquences des mutilations sur la santé et la vie sexuelle des femmes et sur la possibilité de la réparation chirurgicale (cf. annexe).

C'est également l'occasion de sensibiliser les jeunes filles sur le risque d'une excision tardive qui est souvent organisée au moment d'un mariage arrangé ou forcé et de les informer des mesures de protection et d'accompagnement possibles.

Très souvent, les jeunes filles ne savent pas si elles ont subi des mutilations sexuelles, le premier examen gynécologique est l'occasion de leur proposer un examen complet de la vulve.

Certaines particularités anatomiques ou certains types de mutilations sexuelles peuvent rendre difficile le diagnostic d'excision. Au moindre doute, il est recommandé de solliciter un avis expérimenté avant toute annonce d'excision à la patiente et avant de déclencher une information préoccupante (cf. annexe).

En cas de constat d'excision, une prise en charge médicale et psychologique adaptée sera mise en place. La patiente sera également informée qu'une réparation chirurgicale est possible (cf. annexe).

Il faut également se préoccuper du risque d'excision des enfants de sexe féminin des femmes, excisées ou non, qui consultent en CPEF.

Il convient de s'assurer de la bonne information des parents sur les conséquences et l'interdiction de cette pratique. Le niveau de risque d'excision auquel l'environnement expose ces enfants ou adolescentes doit être évalué. Les liaisons avec les équipes de protection infantile et de santé scolaire doivent être organisées le cas échéant pour leur suivi et leur protection.

⇒ Les jeunes femmes excisées mineures doivent faire l'objet d'une information préoccupante à la CRIP (cf. chapitre III).

III - PROCEDURES DE SAISINE DE L'AUTORITE JUDICIAIRE

Le recours au Procureur de la République est une mesure qui s'impose lorsqu'une excision est constatée chez une mineure ou lorsque le risque de survenue d'excision chez une mineure est important et requiert une mesure de protection préventive autoritaire (cf. annexe). Pour ce faire, et conformément à la loi du 5 mars 2007, la CRIP doit être saisie.

1. Constatation d'excision

La constatation d'excision chez une fillette ou chez une jeune fille mineure (CPEF, PM, PI) doit être portée à la connaissance des autorités judiciaires pour d'éventuelles suites pénales. Il est indispensable d'être tout à fait assuré du diagnostic avant d'engager cette démarche.

L'information des autorités judiciaire se fait par la transmission d'une information préoccupante à la CRIP en vue de la saisine de Parquet.

Cependant, cette transmission ne revêt pas de caractère d'urgence. Il convient d'abord de s'assurer, au besoin avec l'aide d'interprètes et/ou d'associations spécialisées, que les parents de l'enfant ou de la jeune fille mineure et que la jeune fille elle-même ont bien compris la démarche. Cette étape doit être conduite avec diligence mais sans précipitation. Il importe d'impliquer autant que possible les deux parents de l'enfant. En effet, ce sont eux qui seront en mesure de protéger les fillettes et jeunes filles non encore excisées de leur famille ou de leur entourage. Ce sont eux, également, qui seront concernés par les éventuelles suites judiciaires qui seront apportées au signalement.

Cette étape doit donc être conduite en tenant compte du contexte de la démarche.

En protection infantile, il s'agit de prévenir la réalisation d'une excision chez les enfants (ou futurs enfants) de sexe féminin non encore excisées, sur le territoire français ou lors d'un futur voyage

En protection maternelle, le contexte de survenue de la grossesse doit être pris en compte chez les jeunes femmes, en particulier les mineures.

Le signalement ne doit pas compromettre la poursuite du suivi de la grossesse. C'est l'âge de la jeune fille mineure enceinte au moment du constat d'excision qui justifie la transmission d'une information préoccupante. Cette transmission peut si nécessaire être reportée après l'accouchement, même si la majorité est intervenue pendant la période de la grossesse. Toutefois, le rapport devra indiquer précisément la date du constat, l'âge de la jeune fille et les motivations du report de la transmission des informations.

