

LE PRATICIEN

FACE AUX

MUTILATIONS SEXUELLES

FEMININES



Coordination de la rédaction assurée par



Juillet 2010

Ont participé à la rédaction de ce guide

Coordination des travaux

Pr Henri-Jean Philippe, président de Gynécologie Sans Frontières, membre du bureau du CNGOF
PU PH, gynécologue obstétricien, CHU de Nantes

Experts

Dr Emmanuelle Antonetti-Ndiaye, PH, gynécologue obstétricien, CHI Montreuil et l'équipe pluridisciplinaire du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Armand Trousseau

Pr Mary-Hélène Bernard, PU PH médecine légale, CHU Reims

Dr Véronique Carton, gynécologue médicale, responsable de l'unité de gynécologie obstétrique médico psycho sociale (UGOMPS), CHU Nantes

Dr Gil Dubernard, PH, gynécologue obstétricien, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

Sokhna Fall, ethnopsychothérapeute, Hôpital André Grégoire, Montreuil

Dr Pierre Foldès, urologue, Centre hospitalier de Saint Germain en Laye

Pr Paul Fornès, PU PH médecine légale, CHU Reims

Isabelle Gillette-Faye, sociologue, directrice du GAMS

Sylvie Grunvald, laboratoire de recherche « Droit et changement social » UMR-CNRS 3128, Faculté de droit et des sciences politiques de Nantes

Dr Solange Hugues, gynécologue médicale, Salon de Provence

Dr Cyril Huissoud, PH, gynécologue obstétricien, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

Noëlla Jarrousse, sage femme, sexothérapeute, conseillère conjugale et familiale, unité de gynécologie obstétrique médico psycho sociale (UGOMPS), CHU Nantes

Stéphanie Lebihannic, psychologue, unité de gynécologie obstétrique médico psycho sociale (UGOMPS), CHU Nantes

Dr Patrick Leuillet, PH, gynécologue, sexologue, CHU Amiens

Soizic Lorvellec, laboratoire de recherche « Droit et changement social » UMR-CNRS 3128, Faculté de droit et des sciences politiques de Nantes

Pr Dominique Maïza, PU PH, chirurgie cardiovasculaire, CHU Caen

Pr Brigitte Mauroy, PU PH Anatomie-Urologie, GH- ICL, Lomme

Pr Jean-Luc Nahel, PU Anthropologie, ethnologie, préhistoire, Université de Rouen

Pr Bernard-Jean Paniel, PU PH, gynécologue obstétricien, CHI de Créteil

Pauline Peenaert, psychologue, Hôpital Armand Trousseau, Paris

Dr Caroline Rey-Salmon, PH, pédiatre, unité médico judiciaire, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris

Pr René-Charles Rudigoz, PU PH, gynécologue obstétricien, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

Dr Richard Sarfati, PH, gynécologue obstétricien, CHU Poitiers

Dr Florence Toutlemonde, gynécologue sexologue, hôpital Armand Trousseau

Ce guide a été réalisé grâce à l'appui financier du ministère de la santé et des sports, Direction générale de la santé.

Ont été associés dans le cadre du comité de lecture

Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales

Délégation aux victimes

Ministère des affaires étrangères et européennes

Ministère de la justice et des libertés

Direction des affaires criminelles et des grâces

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

Direction générale de la cohésion sociale

Ministère de l'éducation nationale

Direction générale de l'enseignement scolaire

Ministère de la santé et des sports

Direction générale de la santé

Direction générale de l'hospitalisation et de l'offre de soins

Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire

Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté

Défenseure des enfants

Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Champagne-Ardenne

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Haute Normandie,

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile de France,

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales du Nord Pas de Calais,

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales des Pays de Loire,

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie,

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Poitou-Charentes,

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Rhône Alpes,

Académie nationale de Médecine

Conseil national de l'ordre des médecins

Conseil national de l'ordre des sages femmes

Conférence des Doyens de facultés de médecine

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF)

Collège national des sages femmes (CNSF)

Société Française de Pédiatrie (SFP)

Société Française de Médecine générale (SFMG)

Société Française de médecine légale

Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM)

Association nationale des sages femmes territoriales (ANSFT)

Association inter hospitalo universitaire de sexologie (AIHUS)

Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes

Hôpital Armand Trousseau : équipe pluridisciplinaire

Tribunal de Grande Instance de Nantes

Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)

Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)

Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF)

Collectif féministe contre le viol

Confédération du Mouvement Français du Planning Familial (MFPF)

Equilibres & Populations

Introduction

Certains combats menés contre des traditions archaïques mettent des décennies, voire des siècles, pour aboutir à la victoire.

Les mutilations sexuelles féminines se perpétuent depuis la nuit des temps. Excisions et infibulations constituent une atteinte grave aux droits fondamentaux de tout être humain, à la dignité et à l'intégrité. Elles ont par ailleurs des conséquences dramatiques sur la santé des femmes et des enfants.

Dans la lutte contre ces coutumes, l'engagement obstiné de certains acteurs a été décisif. A la fin des années 70, des femmes africaines et des femmes françaises se rassemblent. Très souvent, les premières à se mobiliser, les associations, ont été ici précurseurs pour témoigner, agir, défendre et protéger ces femmes et leurs fillettes.

La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines et le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines ont ainsi progressivement attesté de l'existence de ces pratiques et dénoncé le fait que celles-ci se perpétuent en France, contribuant à condamner les exciseuses et ainsi à protéger les fillettes et les jeunes filles.

Les premiers procès auront lieu en 1979 ; les sanctions pénales prononcées en 1996 permettront une prise de conscience de la position de la justice française et mettront ainsi un frein à la poursuite de ces mutilations dans notre pays. Ceci constituera une première étape fondamentale : la sensibilisation du public.

Mais pendant trop longtemps, nous, professionnels de santé, avons considéré l'excision et l'infibulation comme des pratiques coutumières qu'il importait de respecter.

Au cours des années 90, un chirurgien urologue, Pierre Foldès, ose inventer une technique de réparation de ce type de mutilation. Cette innovation capitale vise à restaurer un organe amputé. Bien au delà, cette intervention permet aux femmes d'accéder à une vie sociale et sexuelle plus satisfaisante.

Rompant le silence, l'Académie de Médecine prend une position forte dès l'année 2001. En Juin 2004, lors d'un colloque consacré à ce sujet, elle émet des recommandations visant à éradiquer les MSF.

En 2004, Simone Veil dans la préface du colloque de l'Académie de médecine, nous interpelle ainsi : *« Bien sûr, les médecins sont en première ligne. Ils doivent être vigilants et signaler les risques ou les situations qu'ils ont dépistés. »*. Claude Sureau précise dans sa conclusion : *« Le corps médical, en particulier, doit connaître, prévenir et agir ... il doit s'orienter vers la prise en charge des femmes mutilées »*.

Dans ce contexte, une action gouvernementale d'envergure a constitué un véritable engagement dans la lutte contre les mutilations. Ce programme d'action a été présenté lors du colloque du 4 décembre 2006, sous la présidence de Xavier Bertrand, alors ministre de la santé.

Cet ouvrage, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », réalisé avec le soutien financier du Ministère de la santé et des sports, est un des éléments essentiels de ce programme, véritable guide de référence pour agir.

Aujourd'hui, les professionnels de santé doivent jouer leur rôle : prévenir, dépister, accompagner et traiter.

Nous souhaitons que cet ouvrage contribue à faciliter l'implication du plus grand nombre : médecins, sages-femmes, infirmières et autres professionnels de santé dans la lutte contre ces rites ancestraux qui « portent atteinte à la dignité de l'ensemble des femmes ».

Pr Henri- Jean Philippe,
Président de Gynécologie Sans Frontières
Coordonnateur de l'ouvrage

Sommaire

1. Données générales	9
Introduction : témoignage	11
1.1. Anatomie de la région vulvaire de la femme	13
1.1.1 Les replis tégumentaires	
1.1.2 La fente vulvaire	
1.1.3 Les organes érectiles	
1.1.4 Les glandes génitales de la femme	
1.1.5 La situation de l'appareil sexuel de la femme	
1.1.6 Rôle des zones sensibles réflexogènes dans la sexualité	
1.2. Typologies des mutilations sexuelles féminines	20
1.3. Données anthropologiques	24
1.3.1 L'argument religieux	
1.3.2 L'argument hygiénique et/ou esthétique	
1.3.3 L'argument du « rite de passage »	
1.3.4 L'argument identitaire et celui de la perpétuation de la tradition	
1.3.5 L'argument sexuel	
1.4. Epidémiologie	26
1.4.1 Prévalence des mutilations sexuelles féminines en France et dans le monde	
1.4.2 Données sociologiques des mutilations sexuelles féminines ou comment construire / déconstruire nos représentations des MSF	
1.5. Conséquences médicales et psycho sexuelles	40
1.5.1. Les conséquences médicales	
1.5.2. Les conséquences psycho sexuelles	
1.6. Situation juridique	46
1.6.1 L'évolution du droit	
1.6.2 Le signalement et le secret médical	
1.6.3 La situation internationale	
1.7. Techniques chirurgicales	55
1.7.1 Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle féminine selon la technique décrite par P. Foldès	
1.7.2 Chirurgie réparatrice de la vulve	
1.8. Prise en charge sexologique après chirurgie reconstructrice du clitoris	61
2. Conduites à tenir	64
Introduction : témoignage	65
2.1 Le praticien face à une femme victime de MSF ou susceptible de l'être	66
2.1.1 Dépister une femme à risque de MSF	
2.1.2 Identifier la nature de la mutilation sexuelle	
2.1.3 Prendre en charge sur le plan médical, psychologique, social et sexuel	
2.1.4 Evaluer les risques de MSF et les prévenir chez ses filles	
2.2 Le praticien face à une femme victime de MSF identifiée au moment de l'accouchement	74
2.3 Le praticien face à un enfant ou une adolescente victime ou menacée de MSF	76
2.3.1 Situations dans lesquelles évoquer une mutilation sexuelle féminine	
2.3.2 Les problèmes diagnostiques en pédiatrie	
2.3.3 Conduite à tenir vis-à-vis d'un enfant ou d'une adolescente victime de mutilation sexuelle	
2.3.4 Conduite à tenir vis-à-vis d'une menace de MSF	
2.3.5 Conduite à tenir en cas de refus d'examen chez l'adolescente	
2.3.6 Prévenir les MSF	

ANNEXES	79
Annexe 1 Modèles de certificats médicaux	81
<ul style="list-style-type: none"> - Modèle de certificat médical de non excision pour une mineure en vue d'un voyage « au pays » - Modèle de certificat médical d'excision ou de non excision pour une majeure 	
Annexe 2 Modèles de signalement	83
<ul style="list-style-type: none"> - Modèle de signalement en cas de danger de mutilation sexuelle - Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une majeure - Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une mineure 	
Annexe 3 Contacts utiles	87
<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements ayant développé des activités chirurgicales en matière de MSF - Associations impliquées dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines - Sites Internet institutionnels 	
Annexe 4 Condamnations pénales pour mutilations sexuelles féminines en France	91
Annexe 5 Textes législatifs et réglementaires	94
<ul style="list-style-type: none"> - Les qualifications pénales des mutilations sexuelles féminines (textes du code pénal) - La non assistance à personne en danger - Le secret médical - Circulaires relatives à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines 	
Annexe 6 La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation	100
Annexe 7 Plaquette « Protégeons nos petites filles »	101
Annexe 8 Réquisition aux fins d'examen médico légal	105
Annexe 9 Recommandations officielles	107
<ul style="list-style-type: none"> - Déclaration commune OMS / UNICEF / FNUAP (extraits) - Recommandations de l'Académie nationale de médecine - Recommandations de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) 	
Annexe 10 Bibliographies	112
<ul style="list-style-type: none"> - Bibliographie générale - Bibliographie technique 	



Données générales

Témoignage

Salimata est guinéenne. Elle est âgée d'une trentaine d'années et vit aujourd'hui en France. Elle est mère de famille et a une activité professionnelle. Elle a le sourire.

Salimata revient sur ce jour où elle a été excisée, les circonstances, son déroulement, sa souffrance toujours présente.

Salimata raconte ainsi :

J'ai été mutilée à l'âge de treize ans ...

J'étais au collège ...

Mon père y était opposé.

Ma grand-mère paternelle relançait sans cesse :

« Elles ne vont pas y échapper ! C'est la tradition ! »

« Il faut qu'elles y passent comme toutes les autres ! »

Il a fini par céder.

On était une vingtaine de filles ... mes deux sœurs, des cousines ... il y avait des fillettes

On est allé au village. Il y avait une exciseuse réputée qui avait une place sociale ... elle était reconnue pour ça ; son mari faisait les circoncisions pour les garçons.

On nous a mis un pagne bleu. On est passé l'une après l'autre ... assise sur une pierre.

Sur la pierre elles avaient mis des feuilles ...

Elles m'ont pris les bras ... et les jambes ... elles ont écarté ... coupée à vif !!

J'ai perdu beaucoup de sang.

Elles ont fait griller le foie du poulet ; on le mangeait saignant afin de récupérer le sang perdu.

On nous a gardées le temps que ça cicatrise, trois semaines environ. Tous les matins, une femme passait faire les pansements ; elle nous badigeonnait avec du mercurochrome. On évitait de nous faire boire ... on se retenait d'aller aux toilettes ... on urinait, goutte après goutte, pour éviter que l'urine aille sur la plaie ... on pouvait mettre une demie heure pour « pisser » ... Je restais allongée sur le dos pour que mes cuisses ne frottent pas.

Le soir on prenait de la bouillie.

Et il ne fallait pas pleurer malgré la douleur ...

Personne ne parle de sa douleur ni de ce qu'il ressent ... même les petites !

On est passé de l'enfance à l'âge adulte. C'est comme un acte de bravoure.

Coupée à vif ! En réalité c'est atroce et ça nous reste à jamais dans la tête ...

« On va vous exciser et vous allez devenir des femmes »

On va dire : « C'est normal ... »

On dit que la vie des femmes est faite de souffrance, qu'on est destiné à ça ...

La première étape, c'est l'excision ...

La seconde étape, c'est « la première fois ... »

La troisième étape, c'est l'accouchement ... on est destiné à ça !

« C'est la fatalité, on ne peut pas y échapper ».

« Avant », on leur apprenait à tenir la maison. On les préparait à leur mariage en leur disant : « il faut être douce avec ton mari, il faut te laisser approcher pour que le mariage soit consommé ». C'est que « elles » attendent pour savoir si tu es vierge !

*L'excision ne mutile pas que le corps ... ça reste dans la tête. Rien que le fait de me toucher, c'est comme si on me coupait dans la tête ! C'est comme un cri !
On n'est jamais préparé à cela ! Jamais !! Ce n'est pas une question de culture, on est tous des êtres humains.*

Les bilakoros¹ ne doivent pas savoir ce qui se passe là-bas ; ni comment ça va se passer. Ca reste très tabou et il ne faut pas effrayer les autres .Tu ne sais pas ce qu'elles coupent ...

On ne réfléchit pas aux conséquences : « Si elle meurt, eh bien c'était sa destinée ». Il n'y a aucun lien de cause à effet.

Ma grand'mère a consulté les esprits pour qu'il ne nous arrive rien ! On a organisé tout un rituel de prières et d'incantations pour que le sorcier ne vienne pas jeter son mauvais œil et on le paye pour ça.

C'est un organe primordial pour la femme ... Quand on est excisée, on n'a pas de désir ... rien ...rien ! On ne peut pas approcher les hommes ...

L'homme ne peut pas t'approcher car tu ressens la douleur. Si l'homme te pénètre, tu te dis « je vais mourir ».

Certaines disent : « je ne veux pas que la nuit tombe car ça va être ma fête. ».

¹ Bilakoros : désigne les femmes « non excisées »

1.1 Anatomie de la région vulvaire de la femme ¹

L'appareil sexuel de la femme est constitué par le vagin qui traverse le périnée et la vulve qui est superficielle et située dans la loge périnéale antérieure.

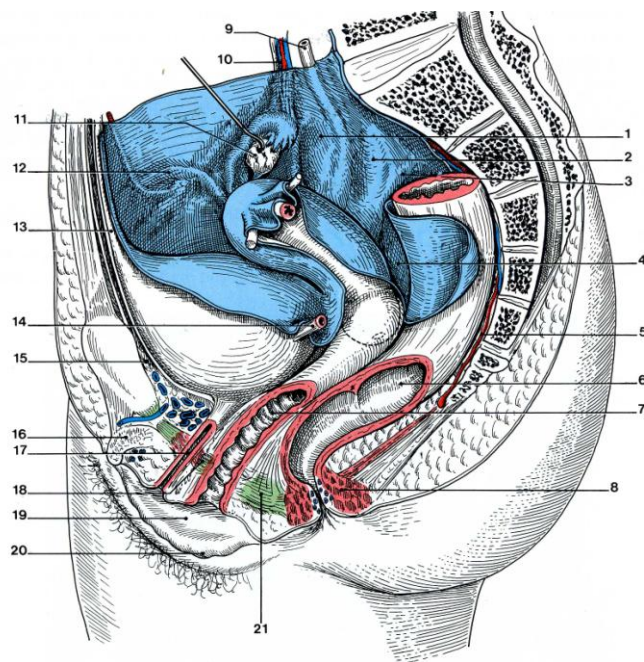
La vulve est un terme général désignant l'ensemble des organes génitaux externes de la femme. Elle comprend (Figure 2):

- des replis tégumentaires en forme de lèvres,
- un espace médian ou fente vulvaire limitée par les petites lèvres,
- des organes érectiles
- les glandes vulvo-vaginales.

Elle est située dans la loge périnéale superficielle, entre le tissu cellulaire sous-cutané et le diaphragme urogénital.

FIGURE 1 : Coupe sagittale paramédiane du bassin féminin ²
(d'après Kamina)

- 1 : Fossette ovarique
- 2 : Fossette infra ovarique
- 3 : Pli recto utérin
- 4 : Cul de sac recto utérin
- 5 : A. sacrale médiane
- 6 : Rectum
- 7 : Vagin
- 8 : M. sphincter externe de l'anus
- 9 : Uretère droit
- 10 : Ligament suspenseur de l'ovaire
- 11 : Ovaire
- 12 : Ligament rond
- 13 : Ouraque
- 14 : Uretère gauche
- 15 : Espace prévésical
- 16 : Clitoris
- 17 : Urètre
- 18 : Sphincter de l'urètre
- 19 : Petite lèvre
- 20 : Grande lèvre
- 21 : Centre tendineux du périnée



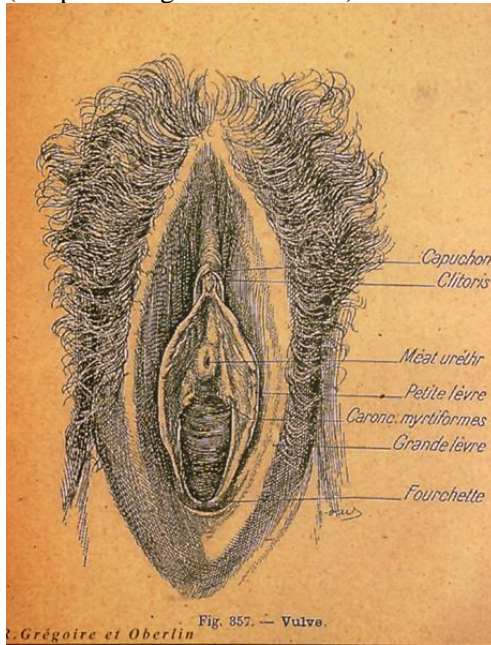
1.1.1 Les replis tégumentaires

Ils sont représentés par trois entités :

- Le mont du pubis** contient des fibres élastiques nées de la ligne blanche et de l'aponévrose abdominale qui se continuent dans l'épaisseur des grandes lèvres et sont en connexion avec le ligament suspenseur du clitoris.
- Les grandes lèvres** sont deux replis cutanés situés sous le mont de Vénus et réunis en bas pour former la fourchette. Elles sont de coloration foncée, comme le scrotum. Elles sont de fait formées de quatre couches, analogues à la paroi des bourses chez l'homme.
- Les petites lèvres** Leur extrémité antérieure se dédouble un peu avant le clitoris en deux feuilletts ;
 - postérieur, qui se dirige vers la face postérieure du clitoris, s'y insère et forme, avec celui du côté opposé le frein vulvaire (= du clitoris) dont la mobilisation transmise au prépuce participe à l'excitation mécanique du clitoris,
 - antérieur, plus long, qui passe en avant du clitoris et forme avec celui du côté opposé le capuchon clitoridien ou prépuce.

Elles ne sont que des replis cutanés. Si elles semblent pouvoir être le siège d'une érection, celle-ci relève comme l'érection du mamelon de la présence de nombreuses fibres musculaires lisses.

FIGURE 2 : Schéma de la vulve ³
(D'après Grégoire et Oberlin)



1.1.2 La fente vulvaire

La fente vulvaire, ou espace interlabial, ou canal vulvaire, est un espace virtuel qui comprend d'avant en arrière : le vestibule, le méat urétral et l'orifice inférieur du vagin rétréci par l'hymen qui ferme l'introït. L'hymen est une cloison incomplète dont, selon Testut, "la forme, comme celle de tous les organes à fonction mal définie est éminemment variable".

Quatre types ont été décrits : semi-lunaire ou falciforme, annulaire, labié et cribriforme.

Le devenir de l'hymen est variable.

- soit il s'agit d'un hymen mince et souple, donc tolérant, qui se dilate donc suffisamment lors de la pénétration.
- soit, il se déchire lors du premier rapport sexuel parfois au prix d'une hémorragie importante. Il persiste cependant et ne sera détruit que lors du premier accouchement. La plus grande partie des lambeaux se nécrose alors et laisse place à une plaie qui cicatrise à plat. Les parties qui ne se nécrosent pas se rétractent et forment autour de l'orifice vaginal des débris cicatriciels appelés caroncules myrtiliformes ou hyménales. Le plus souvent, il existe une caroncule médiane et une ou plusieurs latérales.

1.1.3 Les organes érectiles

Les organes érectiles sont formés par un organe médian, le clitoris (homologue du pénis, ou plus précisément des corps caverneux) et deux organes latéraux : les bulbes vestibulaires analogues, chacun, à une moitié du corps spongieux.

a) **Le clitoris**, décrit par Fallope, est formé d'arrière en avant par:

- les corps caverneux ou piliers du clitoris, au nombre de deux, situés sur la face médiane des branches ischio-pubiennes. Ils sont fusiformes, longs de 3 à 4 cm. Ils sont constitués d'un tissu érectile aréolaire entouré d'une albuginée. Ils sont recouverts par les muscles ischio-caverneux.
- Ils se réunissent sur la ligne médiane en avant de l'urètre pour former le corps du clitoris qui suit initialement la direction de ses racines puis se coude un peu en avant de la symphyse pubienne (= coude du clitoris). Le coude du clitoris est suspendu à la symphyse pubienne par son ligament suspenseur. Détaché de la ligne blanche de l'abdomen et de la symphyse, il se dédouble pour entourer le clitoris, se reconstitue en dessous de lui et se termine sur les parois des grandes lèvres.

Le clitoris se dirige ensuite vers le bas et l'arrière et se termine par un gland. A l'état de flaccidité, le clitoris mesure 60 à 70 mm : 30 mm pour les racines, 30 mm pour le corps et 6 à 7 mm pour le gland. Son diamètre est de 6 à 7 mm et 3 mm au niveau du gland.

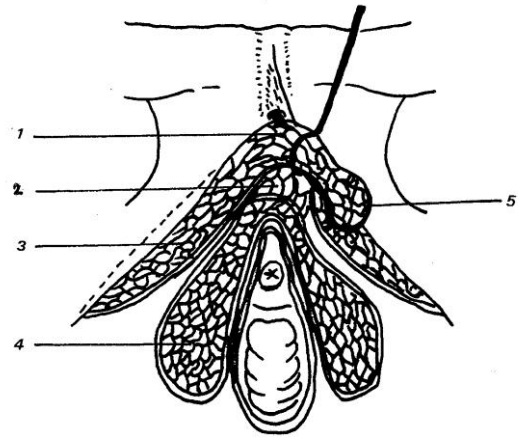
Son volume augmente en érection d'un demi-cm. Lors de l'érection, la couture du clitoris persiste.

La portion libre formée par le gland est recouverte en avant et sur les côtés d'un repli cutané qui dépend des petites lèvres et constitue le capuchon (prépuce) du clitoris.

FIGURE 3 : Structure des corps érectiles ⁴

(D'après Kamina)

- 1 : Corps du clitoris
- 2 : Plexus veineux intermédiaire
- 3 : Racine (= pilier) du clitoris
- 4 : Bulbe vestibulaire
- 5 : Gland du clitoris



Les relations réciproques du gland et du capuchon sont exactement identiques à ce qu'elles sont chez l'homme :

- le prépuce n'adhère pas au gland,
- le gland est entouré par une muqueuse qui, à sa partie postérieure, se réfléchit pour tapisser sa face profonde. Sabatier (13) décrit l'existence sous le prépuce d'une "humeur épaisse et jaunâtre de la nature de celle qui se trouve entre le gland et le prépuce chez l'homme".
- la face postérieure du clitoris donne naissance à un petit repli médian : le « frein » qui rattache le clitoris aux petites lèvres.

b) Les bulbes vestibulaires sont analogues au corps spongieux chez l'homme mais sont dédoublés et situés de chaque côté de l'orifice vulvaire et réunis en avant. Ils ont été décrits par Kobelt.

Ils mesurent 35mm de long, 15mm de large et 10mm d'épaisseur. Leur taille est variable en fonction de l'âge et de la fréquence des rapports sexuels.

Ils sont ovoïdes à base postérieure situés entre:

- en haut, le feuillet inférieur du diaphragme uro-génital (= aponévrose périnéale moyenne)
- en bas et latéralement, le muscle bulbo-spongieux.

Ils forment une sorte de fer à cheval ouvert vers l'arrière. Chaque branche du fer à cheval est au contact en arrière de la glande vestibulaire majeure (= de Bartholin). Assez souvent, ils se terminent au niveau de la transversale passant par le milieu de l'orifice vaginal. Ils sont parfois beaucoup plus développés, atteignant le périnée postérieur.

Leur extrémité antérieure, mince, s'unit sur la ligne médiane avec son homologue pour constituer la commissure bulbaire située dans la région vestibulaire entre le méat urinaire et le clitoris. De cette extrémité antérieure, émergent des veines nombreuses qui forment un réseau veineux entre le bulbe, le gland et le clitoris.

FIGURE 4 : Périnée antérieur, vue inférieure ⁵

(D'après Kamina)

- 1: Fascia inférieur du diaphragme urogénital
- 2 : Muscle transverse superficiel
- 3 : Muscle transverse profond
- 4 : Centre tendineux du périnée
- 5 : Glande vestibulaire majeure
- 6 : Bulbe vestibulaire
- 7 : Corps caverneux
- 8 : Sphincter externe de l'urètre
- 9 : Fascia supérieur du diaphragme urogénital

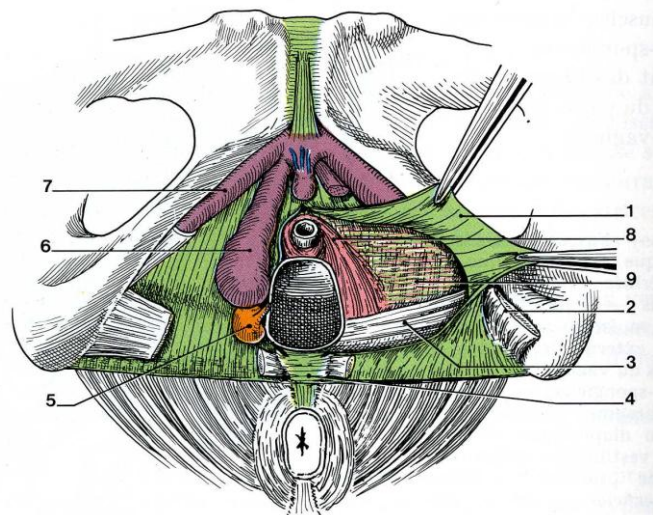
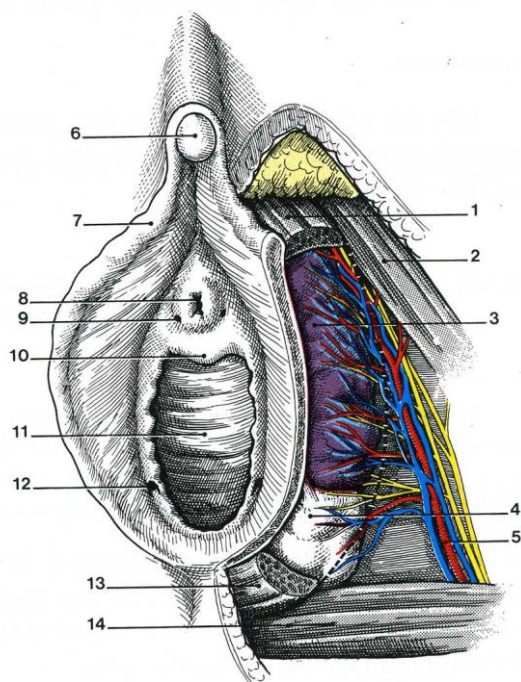


FIGURE 5 : Glande vestibulaire majeure⁶
(d'après Kamina)



- 1 : M. Bulbo spongieux
- 2 : M. ischio caverneux
- 3 : Bulbe vestibulaire
- 4 : Glande vestibulaire
- 5 : A. v. et n. périnéaux profonds
- 6 : Gland du clitoris
- 7. Petite lèvre
- 8 : Ostium externe de l'urètre
- 9 : Ostium de la glande para urétrale
- 10 : Carina urétrale du vagin
- 11 : Vagin
- 12 : Ostium de la glande vestibulaire
- 13 : M. bulbo spongieux
- 14 : M. transverse superficiel

1.1.4 Les glandes génitales de la femme

Plusieurs types de glandes sont annexées à l'appareil génital de la femme: les glandes urétrales, péri- et para-urétrales et les glandes vulvo-vaginales.

a) Les glandes urétrales et péri urétrales constituent la « prostate femelle ». Elles sont parallèles à l'urètre. Chaque rangée comporte de trois à dix orifices. Elles sont plus volumineuses et plus nombreuses au voisinage du méat atteignant jusqu'à 3 mm de long. Leur extrémité se situe dans le chorion ou dans la musculuse.

b) Les glandes para urétrales : Décrites par Skene en 1880, ouvertes de part et d'autre du méat urétral, elles sont situées au contact de la paroi de l'urètre et se drainent par deux canaux ouverts de part et d'autre du méat urétral. Ce canal excréteur draine également les glandes urétrales

c) Les glandes vestibulaires mineures comprennent les glandes sébacées et sudorifères disséminées à la surface des formations labiales. Elles sécrètent une substance épaisse et blanchâtre rappelant le smegma préputial.

d) Les glandes vestibulaires majeures (= vulvo-vaginales ou de Bartholin) ont surtout été étudiées en 1841 par Hughier. Elles se développent à la partie postéro-latérale de l'orifice vulvo-vaginal. Elles sont situées 1cm au-dessus de l'implantation de l'hymen. Ce sont les seules glandes qui débouchent dans le vestibule. Petites chez l'enfant, elles augmentent de volume de la puberté à l'âge adulte. Elles s'atrophient progressivement après la ménopause.

Elles mesurent 15 mm de long sur 10 mm de large et pèsent 4 à 5 g.

Leur canal excréteur, large de 2 mm, long de 2 cm, s'ouvre dans le sillon nympho-hyménéal, c'est à dire juste en avant de l'hymen.

Les glandes vestibulaires majeures ont exactement la même structure que les glandes de Cowper chez l'homme. Ce sont des glandes mucipares. Le produit de sécrétion s'écoule au moment du coït et lubrifie la paroi vaginale.

FIGURE 6 : Glandes urétrales et para-urétrales ⁷

(d'après Kamina)

1 – urètre

2 – glandes urétrales

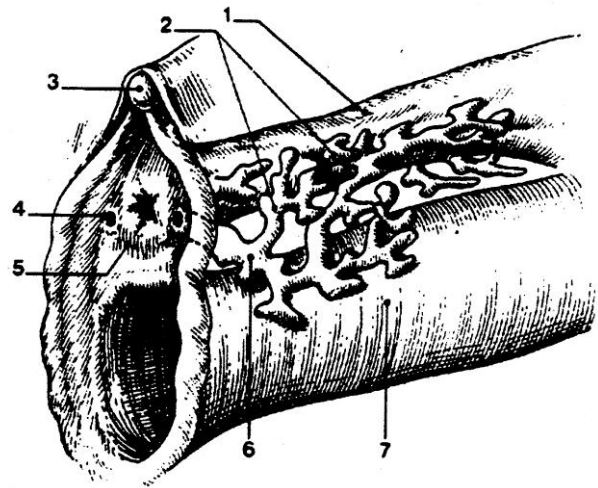
3 – clitoris

4 – orifice du conduit de la glande para-urétrale

5 – orifice externe de l'urètre

6 – glande para-urétrale (de Skène)

7 - vagin



1.1.5 La situation de l'appareil sexuel de la femme

La vulve est située dans la loge périnéale superficielle entre le tissu cellulaire sous-cutané et le diaphragme uro-génital (Figure 5).

- a) **Loge périnéale antérieure** : En position gynécologique, le périnée a une forme losangique à grand axe antéro-postérieur dont les angles sont définis par la symphyse pubienne en avant, le coccyx en arrière, les ischions latéralement. La ligne bi-ischiatique le divise en deux régions: périnée antérieur ou uro-gynécologique et périnée postérieur ou anal.

FIGURE 6 : Le périnée : position gynécologique ⁸

(d'après Kamina)

A : périnée antérieur

B : périnée postérieur

- b) **Plan cutané** : Ce sont les plis génito-fémoraux qui constituent également la frontière entre les territoires vulvaires et fémoraux.
- c) **Muscles** : Ils forment autour de la vulve et de l'anus un 8 dont la boucle antérieure est située dans le périnée antérieur. Cette boucle antérieure, la plus grande, est formée par les muscles bulbo-spongieux et constricteur de la vulve (la boucle postérieure, la plus petite, est formée par le sphincter de l'anus).

1.1.6 Rôle des zones sensibles réflexogènes dans la sexualité

Les zones érogènes, surfaces cutanées ou muqueuses réflexogènes sont de deux ordres :

- les zones dites primaires dont l'excitation est nécessaire pour provoquer le réflexe orgasmique
- les zones dites secondaires dont la stimulation met en état de réceptivité optimale les zones primaires mais ne peut à elle seule déclencher le réflexe orgasmique

Dans la pratique, ces zones secondaires interviennent les premières dans la physiologie.

1.1.6.1 Zones érogènes secondaires

On distingue trois localisations érogènes secondaires dont l'effet érogène est de plus en plus accentué :

- les **zones extra génitales** dont le pouvoir et l'étendue sont variables selon les individus et en général plus développées chez la femme que chez l'homme : lèvres, nuque, faces latérales du cou, face interne des bras, face antérieure du poignet, ventre, face interne des cuisses ...
- **les zones péri et para génitales**. Les unes ont le même pouvoir dans les deux sexes (bas-ventre, région inguinale, région obturatrice et périnée) ; d'autres sont spécifiques de la femme (les seins ont chez les femmes un pouvoir érogène considérable. Leur stimulation peut chez certaines femmes, sinon déclencher l'orgasme, amener à un niveau d'excitation sexuelle proche de celui-ci. En revanche, chez l'homme, l'érogénéité des mamelons est très réduite.)
- **les zones génitales** qui comprennent l'ensemble des organes génitaux externes.

Les zones érogènes secondaires sont accessibles à de nombreux modes de stimulation. L'excitation de ces zones ne peut déclencher l'orgasme car son effet n'est pas cumulatif. Elle n'engendre donc pas de lassitude. La sensibilité de ces zones est très riche et étendue à tous les modes, en particulier à la douleur ce qui en fait un gardien physiologique n'autorisant la stimulation des zones primaires que par un solliciter reconnu comme bienveillant.

