



MIPROF

MISSION INTERMINISTERIELLE
POUR LA PROTECTION DES FEMMES
CONTRE LES VIOLENCES ET LA LUTTE
CONTRE LA TRAITE DES ETRES HUMAINS.
stop-violences-femmes.gouv.fr

La lettre

DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

N°9 – février 2016

Mutilations sexuelles féminines : données et bonnes pratiques

EDITO

A l'occasion du 6 février 2016, journée internationale « tolérance zéro pour les mutilations sexuelles féminines », l'Observatoire national des violences faites aux femmes fait le point. Car depuis un an, la politique menée par la France contre ces violences a encore été renforcée, et conformément à la Convention du Conseil de l'Europe, dite Convention d'Istanbul, entrée en vigueur le 1er novembre 2014. La Convention stipule en effet que « la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu "honneur" ne sauraient être considérés comme justifiant des actes de violences ».

Pour faire reculer cette pratique traditionnelle néfaste, pour lutter contre l'excision des fillettes, notamment à l'occasion de vacances, la mobilisation, la formation et la vigilance des professionnel-le-s de santé sont nécessaires.

C'est pourquoi nous publions le guide « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » dans sa nouvelle version. Ce guide, à destination des professionnel-le-s de santé, médecins, gynécologues, sages-femmes, infirmière-e est un outil pour mieux repérer et prendre en charge les filles menacées d'excision et les femmes mutilée. Nous vous invitons à le retrouver sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr :

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Guide-Le-praticien-face-aux.html>

Ce guide appuiera la mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives adoptées par la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile. La loi améliore la prise en compte du risque de mutilations sexuelles féminines chez les mineures et permet de mieux protéger les filles mineures vivant en France/

L'information des femmes victimes ou en danger de mutilations sexuelles est également nécessaire. Le dépliant « les mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi » est disponible. Retrouvez-le dans sa version française ou anglaise sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr :

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Suis-je-concernee.347.html>

L'ensemble de ces dispositions s'inscrit dans une véritable politique publique de lutte contre les mutilations sexuelles, articulée autour de la prise en charge des femmes victimes, de la pénalisation des responsables et de la prévention des risques.

SOMMAIRE

DOSSIER

Les mutilations sexuelles féminines : des pratiques traditionnelles néfastes

Prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde

Etat des lieux en France : prévalence et législation

BONNES PRATIQUES

Le protocole « Conduite à tenir face aux mutilations sexuelles féminines », Service de Protection maternelle infantile (PMI) de Seine-Saint-Denis

ENTRETIEN

La réparation chirurgicale, entretien avec le Dr. Pierre Foldès

RESSOURCES

LES PRINCIPAUX POINTS A RETENIR

- ▶ Bien que le nombre exact de victimes dans le monde ne soit pas connu, **au moins 200 millions** de femmes et de filles ont subi une mutilation sexuelles dans 30 pays.

L'augmentation par rapport aux estimations précédemment diffusées s'explique principalement par la disponibilité de données concernant les MSF en Indonésie.

- ▶ Parmi ces victimes, **44 millions** sont des filles âgées de moins de 15 ans.
- ▶ **53 000** femmes excisées vivent en France.
- ▶ Ces pratiques sont pénalement condamnées en France et dans **24 des 29 pays d'Afrique** et du Moyen-Orient où elles sont pratiquées.

DEFINITION, CONSEQUENCES ET PREVALENCE MONDIALE DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

Les mutilations sexuelles féminines : des pratiques traditionnelles néfastes

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont des interventions pratiquées sur les organes sexuels externes des femmes sans aucunes raisons médicales. Dans le cadre de sa lutte pour leur élimination, l'Organisation Mondiale de la Santé a précisé en 2007 la typologie des différentes formes de MSF. Elles sont regroupées en 4 types :

- **La clitoridectomie** : ablation totale ou partielle du clitoris et/ou du prépuce (capuchon clitoridien).
- **L'excision** : ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres.
- **L'infibulation** : rétrécissement de l'orifice vaginal par ablation et accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans l'ablation du clitoris. La vulve laisse place à une cicatrice très dure, qu'il faudra inciser au moment du mariage et/ou de l'accouchement. Ce type de mutilation est plus rare et localisée principalement en Afrique de l'Est (Somalie, Erythrée...).
- **Les formes non-classées de mutilations sexuelles féminines** : toutes les autres interventions nocives ou potentiellement nocives pratiquées sur les organes sexuels féminins à des fins non thérapeutiques : la ponction, le percement, l'incision, la scarification...