A l'occasion du suivi de la grossesse, les entretiens peuvent révéler que celle-ci survient dans un contexte de rapports ou de mariage forcés. Dans ce cas, il conviendra d'évaluer l'ensemble des éléments de la situation : excision, grossesse, mariage ou rapports forcés. Il importe de garantir les conditions permettant l'accès au suivi de la grossesse. Il faut également organiser la protection de la mineure. Les éléments concernant l'excision seront inclus dans le rapport transmis à la CRIP.

La jeune femme peut être amenée à rencontrer les autorités judiciaires. Elle doit donc être bien informée de la nature de la procédure engagée pour la protéger dans le contexte de rapports ou de mariage forcés.

Les situations identifiées par les sages-femmes de PMI dans le cadre des consultations intégrées aux maternités sont évaluées conjointement avec l'équipe médicosociale hospitalière.

En planification familiale, le contexte est plus délicat et doit tenir compte de plusieurs éléments. Le plus souvent, la jeune fille mineure consulte spontanément pour une contraception. Sa demande ne concerne généralement pas l'excision, dont elle n'a parfois pas connaissance. La jeune fille doit donc faire face aux conséquences de cette révélation, pour elle et sa famille. De plus, la procédure de signalement peut l'amener à dévoiler à sa famille son recours à la contraception et certains aspects de sa vie intime. Même lorsqu'elle ne consulte pas en demandant le secret, cette démarche reste difficile et peut ne pas être sans risque. Il faut donc évaluer les situations avec précision pour engager la procédure de saisine de la CRIP dans des conditions sécurisées pour la jeune fille. Les consultantes ayant demandé expressément le secret doivent faire l'objet d'une attention particulière. Les situations les plus délicates devront être examinées conjointement avec la hiérarchie du service de PMI et la CRIP pour en mesurer toutes les implications.

Le médecin ou la sage femme qui a constaté l'excision établit le rapport qui comprend les éléments de contexte du diagnostic. Il établit également un certificat médical descriptif des lésions qui sera joint, sous pli confidentiel cacheté portant la mention « secret médical », à l'information préoccupante transmise à la CRIP.

La transmission du rapport à la CRIP se fait selon les procédures en vigueur dans le service. En protection infantile, il est élaboré en lien avec le médecin de secteur, qui le transmet à la CRIP avec le visa du médecin d'encadrement. En protection maternelle et en planification familiale, il est élaboré en lien avec la sage femme cadre, qui le transmet à la CRIP avec le visa du médecin d'encadrement de l'arrondissement de résidence de la jeune femme mineure.

En protection infantile, tous les cas constatés doivent être signalés, sans préjuger des suites qui leur seront réservées par les autorités judiciaires.

En protection maternelle et en planification familiale, la complexité de certaines situations nécessite une analyse approfondie, voire le recours à l'encadrement hiérarchique, pour peser l'ensemble des risques auxquels les jeunes filles sont exposées, avant de décider des procédures à engager.

2. Risque d'excision important pour une jeune fille mineure (CPEF, PM, PI)

Le risque d'excision, révélé par la famille ou évalué par les professionnels, doit faire l'objet d'une information préoccupante à la CRIP qui saisira le Parquet pour la mise en place de mesures autoritaires de protection préventive. L'autorité judiciaire dispose de plusieurs mesures graduées pour protéger les mineures. En fonction des situations, le rappel à loi fait aux parents, la mise à l'abri d'une mineure, l'interdiction de sortie de territoire en cas de voyage à risque, sont des ressources mobilisables par le Parquet et les services de police.

Devant un risque d'excision, en général signalé par la famille ou des proches, il faut en premier lieu évaluer le degré d'urgence pour la mise en place des mesures de protection.

Lorsque le risque est imminent (voyage programmé, intervention active d'un(e) exciseur(se) signalée dans l'entourage proche, intention déclarée de pratiquer l'intervention), il importe de mettre en place des mesures de protection dans les plus brefs délais. Il faut informer le médecin d'encadrement et, simultanément, contacter la CRIP et lui transmettre le rapport pour une saisine urgente du Parquet. Il est également possible, si nécessaire, de saisir directement le Parquet en même temps que la CRIP.

En dehors de ces situations de grande urgence, l'information préoccupante est transmise selon les procédures en vigueur (cf plus haut).