1.1.6.2 Zones érogènes primaires

Elles sont strictement localisées dans la région génitale. L'homme n'en possède qu'une : le gland de la verge. La femme possède par contre une fonction érotique bifocale avec deux zones érogènes primaires : le gland du clitoris et le canal vaginal.

Chacune des deux zones primaires de la femme possède son autonomie orgasmique mais leur fonctionnement est habituellement synergique. L'orgasme clitoridien joue un rôle de catalyseur physiologique et l'assouvissement érotique féminin complet comporte la survenue d'orgasme en provenance des deux zones primaires.

Au plan histologique, seuls le gland de la verge et le gland du clitoris possèdent une différenciation propre. Les corpuscules de Krause-Finger ou corpuscules du gland transmettent sur le mode extéroceptif conscient la sensibilité érogène. La paroi vaginale ne possède pas cette différenciation corpusculaire et seules quelques fibres réceptrices de la paroi antéro-inférieure du vagin (point G mis en évidence en 1944 par Gräfenberg et Dickinson) possèdent un renflement pseudo-corpusculaire. La paroi vaginale transmet essentiellement ses messages érogènes sur le mode proprioceptif conscient à partir de la stimulation de sa tunique musculaire lisse.

Les zones érogènes primaires possèdent deux particularités physiologiques:

- elles ont besoin d'une mise en condition sous forme d'une intumescence pour transmettre leurs messages érogènes et c'est le rôle des zones érogènes secondaires que d'effectuer cette mise en condition. La stimulation d'emblée des zones érogènes primaires est inefficace voire désagréable ;
- elles présentent un émoussement de la stabilité extra-érogène, thermique et surtout algique ce qui explique leur particulière endurance aux microtraumatismes du rapport sexuel. Les douleurs ressenties lors des rapports sexuels douloureux (dyspareunie) sont dues à la stimulation des zones érogènes secondaires péri génitales ou génitales mais non celle des zones érogènes primaires.

Le mode de stimulation des zones érogènes primaires utilise des procédés variables mais obéit au type de stimulation alternative : mouvement de va-et-vient du coït, mouvement alternant de la main, des doigts, de la langue ou des lèvres. Chaque zone primaire a des exigences particulières:

- la stimulation du clitoris doit se poursuivre pendant l'orgasme sous peine de frustration
- la stimulation extra-vaginale du gland de la verge doit au contraire cesser dès la survenue de l'orgasme sous peine d'effet désagréable lié à l'excitation superfétatoire
- par contre dans le vagin et comme le vagin, le gland de la verge supporte l'excitation pendant l'orgasme et même après

Le tempo de l'excitation est variable selon les zones érogènes primaires. Alors que l'excitation clitoridienne doit être régulière, l'excitation de la verge et du vagin nécessite une accélération progressive pour déclencher l'orgasme.

1.2 Typologies des mutilations sexuelles féminines

Définition

Il s'agit de l'ablation totale ou partielle de tout ou partie des organes génitaux externes à des fins autres que thérapeutiques.

En 1995, le Dr Robin Cook a établi une classification plus détaillée avalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997. Celle-ci a été modifiée par l'OMS en 2007 :

Type I	Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (<u>clitoridectomie</u>)
Type II	Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (<u>excision</u>)
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 (<u>infibulation</u>)
Type IV	Autres procédés de mutilation (scarifications, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...)

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) de type II et de type III représentent environ 80 % et 15 % des mutilations².

Plus simplement et en pratique, on pourrait distinguer deux formes :

- les **excisions** (l'orifice vaginal reste ouvert et les rapports sexuels sont possibles)
- l'**infibulation** où la vulve disparaît, remplacée par une cicatrice fibreuse et dure rendant les rapports sexuels impossibles et source de complications obstétricales majeures. L'infibulation peut être partielle, conséquence involontaire d'une excision par coalescence des petites lèvres.

Avec l'immigration, ce phénomène de mutilations sexuelles qui concernait en particulier le continent africain est apparu un peu partout en occident et dans tous les pays accueillant une communauté significative d'immigrés.

Il devient donc indispensable de reconnaître les mutilations sexuelles féminines.

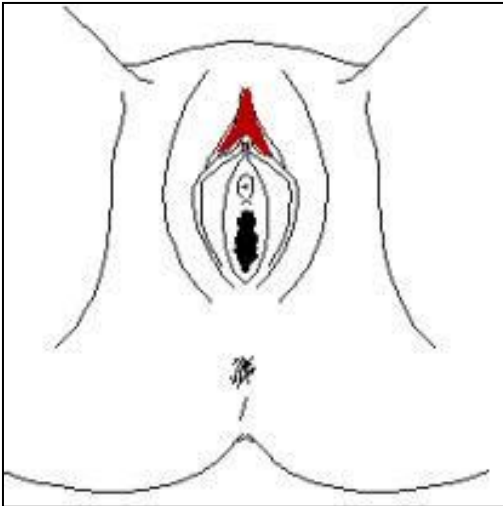
² Ordre de grandeur

Mutilation de type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)

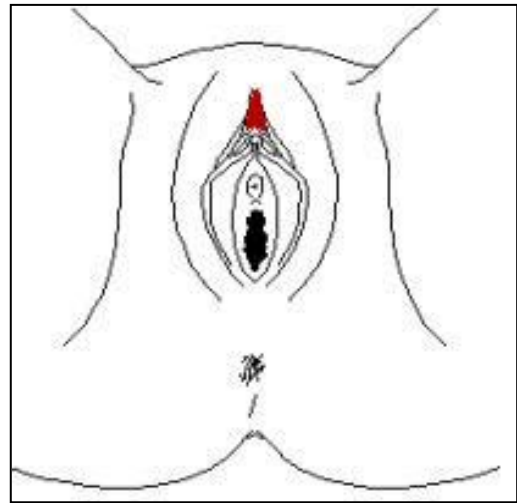
Une grande partie de l'anatomie reste conservée.

Schémas anatomiques ⁹ :

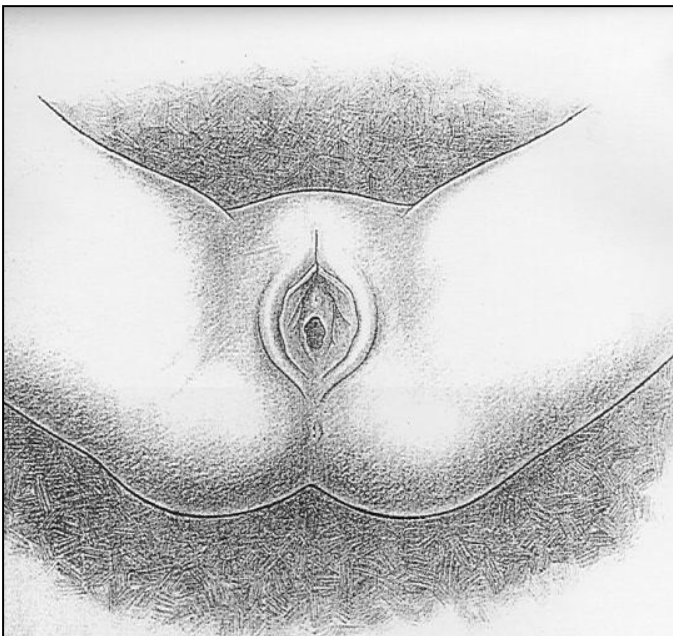
Excision du capuchon et du clitoris



Excision du capuchon sans enlever le clitoris



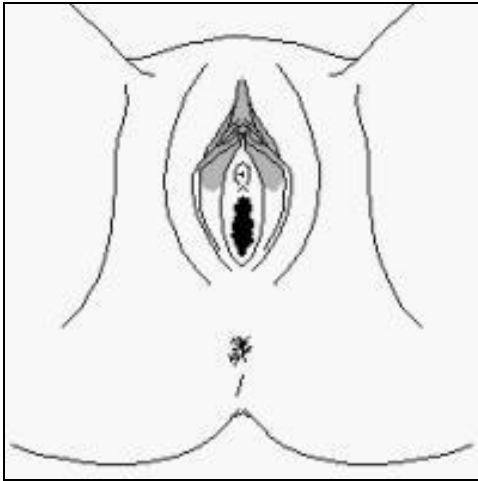
Représentation graphique ¹⁰ :



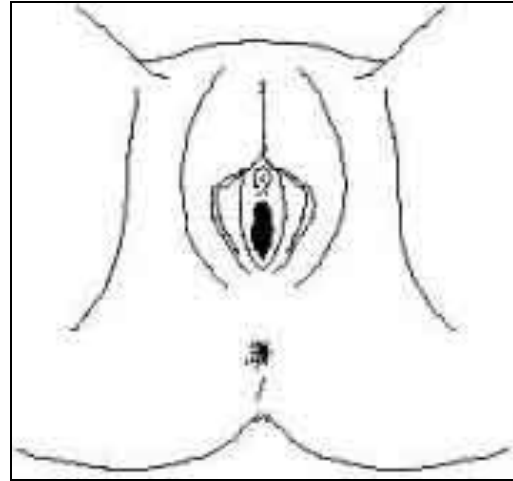
Mutilation de type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)

Schémas anatomiques⁹ :

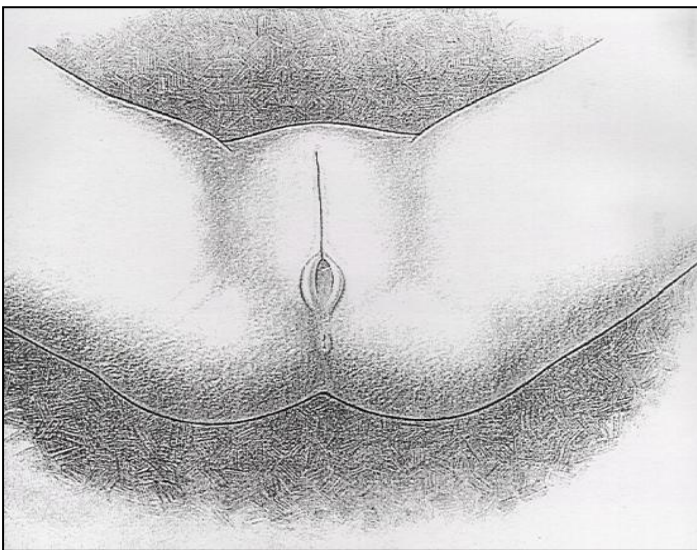
Avant



Après

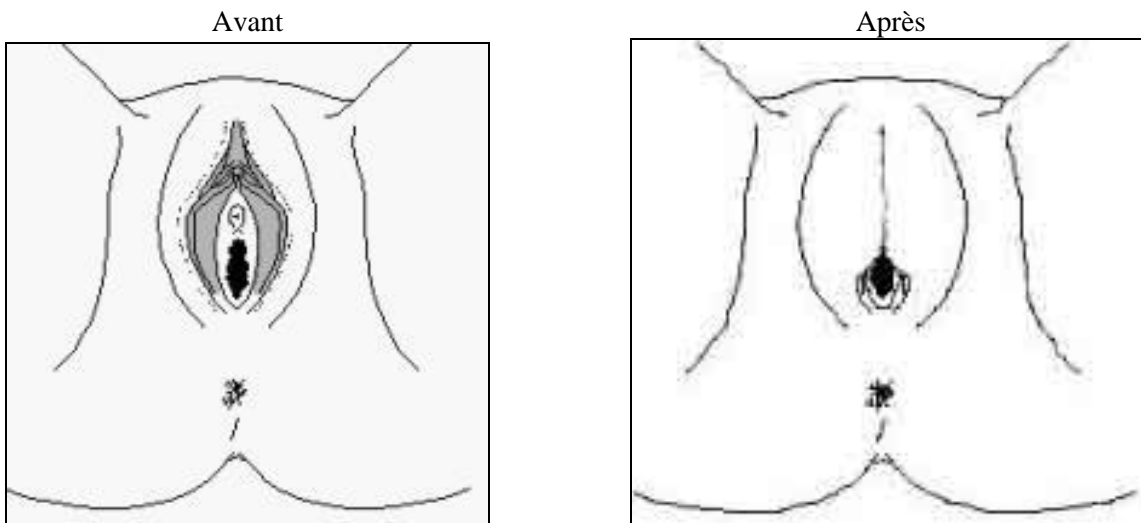


Représentation graphique¹⁰ :

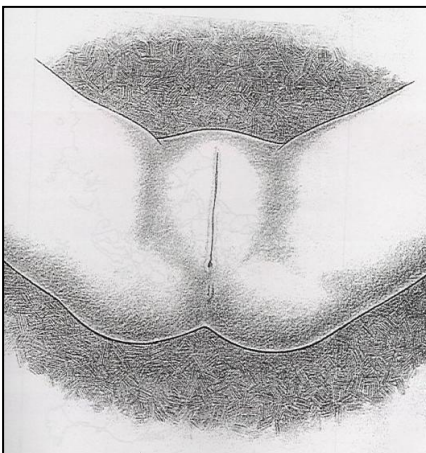


Mutilation de type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (**infibulation**)

Schémas anatomiques⁹ :



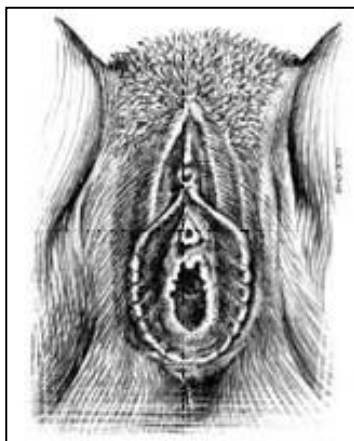
Représentation graphique¹⁰:



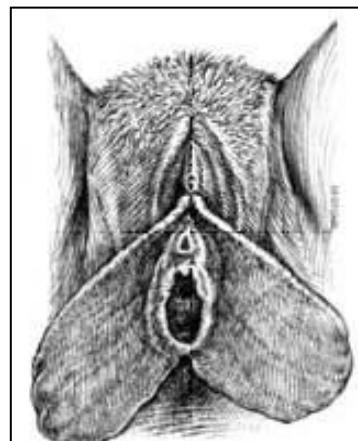
Mutilations de type IV : Autres procédés de mutilation (scarifications, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...)

Schémas anatomiques¹¹:

Scarification des petites lèvres



Etirement des petites lèvres



1.3 Données anthropologiques

Les mutilations sexuelles féminines constituent l'une des problématiques majeures de l'anthropologie du corps. Cette question est au cœur d'une opposition entre les partisans du respect des pratiques culturelles locales qualifiées alors d'identitaires et les partisans de l'esprit des lumières considérant les droits humains comme universels et donc le droit à l'intégrité corporelle comme une valeur intangible.

Beaucoup de mythes et de fausses croyances ont été et sont encore racontés sur les MSF, tant par les populations qui les pratiquent, que par les personnes qui les observent.

1.3.1 L'argument religieux

Beaucoup de personnes ont et continuent d'affirmer que les MSF sont une prescription coranique et donc une obligation religieuse musulmane. Il a d'ailleurs été prouvé que les MSF existaient bien avant l'apparition des religions dites du Livre, au moins de 6000 ans. Il faut rappeler que nulle part dans le Coran n'est mentionnée l'obligation de faire « couper » les femmes. Preuve en est que de nombreux peuples de religion musulmane ne pratiquent pas les MSF comme les Wolofs (Sénégal) ou encore les maghrébins. De plus, les MSF se rencontrent aussi dans les communautés non musulmanes, chez certains catholiques, protestants ou animistes.

1.3.2 L'argument hygiénique et/ou esthétique

Toutes sortes de croyances ont été colportées. Ainsi, on a prétendu que les femmes mutilées sexuellement sont totalement pures pour s'adonner à la prière. En effet, certains considèrent que les replis du sexe non-excisé d'une femme empêche des ablutions correctes avant de faire la prière. D'autres pensent que le clitoris non-coupé grandirait jusqu'à atteindre des dimensions gigantesques (celle du pénis d'un homme) ; que le clitoris est sale, qu'il sent mauvais, qu'il est dangereux lors des rapports sexuels ou lors de l'accouchement. Certaines cultures estiment que le sexe non-excisé d'une femme est laid et que c'est pour rendre les femmes plus belles et désirables qu'on les excise ou qu'on les infibule.

1.3.3 L'argument du « rite de passage »

Les MSF sont parfois considérées comme des rites initiatiques. Initiatiques car la petite fille ou la jeune fille doit montrer son courage et sa résistance à la douleur. Certaines croyances affirment que le clitoris est un organe mâle chez la femme et que le prépuce est un organe femelle chez l'homme. Pour les ethnies concernées, il est donc important d'exciser pour que la petite fille accède au statut de femme et de circoncire pour que le petit garçon accède au statut d'homme. De fait, un certain nombre d'ethnies mènent parallèlement les rites de circoncision masculine et de clitoridectomie. Il en est ainsi pour les Nandi et les Massai (Kenya), les Gogo (Tanzanie), les Kissi (Guinée-Bissau), les Malinké (Guinée-Conakry), les Bambara et les Dogons (Mali). Ce parallélisme n'existe que sur le plan symbolique. En effet, les deux formes d'ablation sont absolument dissemblables tant du point de vue anatomique (ce qui est ôté du corps féminin correspond à la totalité de l'appareil génital masculin, excepté le scrotum) que de celui des possibilités de jouissance subsistant après l'opération chez les hommes. De plus, cette idée d'un rite de passage est obsolète car on observe depuis plusieurs années que les MSF se pratiquent sur des fillettes de plus en plus jeunes et souvent sur des nourrissons.

1.3.4 L'argument identitaire et celui de la perpétuation de la tradition

Pour beaucoup, les MSF sont un marquage corporel faisant appartenir les femmes à la communauté. « Nos ancêtres le faisaient, nous devons continuer à le faire... ». Cette récurrence de l'argument identitaire et/ou traditionnel marque la difficulté de faire admettre à la fois aux populations concernées mais aussi à certains intellectuels tenant du « relativisme culturel » que toutes les sociétés changent et que toutes ont ou vont abandonner certaines pratiques. L'argument de l'appartenance communautaire reste fort car encore beaucoup de mères affirment être conscientes des dangers des MSF mais vont tout de même les pratiquer sur leurs filles. Car, selon elles, celles-ci ne trouveront pas d'époux plus tard si elles ne sont pas « coupées ».

1.3.5 L'argument sexuel

Le clitoris est une zone érogène primaire et il n'a pas d'autres fonctions que celle de procurer aux femmes excitation et plaisir sexuel. A ce titre, il représente un danger pour la société où de telles sensations sont interdites aux femmes. En effet, nombreux sont ceux qui affirment qu'une femme non-excisée ne sait pas « se tenir », à savoir, rester vierge jusqu'au mariage, ne pas tomber enceinte hors mariage, ne pas tromper son mari, être demandeuse de rapports sexuels ou y prendre une part trop active.

En résumé, une femme non « coupée » aurait un appétit sexuel débordant ... Les MSF seraient donc un moyen de « calmer » les femmes et un véritable outil de contrôle social de la sexualité féminine.

Il faut ajouter qu'en particulier lors du mariage, un des membres de la famille peut exiger que la future épouse soit passée par le rite imposé par le groupe ethnique. Et si l'on prend l'exemple du Soudan, le terme « Rafd » qui peut être traduit par « soumission » caractérise la position sociale de la femme mais peut être interprétée dans une forme plus radicale, à savoir le mot « réduite », conduisant à l'application anatomique à la lettre de ce qualificatif. De plus, l'ouvrage "History of circumcision from the Earliest Times to the Present", paru en 1891 à Philadelphie, dont l'auteur Remondino s'intéresse à la circoncision masculine mais consacre un chapitre à l'infibulation, insiste sur l'importance de la conservation de la virginité absolue comme raison donnée pour expliquer ces pratiques. L'auteur cite dans son ouvrage le livre d'un certain colonel Dubisson qui aurait parcouru l'Afrique de l'Est, l'ouvrage s'intitulant « Les femmes, les eunuques, et les guerriers du Soudan » où il observe que les femmes des Harems peuvent se promener sans la surveillance des eunuques contrairement aux autres usages orientaux. Il l'associe au fait qu'elles sont « fermées de l'intérieur » et qu'elles marchent avec peine et hésitation.

Toutefois, rappelons qu'il n'y a pas qu'en Afrique que le clitoris a suscité la méfiance. En Occident aussi, notamment en Europe jusqu'à la seconde guerre mondiale, des femmes ont été mutilées dans le cadre médical : clitoridectomie ou cautérisation au fer rouge du clitoris dans le cas de femmes jugées nymphomanes ou hystériques ou pour des petites filles qui se masturbaient.

Conclusion

En conclusion, les explications proposées pour expliquer ces pratiques font le plus souvent référence à des arguments religieux, hygiénique ou esthétique, identitaire et de la perpétuation de la tradition, sexuel ou évoquant le rite de passage. Mais en réalité, comme l'ont écrit les auteures Agnès BOUSSUGE & Elise THIEBAUT (Le Pacte d'Awa)¹², les MSF font partie des moyens par lequel le pouvoir patriarcal a cherché à s'imposer aux femmes dans de nombreuses sociétés et ce, depuis la nuit des temps.

Il n'y a pas si longtemps en occident comme en orient, les femmes étaient aussi enfermées dans la maison familiale, dans des couvents, des harems. La morale judéo-chrétienne et les lois ont fait d'elles des personnes mineures, sous la tutelle d'un homme, père ou mari. L'accès à l'instruction leur a été longtemps interdit.

Mariées contre leur gré,, échangées, vendues, elles sont encore aujourd'hui les premières victimes des viols, des violences conjugales et de l'exploitation pornographique. Les MSF sont des pratiques qui s'inscrivent dans ce contexte général d'inégalité entre les femmes et les hommes du monde entier.

1.4 Epidémiologie

1.4.1 Prévalence des mutilations sexuelles féminines en France et dans le monde

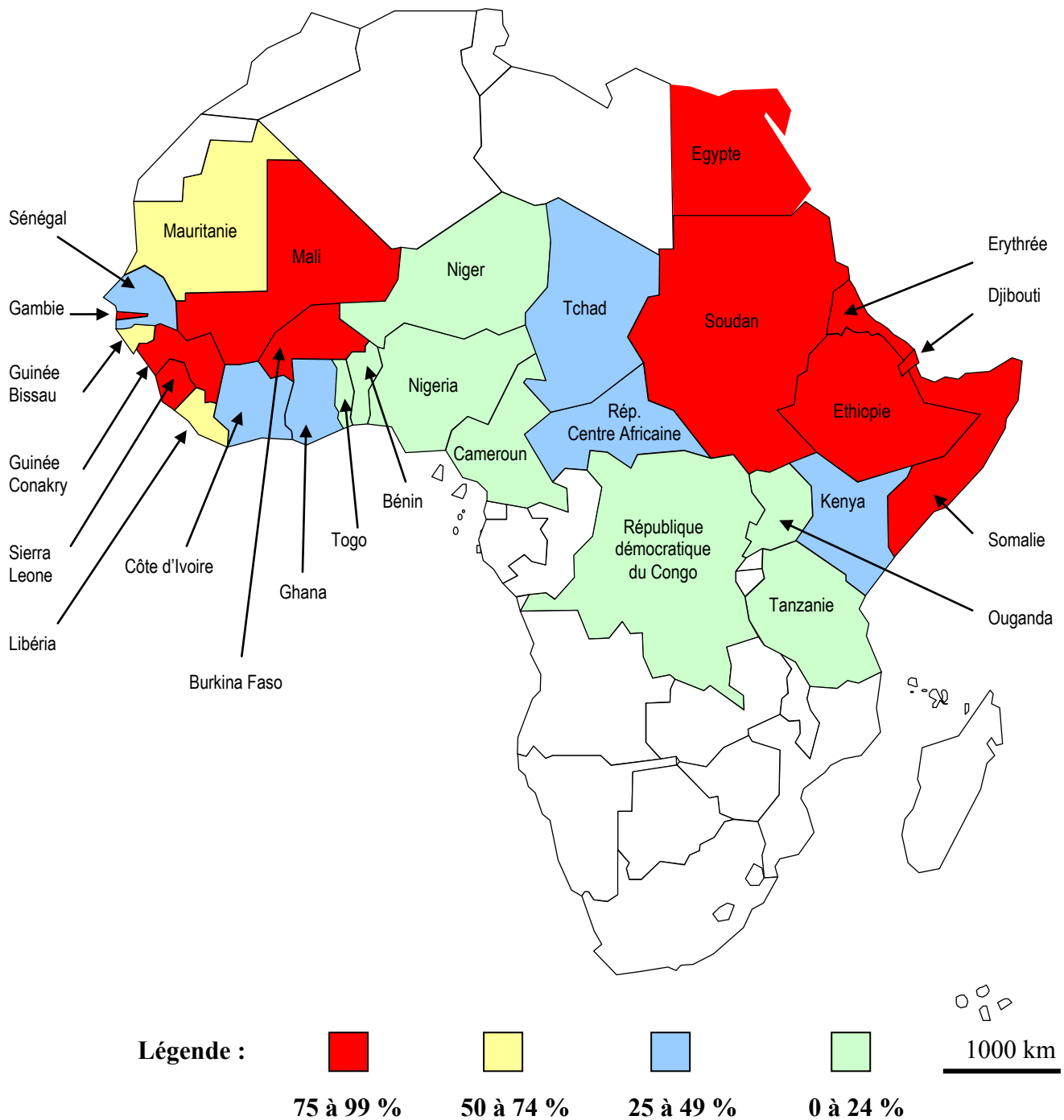
Cette première partie présente la prévalence de ces pratiques traditionnelles néfastes, avec des estimations chiffrées pour l'Afrique, l'Europe et la France.

1.4.1.1 Aires culturelles

Les informations suivantes rassemblent divers éléments chiffrés. Elles présentent un tableau aussi complet que possible de l'excision et de l'infibulation à travers le monde et en particulier en Afrique.

1.4.1.2 Localisations africaines

Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique



Avec les documents à notre disposition, nous pouvons dresser des tableaux présentant les localisations en Afrique et au Yémen des mutilations sexuelles féminines. Nous nous appuyons en particulier sur des documents de l'Organisation Mondiale de la Santé ¹¹, UNICEF ¹³ et sur les dernières mesures DHS (Demographic and Health Survey – Etudes Démographiques et Santé).

Pays	Prévalence (%)	Année de l'enquête
Bénin ¹⁴	16,8	2001
Burkina Faso	72,5	2005
Cameroun ¹⁵	1,4	2004
Côte d'Ivoire	41,7	2005
Djibouti	93,10	2006
Egypte	95,8	2005
Erythrée ¹⁶	88,7	2002
Ethiopie	74,3	2005
Gambie	78,3	2005
Ghana	3,8	2005
Guinée ¹⁷	95,6	2005
Guinée-Bissau	44,5	2005
Kenya ¹⁸	32,2	2003
Liberia	45	*
Mali ¹⁹	91,6	2001
Mauritanie ²⁰	71,3	2001
Niger ²¹	2,2	2006
Nigeria ²²	19	2003
Ouganda	0,6	2006
République centrafricaine	25,7	2005
République unie de Tanzanie ²³	14,6	2004
Sénégal ²⁴	28,2	2005
Sierra Leone	94	2005
Somalie	97,9	2005
Soudan	90	2000
Tchad ²⁵	44,9	2004
Togo	5,8	2005
Yémen ²⁶	22,6	1997

* *Estimations découlant de diverses études au niveau local et au niveau sous national (Yoder et Khan, 2007)*

1.4.1.3 Localisations hors Afrique

Moyen Orient^{27 28 29}

Pour l'infibulation, rien ne permet d'affirmer l'existence d'un foyer véritablement autochtone en dehors du continent africain. Les cas récemment signalés en Arabie du sud sont isolés et manifestement d'importation récente.

Dans la péninsule arabique, l'excision de type II est pratiquée au Yémen, dans la Tihama (région littorale de la Mer Rouge), l'Hadramaout (région du golfe d'Aden) et localement à Lahj, Aden et Abyan. Elle est totalement absente des régions montagneuses et désertiques. L'infibulation est pratiquée par les immigrants et les réfugiés somaliens vivant au Yémen. L'excision est également pratiquée, dans la région du Dhofar dans quelques rares villes du sultanat d'Oman, dans l'archipel de Bahreïn et dans les Emirats Arabes Unis. Elle persisterait également en Arabie Saoudite dans la région du sud-ouest. Plus récemment, de nouveaux cas ont été observés au Kurdistan Irakien.

Asie, Océanie^{27 28 29 30 31}

En Asie du sud-est insulaire, l'excision est signalée en Malaisie. On la retrouve également chez les malais de Singapour. Enfin, plus récemment, elle a été signalée à Perth, en Australie, chez des migrants de cette même population.

En Indonésie, selon l'historien Ahmad Watik Pratiknya, la pratique de l'excision date du VIII^e siècle quand l'Islam y a été introduit. Elle est pratiquée par la plupart des groupes ethniques. La technique a changé depuis les deux ou trois dernières décades et la mutilation est moins drastique. Dorénavant, il s'agit essentiellement d'une « purification » de la vulve en appliquant une substance traditionnelle ou bien une incision « symbolique », c'est-à-dire une légère ponction du bout du clitoris. L'influence de l'éducation communautaire aux problèmes de santé et la « compréhension religieuse » semblent avoir été les raisons fondamentales de ce changement. Le même type d'excision serait pratiqué à Java dans la première année qui suit la naissance de la petite fille soit à l'hôpital en milieu urbain, soit par les « dukun » (praticiens traditionnels locaux) en milieu rural.

En Inde, à l'ouest, dans la secte musulmane Bohras (secte Ismaili Shia, soit moins d'un million de personnes), les fillettes seraient excisées à l'âge de 7 ans. Cette secte serait également présente au Pakistan. Au nord-ouest (North-West Frontier Province), chez les Kehal (musulmans), l'anthropologue R. Briffault a observé la pratique de l'excision six mois après un mariage infécond. Il l'a également signalée chez les communautés chiites de Baroda et de Bombay, dans lesquelles elle était en voie d'extinction. Enfin, dans le Sind, il révèle également la présence d'une forme d'infibulation faisant appel à des boucles de métal amovibles.^{27 28 29 30 31}

Amérique du sud^{32 33}

En Amérique latine, l'excision associée à la défloration a été évoquée par l'anthropologue Simone-Roger Waisbard en Amazonie péruvienne chez certains Indiens de l'Ucayali (Conibo, Shama, Shipibo). L'ethnologue et linguiste André-Marcel d'Ans, quant à lui, a eu confirmation de la permanence de cette pratique chez les Indiens Shipibo d'Amazonie jusqu'en août 1973.

Par ailleurs, au Brésil, l'excision serait pratiquée parmi les groupes d'origine Yoruba. Elle serait également présente en Colombie et au Mexique.

France^{34 35}

En France, il est très difficile d'estimer le nombre de femmes et de fillettes excisées et encore moins celles qui sont susceptibles de l'être du fait de leur appartenance à une société perpétuant la pratique de l'excision. Toutefois, les résultats de l'Enquête "Excision et Handicap : mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice (ExH)" (IDUP, ANR & INED), avec le soutien du ministère de la santé et des sports, devraient permettre d'établir une cartographie plus précise de leur prévalence sur le territoire national.

En s'appuyant sur les derniers travaux de l'INED³⁴, les auteures Armelle ANDRO et Marie LESCINGAND estiment qu'il y avait en France en 2004 entre 42 000 et 61 000 femmes adultes victimes de mutilations sexuelles vivant en France. Si l'on retient l'estimation moyenne, elles seraient 53 000.

Précisons également qu'il est nécessaire de nuancer l'ordre de grandeur de ces données car l'indicateur « nationalité » cache des réalités très différentes selon les régions d'origine. En effet, si nous affinons ce premier découpage par nationalité pour nous attacher aux ethnies susceptibles de pratiquer l'excision, nous constatons que le fleuve Sénégal traverse le Mali, la Mauritanie et le Sénégal. Cet espace géographique est plus particulièrement peuplé des ethnies Mandé (Bambara, Diakhanké, Malinké, Mandingue, Nyominka, Socé, Soninké) et Halpulaar (Peul et Toucouleur). Le triangle Bakel (Sénégal) - Kayes (Mali) - Sélibaby (Mauritanie) est une région de très forte immigration vers la France et en particulier vers l'Ile-de-France.

Ainsi, on a pu estimer qu'en France, les émigrants d'origine Mandé représentaient 80% du flux total en provenance d'Afrique Noire, les Halpulaars représentant environ 15%.

Les régions et les départements français les plus concernés par les MSF du fait de leur population immigrée sont les suivants :

- Centre (Eure-et-Loir, Loiret)
- Champagne Ardenne (Marne)
- Haute-Normandie (Seine-Maritime)
- Ile-de-France (8 départements, petite et grande couronne) ;
- Nord Pas de Calais (Nord)
- Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe)
- Picardie (Oise, Somme)
- Poitou Charente (Charente, Charente-Maritime, Vienne)
- Provence-Alpes Côte d'Azur (Alpes-Maritime, Bouches-du-Rhône, Var)
- Rhône-Alpes (Ain, Rhône, Haute-Savoie)

Mais, aujourd'hui, il s'avère également que cette population d'origine africaine a migré en nombre important vers l'ensemble de l'Europe. Par conséquent, elle y transpose ses us et coutumes, bonnes ou mauvaises.

- En effet, ces populations africaines vivent au contact des Européens, mais les autochtones et les allochtones ne se connaissent pas ou très peu. Le métissage demeure marginal. Autrement dit, elles vivent les unes à côté des autres mais pas les uns avec les autres. **Alors, compte tenu des discriminations raciales (dans le travail, le logement, le culte, les loisirs, etc.) dont ces populations sont l'objet, elles se replient sur des valeurs traditionnelles refuges telles que l'excision ou l'infibulation.**
- En effet, le plus souvent pour des raisons socio-économiques, les femmes peuvent rester de 10 à 20 ans en Europe sans retourner en Afrique. Elles sont alors en partie coupées de leurs racines et ne connaissent pas les évolutions qui se sont produites dans leur pays d'origine. **En particulier, elles ne savent pas qu'il y a des campagnes de prévention des mutilations sexuelles féminines, des législations interdisant ces pratiques, des procès, etc.**

*Europe*³⁵

Selon une première estimation, actualisée en octobre 2007 à partir des travaux de l'INED, il y aurait dans l'Union Européenne environ 220 000 femmes et fillettes mutilées ou menacées de l'être. Les pays les plus concernés sont par ordre décroissant : la France, l'Italie, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Malheureusement, ces chiffres sont sans doute sous-estimés. En effet, même si l'indicateur « nationalité d'origine » est recueilli, il ne nous indique pas si la personne vient d'une région ou d'une ethnie qui pratique l'excision ou qui est susceptible de la pratiquer.

En 2005, **130 millions** de femmes et fillettes étaient mutilées sexuellement **dans le monde**.

Chaque année, **3 millions** de fillettes et jeunes femmes subissent une mutilation sexuelle dans le monde

Aujourd'hui, plus de **220.000** femmes et fillettes sont mutilées ou menacées de l'être **en Europe**.

En 2004, il y avait **environ 53.000** fillettes ou adolescentes mutilées ou menacées de l'être **en France**.