Les deux premières formes de mutilations sont les plus fréquentes.

Une atteinte aux droits fondamentaux de la personne, condamnée par les textes internationaux

La pratique des MSF ainsi que leur perpétuation repose sur une « inégalité entre les sexes profondément enracinée dans les structures sociales, économiques et politiques »¹. Il s'agit d'une **forme extrême de discrimination à l'encontre des femmes et des filles** les empêchant de jouir pleinement et en toute liberté de leurs droits humains (droit à la vie, à la santé, à l'intégrité physique...).

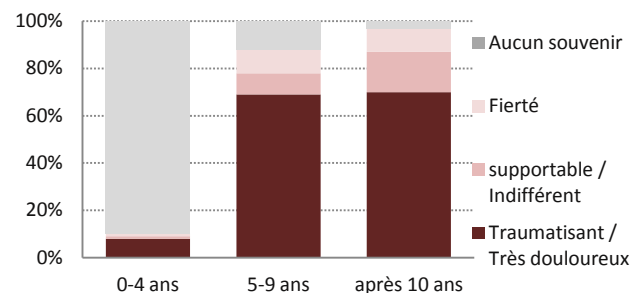
La Convention du conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (dite Convention d'Istanbul) condamne les MSF comme étant une "violation grave des droits humains des femmes et des filles" et affirme que "**la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu "honneur" [ne peuvent être] considérés comme justifiant des actes de violences**". Les MSF sont également condamnées par la Convention internationale sur les droits de l'enfant (1990), la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1984), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1986) et la Charte Africaine des droits et du bien être de l'enfant.

Des conséquences graves

Les MSF ont de nombreuses conséquences néfastes sur la santé physique, psychologique et la vie sexuelle des femmes :

- Lors de la mutilation : douleur aigue, saignement voire hémorragie pouvant entrainer la mort, traumatisme de la mutilation.
- D'après l'enquête ExH (voir p. 4), 70% des femmes mutilées après l'âge de 4 ans se le remémorent comme un évènement traumatisant ou très douloureux (graphique 1). L'absence de souvenirs précis liés à l'excision n'empêche pas les conséquences psychotraumatiques.

Figure 1. Type de souvenir associé à l'excision selon l'âge auquel est pratiquée l'excision.



Source : Enquête Excision et Handicap (ExH, Idup/ Ined, 2009)

- Tout au long de la vie : douleurs chroniques, risques d'infections vulvaires, urinaires, gynécologiques, complications obstétricales, risques accrus de mort du nouveau-né...

- Les MSF entraînent également des répercussions psycho-traumatiques (angoisses, anxiété, dépression) et des conséquences sur la vie sexuelle. Par exemple, dans l'échantillon de l'enquête ExH, 39% des femmes excisées ont une satisfaction globale de leur vie sexuelle faible, contre 20% des femmes non excisées (tableau 1).

Tableau 1. Impact des MSF sur la sexualité des femmes (%)

	non excisées	excisées
1 ^{er} rapport douloureux	50	75
...dont très douloureux	27	41
Douleurs lors des rapports sexuels *	6	13
Difficultés à éprouver du plaisir*	10	23
Absence de désir sexuel*	14	22
Satisfaction globale sur la vie sexuelle faible**	20	39

Champ : 2882 femmes de 18 ans et plus dont 714 ayant subi des MSF
Source : Enquête ExH., Idup/Ined, 2009

* Femmes ayant répondu « souvent » ou « toujours »

** Femmes ayant répondu « indifférentes », « supportables », « désagréables » ou « très désagréables » à la question « En général, diriez-vous que vos rapports sexuels sont... ? »

¹ « Eliminer les mutilations sexuelles féminines ». Déclaration inter-institutions (HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS 2008.

Prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde

Depuis le début des années 1990, le développement des enquêtes sur la démographie et la santé ont permis de mieux appréhender la réalité des MSF dans le monde. Les chiffres présentés, rassemblés dans un rapport de l'UNICEF¹ datant de 2013, s'appuient sur les données de plus de 70 enquêtes représentatives de la situation nationale menées sur une période 20 ans dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient.