Il convient de s'assurer des suites données par l'autorité judiciaire au signalement, et de maintenir une vigilance active sur la situation de l'enfant.

Lorsque les mesures de protection préventive ont été engagées, ou conjointement à elles, il reste important d'ouvrir ou de poursuivre avec la famille les démarches de dialogue pour leur information et la recherche de leur conviction pour pérenniser la protection de l'enfant par sa famille. La mention d'une information de la famille de l'enfant ou de la jeune fille doit figurer dans le dossier médical.

Docteur Marcelle DELOUR
Médecin Chef du Service de PMI



Annexes :

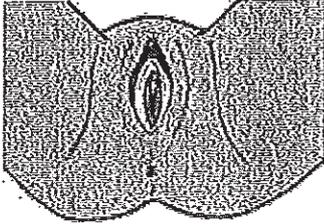
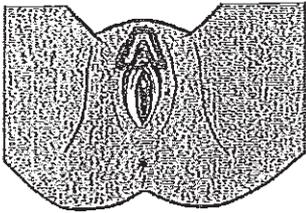
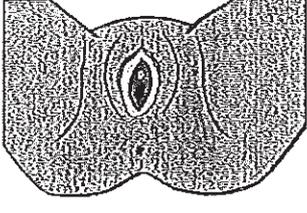
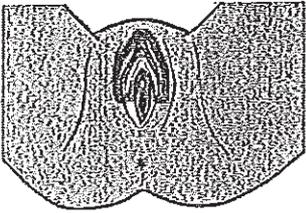
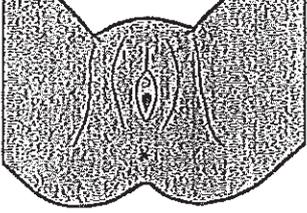
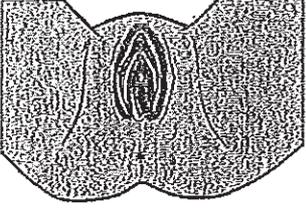
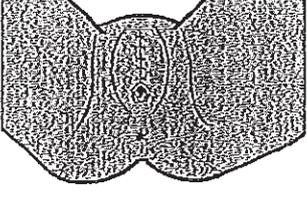
- Annexe 1 : Adresses utiles
- Annexe 2 : Classification des mutilations sexuelles féminines selon l'OMS
- Annexe 3 : Répartition géographique des MSF
- Annexe 4 : Textes réglementaires
- Annexe 5 : Documentations

1. la CRIP de Paris : 01 53 46 86 74
2. le Parquet des mineurs du Tribunal de grande Instance : 01 44 32 64 65
3. LES ASSOCIATIONS SPECIALISEES
 - **Le GAMS** : Fédération nationale GAMS -Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines et des Mariages Forcés. 01 43 48 10 87. <http://www.federationgams.org>
(Accueil, information et soutien du public face à une situation d'excision ; actions de prévention et de sensibilisation des familles et de formation des professionnels)
 - **La CAMS** : Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles - 01 45 49 04 00.
(Conseils juridiques et partie civile aux procès).
 - **TOSTAN France** : 01 42 46 85 89
[Http://www.tostanfrance.fr](http://www.tostanfrance.fr)
(Information, partage et éducation entre l'Afrique et l'Europe: droits humains, santé, ...).
 - **Inter Service Migrants** 01 53 26 52 60
4. LES CONSULTATIONS SPECIALISEES
 - les consultations de gynécologie pédiatrique :
 - **Robert Debré** : 01 40 03 22 32
Dr Dominique LEROYER (mardi après-midi)
 - **Hôpital Necker** : 01 44 49 57 43/44
Dr Alaa CHEIKHELARD (mercredi et vendredi)
Les Urgences Médicales Judiciaires
 - **MFPF** : 01 42 60 93 20
Dr. ZALAMANSKY (mardi après-midi)
 - les Urgences Médicales Judiciaires :
 - **Hôtel Dieu** : 01 42 34 87 00
(Les UMJ ont été transférées à l'Hôtel Dieu depuis mai 2010)
 - les unités de soins des mutilations sexuelles féminines :
 - **Hôpital Trousseau** : 01 44 73 51 42
Pr Jean Louis BENIFLA
Dr Mathilde PIKETTY
Contact : Mme Dominique Louboutin (sage-femme)
Rencontre avec psychologue / sexologue
 - **Hôpital Bichat** : 01 40 25 73 20
Dr Agnès-BOURGEOIS-MOINE
Dr Philippe FAUCHER
 - **Hôpital André Grégoire Montreuil** : 01 49 20 31 05
Dr Emmanuelle Antonetti-Ndiaye
Rencontre avec psychologue / sexologue

CLASSIFICATION DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMINIQUES SELON L'O.M.S.