→ Toutes les 15 secondes une femme est excisée dans le monde *

* *3 millions de fillettes et jeunes femmes subissent une mutilation sexuelle dans le monde, soit 1 femme toute les 15 secondes*

1.4.2 Données socioculturelles des mutilations sexuelles féminines ou comment construire / déconstruire nos représentations des MSF

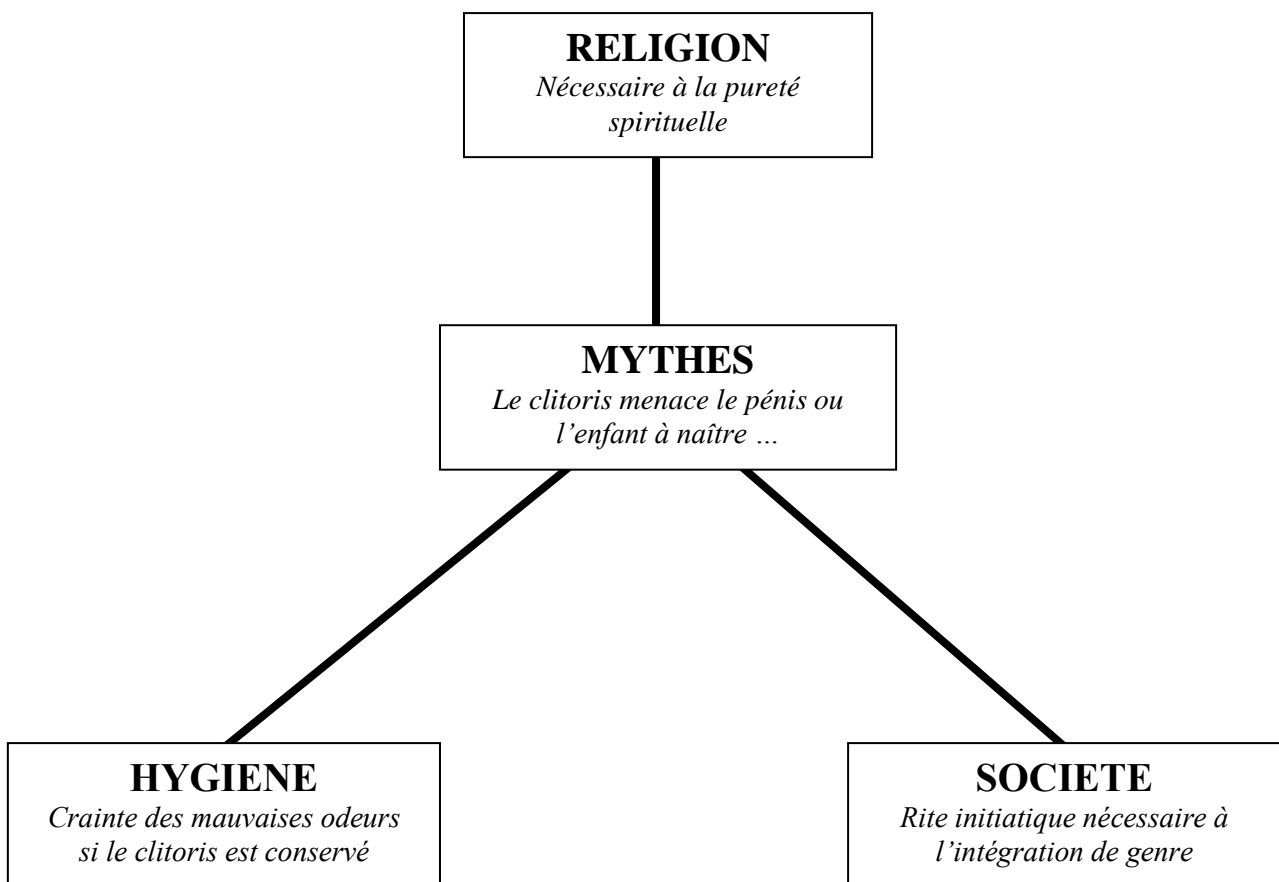
Une analyse sociologique permet d'observer comment les "représentations des mutilations sexuelles féminines" se construisent et/ou se déconstruisent chez les professionnels de santé. Et il nous a semblé important de faire un état des lieux, en 2009, avec les dernières informations disponibles.

1.4.2.1 Les raisons pour lesquelles l'excision continue : une carte mentale

Mécanisme d'exécution communautaire :
Refus d'épouser des femmes non mutilées

Mécanisme d'exécution communautaire :
Forcer à l'excision les femmes des autres ethnies qui sont épousées dans une communauté pratiquant l'excision

Raisons psycho sexuelles et sociales ³⁶



Maintien de la chasteté et de la virginité, honneur familial, contrôle de la sexualité féminine.

Mécanisme d'exécution communautaire :
Brandir la menace du châtement divin ou de forces surnaturelles

Mécanisme d'exécution communautaire :
Chants célébrant l'excision et quolibets sur les filles non "initiées"

1.4.2.2 Pourquoi ces pratiques ? Construction et déconstruction des représentations des mutilations sexuelles féminines chez les praticien(e)s.

➔ ON DIT QUE ... *"Les mutilations sexuelles féminines sont un rite de passage de l'enfance à l'âge adulte."*

Ce que l'on constate dans la réalité :

- Les enfants mutilés sont de plus en plus jeunes.
- La majorité des MSF se pratique entre 0 et 4 ans.

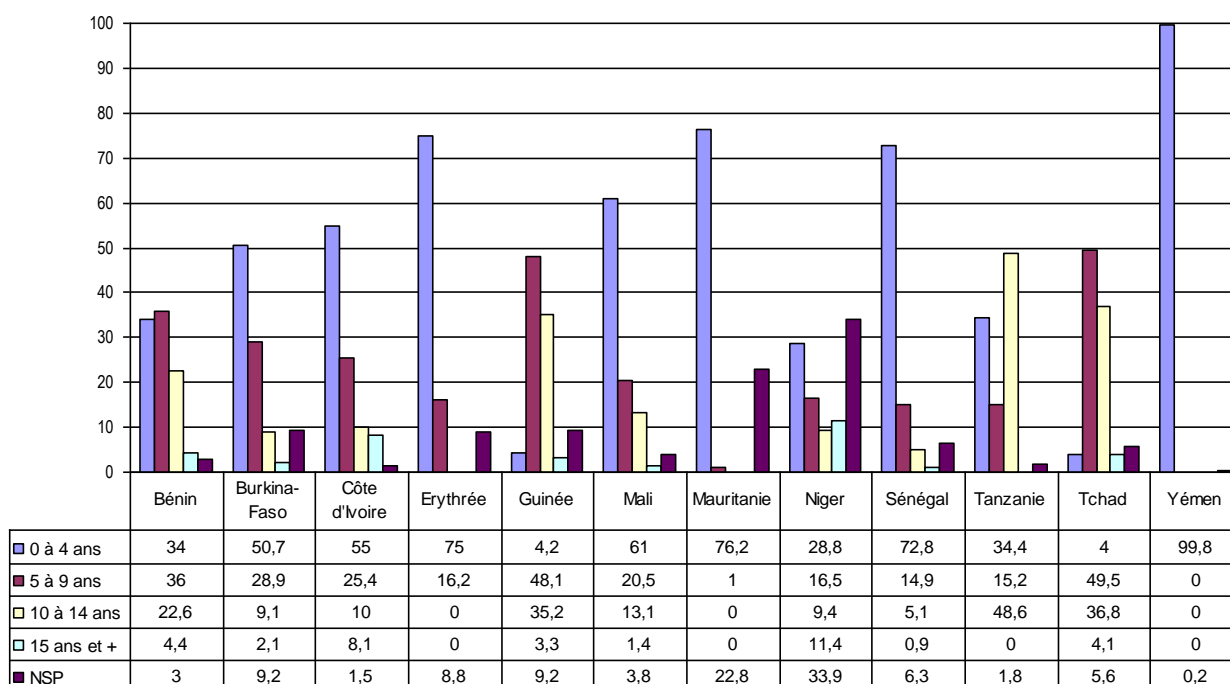
En effet :

A partir des statistiques les plus actuelles publiées, le rajeunissement se confirme dans 10 pays sur 12. La tranche d'âge 0-4 ans est majoritairement concernée et celle des 5-9 ans vient en seconde position à l'exception notable du Yémen et de la Tanzanie.

Concernant les 15 ans et plus, 4 pays sur 12 sont proches voire dépassent le chiffre de 10 % de fillettes excisées. Par conséquent, nous pouvons supposer que dans certaines régions des pays concernés, l'excision est encore pratiquée de façon plus ou moins marginale comme un "rite de passage" : pubertaire, pré-nuptial ou pendant la première grossesse.

Graphique n°1 : Âges auxquels les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées

Pourcentage de femmes



Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)

➔ **ON DIT QUE ...** *"Les jeunes femmes sont plus opposées à l'excision que les femmes plus âgées"*

Ce que l'on constate dans la réalité :

Globalement, les femmes de 20 à 24 ans se prononcent davantage en faveur de l'abandon de l'excision.

En effet :

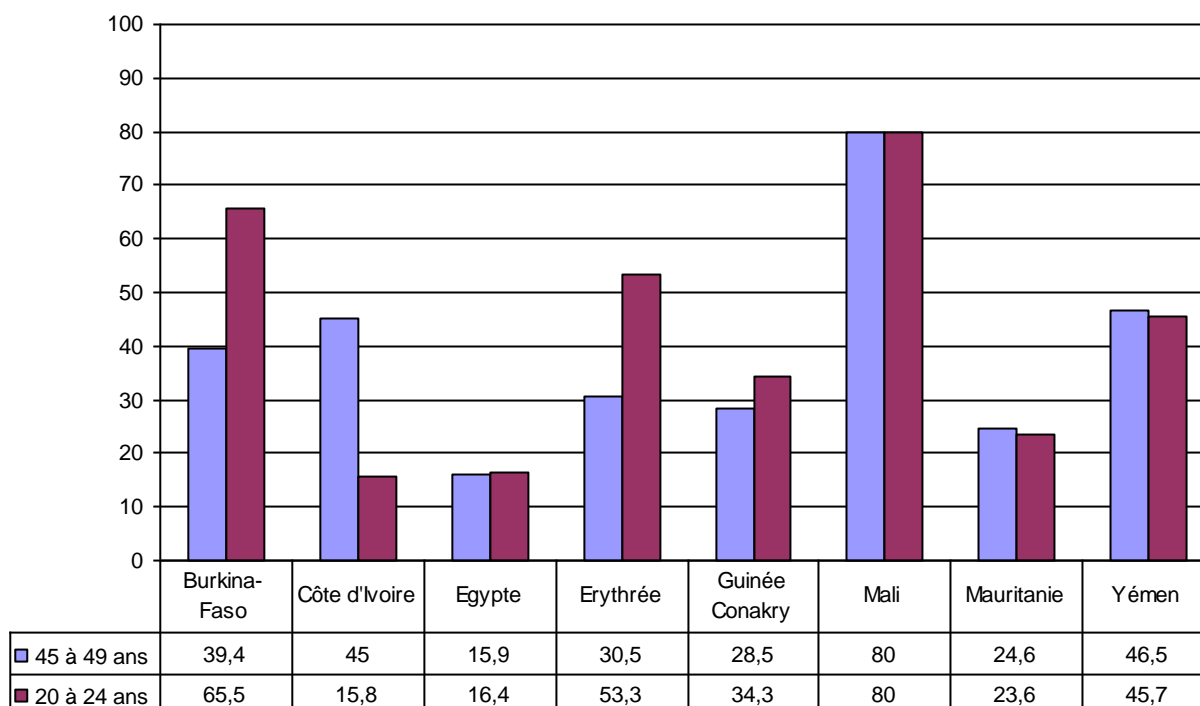
Dans la plupart des pays où l'analyse des résultats des Etudes Démographiques et de Santé permet une comparaison, les femmes de 20 à 24 ans s'expriment davantage en faveur de l'abandon de l'excision. Les jeunes générations ont sans doute plus accès aux informations développées dans le cadre de la lutte contre l'excision et sont moins influencées par la tradition.

En revanche, pour le Mali, la Mauritanie et le Yémen, il faut tenir compte des personnes qui ont déclaré être favorables à la pratique et celles sans opinion, pour différencier les opinions des jeunes femmes de celles des plus âgées. Au final, les jeunes femmes sont toujours les plus défavorables à la perpétuation de la pratique (Burkina Faso, Erythrée), parfois avec un écart très faible (Egypte).

Graphique n°2 : Femmes plus âgées et jeunes femmes opposées aux mutilations sexuelles féminines

Pourcentage de femmes (exemples comparés de deux tranches d'âge)

Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)



➔ **ON DIT QUE ...** *"Les femmes qui ont subi l'excision la feront subir à leur(s) fille(s)"*

Ce que l'on constate dans la réalité :

En la matière, la voix de la famille élargie ou du clan semble prépondérante, la position de la mère peut ne pas être déterminante. Il faut en tenir compte dans la prévention et la prise en charge des MSF.

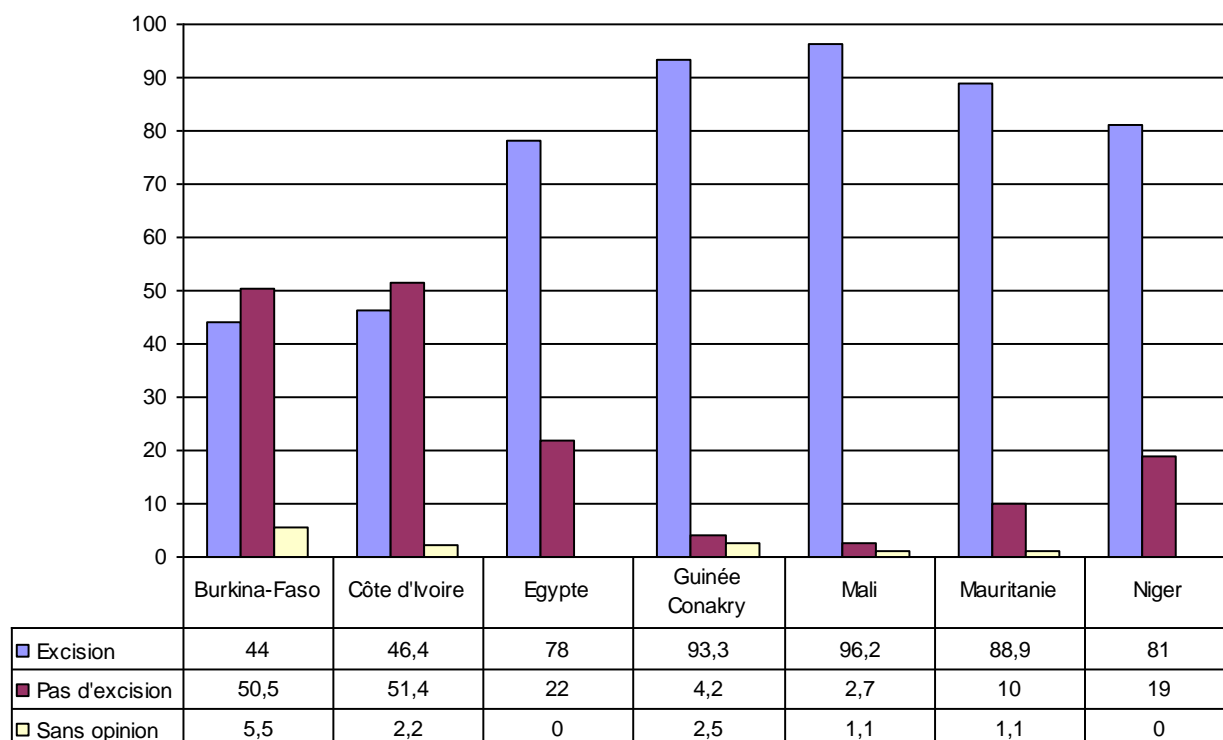
En effet :

Dans 4 pays sur 7 (Burkina-Faso, Egypte, Guinée-Conakry, Kenya), l'intention des mères de ne pas faire exciser leur(s) fille(s) n'est pas prise en compte par la famille (conjoint, parents, grands-parents, frères et sœurs) sinon la prévalence serait inférieure. Dans un pays comme le Burkina-Faso où l'application de la législation condamnant la pratique de l'excision est exemplaire, il serait intéressant de connaître dans quelle mesure cela peut-être un biais sociologique dans l'analyse des résultats. De fait, les Etudes démographiques et Santé ne procèdent à la collecte de données que sur la base déclarative à la différence de l'Etude Excision et Handicap menée actuellement en France qui a prévu une enquête médicale complémentaire.

En revanche, dans 4 autres pays (Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger), l'intentionnalité des mères à poursuivre la pratique de l'excision et leur passage à l'acte sont supérieurs à la prévalence des mutilations dans le pays ce qui tendrait à confirmer le caractère "collectif" de la prise de décision, concernant la poursuite ou non de la pratique.

Graphique n°3 : Attitudes des mères dont au moins une fille a subi cette pratique

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 39 ans



Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)

➔ **ON DIT QUE ... "L'excision est davantage pratiquée en milieu rural qu'en milieu urbain"**

Ce que l'on constate dans la réalité :

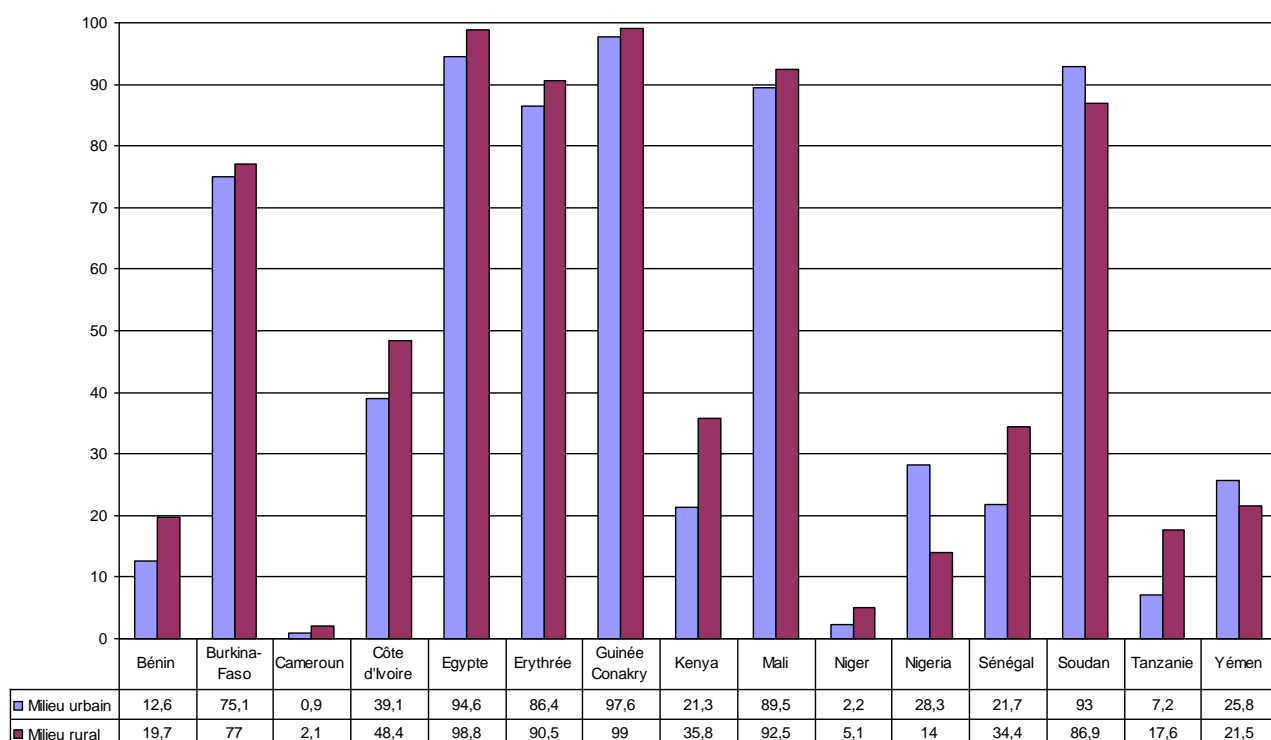
C'est généralement le cas car l'accès à l'éducation et à l'information spécifique sur l'excision est plus facile en milieu urbain.

En effet :

De fait, les femmes qui vivent en milieu urbain sont en général moins victimes de l'excision. On peut supposer qu'elles ont davantage et plus facilement accès à l'éducation formelle ainsi qu'aux informations spécifiques sur l'excision. Notons, toutefois, que pour le Nigeria, le Soudan et le Yémen, les femmes de milieu urbain sont plus touchées que les femmes de milieu rural.

Graphique n°4 : Prévalence des mutilations sexuelles féminines selon la domiciliation urbaine ou rurale

Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans



Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)

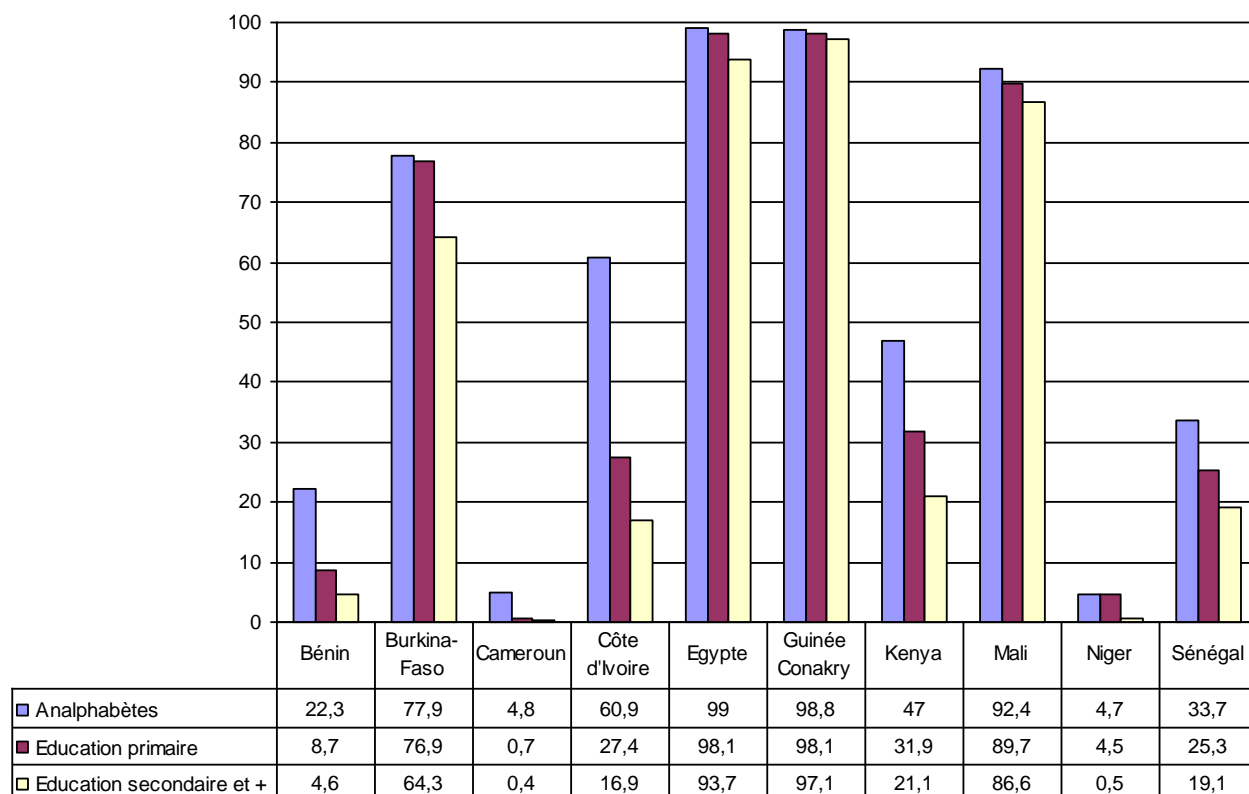
➔ **ON DIT QUE ... "Même les intellectuel(e)s mutilent leurs filles"**

Ce que l'on constate dans la réalité :

Effectivement, les personnes « lettrées » pratiquent elles aussi les MSF mais incontestablement, plus le niveau d'études s'élève, plus la prévalence des MSF diminue.

Graphique n°5 : Prévalence des mutilations sexuelles féminines par niveau d'instruction

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans



Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)

➔ **ON DIT QUE ...** *"Seules les femmes de confession musulmane sont concernées par les mutilations sexuelles féminines"*

Ce que l'on constate dans la réalité :

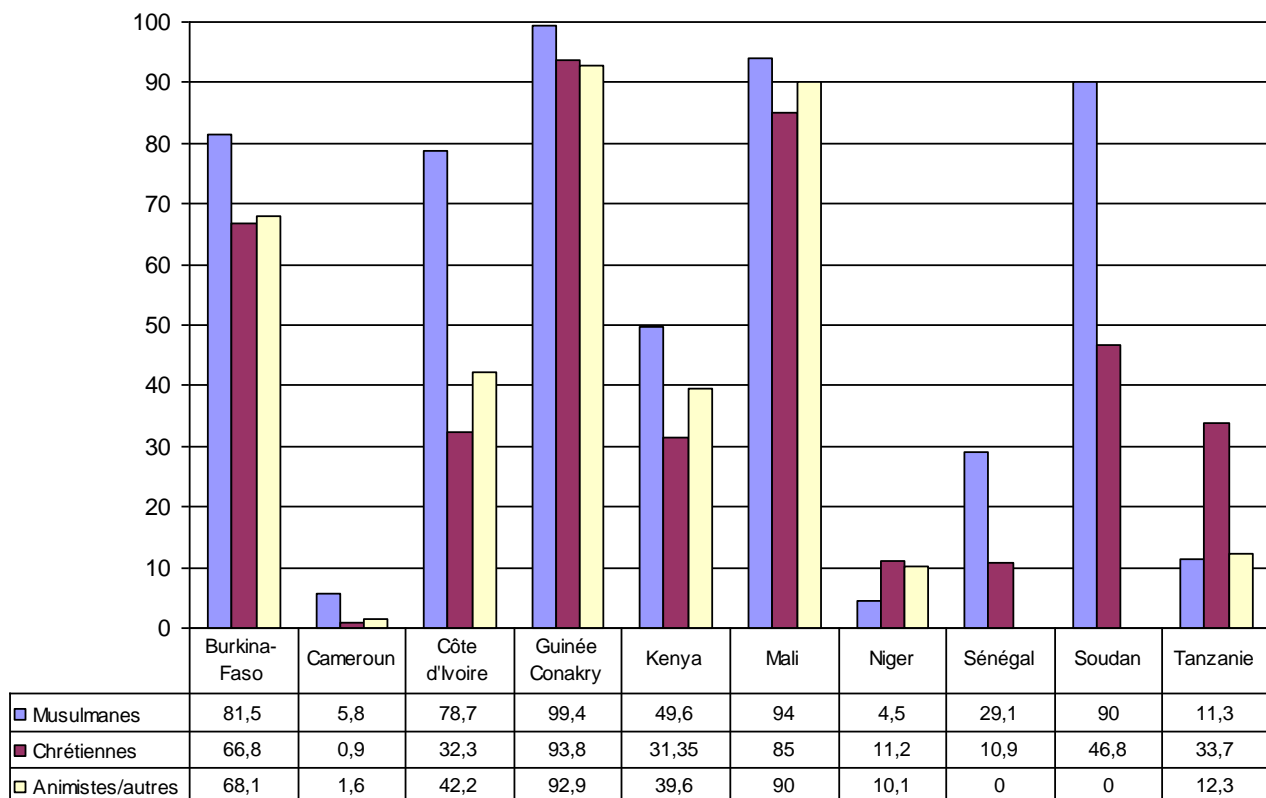
La pratique de l'excision existe au sein de toutes les communautés religieuses (musulmanes, chrétiennes et animistes).

En effet :

Les attitudes des femmes sont généralement le reflet de la nature culturelle et non religieuse de cette pratique. Il existe globalement une prédominance au sein des communautés musulmanes mais les communautés chrétiennes ou animistes pratiquent aussi l'excision.

Graphique n°6 : Prévalence des mutilations sexuelles féminines, selon la confession religieuse déclarée

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans



Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)

➔ **ON DIT QUE ... "L'excision est de plus en plus médicalisée "**

Position de l'OMS sur la médicalisation des mutilations sexuelles féminines

Déclaration communes OMS / UNICEF / FNUAP 1997

L'OMS a toujours affirmé de façon catégorique que les professionnels de la santé ne devaient pas accepter de pratiquer des mutilations sexuelles féminines quelles qu'elles soient, en milieu hospitalier ou dans tout autre établissement de santé.

Déclaration interinstitutions OMS / UNICEF / FNUAP (...) 2008

Les professionnels de santé qualifiés qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines violent le droit des filles et des femmes à la vie, leur droit à l'intégrité physique et leur droit à la santé. Ils violent également le principe éthique fondamental qui est de « ne pas porter préjudice ».

Ce que l'on constate dans la réalité :

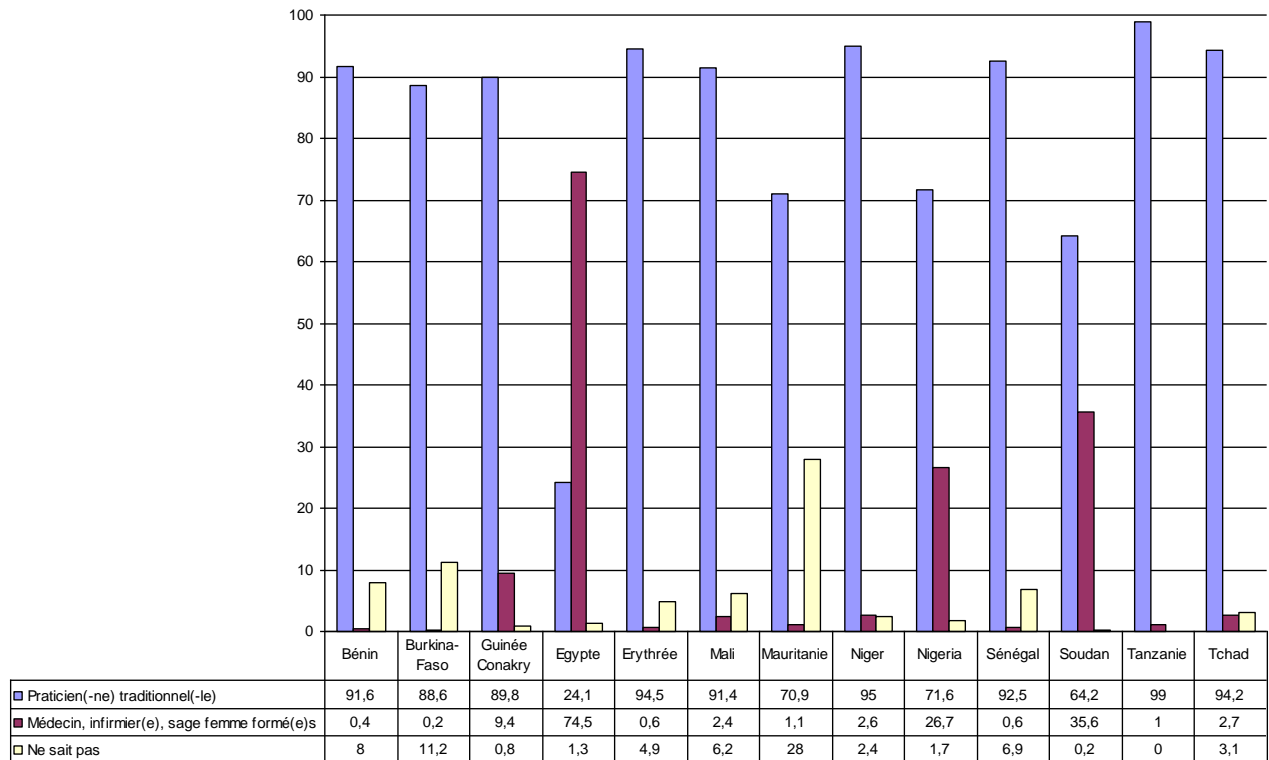
L'excision reste pratiquée en grande majorité par des exciseuses traditionnelles sauf en Egypte où elle est fortement médicalisée.

En effet :

Dans les 13 pays pour lesquels nous disposons de données comparables, les praticiens traditionnels (exciseuses, barbiers, sages-femmes traditionnelles ou matrones) accomplissent en grande majorité les mutilations sexuelles féminines. L'Egypte, de ce point de vue, demeure une exception. Notons toutefois qu'au Soudan, un nombre non négligeable de MSF est pratiqué par des professionnels de santé (notamment des médecins) et qu'au Nigeria, 24,6 % des mutilations sont pratiquées par des infirmier(e)s et maïeuticiens (-nnes) (sages-femmes) diplômés.

Graphique n°7 : Prévalence des mutilations sexuelles féminines, selon que l'opérateur (-rice) soit traditionnel(-elle) ou professionnel(-elle) de santé diplômé(e)

Pourcentage de MSF



Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)

➔ ON DIT QUE ... *"Les mutilations sexuelles féminines sont exclusivement l'affaire de femmes."*

Ce que l'on constate dans la réalité :

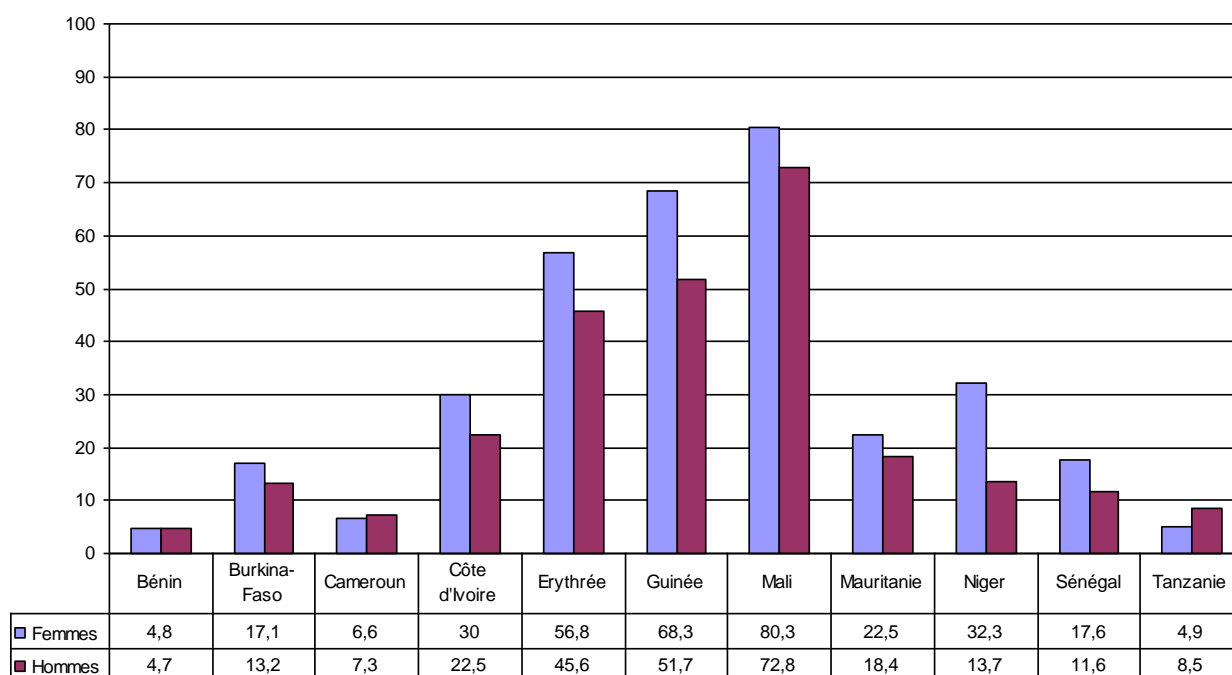
Les femmes sont plus favorables que les hommes à la poursuite des mutilations sexuelles féminines, cependant ces derniers ont une opinion non négligeable en faveur du maintien de cette pratique.

En effet :

La Tanzanie et le Cameroun demeurent à ce jour les deux seuls pays connus où les hommes sont quantitativement plus favorables que les femmes à l'excision.

Graphique n°8 : Rôle des femmes et des hommes dans le maintien des mutilations sexuelles féminines

Pourcentage de femmes et d'hommes favorables au maintien des MSF



Source : Référence bibliographique par pays. (cf. Annexe 8)

Conclusion

Aujourd'hui dans le monde, ce sont 130 millions de femmes qui sont mutilées sexuellement dont 3 millions de fillettes et d'adolescentes par an. C'est-à-dire que toutes les **15 secondes**, une fillette (ou femme) est excisée dans le monde.

Au-delà de l'aspect parfois rébarbatif des chiffres, de nos représentations passées et actuelles, ces données devraient suffire à nous rappeler l'urgence qu'il y a à connaître, prévenir et agir contre toutes les formes de mutilations sexuelles féminines.