125 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans mutilées en Afrique, au Yémen et en Irak, 30 millions encourent le risque de l'être dans les 10 prochaines années

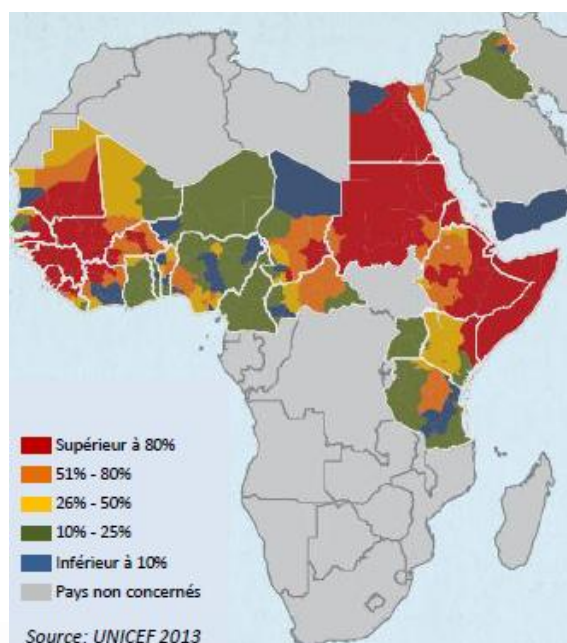
Selon les dernières enquêtes, plus de 125 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi une forme de mutilation sexuelle en Afrique, au Yémen et en Irak. Les MSF sont également pratiquées dans d'autres régions du monde, en Indonésie et en Malaisie notamment. Au cours des dix prochaines années, ce sont 30 millions d'autres filles qui encourent le risque d'en être victimes.

Sur le continent africain, les MSF concernent une femme sur trois et **leur pratique varie selon les pays et, à l'intérieur d'un pays, selon les groupes ethniques** (cf carte et tableau 2). A Djibouti, en Erythrée, au Sénégal et en Somalie, plus d'une fille sur 5 a subi la forme la plus radicale de ces pratiques, l'infibulation.

L'âge auquel elles sont réalisées varie également selon les pays. En Somalie, au Tchad en Egypte ou en République centrafricaine, 80% des filles excisées l'ont été entre l'âge de 5 et 14 ans alors qu'au Nigéria, au Mali, en Erythrée, au Ghana ou en Mauritanie, la même proportion l'a été avant l'âge de 5 ans.

De nouvelles données ont été publiées en février 2016 par l'UNICEF. Elles intègrent pour la première fois des données sur la prévalence des MSF en Indonésie, et établissent qu'au moins **200 000 millions de femmes ont été victime de MSF dans le monde**.

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subis des MSF selon les régions (Afrique, Moyen-Orient)



L'absence de corrélation entre la religion et la pratique des MSF

Aucun texte religieux ne prescrit la pratique des mutilations sexuelles féminines. Si la majorité des filles et des femmes excisées est musulmane, la pratique se retrouve dans d'autres groupes religieux, chrétiens (catholiques romains, orthodoxes ou protestants) ou animistes et de grandes disparités existent selon les pays. Au Niger, pays à large dominante musulmane, seulement 2% des femmes musulmanes ont été excisées contre 55 % des femmes chrétiennes. En Guinée-Bissau, 95% des femmes musulmanes sont excisées contre 6% des chrétiennes. Dans d'autre pays multiconfessionnels comme la Tanzanie ou l'Erythrée, la proportion de femmes excisées varie peu selon les groupes religieux.

Une situation qui évolue différemment selon les pays

L'évolution de la pratique des MSF dans un pays peut être mesurée en comparant la proportion de femmes excisées chez les 30-49 ans et chez les 15-29 ans. Sur cette base, **l'Unicef estime que ces mutilations sont de moins en moins courantes dans un peu plus de la moitié des 29 pays étudiés.** Elles auraient baissé de moitié environ au Bénin, en Irak, au Libéria, au Nigéria et en République centrafricaine, notamment. Au Ghana, 60% des femmes de plus de 40 ans ont été excisées contre 16% des adolescentes. Il faut nuancer ces avancées et noter que ces pratiques restent stables dans d'autres pays, parmi lesquels ceux où les taux de pratique sont les plus forts, comme la Guinée, le Mali, le Sénégal, la Somalie ou le Yémen.