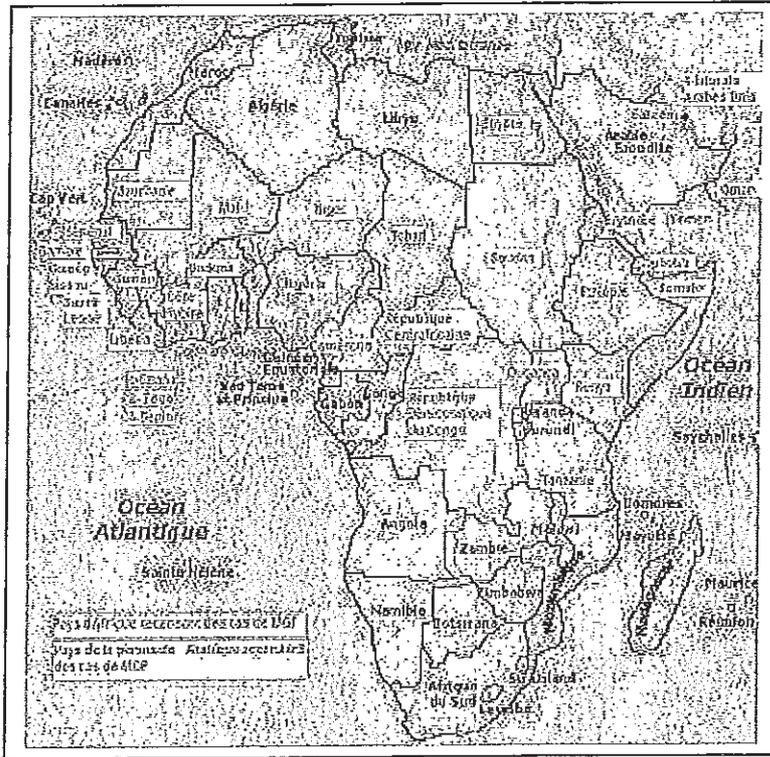
Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et toutes autres mutilations de ces organes pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques (OMS 1997)

Classification de l'OMS

<p><u>Vulve normale :</u></p> 	
<p>Type I-A</p> 	<p>Type I-B</p> 
<p>Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.</p>	<p>Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.</p>
<p>Type II-A</p> 	<p>Type II-B</p> 
<p>Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.</p>	<p>Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des grandes lèvres.</p>
<p>Type III-A</p> 	<p>Type III-B</p> 
<p>Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).</p>	<p>Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).</p>
<p>Type IV: Diverses pratiques non classées (perçement, étirement du clitoris ou des lèvres, cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, ...)</p>	

Dessins de Dimi Dumo (www.dimidumo.be) d'après des croquis de F. Richard

1 - EN AFRIQUE



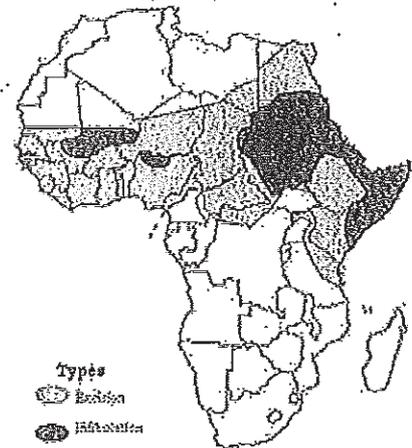
La plupart des cas de MSF chez des fillettes ou des femmes concernent 28 pays d'Afrique où le taux de prévalence varie entre 5 et 98%. La répartition de cette pratique n'est souvent pas homogène. En effet, dans certaines régions et au sein de certaines ethnies de ces pays, ces pratiques n'ont jamais existé ou ont disparu. D'autres zones de ces mêmes pays par contre ont des prévalences proches de 100%. Cette prévalence varie en fonction de l'ethnie ou de la religion. Cependant elle dépend aussi du lieu de résidence (urbain ou rural) et du niveau d'instruction. Les femmes instruites sont particulièrement défavorables à ces pratiques comme celles vivant en milieu urbain.