1.5 Conséquences médicales et psycho sexuelles

1.5.1 Les conséquences médicales

Les MSF sont responsables d'une morbidité mais aussi d'une mortalité féminine importantes.

La survenue de complications dépend :

- de l'exciseuse
- des conditions (absence d'hygiène, instruments souillés, etc.) dans lesquelles la mutilation a été pratiquée
- du type de mutilation pratiquée :
 - . les MSF de type I n'engendrent que peu de complications médicales en général immédiates
 - . les MSF de type II peuvent engendrer de graves complications à court et à long terme
 - . les MSF de type III engendrent de très lourdes complications

Il faut ajouter que tout type de MSF peut avoir chez la fillette des conséquences dramatiques qui peuvent aboutir à son décès.

1.5.1.1 Les conséquences médicales immédiates et à court terme

- En premier lieu, **la douleur suraiguë** peut entraîner un choc neurogénique.
- **Les saignements** sont systématiques et l'hémorragie peut être très sévère en raison de la riche vascularisation de cette région anatomique si, par exemple, les artères cavernueuses ou l'artère dorsale du clitoris sont sectionnées. Le choc hémorragique et le décès sont possibles.
- **Les lésions traumatiques des organes voisins** (urètre, vessie, méat urinaire, vagin, périnée postérieur, anus, rectum...) peuvent survenir. Elles peuvent également entraîner des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales qui sont liées aux mouvements de la fillette en rapport avec la douleur au moment où l'exciseuse coupe la vulve.
- **Des fractures** de la clavicule, de l'humérus ou du fémur sont possibles en rapport avec les mouvements de défense de la fillette et du fait de la pression exercée sur les membres de la fillette pour la maintenir.
- **La mauvaise qualité de cicatrisation** s'explique par l'absence de condition d'asepsie et l'absence de suture.
- **La pseudo-infibulation** est une complication des MSF de type II. Il y a alors accolement des petites lèvres qui forment un pont cicatriciel recouvrant le méat urinaire et entraînant les mêmes complications que l'infibulation. La pseudo-infibulation est d'autant plus fréquente que l'âge de la fillette est bas.
- **La rétention d'urine réflexe** est une complication immédiate très fréquente du fait de la douleur provoquée par l'écoulement des urines sur la plaie. Les troubles urinaires à type de dysurie ou de rétention d'urine peuvent entraîner une infection des voies urinaires.
- **Les infections aigües** sont très fréquentes :
 - . L'infection aigüe peut rester localisée à type de vulvo-vaginites, de cervicites, de phlegmons, d'abcès vulvo-vaginaux ou pelviens ou d'adénites suppurées.
 - . Elle peut aussi s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et au péritoine, engendrant une endométrite, une salpingite, voire une pelvipéritonite.
 - . Enfin, elle peut se généraliser en gangrène gazeuse ou en septicémie et provoquer la mort de la fillette si celle-ci ne reçoit pas les antibiotiques adaptés.
 - . De plus, il y a un risque de transmission du tétanos, du SIDA, des hépatites B et C ou d'autres maladies hémotogènes lors de l'utilisation d'un même matériel tranchant sur différentes fillettes.
- **Le décès** des fillettes survient lors d'hémorragies ou d'infections sévères car les conditions dans lesquelles sont réalisées les MSF ne permettent pas la prise en charge de telles complications.

Les conséquences médicales immédiates et à court terme

- **Décès** par hémorragie
- **Douleur suraiguë** → choc neurogénique
- **Hémorragie** → collapsus
- **Plaies supplémentaires** du périnée
- **Rétention aigue d'urines, fistules**
- **Infections aigües locales** (abcès, phlegmon, adénite suppurée) ou **généralisées** (gangrène gazeuse, septicémie, tétanos)
- + **Transmission V.I.H**

1.5.1.2 Les conséquences médicales à long terme

- **L'hématocolpos** : la fermeture totale de l'orifice vaginal externe empêche l'écoulement du sang des règles qui s'accumule dans le vagin et forme une collection contenant du sang, épais d'aspect chocolaté.
- **Le névrome cicatriciel** : l'emprisonnement du nerf dorsal du clitoris, dans un point de suture ou dans un tissu cicatriciel, entraîne l'apparition d'une tuméfaction très sensible.
- **Les kystes vulvaires**
 - . Les kystes épidermiques sont liés à l'inclusion d'épiderme ou de glandes sudoripares dans la cicatrice, dans la région clitoridienne ou dans une autre zone vulvaire
 - . Les kystes des glandes vulvaires sont dus à l'inflammation des glandes et à l'obturation de leurs canaux excréteurs ; c'est le cas de la glande de Skène et de la glande de Bartholin où on peut voir des skénites et des bartholinites chroniques, des kystes et des abcès de ces glandes. Enfin, les kystes de la glande de Skène peuvent être à l'origine de dysurie et de rétention urinaire par compression et obstruction de l'urètre et du méat urinaire.
- **Des douleurs de différents types** :
 - . des douleurs vulvaires chroniques (vulvodynies)
 - . des douleurs pelviennes chroniques en général dues à l'existence d'un névrome ou d'un kyste épidermique.
 - . une dysménorrhée par hématocolpos (MSF de type III)
 - . une dyspareunie (orificielle)
- **Une sclérose, une rétraction vulvo-vaginales et un inesthétisme de la région vulvo-périnéale**
- **Les infections chroniques des voies urinaires** dans les MSF de type III : l'obstruction du méat urétral par le pont cicatriciel entraîne des affections chroniques des voies urinaires car l'évacuation des urines est longue et douloureuse. On observe alors des problèmes de rétention chronique d'urine et la pullulation microbienne résultant de la stase urinaire entraîne des cystites et des pyélonéphrites à répétition qui peuvent aboutir à une insuffisance rénale chronique.
- **Les infections génitales** sont extrêmement fréquentes dans les MSF de type III du fait de la stase des leucorrhées, des urines, des hématocolpos ou des matières fécales en cas de fistule recto-vaginale. Ces infections génitales à point de départ vulvaire peuvent s'étendre et entraîner des infections génitales hautes. Ces infections génitales hautes augmentent très nettement le taux de stérilité primaire chez les femmes infibulées (3 fois plus que dans le reste de la population) ainsi que le taux de fausses couches spontanées à répétition.
- L'infibulation (MSF de type III) serait un facteur de **risque de contamination** par le virus du SIDA et de maladies hématogènes car l'étranglement de l'orifice vaginal augmente les risques de lésions des parois vaginales et de saignements lors de rapports sexuels.
- **Les conséquences obstétricales** :

Les MSF, parce qu'elles portent atteinte à l'intégrité des organes génitaux externes de la femme, entraînent des complications pendant la grossesse et l'accouchement. La nature et la gravité des complications obstétricales dépendent du type de MSF.

 - . Les MSF de type I n'entraînent en général pas de complications pendant la grossesse et l'accouchement. On peut toutefois observer plus de déchirures périnéales, notamment au niveau du périnée antérieur, au moment du dégagement de la tête du bébé.
 - . Les MSF de type II et III augmentent le risque d'infections génitales basses et d'infections urinaires pendant la grossesse. Ces infections augmentent donc le risque de fausses couches spontanées tardives, de menace d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes. Deux complications fœtales peuvent alors survenir si l'infection n'est pas traitée : la mort fœtale in-utéro du fait d'une chorioamniotite et la naissance prématurée.
 - . En cas de MSF de type II, la perte d'élasticité des tissus cicatriciels entraîne une augmentation des risques de déchirures périnéales lors du dégagement de la tête du bébé. Une épisiotomie préventive permet de diminuer le risque de déchirure du périnée postérieur sans toutefois l'annuler.
 - . En revanche, l'épisiotomie préventive ne protège pas des déchirures antérieures et des lésions du méat urétral. Ces déchirures peuvent être très hémorragiques du fait de l'augmentation de la vascularisation vulvo-vaginale pendant la grossesse.
 - . En cas de MSF de type III, des complications beaucoup plus graves peuvent survenir :

- L'existence d'une insuffisance rénale chronique résultant d'infections des voies urinaires à répétition peut entraîner une hypertension artérielle gravidique et toutes les complications obstétricales qui lui sont associées (pré-éclampsie, HELLP syndrome, hématome rétro-placentaire, retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in-utéro...)
- Les MSF de type III empêchent une surveillance correcte pendant le travail.
- Le fœtus risque d'être bloqué dans le bassin en raison de la barrière périnéale. Le risque de souffrance fœtale aigüe, voire de décès per-partum et de césarienne, est augmenté.
- Dans certaines situations, la stagnation du fœtus dans le pelvis peut être à l'origine de fistules vésico vaginales

Les conséquences médicales à long terme

Les complications médicales :

- Les cicatrices chéloïdes, kystes épidermoïdes
- Les algies pelviennes chroniques, névrome du nerf dorsal du clitoris
- Dysménorrhée, hémato-colpos → stérilité
- Urinaires : rétention d'urines aiguës ou chroniques → cystites, pyélonéphrites, insuffisance rénale

Les complications obstétricales sont variables en fonction du type de mutilation :

MSF de type I et II → Augmentation des déchirures périnéales

MSF de type III :

- Obstacle à la surveillance pendant l'accouchement
- Obstacle à la progression fœtale → hypoxie fœtale, voire décès per-partum et césarienne
- Rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale → fistules = incontinence

La survenue de ces complications est à l'origine de la mise à l'écart des femmes et de leur répudiation.

1.5.2 Les conséquences psycho sexuelles

1.5.2.1 Les troubles sexuels

Les conséquences sexuelles sont évidemment nombreuses, la principale résidant dans le fait que le gland clitoridien est la partie la plus sensible des organes génitaux externes de la femme. On y retrouve des corpuscules tactiles spécifiques, dits « de la volupté ».

La blessure ou l'ablation partielle ou totale du clitoris entraîne inévitablement une altération de la sensibilité sexuelle et une réelle pénalisation de la femme dans le recrutement sensoriel nécessaire à l'établissement de la décharge orgasmique.

Les principales conséquences d'ordre sexuel sont représentées par :

- les douleurs permanentes liées à des névromes,
- les dyspareunies liées aux remaniements cicatriciels,
- les rapports sexuels impossibles lorsque ces remaniements sont particulièrement importants à l'origine de brides cicatricielles, souvent séquelles d'accouchements traumatiques.

L'évolution vers un vaginisme, des troubles du désir (désir hypoactif voire anaphrodisie), une aversion sexuelle, sont toujours possibles même si la mutilation est sensée s'intégrer dans un contexte communautaire. Les troubles orgasmiques sont fréquents, comme nous l'avons déjà mentionné.

Les femmes mutilées peuvent donc être gravement pénalisées au niveau de leur sexualité et notamment de la gratification voluptueuse.

A l'opposé, il n'est pas inutile de rappeler que parmi les raisons invoquées pour cautionner les mutilations, certaines sont d'ordre psycho sexuel, c'est-à-dire, réduire ou éliminer les tissus sensibles des organes génitaux externes féminins, en particulier le clitoris, pour atténuer le désir sexuel féminin, maintenir la virginité avant le mariage et la fidélité après, et accroître le plaisir sexuel masculin !

Par ailleurs, en vivant dans les pays occidentaux, ces femmes découvrent leur différence. Elles prennent conscience qu'il est anormal d'éprouver des douleurs lors des rapports sexuels. De ce fait, pour certaines femmes mutilées, excision rime avec intégration dans leur communauté d'origine et pour d'autres avec exclusion dans leur pays d'accueil.

1.5.2.2 Les conséquences psycho-traumatiques

Les mutilations sexuelles féminines peuvent être considérées comme des victimations c'est-à-dire des événements ou des actes qui, quelle que soit leur gravité objective, ont fait traumatisme.

Dans la plupart des cas, la mutilation est vécue dans l'effroi et la sidération psychique. Le sujet est alors propulsé, annulé comme réifié, c'est à dire qu'il peut ressentir un sentiment d'annulation de lui-même.

- **L'effraction du corps mutilé peut provoquer un choc intense laissant la personne dans l'incapacité d'élaborer psychiquement et dans l'incapacité d'attribuer du sens à l'insensé de l'évènement.**

Parfois, un état psychique organisé autour de symptômes de répétition (reviviscences hallucinatoires, rumination mentale, cauchemars, etc.) s'installe durablement. C'est ce que l'on appelle la névrose traumatique. Dans ce cas, les symptômes font revivre au sujet sans qu'il le veuille la scène traumatisante qu'il n'a pu maîtriser dans la réalité.

Par ailleurs, un ensemble de symptômes dits non spécifiques peut également apparaître : asthénie (physique, psychique et sexuelle), anxiété, phobies électives, crises hystériques, rituels protecteurs ou vérificateurs voire conjuratoires. Des symptômes « psychosomatiques » sont également possibles : maux de tête, douleurs variées. L'inscription corporelle révèle alors l'absence d'élaboration psychique. L'évènement n'a pu être pris en charge par les processus de symbolisation.

Les effets pathogènes de cette « blessure » seront plus ou moins conséquents et plus ou moins durables selon notamment la tolérance du sujet.

- **En effet, les histoires singulières, les dimensions subjectives, culturelles, rituelles et anthropologiques prennent une part importante dans la lecture de l'événement et dans son élaboration psychique.**

Quand l'individuel est primordial au regard du collectif, du groupal, comme c'est le cas dans nos sociétés occidentales, on peut supposer que les conséquences éventuelles de la mutilation n'auront pas la même teneur.

La femme mutilée est ici considérée comme « différente » alors que là bas c'est la femme qui ne l'est pas qui est exclue. La question de l'appartenance à un groupe de référence est ici en jeu et émerge de manière flagrante dans les représentations et les histoires individuelles.

- **Le but de l'accompagnement psychologique sera d'évaluer l'impact traumatique de la mutilation, de favoriser une remémoration élaborée et de permettre l'énonciation de ce qui a fait traumatisme dans une chaîne signifiante.**

Dans certains cas, il peut y avoir une réactualisation du vécu et de la symptomatologie traumatique, notamment à l'occasion d'événements (mêmes mineurs) rappelant au sujet l'événement traumatisant. Nous pourrions noter des moments de grande vulnérabilité comme la grossesse ou l'accouchement. En effet, grossesse et enfantement mobilisent ce « corporel » autrefois tuméfié. De la même manière une agression notamment sexuelle pourra venir « réveiller » ce qui avait été jusque là refoulé.

- **L'altération de la personnalité peut être profonde et considérable bouleversant par la même occasion le rapport du sujet au monde, à autrui, ainsi qu'aux proches et à lui-même.**

Nous pensons notamment aux relations à la mère, au père, aux hommes mais aussi à la sexualité, à la maternité, à la féminité. Relations qui peuvent être particulièrement complexes voire pathologiques. Dans certains cas cliniques, le lien est clairement établi entre ce relationnel problématique et un vécu traumatique concernant la mutilation.

- **Certains sujets sont néanmoins capables d'échapper aux affres de destins définis comme tragiques et sont tout à fait capables de ne pas être anéantis par le trauma, c'est ce que l'on appelle la résilience.**

Pour un même événement, tous les sujets ne seront pas « atteints » et ne réagiront pas de façon identique et rappelons le encore une fois, en dépit de la réalité objective, **de l'âge auquel a lieu la mutilation** et de la gravité des faits...

De fait, toutes les femmes mutilées ne développeront pas de symptômes ni de névroses post-traumatiques.

- **Enfin, il est important de ne pas oublier les effets « secondaires » possibles à l'issue de la chirurgie réparatrice**

En effet, l'intervention est souvent vécue avec appréhension par crainte de la douleur en post-opératoire. Celle-ci peut réveiller l'événement traumatique initial.

La démarche de réparation entreprise par la femme peut être responsable d'un sentiment de rupture avec sa famille et ses racines. Ces affects douloureux peuvent s'accroître lorsque la femme vit dans un climat d'insécurité lié à l'exil. Ce vécu devient dramatique lorsque la femme est bannie de sa communauté d'origine et qu'elle est en situation irrégulière, le pays d'accueil refusant sa régularisation.

En conclusion, ce qu'il convient de retenir est la grande variabilité individuelle dans l'assimilation psychique et physique de ce qui de notre point de vue culturel est nécessairement entendu et vu comme un traumatisme.

Les complications sexuelles et psychologiques

- L'épreuve de la mutilation = anxiété, dépression...
- L'angoisse des rapports sexuels
- L'angoisse de l'accouchement
- Troubles de la sexualité = dyspareunie, frigidity...
- Et, ... le sentiment d'être différente

1.6 Situation juridique

1.6.1 L'évolution du droit

Prévenir et le cas échéant au besoin réprimer les mutilations sexuelles féminines ne constituent pas une atteinte à la vie privée. Le droit s'applique aussi au sein de la famille, contrairement à certaines idées reçues.

Le droit français interdit et réprime la pratique des mutilations sexuelles féminines qui constitue une violation des droits de la femme et une atteinte fondamentale à la santé et à l'intégrité physique.

En France, il n'existe pas de qualification juridique spécifique pour les faits d'excisions ou plus largement de mutilations sexuelles qui sont poursuivies et condamnées principalement sous les qualifications de violences. L'évolution du droit concernant les mutilations sexuelles a donc suivi l'évolution de la législation concernant les violences contre les personnes.

Des dates importantes :

- 1984 : Signature par la France de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
- 1989 : Signature par la France de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989)
- 1994 : Code pénal issu de la loi du 22 juillet 1992 qui renforce la protection de la personne
- 2006 : Loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs

Et la publication de textes destinés aux professionnels de santé :

- 2006 : Circulaire DGS/ SD 2 C n°2006-529 du 13 décembre relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.
- 2007 : Circulaire interministérielle DGS/SD 2 C n 2007-98 du 8 mars relative à la formation des étudiants en médecine, dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines

Des faits :

En 1978, le décès d'un bébé de trois mois à la suite d'une hémorragie consécutive à une excision émeut l'opinion et alerte les pouvoirs publics sur la pratique des mutilations sexuelles en France. En 1982, la CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles) et le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) sont créés à Paris. L'année suivante, en 1983, une mère est condamnée à une peine d'emprisonnement avec sursis pour avoir fait exciser sa petite fille. Depuis cette date, les procès de l'excision sur mineure de quinze ans relèvent de la Cour d'assises et non plus du tribunal correctionnel, la qualification des faits est devenue criminelle. L'excision a donné lieu en France (seule au sein des pays européens) à plus d'une trentaine de procès et condamnations pénales.

(cf. liste des condamnations en Annexe 4)

Parallèlement au dispositif juridique se développent des actions de prévention et une prise de conscience.

A partir des années 1990 et de la circulaire relative à l'intégration des populations immigrées (circulaire DPM 94/42 du 19/12/94) qui inscrit la prévention des mutilations sexuelles dans les orientations d'actions des départements accueillant les populations susceptibles d'être concernées, ces actions sont nombreuses.

A titre d'exemple, signalons :

- Le partenariat entre le Service des droits des femmes et de l'égalité et des associations et des personnels médico-sociaux, en particulier la CAMS et le GAMS. Cette dernière association est soutenue tant par le Comité Inter-Africain créé en 1984 à Dakar pour lutter contre les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, que par la Commission européenne pour le « *Premier programme de lutte contre les mutilations sexuelles féminines en Europe.* » concernant 10 Etats membres.
- La campagne d'information en direction du public et des professionnels en 1993, utilisant un guide "*Nous protégeons nos petites filles*". Cette campagne a été étendue à l'ensemble du territoire national en 1994.

- La lutte du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) à tous les niveaux (mondial, européen et national) pour l'abolition des mutilations sexuelles, en soutien aux actions d'éducation et de prévention menées par les associations, en particulier dans les consultations de PMI.
- Les actions de l'ONG Equilibres & Populations (colloques sur les mutilations sexuelles féminines en 2004 et 2008 à l'Académie nationale de Médecine)
- Dans le cadre des travaux préparatoires au plan national « Violence et Santé », les associations *Gynécologie Sans Frontières* et le *GAMS* ont été chargées en 2006, par le Ministère chargé de la santé, d'organiser une campagne de sensibilisation sur les mutilations sexuelles féminines auprès des professionnels de santé des neuf régions françaises les plus concernées par ce phénomène.

Le dispositif pénal :

Lorsque des faits de mutilations sexuelles sont portés à la connaissance du procureur de la République suite à une plainte, ou un signalement, le procureur peut poursuivre la personne qui a excisé l'enfant comme auteur et les parents de l'enfant comme complices, au titre des **violences contre les personnes en matière criminelle ou délictuelle**. Le jeu des circonstances aggravantes permet de tenir compte, notamment, du jeune âge de la victime (- 15 ans) et de la qualité de l'auteur.

Les qualifications pénales suivantes peuvent être retenues selon les conditions de commission de l'acte et selon sa gravité :

- * **Article 222-7 du code pénal :** « Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de 15 ans de réclusion criminelle ».

Circonstances aggravantes :

Article 222-8 du code pénal : Lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans, la peine est portée à 20 ans de réclusion criminelle ; elle est portée à 30 ans de réclusion criminelle lorsque les violences sont commises sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

- * **Article 222-9 du code pénal :** « Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende »

Circonstances aggravantes :

Article 222-10 du code pénal : lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans, la peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle ; elle est portée à 20 ans de réclusion criminelle lorsque les violences sont commises sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.

- Article 222-11 du code pénal : « Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende »

Circonstances aggravantes :

Article 222-12 du code pénal : lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans, la peine est portée à 5 ans d'emprisonnement et de 75.000 € d'amende. Lorsqu'elles sont commises sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, la peine encourue est portée à 10 ans d'emprisonnement et à 15.000 € d'amende.

Des poursuites sont également possibles pour **non-assistance à personne en danger** :

- * **Art. 223-6 du code pénal :** « 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 d'une personne s'abstient volontairement de la faire sera puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 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 ».

Depuis la loi du 4 avril 2006, pour renforcer **l'effectivité de la répression** des pratiques de mutilation sexuelle féminine, trois nouvelles mesures ont été mises en place :

* **Allongement du délai de prescription de l'action publique**

Pour des faits non prescrits à la date d'entrée en vigueur de la loi du 4 avril, le délai de prescription de l'action publique (article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits), a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du code pénal) ;
- les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du code pénal).

* **Répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger**

L'objectif du nouvel article 222-16-2 du code pénal est d'étendre l'application de la loi française aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles : «*Dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8 [violences ayant entraîné la mort], 222-10 [violences ayant entraîné des mutilations] ou 222-12 [violences ayant entraîné ou une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours] 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* » du code pénal qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Ainsi, même si la victime n'a pas la nationalité française, condition en principe exigée, la loi pénale française peut s'appliquer en cas de commission de l'infraction à l'étranger. De plus pour les délits, la plainte de la victime là encore n'est plus nécessaire pour engager les poursuites dans le cadre de la loi française.

* **Possibilité de lever le secret médical en cas de mutilations sexuelles féminines**

Le code pénal prévoyait déjà, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel notamment du secret médical en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (alinéa 1 de l'article 226-14). Dans un souci de clarification et pour favoriser leur révélation. Les « mutilations sexuelles » sont maintenant expressément visées dans l'article 226-14 du code pénal.

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 15 000 euros d'amende.* »

Article 226-14 du code pénal : « *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.*»

En vertu de ce dernier alinéa de l'article 226-14 du code pénal, le médecin qui signale les faits dans les conditions visées, ne peut faire l'objet d'aucune poursuite ni de sanction devant le conseil de l'ordre.

1.6.2 Le signalement et le secret médical

Se pose ici, comme dans tous les contentieux de violences subies par un patient, la question du dévoilement de ces actes par le praticien soumis au secret professionnel. L'articulation entre révélation et secret médical suivra les règles applicables ordinairement dans les hypothèses d'atteintes à la personne.

1.6.2.1 Le principe

Le secret médical est général et absolu en vertu de plusieurs textes : article L. 1110-4 et R. 4127-4 code de la santé publique (article 4 du code de déontologie), article 226-13 du code pénal. La jurisprudence de la chambre criminelle de la cour de cassation a confirmé cette solution (par exemple décision du 8 avril 1998, Bulletin criminel n° 138)

« ..., ***l'obligation au secret professionnel, établie par l'article 226-13 du Code pénal, pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions ou de certaines fonctions, s'impose aux médecins, hormis les cas où la loi en dispose autrement, comme un devoir de leur état ; que, sous cette seule réserve, elle est générale et absolue*** »

Les obligations de dénoncer prévues aux articles du code pénal 434-1 (dénonciation d'un crime pour en limiter les effets ou empêcher sa réitération) et 434-3 (dénonciation des privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles sur mineurs de 15 ans ou personne vulnérable), s'imposent à tout citoyen mais ne s'imposent pas au médecin dans l'exercice de sa profession. Selon ces articles, *in fine*, sont exceptées de ces obligations de dénoncer, les personnes astreintes au secret professionnel.

Au-delà du principe énoncé, quelques précisions doivent être apportées.

1.6.2.2 Les interventions possibles

Face aux mutilations sexuelles féminines, le praticien peut être confronté à deux situations distinctes :

- Soit il constate l'existence d'une lésion des organes génitaux
- Soit il a connaissance d'un risque de mutilation sexuelle

A. ***Soit, il constate l'atteinte*** de l'organe génital féminin : les faits sont donc réalisés sur la personne de la patiente examinée.

EXEMPLE DE SITUATION ³

A l'occasion d'une consultation, le praticien procède à un examen gynécologique de la patiente et constate qu'elle a été excisée ou infibulée. Outre les questions concernant la conduite à tenir vis-à-vis de la patiente (cf. infra 2), se pose la question du signalement de cette mutilation à des tiers.

➔ Le médecin doit-il révéler l'existence de cette mutilation qu'il a constatée dans l'exercice de sa profession, aux autorités administratives ou judiciaires ?

- Au regard de la loi pénale (responsabilité pénale)
 - Si la patiente est mineure ou vulnérable (elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique), le médecin **peut** porter à la connaissance des autorités judiciaires (Procureur de la République), médicales ou administratives (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du Conseil Général) les atteintes constatées.
(L'article 226-14 du code pénal prévoit expressément la possibilité de lever le secret professionnel pour celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives).

³ Les exemples sont proposés à titre d'illustration, ils ne peuvent recouvrir toutes les situations qui peuvent se présenter au praticien. Les solutions envisagées peuvent diverger selon le cas effectivement rencontré.

- **Si la patiente est majeure, le médecin peut** révéler les faits **avec l'accord de la patiente**.
Dans ces hypothèses, l'article 226-14 du code pénal, autorise le praticien à révéler. Cette disposition justifie le non respect de l'obligation à se taire.

Dans ces deux situations, le praticien ne peut être poursuivi ni devant les juridictions pénales pour violation du secret professionnel, ni devant les juridictions ordinaires, ce même article précisant que : « le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues [ci-dessus] ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».

○ Au regard du code de déontologie (responsabilité disciplinaire des professionnels de santé)

- **Le professionnel de santé est un médecin**

Outre le code pénal, le code de déontologie médicale détermine le cadre professionnel dans lequel le praticien intervient : en vertu de l'article R.4127-44 du code de la santé publique (article 44 du code de déontologie) « 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 [moins 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. ». Le respect de ces règles relève des juridictions de l'ordre des médecins.

Depuis la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, le terme mineur concerne « l'adolescent jusqu'à 18 ans »

- **Le professionnel de santé est une sage femme**

L'article R.4127-316 du code de la santé publique prévoit : « Lorsqu'une sage femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger ».

- **Le professionnel de santé est une infirmière**

L'article R.4312-7 du code de la santé publique : « Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il ou elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de [moins de] quinze ans.

Qui alerter en cas de mutilations sexuelles avérées ?

- **Le procureur de la République** du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente
par téléphone, fax ou courrier avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

et

- **La cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général si la patiente est mineure**
Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier

B. *Soit, il a connaissance d'un risque* de mutilation sexuelle. Dans la quasi totalité des cas, ce risque concernera une mineure, mais peut aussi concerner une femme majeure par exemple dans la perspective d'un mariage.

○ **Si le danger est imminent et réel**

EXEMPLE DE SITUATION ²

Une mère que le praticien sait excisée et qui lui a déjà fait part de ses craintes de voir ses enfants subir une mutilation sexuelle, s'adresse à lui en urgence pour indiquer que sa fillette va être emmenée, à l'occasion des prochaines vacances, auprès d'une femme connue comme une exciseuse selon elle, et elle demande de l'aide.

→ Dans ce contexte, que doit faire le praticien ?

Le praticien ne peut pas se retrancher derrière le secret médical, il a l'obligation d'intervenir :

- **pour empêcher la commission des faits** : cette intervention est une action personnelle pour s'interposer (sans risque pour celui qui agit) ou le plus souvent, pour avertir les autorités compétentes donc, révéler l'information. (Article 223-6 al. 1er du code pénal réprime l'omission d'empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne)
- **pour porter secours à la personne en danger** : à nouveau, l'obligation d'agir est une assistance directe et personnelle, à défaut une assistance indirecte en provoquant les secours. Cette diligence impose alors au praticien la révélation des informations dont il a eu connaissance aussi dans sa pratique médicale. (Article 223-6 al. 2 du code pénal réprime l'omission de porter secours ou la non-assistance à personne en danger)

Qui alerter en cas de danger imminent de mutilations sexuelles ?

- **Le procureur de la République** du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente
par téléphone, fax ou courrier avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

et

- **La cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général si la patiente est mineure**
Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier

○ **Si le danger n'est pas imminent**

EXEMPLES DE SITUATION ²

Lors d'une consultation, la mère d'une fillette émet devant le médecin, la crainte qu'à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine, la fillette subisse une excision alors que le médecin sait que des mutilations ont déjà été commises sur des membres de la famille, mère, sœurs, filles de sa patiente.

² Les exemples sont proposés à titre d'illustration, ils ne peuvent recouvrir toutes les situations qui peuvent se présenter au praticien. Les solutions envisagées peuvent diverger selon le cas effectivement rencontré

ou

Lors d'une consultation, le médecin apprend de sa patiente, qui est excisée, qu'elle va prochainement retourner en vacances au pays avec sa (ou ses) fille(s), pays où se pratique encore fortement l'excision.

ou

Lors d'une consultation, le médecin apprend de sa patiente qu'elle doit effectuer un voyage dans son pays d'origine pour s'y marier, alors qu'il connaît sa mère elle-même excisée.

→ Dans ces contextes, que doit faire le praticien ?

Il n'existe pas d'obligation à intervenir ni à signaler mais au titre de la prévention **le praticien peut agir**.

- si le risque concerne une patiente mineure (cf. article L.112-3 du Code de l'action sociale et des familles) :

Sur le terrain administratif, il peut alerter en premier lieu la cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil général qui traitera « toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être » (selon les termes de la loi du 5 mars 2007 modifiant les articles L. 226-1 et s. du Code de l'action sociale et des familles)

Sur le terrain judiciaire, il peut contacter le procureur de la République pour saisine du et juge des enfants au titre de l'assistance éducative (article 375 et s. du code civil)

À nouveau, le *code de déontologie médicale*, oriente la démarche professionnelle du médecin face à l'enfant en danger : l'article 43 (article R.4127-43 du code de la santé publique) dispose : « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.* »

- si le risque concerne une patiente majeure : c'est sur le terrain de la prévention que le praticien devrait agir en informant la patiente sur les risques sanitaires de la mutilation et les conséquences juridiques d'un tel acte et/ou l'orienter vers des unités comme les unités gynécologie obstétrique médico psycho sociales pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Qui alerter en cas de risque de mutilations sexuelles ?

- **La cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général si la patiente est mineure**
Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier

Et selon le degré d'urgence

- **Le procureur de la République** du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente
par téléphone, fax ou courrier avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Pour toute information :
composer le 119 Allo enfance en danger
(www.allo119.gouv.fr)

Quoiqu'il en soit, **dans tous ces cas de figure** (atteinte avérée ou risque d'atteinte), il est suggéré au praticien :

- **d'informer la patiente**, au-delà des risques sanitaires de ces actes, des conséquences juridiques de ces atteintes en soulignant leur caractère criminel ou délictuel et leur possible poursuite en France
- **d'inciter la patiente** à contacter le réseau associatif qui l'orientera pour toute démarche, voire à déposer plainte auprès des services de police, de gendarmerie ou de justice.

1.6.3 La situation internationale

Au niveau international, la lutte contre les mutilations sexuelles féminines se développe

- dans de nombreuses conventions internationales
- dans des dispositifs législatifs spécifiques

1.6.3.1 Chartes et conventions

1984 Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (entrée en vigueur le 13 janvier 1984 et ratifiée par la France et par de nombreux pays africains).

Article 2: "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."

1986 Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (entrée en vigueur le 21 octobre 1986). Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte.

Article 4 : "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".

1990 Convention internationale sur les droits de l'enfant (entrée en vigueur le 6 septembre 1990 et par tous les Etats exceptés les Etats-Unis et la Somalie).

Article 24 : "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".

1990 Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (adoptée en juillet 1990, ratifiée par une cinquantaine d'Etats africains et entrée en vigueur en 1999).

Article 21 : "Les Etats parties 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 normal de l'enfant, en particulier : Les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant."

2003 Protocole de Maputo complétant la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes, adopté par l'Union Africaine le 11 juillet 2003, entrée en vigueur le 25 novembre 2005 après sa signature par 15 Etats.

Article 5: "Les Etats interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les Etats prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment :

- . sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et des programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication ;
- . interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation sexuelle féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations sexuelles féminines et toutes les autres pratiques néfastes"

1.6.3.2 Dispositifs législatifs nationaux

En Europe, la plupart des pays ont adopté une législation qui interdit les mutilations sexuelles féminines et mettent en place des programmes de sensibilisation et de prévention. La France est l'un des seuls pays à effectivement poursuivre et condamner pénalement ces pratiques.

Aux Etats-Unis et en Australie, des législations et réglementations interdisent la pratique de ces mutilations sexuelles féminines.

En Afrique, une quinzaine de pays ont interdit officiellement les mutilations sexuelles féminines déjà depuis longtemps comme au Soudan (1946) ou plus récemment par exemple, en Guinée-Conakry (2001) ou l'Erythrée (2007). Mais, ces interdictions sont loin d'être effectivement respectées sur tout le territoire des Etats concernés.

Liste des pays africains ayant officiellement interdit l'excision

<i>Année d'interdiction</i>	<i>Pays</i>	<i>Prévalence (chiffres arrondis)</i>	<i>Type MSF pratiquée</i>
1946	Soudan	90 %	III
1953	Sierra Leone	94 %	I et II
1966	Centrafrique	26 %	I et II
1978	Somalie	98 %	III
1982	Kenya	32 %	I, II et III
1987	Burkina Faso	72 %	I et II
1994	Liberia	45 %	I et II
1994	Ghana	4 %	I et II
1995	Djibouti	93 %	I, II et III
1997	Egypte	96 %	I, II et III
1998	Côte d'Ivoire	42 %	I et II
1998	Sénégal	29 %	I et II
1998	Tanzanie	14 %	II et III
1998	Togo	6 %	II
2001	Guinée Conakry	95 %	I, II et III
2003	Bénin	17 %	II
2007	Erythrée	89 %	II et III

1.7 Techniques chirurgicales

1.7.1 Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle féminine selon la technique décrite par P. Foldes

Cette partie décrit un procédé de reconstruction du clitoris après excision rituelle. Cette technique, expérimentée en Afrique lors de missions chirurgicales, a bénéficié de l'expérience des techniques plastiques de reconstruction pénienne et de l'apport de recherches anatomiques sur l'innervation de l'organe.

Elle vise à reconstituer un clitoris d'aspect et de situation normaux en retrouvant puis respectant son innervation.

L'opération de restauration du clitoris est considérée comme un acte de chirurgie réparatrice. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale.

Principes

L'expérience accumulée en chirurgie réparatrice et les études anatomiques ont permis de mieux comprendre le mécanisme de l'excision rituelle.

L'exciseur ou l'exciseuse pratiquent une traction sur le capuchon et le haut des petites lèvres et coupent tangentiellement, le plus souvent de haut en bas.