Des populations de plus en plus convaincues de la nécessité de l'abandon de la pratique

La volonté de se conformer à une norme sociale est la principale raison invoquée pour justifier la perpétuation de la pratique des MSF. Mais les mentalités évoluent. Dans la plupart des pays où ces pratiques sont en vigueur, la majorité des filles et des femmes estime qu'il faut y mettre un terme, et ce dans une proportion qui augmente.

Tableau 2 – Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MSF par pays.

Pays	%	Pays	%
Somalie	98	Guinée	96
Djibouti	93	Egypte	91
Erythrée	89	Mali	89
Sierra Leone	88	Soudan	88
Burkina Faso	76	Gambie	76
Ethiopie	74	Mauritanie	69
Libéria	66		
Guinée-Bissau	50	Tchad	44
Côte d'Ivoire	36	Kenya	27
Nigéria	27	Sénégal	26
Tanzanie	24	Yémen	23
Rép.centrafricaine	15	Bénin	13
Irak	4	Ghana	4
Togo	4	Niger	2
Cameroun	1	Ouganda	1

Source : UNICEF 2013.

¹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Mutilations génitales féminines/excision : Aperçu statistique et étude de la dynamique des changements, UNICEF, New-York, 2013.

ETAT DES LIEUX EN FRANCE

La situation en France

La question de l'excision en France est apparue avec l'augmentation et la féminisation de l'immigration originaire des pays d'Afrique subsaharienne. Aujourd'hui, les données dont nous disposons sont principalement issues de l'enquête « Excision et Handicap » (ExH, voir encadré p5).

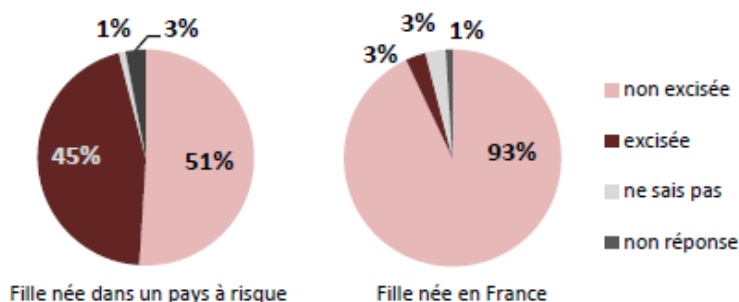
53 000 femmes excisées en France

En France, les mutilations sexuelles féminines concernent une partie des femmes migrantes originaires de pays où l'excision se pratique (Mali, Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso et Guinée principalement) ainsi que leurs filles. Dans le cadre du projet de recherche ExH, l'Ined a construit, à partir des enquêtes sur la prévalence des MSF dans les pays d'origine et des flux migratoires en France, un modèle statistique permettant d'estimer le nombre de femmes vivant en France et ayant subi une mutilation sexuelle. **Selon une hypothèse moyenne, en 2004, 53 000 femmes majeures seraient concernées en France, qu'elles soient immigrées ou nées en France de parents de parents originaires d'un pays où l'excision est pratiquée¹.**

Une pratique qui diminue très fortement en contexte migratoire

L'enquête ExH propose notamment une estimation du taux de perpétuation de la pratique entre mère et fille. Il en ressort que 11% des filles de femmes excisées interrogées sont elles même excisées. Ce chiffre varie très fortement selon que la fille est née en France ou dans un pays à risque. Dans le premier cas, seul 3% des filles sont excisées. Dans le second, ce chiffre monte à 45% (graphique 2).

Figure 2. L'excision des filles de femmes excisées selon leur pays de naissance



Champ : ensemble des filles de femmes excisées enquêtées
Source : Enquête ExH, Ined, 2009.

Progressivement, en contexte migratoire, la pratique se raréfie et le risque d'être excisée sur le territoire français est très faible. Il existe par contre lors de voyages dans le pays d'origine.

Les ressorts de l'abandon de la pratique

Le volet qualitatif de l'enquête ExH cherche à « comprendre l'inscription de cette pratique dans le contexte social et familial des femmes qui en sont victimes, en mettant à jour les processus qui conduisent à abandonner ou au contraire maintenir cette mutilation en situation de migration ».

Le premier enseignement de cette recherche réside dans le constat de la **rareté voire de l'absence de la parole sur l'excision au sein des familles**. Deux types de situations doivent être distingués :

- Les **femmes socialisées en Afrique** et arrivées en France au moment du mariage : elles ont grandi dans un environnement où l'excision est la norme sociale dominante. Le discours se limite toutefois à la nécessité de la pratique et fait par ailleurs l'objet d'un non-dit.
- Lorsque les **femmes ont grandi en France**, soit un espace social où la pratique de l'excision est interdite, aucune parole sur l'excision n'a été transmise par la famille. Plusieurs femmes n'ont découvert qu'une fois adulte ou adolescente qu'elles avaient été excisées.