Estimation de la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans les pays Africains concernés (Chiffres OMS datant de 1998)

schéma montrant la répartition géographique des types de MSF en Afrique

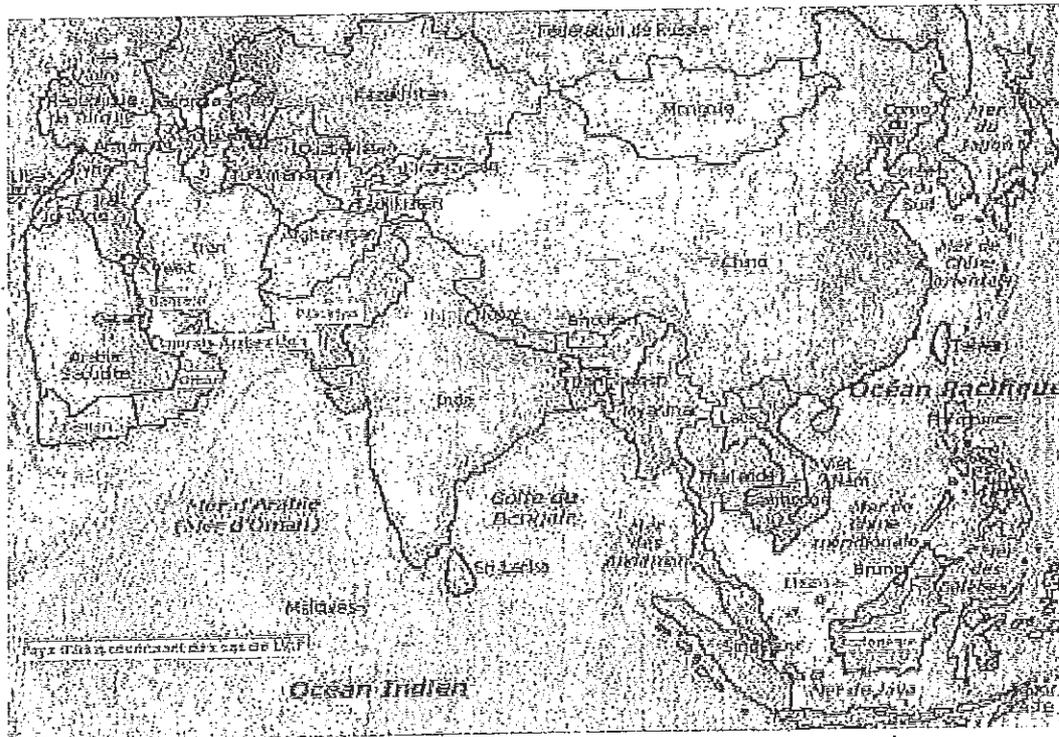
Prévalence (%) : Ensemble des cas enregistrés sur une population donnée sans considération de temps

SOMALIE	98%	GUINEE-BISSAU	50%
DJIBOUTI	98%	KENYA	50%
EGYPTE	97%	TOGO	50%
MALI	94%	CÔTE D'IVOIRE	43%
SIERRA LEONE	90%	REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	43%
SOUDAN	89%	NIGERIA	40%
ETHIOPIE	85%	GHANA	30%
GAMBIE	80%	MAURITANIE	25%
BURKINA-FASO	70%	CAMEROUN	20%
GUINEE	60% (99%)	NIGER	20%
LIBERIA	60%	SENEGAL	20%
TCHAD	60%	TANZANIE	10%
BENIN	50%	OUGANDA	5%
		REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	5%



Les différents types de MSF ne sont pas pratiqués partout. Ainsi, l'infibulation est surtout limitée à certains pays tels que l'Égypte, le Soudan, l'Éthiopie, le Djibouti, l'Érythrée où 80 à 90% des MSF sont des infibulations

2 - EN ASIE



Si parmi ces pays d'Asie des auteurs ont fait état de MSF, aucun rapport national ni aucune enquête ou observation fiables ne permettent de le confirmer. En Indonésie les MSF pratiquées seraient celle de type IV : lavage avec le suc d'une plante, excision symbolique ou piqûre symbolique. Au Yémen, selon une enquête restreinte les MSF se limiteraient à quelques groupes ethniques et seraient le plus souvent de type I. L'UNICEF parle de taux de prévalence de 69% pour la région littorale.