Il s'ensuit une section le plus souvent oblique de la partie supérieure du corps et du gland clitoridiens. (cf. figure 1)

Plus que la direction de coupe et la brutalité du geste, c'est surtout l'absence de soins, l'hémorragie et l'infection qui provoqueront sclérose et rétraction.

Dans l'immense majorité des cas, la vulve excisée présente à sa partie supérieure la saillie sous-cicatricielle du moignon clitoridien.

Celui-ci est en général attiré en haut et est plus ou moins adhérent au périoste de la symphyse pubienne. (cf. figure 2)

Figure 1 :

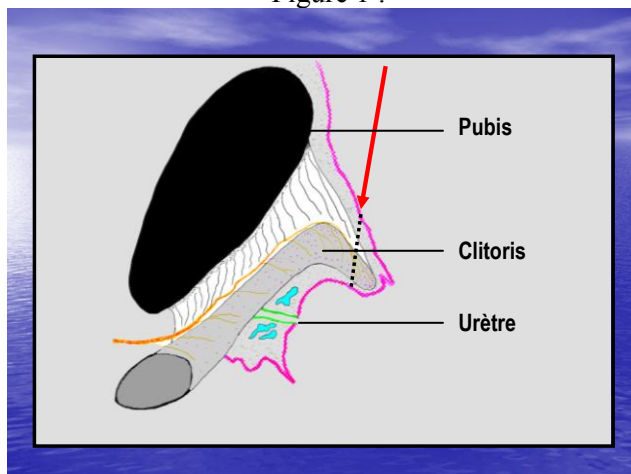
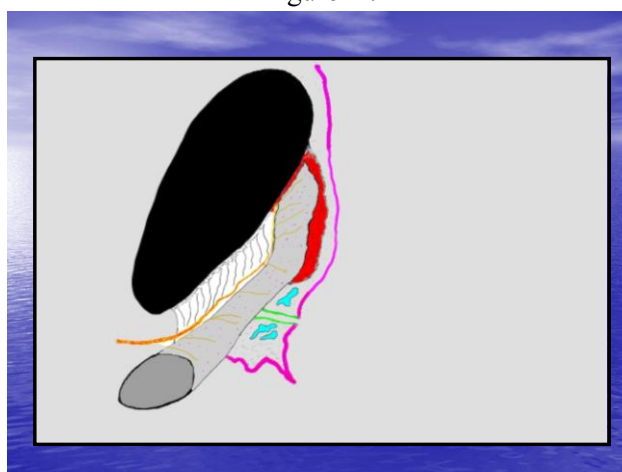


Figure 2 :



Sa libération fine, en prenant bien soin de rester à distance du pédicule dorsal, permet de retrouver un tissu sain, innervé et vascularisé, qui peut laisser espérer une récupération plus ou moins complète d'une forme de sensibilité clitoridienne.

La réimplantation du néo-gland ainsi reconstitué en position anatomique sera suivie d'une épithélialisation en six semaines environ, la phase de récupération sensorielle s'étalant sur plusieurs mois.

Technique

La reconstruction clitoridienne a été tout d'abord réalisée sur le terrain africain puis développée en France après des études anatomiques. La première série française concerne vingt femmes excisées originaires du Mali, du Niger, du Sénégal, du Burkina Faso, du Tchad et de l'Ethiopie. Il s'agissait le plus souvent d'une amputation totale du gland. Quatre femmes présentaient une infibulation et une avait subi la grande mutilation dite pharaonique (fermeture des grandes lèvres). L'âge de consultation va de dix-huit à trente-six ans, avec une moyenne d'âge de 22 ans.

La reconstruction a toujours été réalisée en hospitalisation d'une journée.

La région excisée se présente parfois comme une paroi lisse dépourvue de saillie, mais est plus souvent porteuse d'une cicatrice irrégulière, voire chéloïde, stigmates d'un geste réalisé sans asepsie ni hémostase. Cet aspect peut être aggravé par une infibulation (suture des nymphes), fréquent dans l'est de l'Afrique (cf. photo 1).

Incision pré-pubienne

La nécessité d'aborder les corps clitoridiens et d'en respecter l'innervation conduit à une incision plus large, longeant le bord de l'ogive pubienne, de manière à dégager le triangle vulvaire antérieur à distance de la région cicatricielle (cf. photo 2).

Le bord supérieur du genou clitoridien est ainsi libéré en restant près du périoste. Le ligament suspenseur est ainsi isolé.

Photo 1 :



Photo 2 :



Section du ligament suspenseur

C'est le premier temps fondamental de l'allongement. Le pédicule vasculo-nerveux est solidaire de l'albuginée de la partie dorsale de l'organe et chemine loin de l'implantation médiane du ligament. La section se fait donc au ras de l'os aussi loin que nécessaire.

Ce faisant, un abaissement et une antéversion du genou clitoridien s'effectuent (photo 3).

Libération du genou clitoridien

Elle se pratique également très près du périoste, et suit une bifurcation divergente qui amène aux corps clitoridiens, lesquels descendent le long des branches ischio-pubiennes (cf. photo 4). Ce triangle de dissection os/ligament/genou est avasculaire et loin des branches nerveuses. Ce geste permet de compléter la libération de l'organe et de gagner une longueur suffisante à sa reconstitution.



Photo 3 :

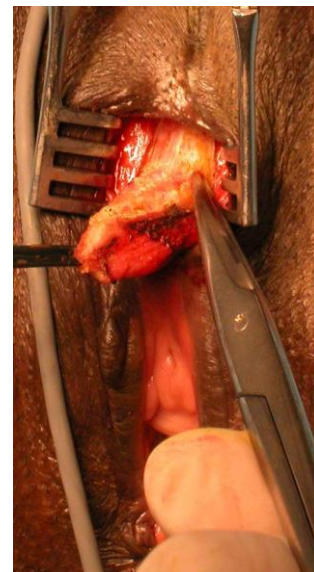


Photo 4 :

Libération du corps clitoridien

Une résection importante ou une perte de substance plus grande peut nécessiter une libération plus complète encore. On l'obtient par une poursuite de la dissection le long de la branche ischio-pubienne en dégageant progressivement le corps qui mesure environ 8 cm.

Résection cicatricielle

Deuxième point-clé de la technique, ce temps va supprimer les tissus cicatriciels et retrouver en arrière une recoupe saine de corps caverneux normalement innervés et vascularisés, de façon à reconstituer un néo-gland fonctionnel. La recoupe se fait à la limite de la sclérose et permet de libérer une portion clitoridienne saine et souple, proche d'un tissu glandulaire normal. (cf. photo 5)

Réimplantation

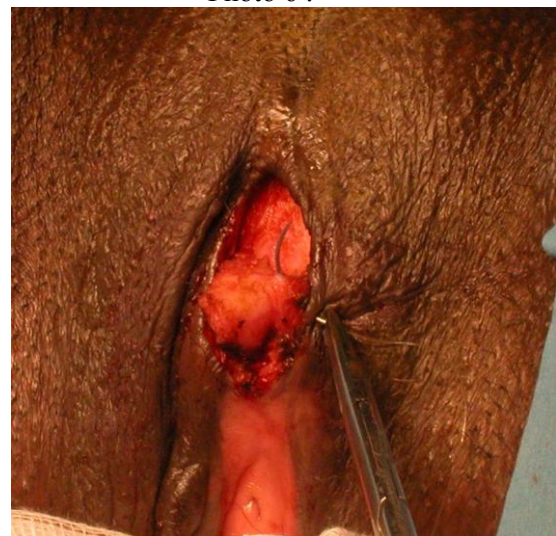
Il reste à repositionner le gland reconstitué dans sa situation normale, un peu en dessous de l'horizontale passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne et marquant une saillie nette d'au moins cinq millimètres en avant du plan vulvaire (cf. photo 6).

L'importance de la libération permet d'arriver à ce résultat sans tension, même en cas de recoupe sévère.

Photo 5 :



Photo 6 :



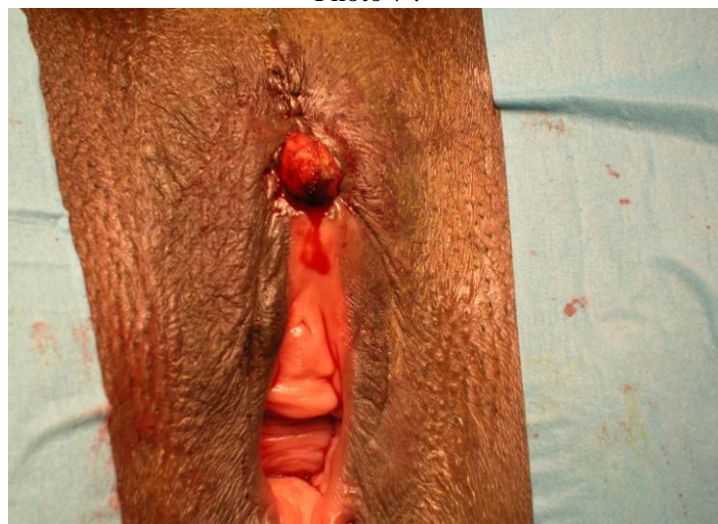
Fermeture cutanée

Comme dans le cas des plasties de verge, il est utile de rapprocher les masses bulbo-caverneuses latérales et de les interposer pour éviter une reconstitution de l'adhérence dorsale au périoste.

L'abaissement de la région peut être accompagné d'une plastie Y-V.

Elle est réalisée à ponts séparés à résorption lente sans drainage. (cf. photo 7)

Photo 7 :



Cicatrisation et suites

La cicatrisation est rapide avec une sortie de la patiente le jour même de l'intervention. Le suivi post opératoire conjoint infirmière / chirurgien est nécessaire jusqu'à la cicatrisation complète. Le suivi peut durer un mois avec des visites très régulières au minimum hebdomadaires.

Un œdème du triangle vulvaire antérieur est de règle. Il s'atténue en une semaine. La ré-acquisition sensorielle va s'étaler sur plusieurs mois.

Evaluation à propos de 453 patientes (Série de P. Foldès)

Le suivi et l'évaluation se font sur le plan sensoriel (disparition de la douleur, sensibilité) ; sur le plan cosmétique (aspect, cicatrisation) ; sur le plan sexuel (apparition d'un potentiel de stimulation orgasmique) et sur le plan psychologique.

Les patientes sont revues à dix jours, un mois et six mois au minimum.

Sur le plan sensoriel

À ce stade de l'évaluation, les premiers résultats montrent une suppression constante et totale des phénomènes douloureux et notamment des gênes préexistantes vers la fin du premier mois ainsi qu'un résultat cosmétique satisfaisant pour les patientes et leurs partenaires au delà de la sixième semaine.

Sur le plan cosmétique, les résultats anatomiques sont très satisfaisants avec une restauration du massif clitoridien (au minimum de son volume) dans 87% des cas. Le résultat anatomique est évalué par le chirurgien et non par les patientes pour deux raisons : tout d'abord, ces femmes ont une idée moins précise que le chirurgien du vaste éventail des différents aspects "normaux" du clitoris et de son capuchon et, d'autre part, elles recherchent en fait tant un aspect "normal" qu'un clitoris proéminent et très visible.

Sur le plan sexuel

Etant donné le caractère hétérogène de la population (origine géographique, langue parlée, milieu social), un questionnaire écrit, détaillé et potentiellement complexe ne peut être utilisé.

Les résultats fonctionnels obtenus sont satisfaisants avec une amélioration nette de la sexualité dans 75 % des cas. Un interrogatoire oral a été nécessaire pour cette évaluation.

Evaluation post opératoire :

	Anatomie		Fonction clitoridienne	
0	Pas de changement	0	Douleur persistante pas, de plaisir	1
1	Peu satisfaisant	3	Gêne légère	13 (3%)
2	Volume restitué en position anatomique, mais couvert	50 (11%)	Petite amélioration sans douleur	84 (19%)
3	Massif clitoridien visible	135 (30%)	Réelle amélioration	146 (32%)
4	Volume clitoridien normal	168 (37%)	Orgasme clitoridien parfois	130 (29%)
5	Aspect proche de la normale	97 (21%)	Sexualité clitoridienne normale	65 (14%)
NA		0		14 (3%)

NA : non applicable, patientes sans partenaire ou ne souhaitant pas répondre.

Sur le plan psychologique

Des contacts ont été pris pour la mise en place d'une consultation ethno psychologique pour les patientes consentantes.

En conclusion, la technique présentée semble donner de bons résultats, tant anatomiques que fonctionnels. Simple de réalisation et reproductible, elle est actuellement réalisée sous anesthésie générale avec une journée d'hospitalisation.

1.7.2 Chirurgie réparatrice de la vulve

1.7.2.1 La désinfibulation

La patiente étant en position gynécologique, une désinfection de la cicatrice plus ou moins scléreuse des petites lèvres ou des grandes lèvres est réalisée.

Une anesthésie locale par infiltration de la zone vulvaire cicatricielle à l'aide de Xylocaïne à 1 ou 2 % ou une anesthésie régionale est réalisée.

Une pince stérile de type Kocher est introduite dans l'orifice résiduel postérieur puis enfoncée d'arrière en avant en demeurant au contact de la face profonde de l'accolement jusqu'à ce que l'extrémité de l'instrument butte au sommet du vestibule.

Une traction de l'instrument en avant permet de faire saillir la cicatrice médiane et de l'éloigner de l'orifice vaginal et du méat urétral mettant ainsi ces derniers à l'abri d'une plaie chirurgicale. L'incision de la cicatrice est réalisée d'arrière en avant aux ciseaux ou au bistouri entre les branches de la pince, sur 3 à 4 cm environ jusqu'à ce que le méat urétral soit visible. Les bords libres labiaux sont ensuite suturés séparément par des points simples ou des surjets de fil résorbable 4/0.

La section de l'accolement médian des petites lèvres (photo 1) est indiquée au cours de la grossesse ou surtout lors de l'accouchement avant l'expulsion pour prévenir les déchirures antérieures surtout celles des tissus recouvrant l'arc sous-pubien cicatriciel et fibreux qui peuvent être hémorragiques et d'hémostase délicate.

En dehors de la grossesse, la section de l'accolement médian des petites lèvres s'avère nécessaire lorsque la synéchie des moignons labiaux constitue un auvent masquant la partie antérieure du vestibule, brisant le jet de l'urine, et s'avérant lorsqu'il est étendu être un obstacle à l'intromission, source de dyspareunie voire d'apareunie.

La désinfibulation lors de la grossesse ou de l'accouchement (cf Photo 2) est indispensable pour permettre :

- les touchers vaginaux et la surveillance du col lors du travail,
- les sondages vésicaux évacuateurs,
- et surtout l'accouchement par voie vaginale.

La méconnaissance des MSF et la non-reconnaissance des modifications anatomiques induites peuvent inciter un obstétricien à réaliser une césarienne. Or, en dehors des motifs obstétricaux habituels, elle n'est pas indiquée.

En l'absence de désinfibulation, des complications obstétricales majeures peuvent survenir. En effet, la vulve occluse, cicatricielle, scléreuse constitue un obstacle mécanique à la progression de la présentation.

En dehors de la grossesse, la désinfibulation s'impose lorsque le pertuis préservé près de la fourchette s'oppose au libre écoulement de l'urine et/ou des règles. La gêne au libre écoulement des urines est source de rétention chronique d'urines dans le vagin, d'infection urinaire basse (cystite) voire d'infection urinaire haute (pyélonéphrite, insuffisance rénale). La gêne au libre écoulement des règles est source de dysménorrhée, d'hématocolpos surinfecté, d'infections génitales basses, d'infections génitales hautes et donc de stérilité dramatique en raison de ses conséquences sociales en milieu africain.

Photo 1 : Désinfibulation (P. Foldès)



Photo 2 : Désinfibulation lors de l'accouchement (D'après X. Carcopino)



1.7.2.2 Kystes épidermiques

La formation d'un kyste épidermique (photo 2) peut survenir quel que soit le type de mutilation. Elle est directement liée à la technique de mutilation : la section du clitoris avec un instrument mal tranchant provoque la formation d'un kyste épidermique (inclusion de fragment d'épiderme) et/ou l'occlusion de glandes sébacées.

C'est une complication bénigne pouvant devenir gênante voire invalidante par le volume du kyste et qui peut également s'infecter et entraîner une suppuration locale.

Le traitement consiste en l'ablation du kyste en prenant soins de préserver la partie restante du clitoris :

- incision cutanée médiane,
- dissection et excision du kyste,
- exérèse de la peau en excès,
- réapproximation des berges cutanées.

Une clitoridoplastie peut lui être associée (cf. 1.7.1).

1.7.2.3 Ablation de cicatrices chéloïdes

Des cicatrices chéloïdes, épaisses et fibreuses peuvent s'observer surtout après des traumatismes répétés : infibulation, désinfibulation, réinfibulation...

On connaît la propension des sujets à peau noire à développer ce type de cicatrice pathologique, elles sont toutefois rares au niveau de la vulve. Leur exérèse chirurgicale ne met pas toujours à l'abri de récives.

1.7.2.4 Exérèse de névromes

La prolifération atypique de fibres nerveuses (névrome) est source de douleurs chroniques souvent intensifiées par le contact. Peu de cas de névrome après une mutilation sexuelle féminine ont été rapportés dans la littérature médicale. Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale.

Photo 3 : kyste épidermique
(photo P. Foldès)



1.8 Prise en charge sexologique après chirurgie reconstructrice du clitoris

Nous ne devons pas faire l'impasse sur une donnée fondamentale : reconstruire, certes, mais aussi poursuivre la réflexion au-delà de la prise en charge médicale et psychologique.

Ainsi, les différentes étapes chirurgicales et médicales sont franchies, le drame psychologique pris en compte et s'ébauche peu à peu la restauration de l'estime de soi.

Oser pour progresser.

Il est nécessaire d'aborder avec les patientes le sens profond de la chirurgie réparatrice : celle-ci vise à restaurer la fonction sensuelle et sexuelle de la femme et dans le même temps l'estime de soi. « Etre une vraie femme » disent-elles.

Sans choquer, apprenons à expliquer simplement le vécu « après la réparation ».

- Première étape : évaluer les connaissances physico-sensuelles de la sphère clitorido-vulvovaginale chez la femme excisée

Il semble, aux détours des entretiens, qu'il y ait un « vide » tant chez la femme que chez l'homme. En effet, leurs connaissances dans le domaine de la sexualité sont extrêmement floues car elles sont objets de tabous.

- Seconde étape : appréhender et connaître son corps sexué

La prise en charge ne critiquera pas les coutumes mais sera axée sur la restauration et sur les explications des sensations sensuelles et sexuelles à découvrir. Celles-ci doivent être claires et seront associées à des schémas. Il est ensuite possible d'ouvrir un temps de parole au compagnon. Celui-ci n'est, semble-t-il, pas toujours hostile aux explications. Il prend conscience que cette connaissance permet une augmentation du plaisir amoureux partagé.

La formulation est fondamentale.

Par exemple : « Vous découvrez que vous êtes sensible à tel type de caresse. Si vous échangez telles paroles pour guider votre partenaire vers la zone clitorido-vaginale sensible et agréable, vous aurez un meilleur épanouissement sexuel et cela apportera également une satisfaction sexuelle à votre conjoint. ».

Les plus jeunes couples sont de plus en plus demandeurs et à l'écoute de cette dynamique dans l'amour.

La femme appréciera une explication simple pour connaître son corps : Oser toucher son clitoris et l'hydrater avec un gel, le toucher et explorer les zones sensibles érogènes pour retransmettre à son partenaire les sensations qu'il pourrait reproduire ensuite en faisant l'amour.

N'oublions pas que des conseils donnés aux femmes « reconstruites » sont presque les mêmes que dans la population occidentale dont la plupart ne connaît pas leur corps ni les zones érogènes.

Cette démarche de prise en charge par un sexologue a pour but de ne pas exclure une étape fondamentale dans la vie et permet à la patiente « d'adopter » pleinement son corps de femme avec la totalité des fonctions physiques et sensuelles comme à l'origine du monde et de la création.

Le récit clinique suivant, réel, situera bien la quête profonde d'une demande de restauration corps et âme.

Aïchatou vient se renseigner « par hasard » après avoir regardé un documentaire à la télévision avec plusieurs amies. Elle ose poser la question : « Est-ce que tout le monde a quelque chose qui « pointe » chez les filles et « tremble » pour donner du plaisir ? »

- Témoignage

Aïchatou est très à l'aise pour parler. Elle possède un excellent vocabulaire sauf pour les mots traitant d'intimité. Elle souhaite que la conversation reste confidentielle.

Elle se souvient mais ses souvenirs sont très vagues : *la fête ... et puis la douleur ... « Je ne peux pas dire que j'ai gardé une immense souffrance de cela, c'est flou ... ce dont je suis absolument sûre c'est que si il me manque « ça », si « ça » peut revenir, j'aimerais bien faire l'opération ».*

La jeune femme prend conscience qu'il faut du temps pour que la cicatrisation se fasse. Il faut du temps également pour apprendre et trouver des sensations sensuelles, clitorido-vaginales. Mais aussi du temps pour déculpabiliser de demander cette intervention, du temps pour oser en parler avec son conjoint.

Aïchatou revient en consultation six mois après son intervention et livre sa réflexion profonde : *« Je ne regrette rien. Je me sens une vraie femme. Je ne risquerai pas l'humiliation face à un homme qui pourrait me dire « toi, tu n'as rien ».*

« Je vais être heureuse de pouvoir partager ces nouvelles sensations car j'ose regarder et toucher la zone opérée. Ca devient de plus en plus agréable. Je connaissais déjà un ami avant l'opération. Il comprend ma situation. Il affleure en douceur les zones érogènes. Je n'ai que du bonheur dans ces sensations. Je suis vos conseils et je ne reprendrais les rapports sexuels que lorsque je me sentirai vraiment prête. En demandant cette reconstruction, j'ai découvert l'immense bonheur d'être une femme à part entière, dans mon cœur, dans mon esprit, dans mon corps et mes sensations. »



Conduites à tenir

Témoignage

Aïcha est née en Côte d'Ivoire. Elle a aujourd'hui 20 ans.

Aïcha est arrivée en France à l'âge de 13 ans, accompagnée de son petit frère. Elle a quitté sa mère pour rejoindre son père.

Aïcha raconte ainsi :

« Je n'ai jamais revu ma mère ... elle est malade alors je peux l'aider en travaillant et en lui envoyant de l'argent.

« Ca » s'est passé au pays, à Abidjan.

Quand on m'a coupée, j'étais assez grande ... 12 ans peut-être. On m'a coupée à la barbare, « ça » m'a traumatisée. C'est ma grand-mère maternelle qui m'a prise. Mon père était parti en France, ma mère était au travail. Je ne sais pas si elles en avaient parlé ensemble.

12 ans ... j'étais vraiment grande ! Il y a eu un rituel ... pas vraiment une fête ... C'est difficile à expliquer tellement « ça » m'a traumatisée.

Si mon père et ma mère avaient été mis au courant, « ça » ne se serait pas passé. Ils ont été très en colère quand ils ont appris « ça » ! Mais c'était déjà fait, on ne pouvait plus rien faire.

Il y avait d'autres filles allongées sur le sol. La lame était déjà prête. Il y avait du sang par terre ... Elles m'ont attrapée de force. Aujourd'hui encore, quand on veut toucher mon corps je préfère toujours voir car je ne sais pas ce qu'ils vont faire de mon corps ... Il y a deux femmes qui m'ont attrapée par derrière, deux femmes qui ont allongé mes jambes ... et l'autre qui me coupait ... de la douleur ...

*« Ca » on ne peut pas en parler, tellement c'est horrible !
Avant, quand j'en parlais mes larmes se mettaient à couler ...*

Même mon copain, il ne sait pas que je suis excisée ! Il ne m'a jamais parlé de « ça ».

J'ai failli plusieurs fois le lui dire : on ne sait pas comment il va réagir, s'il va avoir peur, s'il va partir. Alors, tu le laisses découvrir seul ! Je ne sais pas si c'est « ça » qui provoque, mais faire l'amour, je peux m'en passer ... pour le moment, ce n'est pas trop mon truc !!

Lorsque j'attendais mon bébé, la sage-femme qui a suivi ma grossesse, elle, elle a vu ! ... et elle m'a parlé. Elle m'a dit « il ne faut pas que tu fasses « ça » à ta fille ». Ma fille ? Elle est tout pour moi ! ... Je ne pourrai jamais lui faire « ça » ! Même si je reviens au pays, elle sera toujours collée contre moi !! Et ma mère ? « Elle n'est pas pour » !

C'est la sage-femme qui m'a conseillée d'aller voir le chirurgien. Avoir une chance de réparer ? J'ai tout de suite dit oui, car je ne savais pas que cela était possible.

J'ai rencontré le chirurgien : c'est la manière dont il m'a expliqué qui m'a donné le courage de le faire. Avec lui, c'est la première fois que j'avais vite confiance en quelqu'un. Il m'a conseillée d'aller voir une psychologue. On a vraiment pris le temps de réfléchir, même si j'avais déjà réfléchi.

C'est l'opération en elle-même qui me faisait peur. J'avais trop peur d'avoir mal. Au pays, pour la douleur, c'est à la barbare !! Tandis qu'ici ... Quand je viens faire mes soins ici, on vient me parler.

J'ai fait la réparation parce que j'avais vraiment besoin de cela ! Si je veux avoir d'autres enfants, si je ne veux plus ressentir de douleur lors des rapports sexuels.

Quand je regarde ma fille, franchement, je suis heureuse, je suis très heureuse !

Ma fille ... elle est tout pour moi ! Je ne pourrai jamais lui faire « ça » !

2.1 Le praticien face à une femme victime de MSF ou susceptible de l'être

L'objectif est double : prendre en charge les femmes mutilées qui souffrent des conséquences des mutilations et prévenir la répétition de ces pratiques sur leurs filles.

Les quatre éléments pour la prise en charge des femmes mutilées sont les suivants :

- Dépister une femme à risque de MSF
- Identifier la nature de la mutilation sexuelle féminine
- Organiser la prise en charge sur le plan médical, psychologique, social et sexuel
- Evaluer les risques de MSF et les prévenir chez ses filles

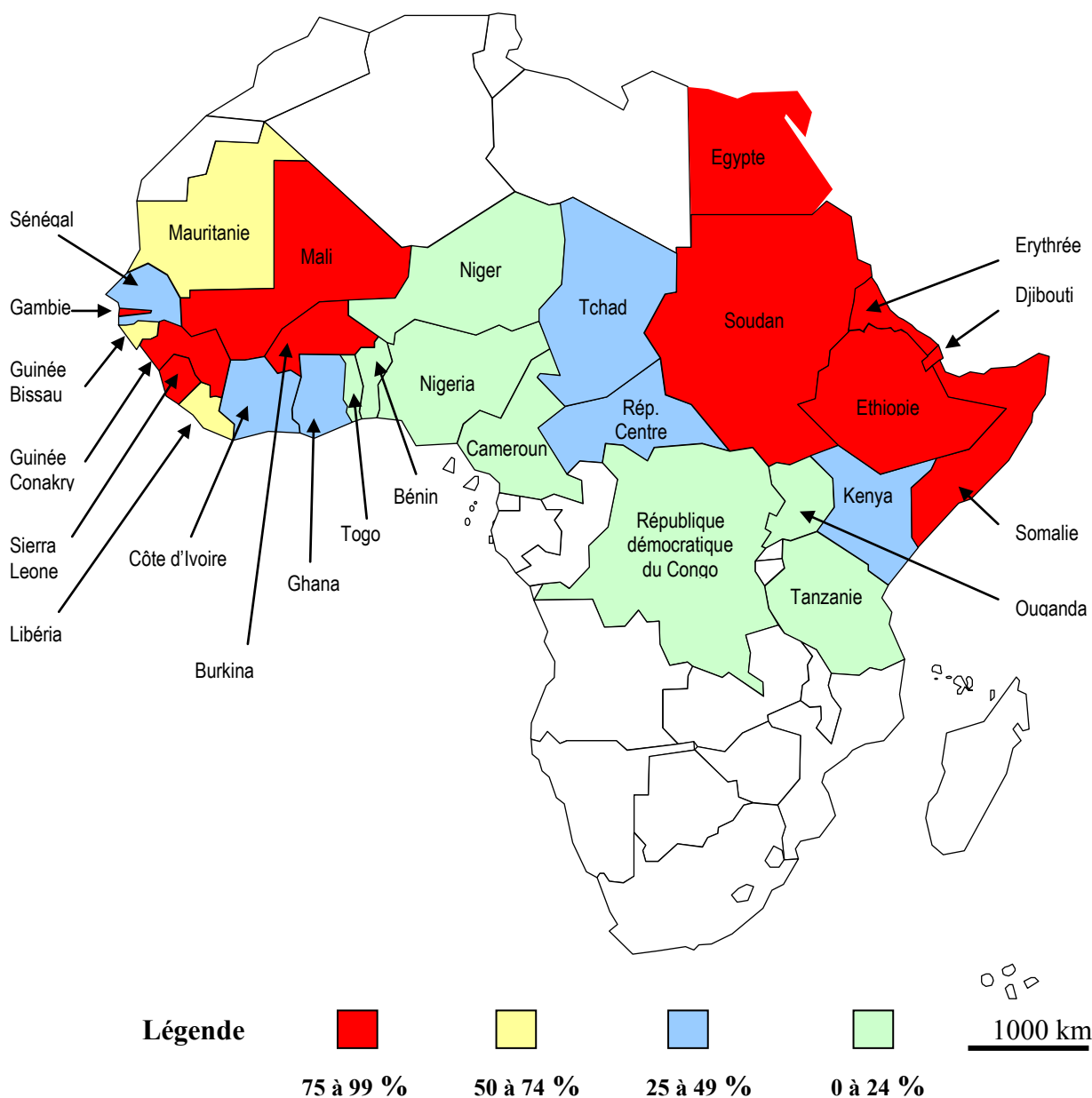
2.1.1 Dépister une femme à risque de MSF

L'élément prioritaire qui permettra en premier lieu de s'interroger est l'origine et/ou le pays de naissance. Compte tenu des origines des populations installées dans votre département, les principaux pays concernés pourront être le Burkina Faso, l'Égypte, l'Éthiopie, la Guinée, le Mali, le Sénégal, la Somalie, etc.

Une carte permettra de se rappeler l'incidence en fonction des pays concernés.

(cf. chapitre 1.4)

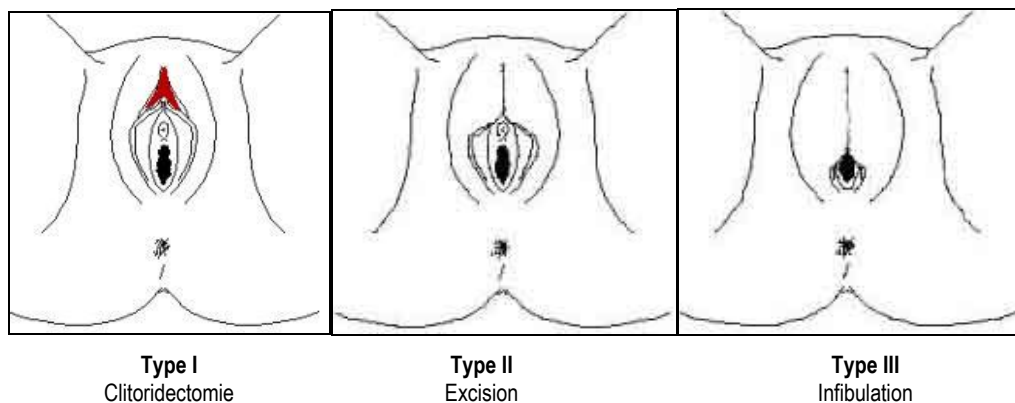
Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique



2.1.2 Identifier la nature de la mutilation sexuelle féminine

Avant d'aborder cette problématique de façon plus précise avec la femme, l'examen clinique permet de confirmer le diagnostic de mutilation sexuelle féminine et de faire une évaluation des séquelles.

On pourra utiliser la classification de l'OMS, ou faire simplement une description dans le dossier en précisant la présence du capuchon clitoridien, l'aspect du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. Un schéma est souvent utile. Parfois une photographie de la vulve pourra être réalisée avec l'autorisation de la jeune femme. (cf. chapitre 1.2)



2.1.3 Prendre en charge sur le plan médical, psychologique, social et sexuel

Maintenant que vous savez que la femme a été mutilée, il faut aborder ce sujet avec elle pour deux raisons :

- prévenir la réalisation d'une excision chez les fillettes de la famille en l'informant de l'interdiction de ces pratiques en France, en Europe et dans les pays africains,
- être à son écoute pour organiser une prise en charge en cas de conséquences médicales, psychologiques ou sexuelles.

Les deux principales situations qui peuvent se rencontrer sont les suivantes :

- Vous allez suivre la femme régulièrement. Dans ce cas, vous pouvez aborder le sujet au cours d'une prochaine consultation après avoir établi une relation de confiance.
- Il n'est pas certain que vous la revoyez. Dans ce cas, le sujet doit être abordé au cours de cette consultation quelque soit le motif.

2.1.3.1 Comment aborder cette question ?

Il est recommandé d'annoncer que vous avez remarqué qu'elle était excisée ou « coupée » (éviter d'utiliser le termes « mutilation », « mutilée ») ; ensuite, vous pourrez lui suggérer de préciser les conditions dans lesquelles cette excision est intervenue (souvenirs, âge, souffrance,..)

Dans certaines situations, **la mutilation est connue et le dialogue aisé**. La femme connaît un réel soulagement en rencontrant un professionnel avec qui elle peut parler en toute liberté de sa souffrance et de ses inquiétudes. Elle trouve alors compréhension, soutien et accompagnement.

Un dialogue confiant avec la femme doit être instauré afin d'évaluer ce qu'elle sait de son excision. Les professionnels, sages-femmes ou médecins, ne doivent plus avoir de réticence à aborder ces questions.

Le recours à un organisme d'interprétariat est indispensable en cas de barrière linguistique.

Une écoute empathique et respectueuse, faite de questions ouvertes suivies d'une reformulation, doit permettre d'aborder avec la femme des sujets délicats touchant aux coutumes et à l'intime.

- Ce questionnement peut concerner la femme :
 - . De quel pays êtes-vous originaire ?
 - . Depuis combien de temps vivez-vous en France ?
 - . Quel est votre vécu sur le plan conjugal ou familial ? (vie quotidienne, travail, etc.)
 - . Ressentez-vous solitude ou discrimination ?

- Ce questionnement peut concerner le conjoint :
 - . Quels sont sa nationalité, son âge, sa situation socio-économique ?
 - . Certains éléments laisseront suspecter un mariage forcé ou bien un contexte de polygamie (par exemple l'écart d'âge important entre les deux conjoints).
- Pour introduire le sujet, vous pourrez vous aider des phrases suivantes :
 - . Vous venez d'un pays où se pratiquent les mutilations sexuelles. Souhaitez-vous que nous parlions ensemble de cette pratique ? Avez-vous eu des conséquences médicales, sexuelles ou au cours de vos grossesses ? La plupart des pays condamnent cette pratique, même en Afrique.
 - . « Lors de l'examen gynécologique, j'ai constaté que vous avez été excisée. Le terme « coupée » est également communément employé.

Dans d'autres cas, **la mutilation est connue mais le sujet est tabou**, il s'agit alors le plus souvent de femmes qui sont primo-arrivantes, peu scolarisées, qui rejoignent leur mari et restent attachées aux traditions mais aussi d'adolescentes ou de jeunes majeures nées en France ou arrivées dès leur plus jeune âge.

La femme intègre que vous êtes un professionnel ressource : elle pourra, à son rythme, reprendre le dialogue si elle le souhaite.

Elle doit comprendre que vous serez particulièrement vigilant pour ses fillettes.

Une plaquette peut lui être remise avec les coordonnées des organismes qui peuvent lui apporter de l'aide : « Protégeons nos petites filles de l'excision ». ³⁷ (Annexe 7)

Une orientation vers une association locale peut également être proposée à la femme (contact avec un adulte relais, participation à un groupe de parole et d'échange avec des femmes de sa communauté...).