Dans ce contexte d'absence de communication sur les MSF, les médias, et particulièrement la télévision, jouent un rôle déterminant pour diffuser l'information et libérer la parole au sein du couple et de la famille, sur le vécu des femmes excisées et sur la question de la perpétuation de la pratique.

A l'inverse, les femmes enquêtées déplorent quasi unanimement le silence des médecins et des gynécologues concernant leur mutilation.

Les femmes interrogées dans le cadre de l'enquête qualitative sont toutes opposées de manière catégorique à l'excision de leur fillette. L'analyse des entretiens a permis de conclure que : « le problème de l'excision des fillettes se pose surtout pour les femmes étant arrivées en France à l'âge adulte et dont la famille réside en Afrique. Pour les femmes socialisées en France leurs familles se sont davantage éloignées de la culture africaine, et le risque que leur fille soit excisée est moindre ». Afin de faire face aux pressions familiales, conjugales et sociales dans leur pays d'origine elles mobilisent deux registres argumentaires :

- l'appel à la loi et à l'interdiction de la pratique en France ;
- les répercussions sur la santé.

¹ INED – Population et sociétés, n°438, octobre 2007, « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France ».

La législation française

Les dispositions pénales

La loi française punit les MSF commises en France et à l'étranger au même titre que les autres violences ayant entraîné une mutilation permanente. Elle punit les auteurs ainsi que les personnes ayant incité leur réalisation. L'auteur d'une mutilation commise à l'étranger, qu'il soit français ou étranger, peut être poursuivi en France, **si la victime est de nationalité française ou bien si elle est étrangère et réside habituellement en France** (article 222-16-2 du code pénal).

Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour le(s) responsable(s) de l'enfant mutilé sont définies par le code pénal :

- Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies par 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende (article 222-9)
- Si la mutilation est commise sur une mineure de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel, adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la mineure, la peine encourue est de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-10).

Dans le cadre de la transposition de la Convention d'Istanbul, la répression de l'incitation à commettre une MSF a été renforcée. La loi n° 2013-711 du 5 août 2013 a introduit deux nouvelles infractions dans le code pénal pour renforcer **la protection des mineur-e-s** :

- **Le fait d'inciter un-e mineur-e à subir une mutilation sexuelle**, par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, est puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende (art. 227-24-1)
- **Le fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sexuelle** sur la personne d'un mineur est puni des mêmes peines (art. 227-24-1).

>> Voir encadré sur les condamnations page 6.

L'enquête « Excision et Handicap » (ExH), Université Paris-1, Ined

Réalisée entre 2006 et 2009, l'enquête « Excision et Handicap » comporte trois volets complémentaires : l'estimation nationale du nombre de femmes adultes mutilées vivant en France à partir d'un modèle statistique, un volet quantitatif et un volet qualitatif.

Le volet quantitatif, réalisé auprès d'un échantillon ajusté de 2 384 femmes dont 678 ayant subi des MSF, permet de mesurer les troubles de la santé, les douleurs et les gênes dans la vie quotidienne et notamment sexuelles associées aux mutilations sexuelles féminines. L'enquête a été réalisée dans 5 régions : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Nord-Pas de Calais, Haute Normandie et Pays de Loire. L'enquête a été réalisée en milieu médical, lors de consultations gynécologiques (hôpitaux et consultation en centre de protection maternelle infantile (PMI)).

Le volet qualitatif, composé de 27 entretiens (20 de femmes excisées et 7 d'hommes originaires de pays où l'excision est pratiquée), permet de mieux saisir les logiques familiales et sociales en jeu autour de la pratique. Les rapports finaux de l'enquête ExH sont disponibles en ligne :

- Rapport quantitatif : http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf
- Rapport qualitatif : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/volet_qualitatif_de_exh_rapport_final.fr.pdf

Mutilations sexuelles féminines et asile

La loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile améliore la prise en compte du risque de mutilations sexuelles féminines chez les mineures. Elle décrit les modalités du constat initial et du suivi de l'absence d'excision chez les mineures qui sollicitent l'asile à ce motif (article L.752-3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

Le rôle des professionnel-le-s de santé et la levée du secret médical

Tout individu, y compris les professionnel-le-s de santé ont obligation d'intervenir, en cas de risque immédiat, pour empêcher la réalisation d'une MSF.