3- Pays Occidentaux accueillant l'immigration

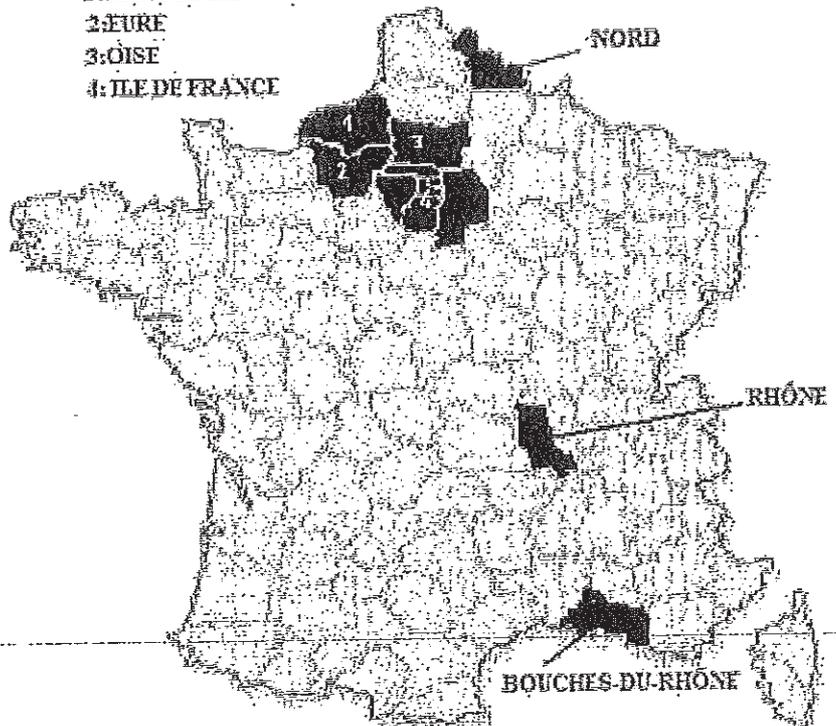
On trouve ainsi de plus en plus de cas en Europe, en Australie, au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique du fait de l'immigration.

4 - En France

Les cas de MSF en France se retrouve chez les populations immigrées notamment originaires d'Afrique de l'ouest. Selon le ministère de l'intérieur français, il y aurait au moins 20000 femmes et 10000 fillettes mutilées ou menacées de l'être. La majorité de ces femmes vivent en Île-de-France ou dans les départements de Seine-Maritime, de l'Eure, de l'Oise, du Nord, du Rhône, des Bouches-du-Rhône.

Ceci n'exclue pas la présence de femmes et de fillettes concernées ailleurs.

- 1: SEINE MARITIME
- 2: EURE
- 3: OISE
- 4: ILE DE FRANCE



Article 375 du Code Civil :

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public.

Article L226-2-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles :

Sans préjudice des dispositions du II de l'article L. 226-4, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code. Cette transmission a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées.

Article 222-9 du Code pénal modifié par Ord. N°2000-916 du 19 sept. 2000 - art. 3 (V) JORF 22 sept. 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002 :

Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende.

Article. 222-10 du Code pénal modifié par Loi n°2010-930 du 9 août 2010 - art. 4 :

L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise.

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur.

La peine encourue est portée à vingt ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-9 est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

Article 7 du Code de procédure pénale :

En matière de crime et sous réserve des dispositions de l'article 213-5 du code pénal , l'action publique se prescrit par dix années révolues à compter du jour où le crime a été commis si, dans cet intervalle, il n'a été fait aucun acte d'instruction ou de poursuite. S'il en a été effectué dans cet intervalle, elle ne se prescrit qu'après dix années révolues à compter du dernier acte. Il en est ainsi même à l'égard des personnes qui ne seraient pas impliquées dans cet acte d'instruction ou de poursuite.