Enfin, si **la femme ignore son excision**, la situation peut s'avérer beaucoup plus délicate à gérer. L'annonce sera alors vécue comme brutale. La mutilation a été pratiquée à la période néonatale ou bien dans les premières années de vie et la femme ne garde aucun souvenir de l'événement traumatique.

On observe parfois un véritable déni. Il s'agit dans la majorité des cas de jeunes filles affirmant ne pas être excisées. L'annonce doit être progressive et se faire « pas à pas » tout en examinant la patiente.

« En vous examinant, il me semble avoir observé que votre vulve présente des reliefs anatomiques modifiés ... » « Avez-vous pris conscience de ces différences ? »

Le médecin ou la sage-femme peut proposer, en accord avec la femme, de donner des explications avec l'aide d'un miroir. Ainsi montre-t-il les signes particuliers qui lui permettent d'évoquer la mutilation.

A l'issue de la consultation, et dans toutes les situations énoncées précédemment, plusieurs choix sont possibles :

- . Proposer un nouveau rendez-vous médical afin de revoir la patiente pour poursuivre le dialogue.
- . Proposer une prise en charge psychologique, le corps mutilé ayant conservé une trace mnésique physique mais aussi psychique probablement indélébile.
- . Proposer un suivi sexologique afin d'évaluer les retentissements de la mutilation sur la sexualité et les conséquences sur le désir et le plaisir sexuels.
- . Proposer un contact avec une association ou une institution qui organise des groupes de parole autour de ces questions.

2.1.3.2 Evaluer les conséquences des MSF

Lors d'une consultation, de quelque nature qu'elle soit, le professionnel de santé peut être amené à découvrir une MSF, soit parce que la patiente se plaint d'un symptôme (dyspareunie, douleur ...), soit le plus souvent, de façon fortuite lors de l'examen.

Les conséquences d'une MSF constituent donc un motif de consultation et nécessitent une évaluation précise. Elles sont de plusieurs ordres : médical, psychologique, sexuel

Conséquences d'ordre médical

(cf. chapitre 1.5.1)

Il peut s'agir de :

- Douleur pelvienne chronique pouvant être la conséquence :
 - . d'un névrome du nerf dorsal du clitoris : c'est l'emprisonnement du nerf dorsal du clitoris dans un point de suture ou dans un tissu cicatriciel entraînant l'apparition d'une tumeur très sensible notamment au moment des rapports sexuels
 - . d'un hémato-colpos : lié à la fermeture totale de l'orifice externe du vagin empêchant l'écoulement du sang des règles qui s'accumule dans le vagin et qui forme une collection épaisse d'aspect chocolaté
 - . d'un kyste épidermique de la vulve dû à l'obstruction, lors de la cicatrisation, de glandes cutanées ou de follicules pileux
 - . d'un trouble de la cicatrisation : cicatrice vicieuse, chéloïde.
- Dyspareunie avec parfois impossibilité d'avoir des rapports sexuels en cas de MSF III. Elle est liée à la présence de cicatrices vicieuses, d'un névrome du nerf dorsal du clitoris, de la coalescence des petites lèvres ou d'infections vaginales
- Problèmes urinaires à type de dysurie, de rétention, d'infection récidivante. Ces infections sont surtout fréquentes dans les MSF de type III.
- Infections génitales basses qui sont très fréquentes dans les MSF de type III du fait de la stase des leucorrhées et de l'hémato-colpos. Ces infections génitales basses peuvent évoluer vers des endométrites ou des salpingites

Conséquences d'ordre psychologique

(cf. chapitre 1.5.2.2)

Leur nature et leur fréquence dépendront de votre patiente ; chaque histoire étant singulière.

Il peut s'agir de :

- Symptômes de répétition : névrose traumatique (réviviscences hallucinatoires, rumination mentale, cauchemars, etc.)
- Symptômes « non spécifiques » : asthénie, anxiété, dépression, phobies électives, crises hystériques, symptômes psychosomatiques (maux de tête, douleurs variées).
- Symptômes psychosomatiques : maux de tête, douleurs variées.
- Angoisse des rapports sexuels, de l'accouchement

Pour les jeunes femmes vivant en France, il peut exister le

- Sentiment d'être différente des autres femmes vis-à-vis du regard des hommes. Elles ont peur qu'ils disent « Toi, tu n'as rien »

Conséquences d'ordre sexuel

(cf. 1.5.2.1)

Leur nature et leur fréquence dépendront de votre patiente ; chaque histoire étant singulière.

Il peut s'agir de :

- Altération de la sensibilité sexuelle
- Douleurs permanentes liées à des névromes
- Dyspareunies liées aux remaniements cicatriciels
- Vaginisme, troubles du désir
- Troubles orgastiques

Ainsi, l'aide d'un psychologue et d'un sexologue, en plus de la prise en charge médicale, est essentielle pour une prise en charge complète de la femme.

2.1.3.3 L'informer sur les éventuelles complications obstétricales (et les modalités de prise en charge avant une grossesse et au cours d'une grossesse)

(cf. 2.2)

2.1.3.4 L'informer sur les modalités de prise en charge médicale, chirurgicale, psychologique et sexuelle

L'excision est une mutilation sexuelle faite le plus souvent dans un contexte traumatique extrêmement violent... Les conséquences de cet acte sont bien évidemment multiples : physiques, psychologiques et sexuelles.

Dans certaines situations, une intervention chirurgicale est indiquée pour des raisons médicales (dysurie, dyspareunie orificielle, existence d'un névrome, d'un kyste épidermique, etc.).

Dans le même temps, pourra être discutée l'opportunité d'**un acte chirurgical de réparation ou de reconstruction clitoridienne**.

Dans la majorité des situations, en France, la chirurgie de reconstruction est pratiquée isolément.

Cet acte chirurgical de « reconstruction ou réparation » survenant plusieurs années après l'évènement de la mutilation, voire de nombreuses années après, peut toucher les aspects physique, psychologique et sexuel de la vie de la patiente. **La prise en charge des patientes désirant cette opération apparaît donc d'emblée pluridisciplinaire.**

C'est pourquoi, il nous paraît important de différencier la « réparation » anatomique de la « réparation » psychologique et sexologique, et de bien identifier les attentes de ces patientes afin de les orienter vers une thérapeutique adaptée.

Deux situations se présentent :

- **Situation la plus simple : le sujet est abordé par la patiente**
La patiente sait qu'elle a été excisée et a déjà entendu parler de cette intervention : elle désire des renseignements complémentaires. Il suffit alors de lui expliquer l'intervention et ses limites (cf. 3), et de l'orienter vers un centre de prise en charge pluridisciplinaire.
- **Le sujet n'est pas abordé par la patiente : le praticien doit-il l'aborder ?**
Lorsque la question de l'excision a déjà été abordée avec la patiente, nous pensons que le praticien doit évoquer l'existence de cette chirurgie en restant toutefois très prudent (cf. 2.6.1.3).

Le parcours pluridisciplinaire de la patiente sera le suivant :

- premier contact avec une sage-femme ou avec un chirurgien pour lui communiquer les informations sur les techniques, les suites opératoires et les résultats attendus de l'opération
- entretien avec un psychologue pour une évaluation du traumatisme
- entretien avec un sexologue pour une évaluation des attentes sexuelles

Expliquer l'intervention et ses limites

Il faut rester prudent et donner une information loyale aux patientes : il s'agit d'une technique récente pour laquelle il n'existe pas encore beaucoup de recul. Le résultat esthétique est très variable d'une patiente à l'autre, les effets sur la sexualité difficiles à apprécier...

En dehors de la symbolique du geste (« chirurgie de réparation »), aucune certitude sur le résultat esthétique ou fonctionnel de cette chirurgie ne peut être donnée.

Accompagnement psychologique

S'intéresser à la dimension psychologique de la patiente excisée est indispensable si l'on souhaite prendre en compte toutes les dimensions de la reconstruction chirurgicale du clitoris. Cela permet, en outre, d'espérer la meilleure adéquation possible entre les attentes de la patiente et la réalité chirurgicale.

Les motivations des patientes sont diverses, elles évoquent souvent une douleur physique lors des rapports sexuels, mais revendiquent également une reconnaissance identitaire ou symbolique : être une femme à part entière, comme les autres, ne plus avoir honte, récupérer ce qu'on leur a enlevé... Aussi, est-il évident que l'acte chirurgical en tant que tel peut rarement combler des attentes aussi complexes, et qu'il n'est pas toujours la « réparation » la plus adaptée.

Les entretiens psychologiques amènent la patiente à revenir sur son histoire personnelle, le contexte de son excision, les séquelles éventuelles, son ressenti aujourd'hui, et sa demande. Ils aident les professionnels et la patiente à identifier quelle place occupe la reconstruction dans son vécu personnel. Une patiente excisée peut présenter des séquelles traumatiques liées à son excision, mais aussi liées à son contexte socioculturel, familial et conjugal (mariage forcé, maltraitance, viols...) Il est important de prendre en compte l'ensemble de ces traumatismes lorsqu'on aborde la « réparation ». Face à la souffrance exprimée par la patiente, ou à son lourd silence, le professionnel ne doit pas se laisser entraîner à proposer la réparation chirurgicale comme « le geste qui va tout arranger ».

L'accompagnement pluridisciplinaire d'un service pratiquant la reconstruction clitoridienne devra, au contraire, adapter la prise en charge en fonction du besoin de chaque femme. Pour l'une, il s'agira de repousser la date de l'opération, car elle a besoin d'y réfléchir davantage et d'en parler avec son conjoint avant de prendre sa décision ; pour l'autre, qui s'informe sur cette technique depuis plusieurs années et a pris le temps de mûrir les raisons qui la poussent à venir consulter, l'opération peut être programmée rapidement ; enfin, il arrive que la patiente abandonne sa demande initiale d'opération, et puisse éventuellement être orientée en psychothérapie, son besoin réel étant de trouver une écoute auprès des professionnels autour de son vécu de l'excision.

Accompagnement sexologique

Lors de l'annonce de l'excision, la question de la reconstruction chirurgicale ne devrait pas être évoquée par le praticien avant que la question de la sexualité de la femme ait été abordée de façon libre et ouverte.

C'est à la **femme de dire ce qu'il en est de sa sexualité, et non au professionnel de le présupposer**. Il faut donc lui ouvrir un espace de dialogue où elle se sentira en confiance pour en parler librement, ce qui suppose beaucoup de temps et de disponibilité de la part du professionnel, et un minimum d'expérience et d'aisance dans ce domaine, pour écouter sans a priori ni préjugés.

Certaines femmes n'évoquent aucune difficulté sexuelle particulière. Pour d'autres, une analyse fine montre que celles-ci ne se différencient guère de celles rencontrées par d'autres jeunes femmes d'âge équivalent en début de vie sexuelle et qu'il est difficile d'évaluer quelle est la part de la perte de réceptivité sensorielle de la région clitoridienne dans ces difficultés.

Comme pour n'importe quelle femme, des facteurs non anatomiques peuvent jouer un rôle déterminant dans les difficultés d'accès à une sexualité satisfaisante : absence d'éducation sexuelle, tabous sur certaines pratiques, liberté de choix du partenaire, relations hommes-femmes, problèmes de couple, traumatismes sexuels, partenaire violent ou brutal, etc.

Certaines femmes sont plus ou moins précocement curieuses des « choses du sexe » en général et de leur propre sexe en particulier, plus ou moins prêtes à enfreindre les interdits et les tabous (et là non plus ce n'est pas spécifique aux femmes excisées). Certaines ont des relations amoureuses dans lesquelles le dialogue sur la sexualité est possible, permettant une recherche mutuelle du plaisir, sans contrainte ni jugement, d'autres pas.

Enfin, certaines jeunes filles n'ont pas d'expérience sexuelle du tout. La plupart sont (comme beaucoup de femmes au demeurant) dans une totale méconnaissance de leur corps, et parfois dans une totale méconnaissance de ce qu'est l'excision (d'où la fréquente question : « Je voudrais que vous me disiez ce qu'on m'a fait »... Il faut alors examiner, montrer, expliquer).

Il est important d'aller dans le détail de l'histoire personnelle de chaque femme (en matière de sexualité comme ailleurs, les blessures les plus profondes ne sont pas toujours celles du couteau...), mais aussi d'aller dans le détail de l'expérience sexuelle y compris infantile et adolescente, et des pratiques sexuelles. Très prosaïquement, il est parfois utile de décrire ce qu'est une réaction d'excitation ou une décharge orgasmique... pas toujours identifiées comme telles par les intéressées !

Beaucoup de jeunes femmes ont une expérience sexuelle plus complète et plus «normale» qu'elles ne le pensent, l'autoévaluation de leur sexualité étant complètement biaisée par une surévaluation de ce qu'est la «norme» en ce domaine pour la majorité des jeunes femmes non excisées ...

Il est bon de leur donner une vision plus réaliste du cheminement nécessaire à chaque femme pour arriver à une sexualité épanouie. Sans sous-estimer les problèmes spécifiques aux femmes qui ont subi l'excision, le professionnel de santé doit rappeler ces fondamentaux indispensables qui, à la fois, éviteront qu'elles attendent « tout » du geste chirurgical et les inscriront dans une dynamique à long terme ; l'accès à la plénitude de sa sexualité étant pour chaque femme un parcours intime et à chaque fois original.

Orientation vers une décision personnelle

Aborder l'excision et la reconstruction clitoridienne avec une patiente, c'est bien souvent briser un tabou de fait : parler, là où le silence était la règle. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, la plupart des femmes excisées vivant en France, en savent très peu sur l'excision, son sens culturel, ses rites, et sur ses mythes. Bien souvent, elles ne savent rien non plus de leur corps ni de leur sexe. Pour qu'une démarche personnelle émerge, il faut d'abord créer les conditions d'une parole libre, sans risque de jugement, sur ce qu'elles vivent, sur leurs questions, leurs croyances, leurs plaintes, leurs aspirations. Par cette parole, elles peuvent amorcer un cheminement vers la réappropriation de leur corps mais aussi de leurs valeurs culturelles qui méritent d'être distinguées de l'excision. L'excision n'est qu'un effet de ces cultures, pas leur essence.

Présenter la réparation chirurgicale comme la solution « nécessaire et suffisante » aux difficultés supposées ou réelles, passées, présentes, ou à venir est certes une solution facile et gratifiante pour le praticien... mais peut être une impasse pour l'intéressée si cette proposition est faite prématurément et sans replacer le geste chirurgical dans une démarche globale de réappropriation du corps et de la sexualité.

Il est fort probable que pour certaines femmes un simple accompagnement psycho sexuel peut suffire à lever un certain nombre de difficultés. Néanmoins le geste chirurgical, au-delà de la réparation de l'organe et de sa fonction, occupe un rôle symbolique majeur dans la démarche, et pour la plupart des femmes qui ont pu mûrir leur demande, il est clair qu'il y a un «avant» et un «après».

L'intervention chirurgicale

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie générale. Elle dure 15 à 30 mn. En fin d'intervention, une infiltration locale par un analgésique est bénéfique pour la phase post-opératoire immédiate. L'intervention peut être réalisée en hôpital de jour si la jeune femme habite à proximité du centre chirurgical ; elle peut ainsi sortir le jour même.

Le suivi post-opératoire

Le suivi post opératoire est essentiel sur le plan médical mais également psychologique. Il sera réalisé au moins deux, voire trois fois par semaine dans un premier temps puis espacé jusqu'à cicatrisation. L'aspect post-opératoire initial est souvent assez inquiétant avec un aspect de bourgeon. Une réaction inflammatoire peut survenir aboutissant à une augmentation majeure du volume du clitoris. L'intensité de la douleur est très variable pouvant nécessiter des antalgiques et parfois une application d'analgésiques locaux avant les soins. La multiplication des consultations infirmières et chirurgicales est l'occasion d'être à l'écoute de leurs questions et craintes vis-à-vis des suites médicales, sexuelles, relationnelles avec la famille, etc.

Le suivi à distance

A distance, le suivi aura surtout une dimension psychologique et sexuelle plus que médicale. Les objectifs sont triples :

- psychologiques (intégration du changement du corps dans la culture)
- sexuelle (découverte du rôle et du fonctionnement du clitoris dans la sexualité féminine)
- préventif (message vis-à-vis des fillettes). Il n'est pas rare que ces femmes opérées deviennent des porte-paroles de la lutte contre l'excision.

2.1.4 Evaluer les risques de MSF et les prévenir chez ses filles

Des questions préalables doivent être abordées au sujet de l'environnement familial (les autres membres de votre famille restés au pays sont-ils pour l'excision ?), des filles de la famille (Vos autres filles sont-elles excisées ?) et de son positionnement vis-à-vis de la pratique de l'excision (Qu'en pensez-vous ? Y êtes-vous favorable ?)

N'hésitez pas à lui remettre des documents d'information ou à l'informer de réunions organisées sur le sujet dans votre région si celles-ci existent.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

La femme est défavorable à l'excision mais craint une pression familiale ou la pratique d'une excision contre sa volonté. Vous pouvez l'aider en :

- lui proposant de rédiger un certificat médical de non-excision pour ses filles
- en la mettant en contact avec des associations
- en lui remettant des documents d'information tels que la brochure « Protégeons nos petites filles de l'excision »³⁷ (Annexe 7) ou des documents édités localement lorsqu'ils existent.

S'il existe un risque d'excision, (se reporter au chapitre 1-6-2-2)

- connu et imminent (par exemple, autre filles de la famille déjà excisées et voyage prévu au pays), vous devez prévenir le Procureur de la République,
- connu mais non imminent, nous vous recommandons de contacter la CDRIP (cellule départementale de recueil des informations préoccupantes) ou l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du Conseil Général qui évaluera la situation et les modalités de prévention.

2.2 Le praticien face à une femme victime de MSF identifiée au moment de l'accouchement

Les occasions de diagnostiquer une mutilation sexuelle sont nombreuses : consultations prénatales, suivi gynécologique, consultations motivées par un symptôme... La découverte d'une MSF en début de travail devrait donc être un événement rare dans les pays industrialisés.

Néanmoins, elles ne sont pas toujours diagnostiquées parce que mal connues des professionnels de santé. Or, leurs conséquences obstétricales peuvent compliquer le déroulement de l'accouchement. Aussi les professionnels, sages femmes et obstétriciens, qui vont prendre en charge la patiente en salle de travail doivent les connaître afin de prévenir d'éventuelles complications.

Il faut distinguer les séquelles des excisions (MSF II, 80% des cas) matérialisées par un pont cutanéomuqueux masquant la partie supérieure de la vulve, des séquelles des infibulations (MSF III, 15% des cas) car les conséquences obstétricales sont différentes.

Quel que soit le type de MSF :

- La surveillance du travail peut s'effectuer de façon habituelle.
- Il faut proposer une anesthésie péridurale à ces patientes. En effet, les douleurs liées à l'accouchement, notamment celles liées à la phase terminale de l'expulsion, peuvent rappeler à ces patientes le traumatisme physique et psychologique dont elles ont été les victimes dans leur enfance ou leur adolescence. Il peut ainsi se développer des troubles du lien affectif entre la mère et son nouveau-né. De plus, les séquelles des MSF peuvent être la source de complications obstétricales plus ou moins complexes qu'il est important de pouvoir prévenir ou réparer en explorant les voies génitales des patientes dans de bonnes conditions et sans douleur.
- Au moment de l'expulsion du mobile fœtal et du dégagement de la tête, des déchirures cutanéomuqueuses peuvent se produire. Le plus souvent médianes antérieures, elles exposent la patiente à un risque de lésion urétrales. **La pratique d'une épisiotomie, associée à une section médiane contrôlée du pont cutanéomuqueux, permet le plus souvent de prévenir ces déchirures.** Les déchirures sont le plus souvent limitées et la suture par des points séparés permet de réduire les saignements et accélère la cicatrisation.

Dans les cas d'une infibulation, les conséquences obstétricales sont plus importantes :

- La première conséquence est la **difficulté pour surveiller** le bon déroulement du travail et la dilation cervicale. L'étranglement vestibulaire séquellaire peut rendre quasi impossible la réalisation d'un toucher vaginal et une désinfibulation est dans ce cas nécessaire en début de travail.
- **La présence de l'obstétricien en salle de travail**, aux côtés de la sage femme, au moment de l'accouchement, est indispensable afin de juger de la nécessité ou non de réaliser une désinfibulation ainsi qu'une épisiotomie. La désinfibulation, comme l'épisiotomie, si elles sont nécessaires, devront être réalisées dans **la phase terminale de l'expulsion**, au moment où la vulve est la plus amplifiée. Ceci permet de prévenir les déchirures périnéales et de réduire les pertes sanguines. Dans les cas où une extraction fœtale instrumentale est nécessaire, ce geste doit être confié à un obstétricien aguerri et une épisiotomie prophylactique est le plus souvent nécessaire. L'utilisation d'une ventouse semble le plus adaptée car c'est l'instrument qui distend le moins la vulve.
- Le sondage vésical peut parfois poser des problèmes.
- **La désinfibulation** chirurgicale est un geste simple qui consiste à sectionner au ciseau la bride cutanéomuqueuse obstruant de façon plus ou moins complète l'orifice vestibulaire. La désinfibulation en cours de travail n'expose pas les patientes à un sur risque de complication.
- Des déchirures périnéales peuvent survenir malgré ces gestes préventifs. Elles peuvent être multiples et complexes, associant des déchirures antérieures, avec atteinte de la paroi vaginale, de l'urètre et de la vessie, et postérieures avec des déchirures du second ou du troisième degré. Une expertise des lésions doit être réalisée au bloc opératoire et peut nécessiter une prise en charge multidisciplinaire.
- **La réalisation d'une césarienne prophylactique chez les patientes excisées ou infibulées ne peut être recommandée de manière systématique** sauf en cas de déchirure pelvi-périnéale compliquée lors d'un précédent accouchement par les voies naturelles. La mise en place d'une sonde urinaire à demeure avant le début de la césarienne peut également être difficile et nécessiter une désinfibulation au bloc opératoire avant le début de la césarienne ⁴⁸.

Prévention de la réinfibulation et autre mutilation sexuelle

Une nouvelle infibulation (réinfibulation) après l'accouchement est fréquemment réalisée dans les pays en voie de développement. Elle est interdite en France. Les motivations des demandes sont diverses telle que la peur d'être rejetée par son mari ou la nécessité d'augmenter le plaisir sexuel du conjoint ⁴⁸. **La prévention de la « réinfibulation » est une notion importante à connaître car la période des suites de couches et du post-partum sont des moments privilégiés pour aborder ce problème avec la patiente.** Il faut savoir que classiquement, les patientes attendent que la visite du post-partum ait eu lieu avant de subir une réinfibulation. Lors de la visite du post-partum, le praticien doit aborder ce problème directement avec la patiente, assisté s'il y a lieu d'un interprète. Il ne doit pas hésiter à revoir la patiente régulièrement afin de prévenir ces réinfibulations.

Prise en charge de la période du post partum immédiat

La période d'hospitalisation en suites de couches est un moment propice pour que s'installe un dialogue confiant entre le personnel soignant et l'accouchée.

Plusieurs points sont importants à signaler :

- **Le rôle du père** : Le père peut être présent aux entretiens si la femme le souhaite. Beaucoup d'hommes méconnaissent la réalité du vécu traumatique des MSF de leur femme. Ils sont cependant souvent ignorants et tenus à l'écart de ces rituels perpétrés par les femmes. La période qui suit la naissance peut permettre une information objective à l'abri des pressions familiales. Le père peut devenir acteur de la protection de ses filles.
- **La reconstruction clitoridienne**
La question de la reconstruction clitoridienne peut être abordée avec un médecin ou une sage-femme formé : les adresses des différents services habilités à faire cette intervention sont alors communiquées.
- **Les mesures de protection à l'égard des fillettes**
Protection juridique : rappel de l'interdit des MSF, rappel du risque pénal en France comme au pays d'origine ; information renforcée par la remise d'une brochure : « Protégeons nos petites filles de l'excision » avec les adresses utiles ; rappel des conséquences médicales désastreuses sur la santé des nourrissons et des enfants et la sexualité de la femme.
- **La visite du pédiatre**
Le médecin expliquera en examinant l'anatomie de la petite fille : grandes lèvres, vestibule, clitoris, hymen. Cet examen et l'information préventive délivrée doivent être impérativement notifiés dans le dossier et le carnet de santé de l'enfant.
- **L'articulation avec le service de protection maternelle et infantile (PMI)**
Un suivi en PMI ou bien avec un médecin libéral sensibilisé à ces problématiques devra impérativement avoir été instauré avant la sortie de la maternité (prise de rendez-vous avec le centre de protection maternelle et infantile proche de leur lieu de résidence).
- **Le courrier de sortie à l'attention du médecin généraliste.** Il explicitera le diagnostic de MSF chez la patiente, les éventuelles complications rencontrées, et les risques éventuels encourus par le nouveau-né :

Prise en charge lors de la visite post natale

Cette visite systématique permettra d'évaluer :

- la prise de conscience de la femme à l'égard de la violence que représentent de telles pratiques ;
- ses ressources pour protéger ses enfants ;
- le climat familial dans lequel elle évolue (sentiment de sécurité, tissu familial protecteur ou à l'opposé solitude, dépression, ambiance familiale délétère, violences domestiques, etc.) ;
- la volonté d'une réparation chirurgicale.

L'examen clinique

- Recherche des signes fonctionnels : douleurs vulvo-vaginales, troubles sphinctériens (incontinence urinaire et/ou anale), rapports sexuels douloureux
- Examen gynécologique : cicatrisation, épisiotomie, tonus sphinctérien

La rééducation périnéo-sphinctérienne sera idéalement effectuée par une sage-femme sensibilisée à ces problèmes et à leurs complications. Un contact (téléphonique ou courrier) auprès de la sage femme est souhaitable pour lui préciser la situation et coordonner le suivi (vécu de la patiente, recommandations déjà faites, etc.).

2.3 Le praticien face à une enfant ou une adolescente victime ou menacée de MSF

En France, plusieurs milliers de fillettes et d'adolescentes sont mutilées ou menacées de l'être. Les médecins, en particulier ceux exerçant dans des agglomérations accueillant des populations migrantes, sont susceptibles d'être confrontés à ce problème.

2.3.1 Situations dans lesquelles évoquer une mutilation sexuelle féminine

Dans la première situation, c'est l'identification d'une MSF chez une mère qui fait rechercher une MSF chez ses filles. Dans les autres cas, ce sera l'examen systématique de l'enfant qui permettra d'identifier une MSF.

L'âge auquel est réalisée la mutilation varie de la naissance à la période précédant le mariage. Elle est le plus souvent pratiquée avant l'âge de 10 ans (cf. chapitre 1.4.2.2). Les enfants des populations à risque fréquentent régulièrement, comme les autres, les consultations pédiatriques et notamment les centres de protection maternelle et infantile (PMI) où le dépistage est le plus souvent réalisé. La surveillance médicale obligatoire des enfants donne l'occasion, en secteur libéral, hospitalier comme en PMI, d'effectuer **un examen clinique général complet**, comportant une inspection de la région vulvaire qui permet à elle seule de poser le diagnostic de mutilation sexuelle féminine.

Il est également recommandé de procéder à un examen des organes génitaux **au moment de l'adolescence**. Cet examen permet le dépistage de plusieurs pathologies dans les deux sexes mais aussi des mutilations sexuelles féminines.

2.3.2 Les problèmes diagnostiques en pédiatrie

Le diagnostic est facile dans la forme « typique » de mutilation :

- Dans l'excision, les petites lèvres, le méat urétral, le gland et le capuchon du clitoris peuvent avoir été enlevés.
- Dans l'infibulation, l'orifice vaginal est fermé dans sa plus grande partie, un seul petit orifice étant le plus souvent visible à la partie postérieure de la vulve.

Un diagnostic différentiel peut se poser dans un nombre limité de cas et seulement chez un sujet appartenant aux groupes ethniques concernés :

- Chez la fillette, une coalescence des petites lèvres peut fermer partiellement l'orifice vaginal. Il subsiste un orifice qui est alors antérieur. Dans cet accolement, qui est le plus souvent superficiel, on peut toujours visualiser le clitoris et son capuchon. Un nouvel examen, après préparation vulvaire par l'application d'un traitement local, peut être réalisé en cas de doute.
- Certains cas cliniques d'ambiguïté sexuelle entraînent une fusion postérieure ou totale des grandes lèvres et des testicules sont parfois palpés dans leur épaisseur. Le clitoris apparaît alors hypertrophié.
- Le clitoris et son capuchon peuvent être peu apparents, comme enfouis, pouvant faire hésiter avec un antécédent de clitoridectomie, mais le corps du clitoris reste alors palpable.
- Des petites lèvres minces peuvent évoquer une excision mais leur bord est régulier et le clitoris est retrouvé.
- L'absence des petites lèvres dans la partie postérieure de la vulve de la fillette est normale, leur réunion en région postérieure ne s'effectuant qu'au moment de la puberté.
- L'absence de méat urétral est rare. Elle peut se rencontrer dans l'hypospadias.

2.3.3 Conduite à tenir vis-à-vis d'une enfant ou d'une adolescente victime de MSF

Le médecin qui découvre qu'une fillette ou une adolescente a été victime de mutilation sexuelle doit en informer les autorités judiciaires par un signalement auprès du Procureur de la République³⁸ du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente.

Même si la famille indique que les faits ont été commis hors du territoire français, rien ne lui permet d'en avoir l'assurance et son silence risquerait de contribuer à la pérennisation de véritables réseaux d'exciseuses. En outre, l'article 222-16-2 du code pénal permet aux juridictions françaises de juger ces faits même s'ils ont été commis à l'étranger (cf. chapitre 1.6.1). C'est grâce à l'alerte donnée par des professionnels et aux témoignages d'anciennes victimes que certains d'entre eux ont pu être démantelés.

Le médecin a également le devoir d'essayer d'éviter que ces mutilations soient perpétrées sur les autres enfants de la fratrie. L'impérative nécessité de la procédure de signalement et ses suites doivent être clairement exposées à la famille. Rappelons que le signalement judiciaire effectué dans les conditions prévues par la loi ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ³⁹ [2]. (cf. chapitre 1.6).

2.3.4 Conduite à tenir vis-à-vis d'une menace de MSF

En cas de risque de mutilation sexuelle (non imminent), notamment à l'annonce d'un voyage au pays chez une fillette appartenant à l'un des groupes ethniques concernés par les mutilations sexuelles féminines, il convient de procéder à un examen de la région vulvaire avant le départ.

Il est utile d'informer les parents sur la nécessité de respecter l'intégrité physique de leur enfant et éventuellement de leur remettre un certificat médical indiquant l'absence de mutilation sexuelle au jour de l'examen. La rédaction d'un tel certificat médical peut être dissuasive (cf. Annexe 1). La discussion doit être respectueuse des croyances familiales pour aider les parents à réfléchir sur les fondements qui sous-tendent cette pratique mais l'interdit doit être rappelé ainsi que l'évolution de la situation sur le continent africain où cet interdit est désormais inscrit dans les lois de divers pays (cf. chapitre 1.6.4). Le rappel des risques pour la vie, la santé et l'avenir de la petite fille doit être fait. Une information basée sur la peur et la menace de complications futures, gynécologiques ou obstétricales, nous semble vouée à l'échec⁴⁰.

La mention de cette information sera explicitement consignée dans le dossier médical.

Un signalement auprès de la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes est recommandé

En cas de risque imminent, le praticien a l'obligation d'intervenir : il doit en informer

- le Procureur de la République du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente (si vous n'en connaissez pas les coordonnées, adressez vous aux services de police et de gendarmerie qui disposent des coordonnées des magistrats de permanence)
- Les services du Conseil général (cellule départementale de recueil des informations préoccupantes).

2.3.5 Conduite à tenir en cas de refus d'examen chez l'adolescente

Certaines adolescentes, victimes de mutilation sexuelle ou ayant des antécédents d'agression sexuelle refusent l'examen de leurs organes sexuels externes. Ce refus doit être consigné dans le dossier médical.

Ce refus, lorsque la finalité et les modalités de l'examen ont été expliquées doit être considéré, jusqu'à preuve du contraire, comme un indice fort de violences subies. Il convient alors, dans le cadre d'un entretien en tête à tête, d'entamer une discussion au sujet d'éventuelles violences passées ou actuelles. Ces questions ne sont pas gênantes pour les adolescentes si elles sont posées avec tact et respect. Une formulation indirecte : « *j'ai connu des jeunes filles de ton âge qui ont été concernées par...* » peut aider à la révélation.

2.3.6 Prévenir les MSF

La lutte contre les mutilations sexuelles féminines passe par l'information et l'éducation des populations, déjà fragilisées par leur condition de migrants. Elle suppose la formation de l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants médico-sociaux spécialement entraînés à l'accueil des femmes notamment dans les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, les centres de planification ou d'éducation familiale, les consultations prénatales et postnatales. Des actions de formation du personnel de santé scolaire, médecins, infirmières sont, elles aussi, nécessaires.

Depuis les années 1983/1984, des actions de prévention ont été mises en œuvre par l'Etat et les collectivités territoriales. Réalisées notamment dans les consultations des services de PMI des départements les plus touchés par ces pratiques, en collaboration avec des associations de femmes africaines et françaises, ces actions ont abouti à un net recul de ces pratiques. Dans toute la mesure du possible, il est important de favoriser la participation des hommes à cette démarche.



Annexes

Annexes

Annexe 1	Modèles de certificats médicaux	81
	<ul style="list-style-type: none">- Modèle de certificat médical de non excision pour une mineure en vue d'un voyage « au pays »- Modèle de certificat médical d'excision ou de non excision pour une majeure	
Annexe 2	Modèles de signalement	83
	<ul style="list-style-type: none">- Modèle de signalement en cas de danger de mutilation sexuelle- Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une majeure- Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une mineure	
Annexe 3	Contacts utiles	87
	<ul style="list-style-type: none">- Etablissements ayant développé des activités chirurgicales en matière de MSF- Associations impliquées dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines- Sites Internet institutionnels	
Annexe 4	Condamnations pénales pour mutilations sexuelles féminines en France	91
Annexe 5	Textes législatifs et réglementaires	94
	<ul style="list-style-type: none">- Les qualifications pénales des mutilations sexuelles féminines (textes du code pénal)- La non assistance à personne en danger- Le secret médical- Circulaires relatives à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines	
Annexe 6	La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations Préoccupantes (CDRIP)	100
Annexe 7	Plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision »	101
Annexe 8	Réquisition aux fins d'examen médico légal	105
Annexe 9	Recommandations officielles	107
	<ul style="list-style-type: none">- Déclaration commune OMS / UNICEF / FNUAP (extraits)- Recommandations de l'Académie nationale de médecine- Recommandations de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO)	
Annexe 10	Bibliographies	112
	<ul style="list-style-type: none">- Bibliographie générale- Bibliographie technique	

Annexe 1 – Modèles de certificats médicaux

Modèle de certificat médical de non excision pour une mineure en vue d'un voyage « au pays »

Je, soussigné Docteurcertifie avoir examiné le.....l'enfant
..... en présence de..... (mère, père, parents)

L'examen des organes génitaux externes ne retrouve aucune lésion traumatique au niveau du clitoris, du méat urétral, des petites lèvres, des grandes lèvres.

Cette enfant ne présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Cette enfant sera revue en consultation leafin de vérifier l'intégrité des organes génitaux externes.

Certificat établi le..... et remis en main propre
à..... pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature / cachet

Garder un double du certificat dans le dossier.

Rappel des principaux textes de loi :

En France, les peines prévues par le Code pénal pour **l'auteur d'une mutilation** sont :

- 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende (art. 222-9)
- 20 ans de réclusion criminelle si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur (art. 222-10),
- 30 ans de réclusion criminelle si les «violences» ont entraîné la mort sans intention de la donner à un mineur de moins de 15 ans par un ascendant (art. 222-8).

Des poursuites sont également possibles pour **non-assistance à personne à personne en danger**:

- 5 ans d'emprisonnement et 75.000 € d'amende à quiconque s'abstenant d'empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne (art. 223-6).