Le secret médical ne s'applique pas :

- pour empêcher la réalisation d'une mutilation lorsqu'il en est informé dans sa pratique professionnelle, en avertissant les autorités compétentes (article 223-6 alinéa 1er réprime l'omission d'empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle) ;
- pour ne pas porter secours à une personne en danger (article 223-6 alinéa 2, réprime l'omission de porter secours ou la non assistance à personne en danger).

Le code pénal autorise la levée du secret professionnel dans certaines circonstances. Le code pénal précise à l'article 226-14 que le secret professionnel n'est pas applicable « à 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 ».

Le guide « *Le praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines* » apporte des informations complémentaires sur les conditions de la levée du secret professionnel, les obligations en terme de signalement des mineures et personnes vulnérables victime ou en danger et le rôle des professionnel-le-s de santé face aux fillettes et aux femmes victimes ou menacées de mutilations sexuelles.

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Guide-Le-praticien-face-aux.html>



LE PROTOCOLE « CONDUITE A TENIR FACE AUX MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES » - SERVICE PMI – SEINE-SAINT-DENIS



A côté de la répression pénale des auteurs et complices d'excision, la politique publique de lutte contre les MSF inclut la prise en charge des femmes mutilées et la prévention et la protection des fillettes soumises à un risque comme l'organise le protocole élaboré par le service de protection maternelle infantile (PMI) du département de Seine-Saint-Denis. Une initiative similaire a également été mise en place à Paris.

Avec 117 centres et lieux d'accueil et des missions qui le mettent en contact direct avec les femmes (protection maternelle, suivi santé des enfants jusqu'à 6 ans, planification et éducation familiale...), le réseau des PMI de Seine-Saint-Denis constitue une porte d'entrée pertinente et efficace pour agir auprès des populations ayant subi des MSF ou susceptibles de perpétuer cette pratique.

Le protocole élaboré par le service de PMI de la Seine-Saint-Denis permet de guider les personnels dans leur prise en charge des personnes victimes d'excision et des situations de risque.

Dans la pratique, il se déploie dans les différentes missions des PMI :

- **Dans le cadre de la mission de protection infantile :** les familles sont systématiquement informées, de manière individuelle ou collective, sur la gravité des mutilations, leurs conséquences sur la santé et leur caractère illégal. Un examen des organes génitaux externes des petites filles est systématiquement réalisé et inscrit dans le carnet de santé. Cette phase, en dialogue avec les parents sur le sujet, constitue en soi une pratique préventive. La vigilance est maintenue tout au long du suivi de l'enfant et doit être **accrue en cas de préparatifs de voyage**.

Pour une fillette de plus de 6 ans dont on estime que la vigilance doit être maintenue, le dossier est transmis à la médecine scolaire.

Toute excision constatée sur une mineure constitue une atteinte à l'intégrité de l'enfant justifiant d'adresser une information préoccupante à la CRIP (voir point 4).

- **Dans le cadre de la mission de protection maternelle :**

Lorsque des MSF sont constatées, elles sont inscrites dans le dossier obstétrical avec une évaluation des risques (les MSF engendrant des complications graves lors de l'accouchement, il est primordial que les médecins en soient informés). Il est proposé aux femmes excisées un accompagnement médical, psychologique voire chirurgical.

Quand l'enfant à naître est une fille, la liaison avec les équipes de protection infantile est organisée, si nécessaire, pour le suivi de l'enfant.

- **Dans les centres de planification et d'éducation familiale :** lorsqu'une mutilation est constatée, une prise en charge adaptée est mise en place.

Si cela est nécessaire, il est possible de faire appel à un médiateur culturel, grâce à un partenariat avec l'Association Nationale Femmes Relais Médiatrices Interculturelles.

- **Les procédures de saisine de l'autorité judiciaire**
Dans le cas où une mutilation est constatée sur une mineure, la PMI ou le centre de planification et d'éducation familiale transmet une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes) en vue d'une saisine du procureur de la République. Une information préoccupante peut également être transmise dans le cas où le risque d'excision d'une mineure est jugé important, notamment lors d'un voyage à l'étranger. Le/la médecin ou la/le sage-femme qui a constaté l'excision établit le rapport comprenant les éléments de contexte du diagnostic et établit un **certificat médical descriptif des lésions**, joint, sous pli confidentiel et portant la mention « secret médical ».