Le délai de prescription de l'action publique des crimes mentionnés à l'article 706-47 du présent code et le crime prévu par l'article 222-10 du code pénal , lorsqu'ils sont commis sur des mineurs, est de vingt ans et ne commence à courir qu'à partir de la majorité de ces derniers.

Article 434-3 Code de procédure pénale modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002

Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

Article 222-16-2 créé par la Loi n°2006-399 du 4 avril 2006 - art. 14 JORF 5 avril 2006 :

Dans le cas où les crimes et délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12 sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7.

Article 226-13 du Code Pénal :

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 226-14 du Code Pénal Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 34 JORF 7 mars 2007 :

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Article 223-6 du Code Pénal Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 :

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Article 44 du Code de déontologie médicale :

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

1 - DES GUIDES

- Guide « *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines* ». Direction Générale de la Santé, 2008
[Disponible en ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/documentation,1654.htm>]
- Guide pratique « *Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes* » - Guide pratique protection de l'enfance, Ministère de la Santé. [Disponible en ligne : [travail-solidarite.gouv.fr/documentation-publicationsvideotheque/editions-du-ministere/coeditions-avec-documentation française/collection-5-guides-pratiqueprotection- enfance.html](http://travail-solidarite.gouv.fr/documentation-publicationsvideotheque/editions-du-ministere/coeditions-avec-documentation-française/collection-5-guides-pratiqueprotection-enfance.html)]
- Guide COMEDE « *Prise en charge médico-psychosociale des migrants/étrangers en situation précaire* » : [Disponible en ligne : http://www.inpes.sante.fr/guide_comede ou : www.leguieducomede.org (page 275 et suivantes)]
- CD-ROM « *Mutilations Sexuelles Féminines : Agir, Prévenir, Accompagner et Réparer ... Pour en finir* ». (Supports pédagogiques) Gynécologie Sans Frontière, 2008. A commander en remplissant le bon suivant : <http://www.gynsf.org/MSF/CDROM>.

2 - DES VIDEOS ET DOCUMENTS POUR DES SEANCES DE PREVENTION

- « *Femmes assises sous le couteau* ». Manuel destiné à l'animation de réunions ayant pour thème la prévention des mutilations sexuelles féminines », GAMS (prochainement disponible en ligne sur le site de la Fédération Nationale GAMS : <http://www.federationgams.org/>)
- « *Femmes assises sous le couteau* » - film documentaire, disponible à l'achat en DVD sur <http://www.cine3mondes.com> en partenariat avec le GAMS.
- "*L'appel de Diégoune*" (Tostan/ Respect) - film documentaire de 45 minutes.
<http://www.tostanfrance.com/l-appel-de-diegoune/nos-campagnes-pour-tostan/lappel-de-diegoune.html> (version française)
- « *Le pari de Bintou* » - film de 17 minutes, CAMS
- "*Moolaade*" 2004 - Film de Ousmane Sembene, Prix "Un certain regard" Festival de Cannes, avec Fatoumata Coulibaly, Maïmouna Hélène Diarra , Sénégal, 2002 117 min . Disponible à l'achat sur :
<http://www.boutique.amnesty.fr/librairie/dvd-moolade.html>
- "*Bilakoro*" - film documentaire de Johanna Bedeau, Château Rouge Production, 52 min.
- « *Nos filles ne seront pas excisées* »- ouvrage collectif, GAMS, 2006.

3 - DES OUTILS DE PREVENTION

- Une plaquette régionale d'information et prévention (2010) :
« *Agir face aux mutilations sexuelles féminines* ». Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France.
<http://www.idf.pref.gouv.fr/actu/breves/2010/prevention-mutilations-sexuelles.html>
- Une plaquette nationale d'information et prévention (2009)
« *Combattre l'excision* » (2009). Disponible en ligne sur le site du Service des Droits des Femmes et à l'Egalité :
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_combattre_l_excision-2-2.pdf