Ces peines s'appliquent quelque soit la nationalité de l'auteur et de la victime, et quelque soit le pays où elles sont réalisées, à partir du moment où la victime mineure réside habituellement sur le territoire français.

Dans la plupart des pays africains, ces pratiques sont également interdites et condamnées par la loi.

Annexe 1 – Modèles de certificats médicaux

Modèle de certificat médical d'excision ou de non excision pour une majeure

Je soussigné, Docteur, certifie avoir examiné le..... à sa demande Mme / Mlle (Nom, prénom), née le (jour, mois, année) domiciliée à

Après examen des organes génitaux externe, Mme / Mlle

- présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

ou

- présente une mutilation sexuelle féminine de type (I, II ou III) ... (description)

Certificat établi le et remis en main propre à..... pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature / cachet

Garder un double du certificat dans le dossier.

Rappel des principaux textes de loi :

En France, les peines prévues par le Code pénal pour **l'auteur d'une mutilation** sont :

- 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende (art. 222-9)
- 20 ans de réclusion criminelle si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur (art. 222-10),
- 30 ans de réclusion criminelle si les «violences» ont entraîné la mort sans intention de la donner à un mineur de moins de 15 ans par un ascendant (art. 222-8).

Des poursuites sont également possibles pour **non-assistance à personne à personne en danger**:

- 5 ans d'emprisonnement et 75.000 € d'amende à quiconque s'abstenant d'empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne (art. 223-6).

Ces peines s'appliquent quelque soit la nationalité de l'auteur et de la victime, et quelque soit le pays où elles sont réalisées, à partir du moment où la victime mineure réside habituellement sur le territoire français.

Dans la plupart des pays africains, ces pratiques sont également interdites et condamnées par la loi.

Annexe 2 – Modèles de signalement

Modèle de signalement en cas de danger de mutilation à adresser au Procureur de la République ou au Président du Conseil général

Objet : Signalement d'un enfant en danger

Nom : Prénom : Age :
Adresse :

Père Nom : Prénom :
Mère Nom : Prénom :

Personne accompagnatrice : Nom : Prénom :
Coordonnées :

L'enfant est scolarisée : oui non L'enfant est suivi en PMI : oui non
Coordonnées :

Madame/Monsieur le Procureur
ou Madame/Monsieur le Président du Conseil Général

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....
.....

J'ai examiné ce jour (jour, heure, mois, année) l'enfant
(Nom, prénom), né(e) le (jour, mois, année) domicilié à

La personne accompagnatrice m'a dit que :

.....
.....

L'enfant m'a dit que

.....
.....

Les signes suivants m'amènent à penser que cet enfant est
en situation de danger et risque d'être victime d'un crime ou délit contre son intégrité corporelle.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur ou Monsieur le Président du Conseil Général, à l'expression de
mes sentiments respectueux.

Date :

Signature / cachet

Conserver un double de ce document
(Si un certificat médical a été établi, le joindre)

**Annexe 2 – Modèles de signalement
(Établi par un médecin : art. 226-14 du code pénal)**

**Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée
sur une femme majeure
à adresser au Procureur de la République**

Objet : Signalement d'une mutilation sexuelle avérée exercée sur une femme majeure.

Nom :
Prénom :
Age :
Adresse

Madame ou Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....
.....

J'ai examiné ce jour (jour, heure, mois, année) Mademoiselle/Madame
..... (Nom, prénom), née le (jour, mois, année)
domiciliée à
qui a donné son accord à ce signalement.

Les signes suivants m'amènent à penser que cette
personne a subi une mutilation sexuelle.

Je vous prie de croire, Madame ou Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Cachet / Signature du Médecin

(Si un certificat médical a été établi, le joindre)

Annexe 2 – Modèles de signalement

Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une mineure à adresser au Procureur de la République

Modele du CNOM

SIGNALEMENT

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :

- année :

- heure :

L'enfant :

- nom :

- prénom :

- date de naissance (en toutes lettres) :

- sexe :

- adresse :

- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- l'enfant nous a dit que : «

Cachet du Médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le

Signature et cachet du médecin ayant examiné l'enfant :

Conserver un double de ce document.

Annexe 3 – Contacts utiles

Etablissements ayant développé des activités chirurgicales en matière de MSF

Centres pluridisciplinaires (chirurgien, psychologue, sexologue, assistante sociale)

Ville	Etablissement	Chirurgien	Contact téléphone
Chartres (28)	Hôpital Louis Pasteur 4, rue Claude Bernard 28630 Le Coudray	Dr Olivier GUILBAUD	T/ 02 37 30 30 30
Lille (59)	Hôpital Saint-Philibert - GHICL Rue du Grand But B.P. 249 59462 Lomme Cedex	Dr Richard Matis	T/ 03. 20.22. 52.87 ou 52.88
Marseille (13)	Hôpital Nord Chemin des Bourelly 13915 Marseille	Pr Boubli Dr Florence Bretelle	T/ 04 91 96 46 58
Montreuil (93)	CHI André Grégoire 56, Bd de la Boissière 93105 Montreuil Cedex	Dr Emmanuelle Antonetti- Ndaye	Secrétariat : T/ 01 49 20 31 05
Nantes (44)	CHU Nantes 38, Bd Jean Monnet 44000 Nantes	Pr Henri-Jean Philippe	UGOMPS : T/ 02 40 08 30 32
Paris 12 ^{ème}	Hôpital Armand Trousseau 26, av Arnold Netter 75012 Paris	Pr Jean-Louis Benifla	Mme Dominique Louboutin (sage femme) T/ 01 44 73 51 42
Poitiers (86)	CHU Poitiers 2, rue Milétrie 86000 Poitiers	Dr Richard Sarfati	Mme Lorraine Douhaud (sage femme) T/ 05 49 44 48 31
Rouen (76)	CHU Rouen 1, rue de Germont 76000 Rouen	Dr Benoît Resch Dr Hubert Bugel	Secrétariat consultations : T/ 02 32 88 82 44
Strasbourg (67)	Strasbourg CMCO 9 square Louis Pasteur 67300 Schiltigheim	Dr Olivier GARBIN	T/03 88 62 83 00

Sites pratiquant la réparation des MSF

Angers (49)	CHU d'Angers 4, rue Larrey 49933 Angers Cedex 9	Dr Sébastien Madzou	Secrétariat Dr Madzou : T/ 02 41 35 44 59	Rencontre avec psychologue à l'issue de l'opération.
Bagnolet (93)	Clinique de la Dhuis 1-9, rue Pierre et Marie Curie 93170 Bagnolet	Dr Pierre Becache	Secrétariat Dr Becache : T/ 01 48 97 50 13	
Créteil (94)	CHI de Créteil 40, avenue de Verdun 94010 Créteil	Pr Bernard-Jean Paniel	Secrétariat du Pr Paniel T/ 01 45 17 55 51	Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente
Dijon (21)	CHU Dijon 1, Bd Jeanne d'Arc – 21079 Dijon Cedex	Dr Isabelle Reynaud	03 80 29 30 31	
Evry (91)	Clinique de l'Essonne Bd des Champs Elysées 91024 Evry Cedex	Dr B. Cristalli	0160878681	
Langon (33)	Centre hospitalier Pasteur de Langon Rue Paul Langevin 33212 Langon	Dr Hélène Tissot	05 56 76 57 35	
Lille (59)	Hôpital Jeanne de Flandre 2, av Oscar Lambret 59037 Lille	Dr Denis Vinatier	03 20 44 66 41	
Lyon (69)	Hôpital de la Croix Rousse 103, Grande Rue de la Croix Rousse 69317 Lyon Cedex 04	Dr Gil Dubernard Pr Daniel Raudrant	Secrétariat : T/ 04 72 07 24 18	
Nantes (44)	Clinique Brétéché 3, rue de la Béraudière 44046 Nantes Cedex 1	Dr Eric Hermouet Dr Pascal Guihard	08 90 71 07 11	
Paris 12 ^{ème}	Hôpital Saint Antoine 184, rue Du Fbg St Antoine 75012 Paris	Dr Bruno Carbonne	01 49 28 27 45	

Paris 14 ^{ème}	Hôpital Cochin 27, rue du Fbg St Jacques 75014 Paris	Dr Franck Léonard	Secrétariat service gynécologie T/ 01 58 41 18 81	Rencontre au cas par cas avec un psychologue ou assistante sociale
Paris 18 ^{ème}	Hôpital Bichat 46, rue Henri Huchard - 75018 Paris	Dr Philippe Faucher	Secrétariat T/ 01 40 25 70 19	Rencontre avec sexologue
Paris 19 ^{ème}	Hôpital Robert Debré 48, Bd Sérurier - 750019 Paris	Pr Jean-François Oury	01 40 03 21 70	
Paris 20 ^{ème}	Hôpital Tenon 4, rue de la Chine - 75020 Paris	Dr Emile Darai	01 56 01 73 18	
St Germain en Laye (78)	Clinique Louis XIV 4, place Louis XIV 78100 Saint Germain en Laye	Dr Pierre Foldès	Secrétariat du Dr Foldes T/ 01 39 10 26 03	Rencontre avec psychologue sur demande de la patiente
	CHI Poissy Saint Germain	Dr Pierre Foldès	Secrétariat du Dr Foldes T/ 01 39 27 42 41	
Toulouse (31)	Hôpital Paule de Viguier 330, av de Grande Bretagne 31059 Toulouse cx 9	Pr Xavier Monroziès	T/ 05-67-77-11-04	
	Clinique Ambroise Paré 387, Route de St Simon 31100 Toulouse	Dr J Thévenot	T/ 05 61 50 16 19	

Annexe 3 - Contacts utiles

Associations impliquées en particulier en France dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines

GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)

67, rue des Maraîchers 75020 Paris - T/ 01 43 48 10 87 – F/ 01 43 48 00 73

En cas d'urgence seulement : 06 74 16 77 38

Permanences : Seine-Maritime Le Havre (06 30 36 42 42) ; Seine Maritime Rouen (06 78 04 40 29) ;

Les Yvelines (06 70 83 31 73) ; Marne (06 32 22 79 99) ; PACA (06 73 43 96 33) ;

Rhône (06 07 89 48 62)

Courriel : association.gams@wanadoo.fr

Site Internet : www.federationgams.org

Le G.A.M.S. est une association loi 1901, constituée de femmes africaines et françaises ayant des compétences dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.

CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles)

6, place Saint Germain des Prés - 75006 Paris

T/ 01 45 49 04 00 - F/ 01 45 49 16 71

Courriel : linda.weilcuriel@cams-fgm.org - Site : <http://www.cams-fgm.org/>

En plus du domaine de la formation, la CAMS mène son action sur le terrain judiciaire. Elle peut se porter partie civile en France lorsque des cas d'excision sont connus.

GSF (Gynécologie Sans Frontières)

Faculté de Médecine de Nantes - 1, rue Gaston Veil 44053 Nantes cedex 1

Tel : 02 40 41 29 92

Courriel : admin.gynsf@gmail.com Site Internet : <http://www.gynsf.org>

Gynécologie Sans Frontières est une association loi 1901 constituée de médecins gynécologues, obstétriciens, et de sages femmes s'impliquant dans l'amélioration de la santé des femmes dans le monde.

Concernant les mutilations sexuelles féminines, elle s'investit tout particulièrement dans la formation des professionnels de santé sur ce sujet. Un certain nombre de ressources sont en ligne sur son site internet.

MFPP (Mouvement Français pour le planning familial)

4, square Saint Irénée 75011 Paris

T/ 01 48 07 29 10

Courriel : mfpp@planning-familial.org

Site : <http://www.planning-familial.org>

Le MFPP accueille et informe le public sur les questions de sexualité et de santé reproductive.

Equilibres & Populations

75, rue des Saints Pères 75006 Paris

T/ 01 53 63 80 40 – F/ 01 53 63 80 50

Site : <http://www.equipop.org/>

Organisation de plaidoyer, Equilibres & Populations a co-organisé avec l'Académie nationale de médecine deux colloques qui ont débouché sur un plan d'action "ici et là-bas" et sur les recommandations faites officiellement par l'Académie au gouvernement. En Afrique, elle a participé à la mobilisation de nombreux parlementaires dans les pays "du fleuve". Elle soutient depuis plusieurs années les programmes menés avec succès par l'association malienne AMSOPT dans la région de Kayes"

AME (Association contre la mutilation des enfants)

BP 220 - 92108 Boulogne cx

Courriel : ame@enfant.org

Site : <http://enfant.ovh.org>

L'AME effectue des recherches sur les différentes mutilations d'enfants et publie les résultats.

Annexe 3 - Contacts utiles

Sites Internet institutionnels

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé)

<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

(rubrique « *Les dossiers de la santé de A à Z* », dossier « *Mutilations sexuelles féminines* »)

Service des droits des femmes et de l'égalité

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale

<http://www.solidarite.gouv.fr/> (rubrique « Femmes/égalité »)

→ La plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision » est en rupture de stock. Elle reste téléchargeable sur internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr> (rubrique « Femmes/égalité », dossier « Actions de communication / publications »)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html>

L'Unicef

http://www.unicef.org/french/protection/files/Mutilations_Genitales.pdf

<http://www.unicef.org/french/pon00/battles.htm>

UNFPA

<http://www.unfpa.org/gender/fgm2007>

Droits de l'enfant

<http://droitsenfant.com/excision.htm>

Un site consacré aux droits de l'enfant.

Droit des jeunes

<http://www.droitsdesjeunes.gouv.fr/>

Ce site gouvernemental aborde la question de l'excision avec des questions simples: qu'est-ce que l'excision? Qu'est ce que l'infibulation? Est-ce légal? Qui est responsable?

Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)

<http://www.cngof.asso.fr>

Annexe 4 - Condamnations pénales pour mutilations sexuelles féminines en France

Les qualifications pénales retenues par les juridictions françaises ont évolué au cours des deux dernières décennies, ainsi que la qualité des personnes mises en cause.

Jusqu'au début des années 1980, les atteintes à l'organe génital féminin sont qualifiées de coups et blessures, voire d'homicide involontaire si la fillette décédait des suites de l'acte. En outre, seule l'exciseuse, celle qui commet matériellement l'acte, était poursuivie, les parents mêmes consentants, étaient quasi systématiquement écartés des poursuites pénales. La circonstance aggravante de minorité de 15 ans est retenue le cas échéant. Ces solutions jurisprudentielles conduisent alors les personnes en cause devant le tribunal correctionnel, les infractions demeurant des délits.

Un arrêt de la chambre criminelle de la cour de cassation en date du 20 août 1983 (Bulletin criminel n°229) opère une évolution majeure : la chambre criminelle confirme une décision de la cour d'appel de Rennes du 5 mai 1983, une nouvelle qualification est admise celle de violence dont il est résulté une mutilation « *le clitoris et les lèvres de la vulve sont des organes érectiles féminins; [] leur absence à la suite de violences constitue une mutilation au sens de l'article 312-3° du code pénal[ancien]* », l'infraction devient criminelle, jugée alors par la cour d'assises et sanctionnée de réclusion criminelle. L'excision et l'infibulation sont reconnues juridiquement comme des mutilations par les juridictions françaises.

Au cours de la même période, le décès d'une fillette consécutif à ces violences est qualifié de coups mortels, les coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, incrimination criminelle également (exemple : arrêt de la Cour d'assises Pontoise 28 mai 1988)

C'est à la fin des années 1980, que les parents sont poursuivis sous les qualifications soit de non assistance à personne en danger (délit), soit de complicité de coups mortels ou violences ayant entraîné mutilation (crimes). La circonstance aggravante d'ascendant ou de personne ayant autorité sur la victime est alors retenue accentuant la sanction.

Si les qualifications évoluent, la nature et les taux de peines également : les peines privatives de liberté d'abord prononcées avec sursis se transforment en peines fermes pour les auteurs des actes, puis pour les parents des victimes. Ceux-ci voient également ces dernières années, leurs peines assorties de mise à l'épreuve, permettant un suivi du comportement du parent.

De plus, des dommages et intérêts sont alloués aux victimes (entre 10 000€ et 25 000€ par victime selon les décisions)

La jurisprudence française souligne régulièrement que les mutilations sexuelles ne peuvent être justifiées au nom du rite religieux ou de la coutume. Celle-ci ne peut être considérée comme une cause d'irresponsabilité pénale pour les auteurs de ces actes ou leurs complices.

A partir du début des années 1990, les associations sont admises à se constituer partie civile aux côtés des victimes, pour défendre les intérêts collectifs des fillettes ou des femmes.

Par ailleurs, les juridictions administratives ont eu également à connaître de ce contentieux et ont pu souligner que « l'excision constitue une mutilation du corps de la femme qui génère des souffrances très intenses..., l'excision pratiquée contre leur volonté, sur une personne ou sur ses enfants constitue **un traitement inhumain ou dégradant** au sens de l'article 3 de Convention européenne des droits de l'homme » (Tribunal administratif Lyon, 12 juin 1996).

Condammations pénales en France (Liste non exhaustive)

- 1979 : Condammation de l'**exciseuse** à 1 an de privation de liberté avec sursis, pour homicide involontaire suite à la mort d'une enfant de 3 ans
- 1984 : Condammation du **père** d'une enfant à 1 an de privation de liberté avec sursis pour coups et blessures volontaires sur mineur de quinze ans
- 1988 : Condammation de **parents** à 3 ans de privation de liberté avec sursis, pour coups et blessures ayant entraîné la mort sans intention de la donner sur mineur de quinze ans, suite au décès de leur enfant âgée de six semaines
- 1989 : Condammation de la **mère** de l'enfant à 3 ans de privation de liberté avec sursis, pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation.
- 1990 : Condammation du **père** de l'enfant à 5 ans de privation de liberté avec sursis, pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation sur mineur. Il avait fait exciser sa fille à l'insu de la mère.
- 1991 : Condammation des **parents** à 5 ans de privation de liberté assortis d'un sursis avec mise à l'épreuve de deux ans pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation sur mineur, tandis que l'exciseuse est condamnée à 5 ans de privation de liberté pour coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation sur mineur.
- 1991 : Condammation d'une **exciseuse** (même personne que dans l'affaire précédente) à 4 ans de privation de liberté dont 1 an ferme, pour coups et blessures ayant entraîné la mort sans intention de la donner sur mineur de quinze ans, suite au décès d'une enfant et à la découverte de 17 autres excisions. Ont été poursuivis quinze pères et mères, trois ont été relaxés, les douze autres ont été condamnés à 1 an de privation de liberté avec sursis, pour complicité de coups et blessures ayant entraîné la mort sans intention de la donner sur mineur de quinze ans.
- 1993 : Condammation d'une **mère** à 5 ans dont 1 ferme, pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation sur mineurs, suite à l'excision de ses deux filles
- 1993 : Condammation d'une **mère** à 5 ans de privation de liberté avec sursis pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation sur mineur suite à l'excision et l'infibulation de sa fillette
- 1993 : Condammation d'un **père** à 4 ans de privation de liberté dont 1 mois ferme, et des **mères** à 3 ans de privation de liberté avec sursis, pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation sur mineur
- 1993 : Condammation de deux **mères** à 5 ans de privation de liberté avec sursis pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation sur mineur
- 1993 : Condammation du **mari d'une exciseuse** pour complicité à 5 ans de privation de liberté dont 6 mois fermes
- 1993 : Condammation d'une **mère** pour complicité à 3 ans de privation de liberté dont 6 mois fermes
- 1993 : Condammation **d'un père et de son épouse** pour complicité à 1 ans de privation de liberté avec sursis
- 1993 : Condammation d'une **mère** pour complicité à 5 ans de privation de liberté avec sursis
- 1994 : Condammation d'une **exciseuse** à 1 an de privation de liberté avec sursis pour coups et blessures volontaires ayant entraîné mutilation sur mineurs de quinze ans
- 1995 : Condammation d'un **père** à 15 mois de privation de liberté, pour complicité de violences ayant entraîné une mutilation sur mineur, suite à l'excision d'une de ses filles
- 1996 : Condammation d'une **mère** à 3 ans de privation de liberté dont 1 ferme avec 5 ans de mise à l'épreuve, pour complicité de violences ayant entraîné une mutilation sur mineurs suite à l'excision de ses 5 filles
- 1997 : Condammation de **parents** à 5 ans de privation de liberté avec sursis dont 1 an ferme pour le père, pour complicité de violences ayant entraîné une mutilation sur mineur
- 1997 : Condammation d'une **mère** à 3 ans de privation de liberté avec sursis pour complicité des excisions
- 1997 : Condammation des **parents** à 3 ans de privation de liberté avec sursis pour complicité de violences ayant entraîné une mutilation sur mineur, et à verser des dommages et intérêts à hauteur de 10 000 francs pour chacune des fillettes excisées.
- 1998 : Condammation des **parents à 3 ans** de privation de liberté avec sursis pour complicité de violences ayant entraîné une mutilation sur mineur
- 1998 : Condammation des **parents à 1 an** de privation de liberté avec sursis pour complicité de violences ayant entraîné une mutilation sur mineur

- 1999 : Condamnation d'une **exciseuse** à 8 ans de privation de liberté pour violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, suite au décès d'un enfant et condamnation de **25 parents** à 5 ans de privation de liberté avec sursis, la mère d'une jeune fille qui avait dénoncée l'exciseuse a été condamnée à 2 ans de privation de liberté avec sursis.
- 2002 : Condamnation de **parents** à 2 ans de privation de liberté avec sursis et d'autres à 3 ans de privation de liberté avec sursis. Tous les condamnés ont dû payer des dommages et intérêts à quatre associations qui s'étaient portées partie civile (762€ à chacune)
- 2004 : Mars : condamnation des **parents** à 5 ans de prison avec sursis et à verser des dommages et intérêts à hauteur de 15 000 Euros aux deux fillettes excisées.
Novembre : condamnation des **parents** à 5 ans de prison avec sursis pour le père et 1 an avec sursis pour la mère.
- 2004 : Novembre : condamnation des **parents** à 5 ans de prison avec sursis pour le père et 1 an avec sursis pour la mère.

Annexe 5 - Textes législatifs et réglementaires

Les qualifications pénales des mutilations sexuelles féminines (articles du code pénal)

- **Art. 222-7** « Les **violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner** sont punies de quinze ans de réclusion criminelle »
Circonstances aggravantes : Art. 222-8 du code pénal : « L'infraction définie à l'article 222-7 est punie de vingt 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; ...6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité; ... 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice; La peine encourue est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction définie à l'article 222-7 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. ... »

- **Art. 222-9** « Les **violences ayant entraîné une mutilation** ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende. »
Circonstances aggravantes : Art. 222-10 « 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; ...6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité; ...8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice. 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.

- **Art. 222-11** « Les **violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours** sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »
Circonstances aggravantes : Art. 222-12 « L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende 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; ...6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité; 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice; ...12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur;...14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants. Les peines encourues sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque l'infraction définie à l'article 222-11 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. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque cette infraction est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et du présent article. Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances. »

Annexe 5 - Textes législatifs et réglementaires

La non assistance à personne en danger

- **Art. 223-6 du code pénal** : « 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.

Le secret médical

- **Art. 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 15 000 euros d'amende. »
- **Art. 226-14 du code pénal (L. no 2004-1 du 2 janv. 2004, art. 11)** « 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 (L. n° 2006-399 du 4 avril. 2006, art. 14) «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. (L. no 2007-297 du 5 mars 2007, art. 34) «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;»
 - 3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »
- **Art. R 4127-44 du code de la santé publique** (art. 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. »

Annexe 5 - Textes législatifs et réglementaires

Circulaire relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines

Direction générale de la santé

Sous-direction de la qualité du système de santé
Bureau des formations des professions de santé

Circulaire DGS/SD 2C n° 2006-529 du 13 décembre 2006 relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines

NOR : SANP0630548C

Date d'application : immédiate.

Références :

- Arrêté du 13 juillet 1983 modifié relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice (annexe II) ;
- Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;
- Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes
- Arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture.

Textes abrogés ou modifiés : néant.

Annexes : néant.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales), (directions de la santé et du développement social [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales d'hospitalisation (pour information).

Le Gouvernement français s'est engagé dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines dans le but de mettre fin à ces pratiques, qui portent gravement atteinte à l'intégrité des femmes et d'améliorer leur prise en charge.

La formation des professionnels de santé et notamment des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture constitue un élément essentiel de la prévention de nouvelles mutilations sexuelles et de la qualité de l'accompagnement des femmes mutilées.

Il convient de rappeler que ce phénomène d'ampleur touche environ 130 millions de femmes et que les conséquences de telles pratiques sur la santé des femmes et celle des enfants nés de femmes mutilées sont gravissimes et varient selon le type d'acte pratiqué. Elles sont d'ordre physique (douleurs, hémorragies, ulcérations, lésions des tissus adjacents...), obstétrical (complications à l'accouchement, déchirure périnéale...) et psychologique (traumatisme, dépression...).

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines comme « toutes interventions faites sur les organes génitaux externes des femmes sans motif médical » et distingue quatre types de mutilations :

- type 1 : excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris
- type 2 : excision du clitoris et ablation totale ou partielle des petites lèvres
- type 3 : excision totale ou partielle des organes génitaux externes avec suture des deux moignons des grandes lèvres entraînant un rétrécissement de l'orifice vaginal
- type 4 : toute autre intervention sur les organes génitaux externes comme les piqûres, les étirements et les perforations.

Tous les Etats d'Europe occidentale sont concernés par ce phénomène du fait de l'accueil de populations africaines, mais on retrouve également ces pratiques aux Etats-Unis, au Canada et en Australie. En France, l'émergence de la question des mutilations sexuelles remonte à la fin des années 70, moment où les premières femmes d'étrangers travaillant en France sont arrivées dans le cadre du regroupement familial. Par ailleurs, si la France n'a jamais disposé de loi spécifique sur ce sujet, elle a été pendant un certain temps, le seul pays au monde à poursuivre les femmes concernées en justice. La loi française, qui empêche toute mutilation sur quiconque, a toujours été appliquée.

Les professionnels de santé particulièrement concernés par cette problématique sont ceux qui interviennent dans le champ de la gynécologie obstétrique et de la protection maternelle et infantile. C'est pourquoi la prévention, le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines sont des thématiques qui doivent être intégrées dans la formation des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

1. Formation des sages-femmes

Des contenus peuvent être programmés au niveau de l'enseignement théorique de la deuxième phase des études de sage-femme lors des modules suivants :

- obstétrique : conséquences des mutilations sur l'accouchement
- gynécologie et sexologie : dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des femmes ayant subi une mutilation sexuelle et prévention de la survenue de nouvelles mutilations ; cadre juridique et déontologique des mutilations sexuelles féminines

2. Formation des infirmiers

Cette thématique peut largement être traitée au cours des modules :

- sciences humaines (module 2 - anthropologie et ethnologie) : mutilations sexuelles et cultures
- législation : (module éthique et déontologie) : mutilations sexuelles et droits de la femme
- santé publique : lutte contre les mutilations
- soins infirmiers en maternité et auprès des personnes atteintes d'affections gynécologiques : dépistage et prise en charge des femmes ayant subi une mutilation sexuelle

3. Formation des puéricultrices

Un enseignement centré sur le dépistage et la prévention des mutilations sexuelles doit être réalisé dans le cadre des parties du programme suivantes :

- politique de santé : programme de lutte contre les mutilations sexuelles
- sociologie : cultures et mutilations sexuelles
- période de un an à quinze ans : prévention et dépistage des mutilations en secteur de protection maternelle et infantile ; approche psychologique et sociologique d'un enfant ou adolescente face aux mutilations sexuelles.

4. Formation des auxiliaires de puériculture

Une sensibilisation sur cette thématique doit être réalisée auprès des élèves auxiliaires de puériculture au cours du module 1 lors de l'étude des politiques de santé publique. Elle doit permettre à ces futurs professionnels, par leur capacité à reconnaître et à signaler toute situation anormale, de s'inscrire dans la prévention et le dépistage des mutilations sexuelles.

Afin de faciliter l'organisation des interventions sur le thème des mutilations sexuelles féminines, vous trouverez ci-après une liste non exhaustive d'associations et de contacts auxquels vous pouvez vous adresser :

- Association Gynécologie Sans Frontières (GSF) : présidée par le professeur Philippe (Henri-Jean) - www.gynsf.org
- Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS), 66, rue des Grands-Champs 75020 Paris, tél : 01-43-48-10-87 ; fax : 01-43-48-00-73 ; courriel : association.gams@wanadoo.fr ; site internet : <http://perso.orange.fr/associationgams/> Permanences GAMS :
 - . Seine-Maritime : 06-30-36-42-42 ;
 - . Les Yvelines : 06-70-83-31-73 ;
 - . Marne : 06-88-44-41-28 ;
 - . PACA : 06-73-43-96-33 ;
- Mouvement français pour le planning familial (MFPF) : 4, square Saint-Irénée, 75011 Paris, tél : 01-48-07-29-10 ; www.mfpf@planning-familial.org ;
- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) : 6, place Saint-Germain, 75006 Paris ; www.cams-fgm.org

Je vous serais obligé de bien vouloir me communiquer les difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé
D. Houssin

Annexe 5 - Textes législatifs et réglementaires

Circulaire relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines



Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Ministère de la Santé et des Solidarités

Direction générale de la santé

Sous-direction de la qualité du système de santé
Bureau des formations des professions de santé
Personne chargée du dossier : Caroline LAFOIX
Tél : 01 40 56 44 26 Fax : 01 40 56 40 26
Mél : caroline.lafoix@sante.gouv.fr

Sous-direction Santé et Société
Bureau Santé des populations, précarité et exclusion
Personne chargée du dossier : Nicole MATET
Tél : 01 40 56 41 63 Fax : 01 40 56 40 44
Mél : nicole.matet@sante.gouv.fr

Direction générale de l'enseignement supérieur

Service des formations et de l'emploi
Sous-direction des formations post-licence
Bureau des formations de santé
Personne chargée du dossier : Charles JOBERT
Tél : 01.55.55.67.41 Fax : 01.55.55.69.39
Mél : charles.jobert@education.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités,
Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur
et de la recherche

A

Mesdames et Messieurs les présidents d'université s/c des recteurs
d'académie, chanceliers des universités (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les Doyens (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
Directions de la santé et du développement social
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des Affaires
Sanitaires et Sociales (pour information)

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGS/SD2C/2007/98 du 8 mars 2007 relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

Date d'application : immédiate

NOR : SANP0730157C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Professions de santé

Résumé : Dépistage, prévention et prise en charge des mutilations sexuelles féminines.

Mots-clés : Mutilations sexuelles féminines – Formation des médecins.

Textes de référence :

- Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisés de médecine
- Arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes : néant

Le Gouvernement français s'est engagé dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines (MSF) dans le but de mettre fin à ces pratiques qui portent gravement atteinte à l'intégrité des femmes et d'améliorer leur prise en charge. La formation des professionnels de santé et notamment des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture constitue un élément essentiel de la prévention de nouvelles mutilations sexuelles et de la qualité de l'accompagnement des femmes mutilées.

Ce phénomène d'ampleur touche, dans le monde, environ 130 millions de femmes et que les conséquences de telles pratiques sur la santé des femmes et celle des enfants nés de femmes mutilées sont gravissimes et varient selon le type d'acte pratiqué. Elles sont d'ordre physique (douleurs, hémorragies, ulcérations, lésions des tissus adjacents, ...), obstétrical (complications à l'accouchement, déchirure périnéale, ...) et psychologique (traumatisme, dépression ...).

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines comme « toutes interventions faites sur les organes génitaux externes des femmes sans motif médical » et distingue quatre types de mutilations :

- type 1 : excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris
- type 2 : excision du clitoris et ablation totale ou partielle des petites lèvres
- type 3 : excision totale ou partielle des organes génitaux externes avec suture des deux moignons des grandes lèvres entraînant un rétrécissement de l'orifice vaginal
- type 4 : toute autre intervention sur les organes génitaux externes comme les piqûres, les étirements et les perforations.

Tous les Etats d'Europe occidentale sont concernés par ce phénomène du fait de l'accueil de populations africaines, mais on retrouve également ces pratiques aux Etats-Unis, au Canada et en Australie. En France, l'émergence de la question des mutilations sexuelles remonte à la fin des années 70, moment où les premières femmes d'étrangers travaillant en France sont arrivées dans le cadre du regroupement familial. Par ailleurs, si la France n'a jamais disposé de loi spécifique sur ce sujet, elle a été pendant un certain temps, le seul pays au monde à poursuivre les femmes concernées en justice. La loi française, qui empêche toute mutilation sur quiconque, a toujours été appliquée.

Tous les médecins doivent être formés à reconnaître ces actes assimilables à des actes de tortures et tout particulièrement ceux qui interviennent dans le champ de la médecine générale, de la gynécologie obstétrique ou médicale, de la pédiatrie et/ou de la santé publique. **C'est pourquoi, nous souhaitons que cette problématique relative aux mutilations sexuelles féminines soit une thématique intégrée systématiquement dans la formation des médecins.**

1- Formation des médecins

La prévention, le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines recoupent différents aspects de la formation des médecins tels que :

- la prévention de la survenue de nouvelles mutilations sexuelles et le dépistage de celles ci ;
- les conséquences médicales des différents types de mutilations sexuelles, notamment les conséquences obstétricales ;
- la prise en charge pluridisciplinaire des femmes ayant subi une mutilation sexuelle ;
- les modalités de recours à la chirurgie réparatrice ;
- le cadre juridique et déontologique des MSF.

Cette problématique figure à plusieurs titres dans l'enseignement du 2ème cycle des études médicales :

- du module 1 : « Apprentissage de l'exercice médical », notamment dans le contexte d'apprentissage de la relation médecin - patient et d'apprentissage du contexte médico-légal.
- du module 2 : « De la conception à la naissance » pour la prise en charge sur le plan gynécologique, le suivi d'une grossesse et de ses complications ainsi que les risques liés à l'accouchement.
- du module 3 : « Maturation et vulnérabilité » et notamment l'item n° 37, figurant au programme des études médicales, et intitulé « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile » afin de permettre :
 - de repérer un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant ou l'adolescent
 - de connaître la démarche médicale et administrative pour faire face à cette situation
- du module 7 : « Santé et environnement - maladies transmissibles » notamment l'étudiant doit intégrer cette problématique sous l'angle de la santé publique afin de constater les priorités sanitaires et les différentes mesures à mettre en œuvre pour lutter contre ce problème.

De même, il convient d'introduire cette problématique au sein des enseignements du 3ème cycle des études médicales suivis par les internes et tout particulièrement dans les spécialités mentionnées ci-dessus, à savoir la médecine générale, la gynécologie obstétrique ou médicale, la pédiatrie et la santé publique.

2- Associations et contacts

Afin de faciliter l'organisation des interventions sur le thème des mutilations sexuelles féminines, vous trouverez ci-après une liste non exhaustive d'associations et de contacts auxquels vous pouvez vous adresser :

- **Association Gynécologie Sans Frontières (GSF)** : Présidée par le Pr Henri-Jean PHILIPPE www.gynsf.org

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

66 rue des Grands-Champs 75020 Paris Tél : 01 43 48 10 87- Fax : 01 43 48 00 73

Courriel : association.gams@wanadoo.fr - Site internet : <http://perso.orange.fr/..associationgams/>

Permanences GAMS : . Seine Maritime : 06 30 36 42 42

. Les Yvelines : 06 70 83 31 73

. Marne : 06 88 44 41 28

. PACA : 06 73 43 96 33

- **Mouvement français pour le planning familial (MFPF)**

4 square Saint Irénée 75011 Paris Tél : 01 48 07 29 10 - www.mfpf@planning-familial.org

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

6 place Saint Germain - 75006 Paris - www.cams-fgm.org

Nous vous serions obligés de bien vouloir nous communiquer les difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Xavier BERTRAND

Le Ministre de l'Education Nationale
de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Gilles de ROBIEN

Annexe 6 – La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance charge le président du conseil général du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger.