Le risque d'excision, révélé par la famille ou évalué par les professionnel-le-s, peut faire l'objet d'une information préoccupante à la CRIP qui saisira le Parquet pour la mise en place d'une mesure de protection préventive.

Les condamnations pénales des mutilations sexuelles féminines en France et dans le monde

Dans un avis rendu le 11 décembre 2013¹, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) recensait **29 procès en France depuis 1979** à l'encontre de parents et d'exciseuses. D'abord jugées en correctionnelle, les « affaires d'excision » doivent faire l'objet d'un procès aux Assises depuis que la cour de cassation a établi en 1983 que l'ablation du clitoris était bien une mutilation au sens du code pénal français et donc un crime. Les procès et les condamnations qui ont suivi ont permis un net recul de la pratique sur le territoire français.

Dans 24 des 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où elles sont pratiquées, les mutilations sexuelles féminines sont condamnées par la loi ou par un décret constitutionnel. L'application effective de ces lois et le périmètre des pratiques condamnées varient selon les pays. Par exemple, au Burkina Faso, toutes personnes n'ayant pas rapporté une MSF dont il a eu connaissance peut être poursuivie. En Mauritanie, la pratique n'est interdite que dans les centres de santé gouvernementaux. L'efficacité de cette pénalisation dépend souvent de la mise en œuvre complémentaire d'initiatives visant à favoriser l'abandon collectif de la pratique.

En janvier 2015, pour la première fois en Egypte, un médecin et le père d'une fillette décédée des suites d'une excision ont été condamnés. Des condamnations à des peines de prison ferme ont également été prononcées à l'encontre d'exciseuses en Côte d'Ivoire, en Ouganda, en Guinée-Bissau, au Burkina Faso et au Sénégal notamment.

¹ JORF n°0287 – 11 décembre 2013 – Avis sur les mutilations sexuelles.

LA REPARATION CHIRURGICALE, ENTRETIEN AVEC LE Dr. PIERRE FOLDÈS



Avec la prévention et la répression, la prise en charge des femmes excisées et les réponses qui peuvent être apportées à leurs souffrances constituent le troisième pilier de la

lutte contre les mutilations sexuelles féminines. A côté des différentes formes de prise en charge, la chirurgie permet aujourd'hui de reconstruire le clitoris et la vulve. Cette opération est rendue possible par le fait que l'excision ne mutile que la partie externe du clitoris, alors que la partie interne, qui mesure 11 cm, est intacte. La technique, prise en charge par la sécurité sociale depuis 2004, consiste à ouvrir la cicatrice de l'excision pour reconstruire le gland du clitoris à partir des tissus internes.

Pierre Foldès, chirurgien urologue, est l'inventeur de cette technique chirurgicale. Il opère plus de 50 femmes par mois, soit plus de 4500 depuis qu'il a mis au point cette technique dans les années 1990. Il est par ailleurs membre du Comité d'orientation de la MIPROF.

Vous avez rencontré des milliers de femmes ayant subi des MSF, quelles sont leurs attentes ? Leurs demandes ?

Ce n'est parfois pas la chirurgie en elle-même qui est l'étape la plus importante. Quand une femme vient consulter et qu'on l'accompagne dans un processus de reconstruction, on lui permet avant tout de faire reconnaître sa souffrance, la réalité de sa mutilation. Sa première demande, c'est « je veux redevenir une femme ». Car ce qu'il y a derrière ce crime, c'est la négation de la femme, de sa sexualité. Elles attendent également que l'on soulage leurs souffrances. La moitié des femmes que je rencontre éprouve des douleurs quotidiennes, en faisant des gestes anodins, en marchant, en faisant du vélo. Les mutilations sexuelles impactent l'ensemble de la vie de ces femmes, l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, leur rapport aux autres, au couple, à la sexualité mais aussi à l'accouchement. L'acte chirurgical doit être couplé à un accompagnement, qui dure parfois deux ans, pour aider la patiente à reconstruire sa sexualité.

Vous travaillez auprès de femmes victimes de MSF depuis de nombreuses années. Avez-vous constaté des évolutions dans les pratiques ?

J'ai progressivement acquis un statut de référence dans ce domaine, je reçois donc des patientes du monde entier, ce qui est un bon moyen d'observer les évolutions. En France, les condamnations ont permis de limiter les excisions pratiquées sur le territoire. C'est lors d'un voyage à l'étranger que le danger existe. J'observe également l'apparition de nouvelles formes de mutilations. Je reçois des femmes originaires de certains pays d'Afrique comme la République Centrafricaine, le Tchad ou le Nigéria qui ont subi des scarifications vaginales ou un repassage de la poitrine. Il y a une inventivité terrifiante dans les crimes contre les femmes. Enfin, la dernière évolution que j'ai constatée concerne des pays comme l'Égypte, la Lybie, la Syrie. Dans ces pays les violences et les mutilations sexuelles sont des armes de répression.

Qu'apporte votre engagement à votre pratique médicale ?

Il faut être militant pour travailler sur ces sujets. Lorsque je forme un médecin sur la technique chirurgicale de la reconstruction du clitoris, il faut également le sensibiliser sur ce qu'est cette pratique, sur les violences faites aux femmes. C'est une lutte dans laquelle il faut le faire entrer. Il y a aussi la dimension de l'échange qui est primordiale. Je fais sans cesse des allers-retours entre l'Afrique et la France. Je forme des médecins là-bas mais j'apprends aussi énormément, je reviens avec des exemples d'initiatives qui n'existent pas chez nous.

Le Docteur Pierre Foldès est à l'initiative de l'ouverture récente d'un institut pour les femmes victimes de violences au sein de l'hôpital de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (78). Ce centre de dépistage et de prise en charge gratuite réunit des psychologues, des psychiatres, des travailleurs/ses sociaux/les, des soignantes et des juristes.

La chirurgie, et après ?

Entre 1998 et 2009, l'ensemble des patientes du Docteur Foldès (2938) ont été soumises à un questionnaire préopératoire. Un an après l'opération, 30% des patientes sont revenues pour répondre à un questionnaire sur les gains perçus suite à leur opération. La quasi totalité d'entre elles témoignent d'une **diminution des douleurs et d'une sensibilité du clitoris qui leur procure du plaisir.**

Source : P. Foldès, B. Cuzin, A. Andro – La chirurgie réparatrice suite aux mutilations sexuelles féminine: étude de cohorte. The Lancet, 14 juillet 2012, p134-141

Ressources institutionnelles

- La page consacrée aux mutilations sexuelles féminines sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr :

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Suis-je-concernee,347.html>

- Le guide du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes « **Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines** »

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Guide-Le-praticien-face-aux.html>

- Un **dépliant grand public** sur les MSF réalisé par le Service des droits des femmes et de l'égalité est disponible en téléchargement

• **En français :**

http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/25-11-2014_depliant-MSF-2.pdf

• **En anglais :**

http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/25-11-2014_depliant-MSF_version-anglaise-2.pdf



Bibliographie

Les mutilations sexuelles féminines en France

- Enquête « Excision et Handicap » (ExH), Université Paris-1, Ined

Rapport quantitatif : http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf

Rapport qualitatif :

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/volet_qualitatif_de_exh_rapport_final.fr.pdf

- « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France » Population et sociétés, n°438, octobre 2007 - INED

http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf

Les mutilations sexuelles féminines dans le monde

- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements », UNICEF, New-York, 2013.

Un résumé en français :

http://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_French_16July2013.pdf

Le rapport en anglais :

http://www.unicef.org/french/protection/files/FGCM_Lo-res.pdf

- « Eliminer les mutilations sexuelles féminines ».

Déclaration interinstitutions (HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM^o. OMS 2008

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf

Outils

Films et livres pour la prévention

- « *Bilakoro* », Johanna Bebeau, Château-Rouge Production, 2006.

- « *Kuma, la parole* », Jessy Nottola et Julie Chevolet, Programmes courts humanitaires de sensibilisation produits et financés par l'ONG Bonya

- « *Moolaade* », Ousmane Sembène, 2005

- « *La tête ne sert pas qu'à retenir les cheveux* », Sabine Panet, Pauline Penot, Thierry Magnier Romans Jeunesse

Associations spécialisées

- La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)

<http://www.cams-fgm.net/>

- Le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS)

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

- Excision Parlons-en

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

Cette publication et d'autres ressources sur les violences faites aux femmes sont disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr

**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES
LA LOI VOUS PROTÈGE**

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919

stop-violences-femmes.gouv.fr