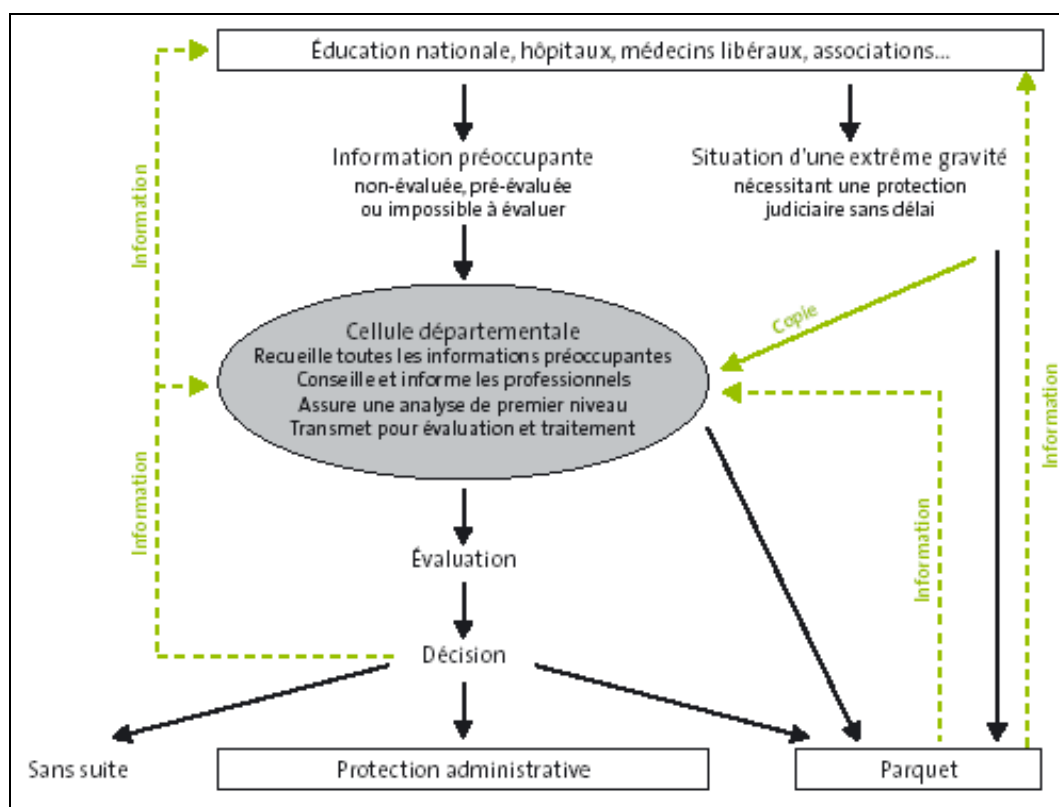
On entend par information préoccupante tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner.

Le nouvel article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi du 5 mars 2007 définit ainsi le rôle du président du conseil général :

« Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. »

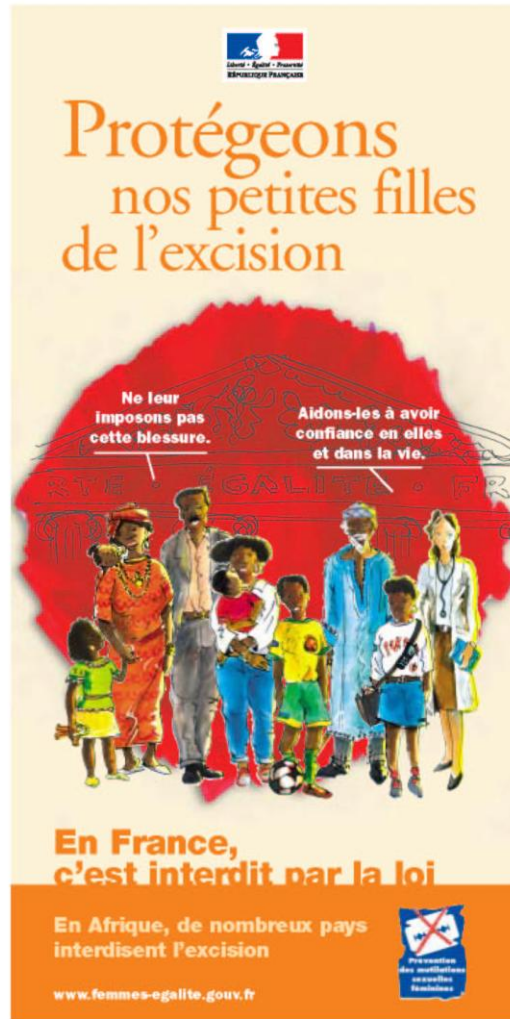
Une telle responsabilité lui confère un rôle pivot dans l'organisation et l'animation de la cellule départementale créée par la loi. Cette cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, doit contribuer à clarifier et à fiabiliser les procédures depuis la transmission d'une information à la cellule jusqu'à la décision.

Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être



Source : Guide pratique Protection de l'Enfance « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation », Ministère de la Santé et des Solidarités,

Annexe 7 – Plaquette « Protégeons nos petites filles »



Protégeons nos petites filles de l'excision

Liberté • Égalité • Fraternité
REPUBLIQUE FRANÇAISE

Ne leur imposons pas cette blessure.

Aidons-les à avoir confiance en elles et dans la vie.

En France, c'est interdit par la loi

En Afrique, de nombreux pays interdisent l'excision

www.femmes-egalite.gouv.fr

Prévention des mutilations sexuelles féminines

Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

Toute intervention pratiquée sur les organes génitaux féminins sans raison médicale, et notamment :

l'excision

c'est l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres ;

l'infibulation

l'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par l'ablation des grandes lèvres ; les deux côtés de la vulve sont alors cousus bord à bord ou accolés, de telle façon qu'il ne subsiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement des urines et des règles. La vulve laisse place à une cicatrice très dure, qu'il faudra inciser au moment du mariage ou de la naissance d'un enfant.

Où sont-elles pratiquées ?

Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par différentes ethnies dans de nombreux pays africains.

L'excision est sur tout pratiquée en Afrique de l'Ouest et en Égypte, tandis que l'infibulation est courante en Afrique de l'Est.

Les mutilations sexuelles féminines concernent une femme sur trois sur le continent africain, c'est-à-dire environ 130 millions de femmes, avec 3 millions de nouveaux cas par an.

Les mutilations sexuelles féminines sont également observées dans la péninsule arabique, notamment au Yémen et à Oman, ainsi qu'en Malaisie et en Indonésie.

Avec les flux migratoires, on retrouve les populations qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines dans plusieurs pays européens. En France, on estime que 65 000 femmes et fillettes sont mutilées ou menacées de l'être. Elles sont notamment originaires de la Côte d'Ivoire, de l'Égypte, de la Gambie, de la Guinée Conakry, du Mali, de la Mauritanie, du Sénégal et de la Somalie.



Pourquoi ces pratiques ?

ON DIT que les mutilations sexuelles féminines rendent les femmes plus fécondes...

FAUX

Les mutilations sexuelles féminines, loin d'augmenter la fécondité, peuvent au contraire rendre stérile. Elles peuvent générer, lors des accouchements, des complications majeures qui risquent d'entraîner la mort du nouveau-né et/ou de sa mère.

ON DIT que les mutilations sexuelles féminines sont imposées par la religion...

FAUX

Aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. C'est une très ancienne pratique coutumière qui ne correspond aux préceptes d'aucune religion.

ON DIT qu'il faut assurer la pureté et la virginité d'une fille, ainsi que la fidélité d'une épouse...

EN RÉALITÉ

La mutilation ne peut avoir aucune incidence positive sur la conduite d'un être humain, qui relève uniquement de ses qualités d'esprit et de cœur.

ON DIT qu'il faut respecter coutumes et traditions...

IL FAUT AVANT TOUT RESPECTER LA LOI.

Certaines coutumes et traditions peuvent être bénéfiques pour la santé, par exemple l'allaitement maternel ou le port des nourrissons sur le dos. Elles contribuent à l'épanouissement et doivent être encouragées.

En revanche, d'autres coutumes et traditions, comme les mutilations sexuelles féminines, ont de graves conséquences sur la santé physique et mentale. Elles attentent à la dignité, à l'intégrité et à la vie d'un être humain et tombent donc sous le coup de la loi.

Quelles sont les conséquences des mutilations sexuelles féminines ?



Les conséquences immédiates :

- ▶ une douleur intense, intolérable, accompagnée de peur, d'angoisse et parfois d'un grave état de choc;
- ▶ un saignement, qui peut être hémorragique et entraîner la mort;
- ▶ des brûlures à l'émission des urines.

Les conséquences ultérieures et à tout moment de la vie de la fillette ou de la femme mutilée :

- ▶ des infections vulvaires, urinaires, gynécologiques, qui peuvent évoluer en septicémies et provoquer la mort ou entraîner une stérilité;
- ▶ des accouchements difficiles : une femme excisée est menacée bien plus souvent qu'une autre de déchirure du périnée, une femme infibulée et l'enfant à naître sont en danger de mort;
- ▶ la diminution ou la disparition de la sensibilité des organes génitaux, ce qui entraîne l'insatisfaction sexuelle;
- ▶ des rapports sexuels très douloureux;
- ▶ de graves répercussions sur la santé mentale : anxiété, angoisse, dépression pouvant conduire au suicide.



Toutes ces souffrances sont inutiles et doivent être évitées.

En Afrique, des parents en sont aujourd'hui convaincus et refusent ces souffrances pour leurs filles.

Des comités de lutte contre les pratiques néfastes à la santé se sont constitués dans de nombreux pays africains. En France, des hommes et des femmes combattent ces pratiques.

N'hésitez pas à en parler à votre médecin, à votre centre de PMI, au centre de planification et d'éducation familiale...

LA LOI FRANÇAISE

En France, la loi protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité.

La loi française est applicable à toute personne vivant sur le territoire national.

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, notamment :

- ▶ les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de **dix ans d'emprisonnement** et de **150 000 euros d'amende** (article 222-9);
- ▶ si la mutilation est commise sur un mineur de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, la peine encourue est de **20 ans de réclusion criminelle** (article 222-10).

C'est ainsi que de nombreux parents et des exciseuses ont été condamnés en Cour d'assises, certains à des **peines d'emprisonnement ferme**.

Une action en justice peut être engagée **20 ans après la majorité** de la victime (c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans).

La loi française s'applique aussi lorsque la mutilation est commise à l'étranger.

Dans ce cas, **l'auteur**, qu'il soit français ou étranger, **pourra être poursuivi en France**, à condition que la victime soit de nationalité française ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (article 222-16-2 du Code Pénal).

LES LÉGISLATIONS AFRICAINES

En Afrique aussi, des lois interdisent les mutilations sexuelles féminines, notamment dans les pays suivants : Bénin, Burkina-Faso, Centre Afrique, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Ghana, Guinée, Conakry, Kenya, Libéria, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Togo, Tanzanie...

LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

Différentes conventions internationales dénoncent les pratiques discriminantes à l'égard des femmes et des enfants :

Ces deux conventions ont été ratifiées par la France et près de 50 pays africains.

▶ la *Convention internationale sur les droits de l'enfant*, entrée en vigueur le 6 septembre 1990 (article 24);

▶ la *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, entrée en vigueur le 13 janvier 1984 (article 12);

Aujourd'hui, plus de 50 États africains ont adhéré à cette charte.

▶ la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, entrée en vigueur le 21 octobre 1986 (article 4), et notamment le *Protocole relatif aux droits des femmes en Afrique* (Protocole de Maputo) qui en fait partie, déjà ratifié le 26 septembre 2005 par 15 États membres.

QUE FAIRE en cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes, en France ou à l'étranger ?

Toute personne, médecin ou simple citoyen, qui a connaissance d'un tel risque a l'obligation de signaler que cette fillette est en danger. L'abstention constitue une infraction pour non-assistance à personne en danger, sanctionnée par l'article 223-6 du Code pénal.

Pour cela, appeler soit :

- le procureur de la République au Tribunal de grande instance du lieu de résidence;
- les services sociaux et médico-sociaux, notamment le Service départemental de protection maternelle et infantile et le Service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Dans certains cas, la tutelle aux prestations sociales (aux allocations familiales notamment) pourra être ordonnée.



Des outils pour en parler

- ▶ **"Le pacte d'Awa. Pour en finir avec les mutilations sexuelles"**, Agnès Bousuge et Élise Thiébaud, Syros, 2006. Témoignages et dossier complet, facile d'accès, pour comprendre et prévenir l'excision. À lire dès 13 ans.
- ▶ **"Nos filles ne seront pas excisées"**, ouvrage collectif, édition GAMS, 2006.
- ▶ **"Femmes assises sous le couteau"**, documentaire de 26 minutes réalisé par Laurence Petit-Jouvet, sur une idée et avec la participation du GAMS. Un manuel du même titre, destiné aux animateurs des réunions, accompagne le film.
- ▶ **"Le pari de Bintou"**, film de 17 minutes, réalisé sur une idée et avec la participation de la CAMS. Disponible en version française (sous-titrée en anglais) et en version anglaise, en cassette vidéo et en DVD.
- ▶ **"Excision"**, une cassette audio (disponible auprès de la CAMS) dont le texte, dit en français et en quatre langues africaines, invite à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane.
- ▶ **"L'Afrique accusée ? L'excision et les Droits de l'Homme"**, également intitulé **"Des femmes et des lames"**, film de 34 minutes, réalisé en 1990.



Adresses utiles

- ▶ **La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)**
6, place Saint-Germain-des-Prés
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 04 00
Mél : w113111@club-internet.fr
Site : www.cams-gm.org
L'association axe son action sur l'aspect juridique de l'excision. Elle se porte partie civile dans les procès de mutilations sexuelles et donne des conseils aux professionnels, aux associations et aux particuliers.
- ▶ **Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF)**
4, square Saint-Trénée
75011 Paris
Tél. : 01 48 07 29 10
Site : www.planningfamilial.org
Mouvement féministe d'éducation populaire, le MFPF accueille et informe le public sur les questions de sexualité et de santé dite reproductive. Il est agréé comme organisme formateur des personnels concernés par ces thèmes.
- ▶ **Fil santé jeunes : 0800 238 236**
Service téléphonique anonyme et gratuit, ouvert tous les jours de 8 h à minuit.
Site : www.filsantejeunes.com
- ▶ **Allô enfance maltraitée : 119**
Service téléphonique anonyme et gratuit, 24 h / 24 h
Site : www.allo119.gouv.fr
- ▶ **Les délégations régionales et départementales aux droits des femmes et à l'égalité**
Toutes les coordonnées sur : www.femmes-egalite.gouv.fr

▶ **Le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)**
66, rue des Grands-Champs
75020 Paris
Tél. : 01 43 48 10 87
Mél : association_gams@wanadoo.fr
Site : <http://perso.orange.fr/...associationgams/>

Le GAMS est reconnu comme section française du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Il privilégie l'information des familles et la formation des professionnels qui les côtoient, notamment les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les enseignants.

Pour les professionnels qui souhaitent faire appel à des interprètes médiateurs :

Inter service migrants interprétariat
251, rue du Faubourg Saint-Martin - 75010 Paris
Tél. : 01 53 26 52 50 - Site : www.ism-interpretariat.com

- Interprétariat par téléphone - Tél. : 01 53 26 52 62 (24 h/24 h – 7j/7j)
- Information migrants - Tél. : 01 53 26 52 82



Annexe 8 – Réquisition aux fins d'examen médico légal

Le Code de Procédure Pénale, dans son Article 60, modifié par la Loi n° 99-515 du 23 juin 1999 - art. 12 JORF 24 juin 1999, stipule :

« S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées. Sauf si elles sont inscrites sur une des listes prévues à l'article 157, les personnes ainsi appelées prêteront, par écrit, serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience.

Les personnes désignées pour procéder aux examens techniques ou scientifiques peuvent procéder à l'ouverture des scellés. Elles en dressent inventaire et en font mention dans un rapport établi conformément aux dispositions des articles 163 et 166. Elles peuvent communiquer oralement leurs conclusions aux enquêteurs en cas d'urgence.

Sur instructions du procureur de la République, l'officier de police judiciaire donne connaissance des résultats des examens techniques et scientifiques aux personnes à l'encontre desquelles il existe des indices faisant présumer qu'elles ont commis ou tenté de commettre une infraction, ainsi qu'aux victimes. »

L'examen clinique médico légal doit alors être mené avec la plus grande objectivité, impartialité et être complet.

L'examen porte sur la région siège de violences récentes ou anciennes, mais également sur l'ensemble du corps de l'enfant ou de l'adulte.

Les constatations effectuées doivent être objectives et la description doit en être précise et complète (localisation précise, taille, coloration, etc. ...)

Les conséquences fonctionnelles éventuelles de ces lésions doivent être précisées, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, suggérant le recours à un examen spécialisé par un expert psychiatre si nécessaire.

Le certificat médical est établi en fonction des termes de la réquisition qui fixe les limites de la mission du médecin.

Schématiquement et dans la majorité des cas, ce certificat reprend

- les commémoratifs, c'est à dire les allégations de la victime, de l'entourage, des enquêteurs,
- les constatations médicales effectuées au cours de l'examen médical
- la discussion médico légale pour répondre précisément aux questions de la mission en s'appuyant sur les constatations.

Concernant les mutilations, le Code Pénal, stipule dans son Article 222-9 modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 – art. 3 JORF 22 septembre 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 150 000 euros d'amende. »

et dans son Article 222-10 modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 – art. 44 JORF 7 mars 2007 :

« 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 ;
- 3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;
- 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;
- 5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;
- 5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;
- 6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;
- 7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;
- 8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
- 9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;
- 10° Avec usage ou menace d'une arme.

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.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article. »

Les conséquences d'un certificat médical établi par réquisition et constatant une éventuelle mutilation doivent être pesées très attentivement et en toute connaissance des textes par le médecin requis; la rédaction du certificat doit être extrêmement rigoureuse.

Annexe 9 – Recommandations officielles

Déclaration commune OMS / UNICEF / FNUAP sur les mutilations sexuelles féminines, 1997 (extraits)

Toutes les sociétés ont défini des normes en matière de soins et de comportements qui varient en fonction de l'âge, de la période de la vie, du sexe et de la classe sociale. Ces normes, que l'on désigne souvent sous le nom de pratiques traditionnelles, peuvent être utiles ou inoffensives mais sont aussi parfois dangereuses. Les pratiques traditionnelles à l'égard des fillettes ou se rapportant aux relations entre les femmes et les hommes, au mariage et à la sexualité ont souvent des conséquences néfastes pour les femmes et les jeunes filles, et ce, de multiples manières. (...)

Parmi les pratiques traditionnelles profondément ancrées qui ont de graves répercussions sur la santé des jeunes filles et des femmes figurent les mutilations sexuelles féminines. (...) Les arguments avancés contre les mutilations sexuelles féminines reposent sur les droits de l'homme universellement reconnus notamment le droit à l'intégrité de la personne ou au meilleur état de santé physique et mentale possible. Les répercussions de ces pratiques sur la santé varient en fonction de la procédure utilisée. Néanmoins, les mutilations sexuelles féminines sont universellement inacceptables car elles constituent une atteinte à l'intégrité physique et psychosexuelle des femmes et des jeunes filles et représentent une forme de violence à leur égard. (...)

Il appartient à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et au Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) de soutenir les efforts déployés à l'échelle mondiale, au niveau des pays ou à celui de la communauté pour faire disparaître les mutilations sexuelles féminines dans l'intérêt de la santé et du bien-être des femmes, des jeunes filles, de leurs familles et de l'ensemble de la communauté. (...)

La médicalisation des mutilations sexuelles féminines

L'OMS a toujours affirmé de façon catégorique que les professionnels de la santé ne devaient pas accepter de pratiquer des mutilations sexuelles féminines quelles qu'elles soient, en milieu hospitalier ou dans tout autre établissement de santé. La position de l'OMS repose sur le concept fondamental des soins de santé selon lequel les mutilations corporelles non nécessaires ne doivent pas être cautionnées par des agents de santé. Les mutilations sexuelles sont dangereuses pour les filles et les femmes et la médicalisation de ces pratiques non seulement n'élimine pas ce danger mais est en outre inopportune car elle contribue à perpétuer ces pratiques du fait qu'elle semble les légitimer. Dans les communautés où l'infibulation est une pratique courante, on a pu observer que les programmes d'éducation sanitaire incitaient de nombreuses familles à revenir à la clitoridectomie. Cependant, la position officielle de l'OMS doit toujours laisser entendre qu'il faut mettre fin à toutes les formes de mutilations sexuelles féminines. (...)

Action nationale et communautaire

Au cours de la dernière décennie, bon nombre d'organisations et d'individus ont entrepris des activités à l'échelon de la communauté en vue d'éliminer les mutilations sexuelles féminines. (...) Il paraît de plus en plus évident que l'objectif culturel des mutilations sexuelles féminines n'est pas le même selon le type d'intervention pratiqué et qu'il importe de bien comprendre le rôle de la femme et les relations entre les personnes de sexe différent dans le contexte socioculturel et économique pour parvenir à éliminer cette pratique. Par conséquent, les mesures mises en œuvre à cette fin ne doivent pas se limiter au modèle médical de l'éradication de la maladie mais s'inscrire dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

Action proposée par l’OMS, l’UNICEF et le FNUAP

(...) Puisque les mutilations sexuelles féminines concernent aussi bien la santé que les droits des femmes et des enfants, elles représentent une excellente occasion de collaboration interinstitutionnelle. Si l’OMS, l’UNICEF et le FNUAP ainsi que les autres institutions du système des Nations Unies ont chacune leurs propres atouts et leurs propres priorités, leurs activités sont complémentaires ainsi qu’on peut le voir dans les propositions d’actions présentées par chacune de ces institutions décrites ci-après :

OMS :

(...) Une partie des activités que l’OMS a prévu d’entreprendre à l’avenir pour éliminer les mutilations sexuelles féminines viseront à faire progresser les connaissances dans ce domaine grâce à un programme de recherche et de développement et à encourager des politiques et stratégies judicieuses. L’OMS veillera notamment à ce que les mutilations sexuelles féminines soient considérées comme un problème relevant aussi bien de la santé des femmes que de la santé reproductive et des droits de l’homme. (...)

UNICEF :

L’essentiel des efforts déployés par l’UNICEF pour mettre fin aux mutilations sexuelles féminines sont réalisés dans les bureaux régionaux et les programmes de pays. Ils procèdent de diverses stratégies et consistent principalement à offrir un appui aux organisations communautaires qui exercent des activités d’information, d’éducation, de communication et de formation dans l’optique de la prévention des mutilations sexuelles féminines. (...) L’accent est mis en particulier sur le travail avec les organisations de jeunes et les associations de femmes afin d’informer leurs membres des dangers que comportent les mutilations sexuelles féminines et de les sensibiliser à la nécessité de mettre fin à ces pratiques.

FNUAP :

Le FNUAP continuera à s’insurger contre les mutilations sexuelles féminines dans tous les pays où elles sont pratiquées et apportera son appui à la révision et à l’adaptation des politiques, lois et règlements nationaux ainsi que des pratiques traditionnelles touchant à la santé reproductive qui tendent à perpétuer ces pratiques. D’autres part, le FNUAP soutient les activités d’information, d’éducation et de communication entreprises par les organisations nationales, gouvernementales, non gouvernementales et privées contre les mutilations sexuelles féminines, les activités de recherche socioculturelle axées sur les facteurs qui déterminent la persistance de ces pratiques et la collecte de données sur leur incidence et leur prévalence.

Conclusion

La présente déclaration commune de l’OMS, de l’UNICEF et du FNUAP exprime l’objectif commun aux trois organisations de soutenir les efforts déployés par les gouvernements ainsi qu’au sein de la communauté pour promouvoir et protéger la santé et le développement des femmes et des enfants. (...)

Si l’on veut effectivement mettre fin aux mutilations sexuelles féminines, il importe de porter à la connaissance de la population des agents de santé et de ceux qui pratiquent ces mutilations toutes les conséquences sanitaires et psychosociales qu’elles comportent. Cela implique la participation active des responsables politiques, des professionnels, des agents de développement communautaire, des collectivités locales et de leurs dirigeants ainsi que des associations et organisations de femmes. (...)

Annexe 9 – Recommandations officielles

Recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines, juin 2004

Améliorer les connaissances

- Sur l'ampleur et les caractéristiques des mutilations sexuelles féminines (MSF) constatées en France (observations médicales, sociales, judiciaires).
- Favoriser les recherches et enquêtes dans les différents pays sur les MSF
- Inscrire les MSF dans la nomenclature internationale des maladies de l'OMS (CIM).
- Inscrire les conséquences des MSF au programme des études médicales, de la FMC et, plus généralement, de l'enseignement de tous les personnels de santé.

Favoriser la diffusion des connaissances au sein du corps social

- Notamment auprès des professionnels appartenant aux secteurs concernés : santé, éducation, action sociale, justice, médias.
- Développer la publicité autour des décisions de justice : sanctions pénales et dommages et intérêts.
- Faire connaître les mesures éducatives et répressives prises dans les pays d'origine pour éradiquer les MSF.
- Impliquer dans cette lutte les personnalités influentes au sein des communautés.
- Faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans ce domaine.

Renforcer et améliorer les pratiques médicales

- Conformément aux directives de l'OMS aucun professionnel de santé ne doit pratiquer une forme de mutilation sexuelle féminine quelle qu'elle soit.
- Toujours penser à la possibilité d'une MSF lors d'une consultation pour troubles urinaires ou gynécologiques lorsque la patiente est originaire d'un pays à risque.
- Lors de la consultation d'une femme ayant subi une mutilation :
 - l'informer de l'existence de la mutilation et en évoquer avec elle les divers aspects (risques, interdit légal, protection des enfants à naître, évolution dans les pays d'origine vers l'abolition),
 - rechercher les séquelles : douleurs, infection, troubles de la sexualité,
 - l'informer sur la possibilité d'envisager une réparation chirurgicale.
- Lorsque la consultante est enceinte ou vient d'accoucher d'une fille rappeler les dispositions légales concernant les MSF.
- À l'occasion de tout examen médical dans une famille exposée à ce risque informer les parents des procédures de protection de l'enfant (signalement à la justice) en insistant sur les risques et les séquelles des MSF :
 - Ne pas omettre l'examen de la vulve.
 - Rappeler aux parents l'interdiction légale et les conséquences judiciaires de la mutilation.
 - Rappeler ses effets délétères sur la santé.
- La constatation d'une MSF chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement auprès du Procureur de la République (articles 434.3, 113.7, 226.14 du Code pénal).

Améliorer les conditions de prise en charge des femmes excisées et/ou infibulées

- En renforçant la recherche et la promotion des connaissances anatomiques et des techniques chirurgicales de réparation.
- En obtenant l'inscription à la nomenclature CCAM de tous les actes de correction des MSF.

Inciter les autorités nationales à mettre en œuvre des politiques efficaces de prévention

- Rappeler aux pouvoirs publics qu'ils doivent informer les migrants à l'arrivée et à la sortie du territoire national, en particulier sur l'interdit et les conséquences judiciaires des MSF.
- Obtenir une harmonisation européenne en matière d'information et de prévention des MSF.

Projet mis au point par la Commission IX le 5 mai 2004, accepté par le Conseil d'Administration le 7 juin 2004. L'Académie, saisie dans sa séance du 15 juin 2004, adopté ce texte à l'unanimité.

Annexe 9 – Recommandations officielles

Recommandations de la FIGO (Fédération internationale de gynécologie obstétrique), mars 2006

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

1. Les excisions féminines, aussi appelées mutilations génitales, ou circoncision féminines, constituent une préoccupation mondiale. Elles sont pratiquées sur tous les continents. On estime que 100 à 140 millions de femmes et de filles dans le monde ont été excisées, sous une forme ou sous une autre. En dépit des efforts faits pour arrêter les excisions, on estime que chaque année 3 millions de filles continuent à être excisées en Afrique subsaharienne, en Égypte et au Soudan.
2. Bien que l'excision soit illégale dans un nombre croissant de pays, le nombre de filles chaque année qui la subissent n'a pas pour autant diminué. Les États manquent de moyens pour contrôler la diffusion et la pratique de l'excision.
3. L'excision est une mutilation et un traumatisme affectif. Ses complications immédiates peuvent mettre en jeu la vie des filles. À long terme elle peut affecter leurs grossesses, leur sexualité et leur santé mentale.
4. Il n'existe aucun argument historique pour savoir où les excisions ont commencé, ni comment elles ont d'abord été pratiquées. Elles appartenaient aux coutumes des Phéniciens, des Hittites, des Éthiopiens et des Égyptiens.
5. La justification de la poursuite actuelle des excisions fait appel, entre autre, au respect de l'identité culturelle, de l'identité de genre, à la conviction qu'elle permet de contrôler la sexualité et la fonction de reproduction des femmes, d'améliorer la propreté et l'hygiène, la protection de la virginité, la chasteté, l'exaltation du plaisir masculin.
6. Il est faux d'affirmer, comme en témoignent la plupart des guides spirituels y compris musulmans, que l'excision est d'essence religieuse, alors que la religion interdit au contraire toute atteinte à l'intégrité physique, ou le sacrifice de la santé et du bien être au profit de croyances culturelles sans aucun intérêt.

Considérations éthiques

1. Ainsi qu'il est affirmé dans les recommandations de la FIGO de 1994 à Montréal, l'excision des femmes est contraire à l'éthique et viole les plus élémentaires des droits de l'Homme.
2. Le principe de liberté reconnaît à chacun le droit de décider de son propre sort. Les excisions sont décidées par les parents à la place de leurs enfants, source de conflit possible avec eux ou avec les professionnels de santé. L'enjeu est de pouvoir protéger des filles âgées le plus souvent de 4 à 10 ans, contre les croyances de leurs parents.
3. L'excision nie le droit humain fondamental à une santé aussi parfaite que possible et à l'intégrité corporelle, sans aucune justification médicale.
4. La médicalisation de l'excision, quoiqu'elle puisse en réduire les complications immédiates, en sous-estime les conséquences physiques et psychologiques, et heurte par conséquent l'éthique et les droits de l'Homme, notamment les droits de l'enfant. C'est une façon tacite, critiquable, d'approuver et donc de diffuser une pratique qui doit au contraire, par son désaveu et ses critiques, se voir exclue des habitudes.
5. L'excision est une parfaite illustration de la discrimination fondée sur le genre dans le but de brider la sexualité féminine. L'excision dénie aux filles et aux femmes la pleine jouissance de leur intégrité physique
6. et psychologique, de leurs droits et de leur liberté.
7. L'excision est une agression irréparable, irréversible contre les filles. Elle viole leur droit à se voir protégées, elle est contraire aux principes éthiques de bienfaisance, de justice et de souci de ne pas nuire.

Recommandations

1. Tous les enfants doivent pouvoir se développer de façon saine, d'être soignés, et de se voir protégés contre toute forme de violence, blessure, agression ou mutilation. Ces droits ne peuvent pas être niés au nom de conceptions culturelles néfastes. Les professionnels de santé et les législateurs doivent donc convaincre qu'il est possible d'abandonner des pratiques préjudiciables sans renoncer aux fondements légitimes de sa culture.
2. L'information de l'opinion publique, l'intervention des professionnels de santé, des soignants traditionnels, des responsables politiques, des enseignants, des spécialistes des sciences sociales, des militants des droits de l'homme et de tous ceux qui sont chargés de les faire appliquer, permettent au mieux d'attirer l'attention sur l'étendue et les dangers de l'excision, et constituent le meilleurs moyen d'éradiquer cette pratique.
3. Ce changement de mentalités exige la collaboration des autorités religieuses chargées d'expliquer l'absence de fondement religieux des mutilations génitales féminines.
4. L'éradication de l'excision ne se fera pas sans une très bonne coopération à l'échelon national et international.
5. Les agences de Nations Unies (y compris UNICEF, FNUAP, OMS) et les autres agences qui œuvrent dans ce sens ont déjà pris position pour l'abolition de cette pratique. Les sociétés membres de la FIGO doivent rejoindre la FIGO et les institutions internationales en publiant des directives très fermes qui interdisent à leurs membres de se faire complices de ces pratiques.
6. Toutes les femmes qui ont subi une excision doivent être traitées avec respect et compassion quel que soit leur âge, y compris pendant la grossesse et l'accouchement, avec des soins validés. Fonction de la législation locale, les femmes qui ont été infibulées qui après leur accouchement requièrent de leur propre chef une ré infibulation, doivent pouvoir en bénéficier. Cependant les praticiens doivent expliquer les avantages de la désinfibulation et conseiller de ne pas faire la ré infibulation. Il faut rappeler que toutes les pratiques de mutilations génitales sont interdites par la profession.
7. La médicalisation de l'excision doit être condamnée à tous les niveaux, national et international. Les associations et les organismes professionnels ont le devoir d'informer leurs adhérents et tous les professionnels de santé qu'il leur est interdit de pratiquer l'excision, et que dans le cas contraire ils devront en rendre compte en tant qu'exerçant une pratique contraire à l'éthique.

Londres Mars 2006

Annexe 10 – Bibliographies

Bibliographie générale

Témoignages, documents, essais

- ARRAS Marie-Noël, Entière ou La réparation de l'excision, Editions Chèvre-feuille étoilée, Collection d'Un espace, l'autre, 2009
- BELLAS CABANE Christine, La Coupure, l'excision ou les identités douloureuses, 2008
- ABDI Nura, Larmes de sable, Succès du Livre, 2007
- HENRY Natacha & WEIL-CURIEL Linda, Exciseuse. Entretien avec Hawa GREOU, Editions City, 2007
- KATOUCHEA, Dans ma chair, Michel Lafon, 2007
- FREEDMAN Jane & VALLUY Jérôme (sous la direction de), Persécutions de femmes, Savoirs, mobilisations et protections, Editions du Croquant, Collection Terra, 2007
- OKRENT Christine (sous la direction de), Le livre noir de la condition des femmes, Collection Essai Poche, Editions Point, 2007
- KHADY, Mutilée, Collection Récit Poche, Pocket, 2006
- BOUSSUGE Agnès & THIEBAUT Elise, Le Pacte d'Awa. Pour en finir avec les mutilations sexuelles, Collection J'accuse, Editions Syros, 2006
- PROLONGEAU Hubert, Victoire sur l'excision. Pierre Foldès, le chirurgien qui rend l'espoir aux femmes mutilées, Albin Michel, 2006
- CREMIEU Aurine & JULIEN Hélène, Femmes libres. La résistance de 14 femmes dans le monde, Cherche Midi, en partenariat avec Amnesty International, 2005
- COUCHARD Françoise, L'excision, Collection Que sais-je ?, PUF, 2003
- DIRIE Waris, L'aube du désert, Albin Michel, 2002
- BENSADON Ney, Attentats contre le sexe ou ce que nous dévoilent les mutilations sexuelles, l'Harmattan, 2002
- DIRIE Waris, Fleur du désert. Du désert de Somalie à l'univers des tops-models, J'ai Lu, 2000
- ERLICH Michel, La femme blessée : essai sur les mutilations sexuelles féminines, l'Harmattan, 1998
- GILLETTE-FAYE Isabelle, La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France analysée sous l'angle de la souffrance sociale des femmes, Presses Universitaires du Septentrion, 1998
- LEFEUVRE-DEOTTE Martine, L'excision en procès, un différend culturel ?, l'Harmattan, 1997
- AUFFRET Séverine, Des couteaux contre les femmes, Editions Des Femmes, 1982
- GROULT Benoîte, Ainsi soit-elle, Le Livre de Poche, 1977

Romans

- BARRY Mariama, La Petite Peule, Mazarine, 2000
- MAMBOU Christian, La Gazelle et les exciseuses, L'Harmattan, 2004

Ouvrages photographiques

- BARBARAS Emmanuelle, Nos filles ne seront pas excisées, Edition GAMS, mars 2006, Commande au GAMS (20 € + 3 € frais de port)
- LANGE Benoît & VOINCON Dominique, Cicatrice. Un village et l'excision, Editions Favre, 2004
- RAMOS RIOJA Isabelle & MANSERA Kim, Le jour où Kadi perdit une partie de sa vie, Actes Sud, 1999

Bandes dessinées

- Afrique Citoyenne, bande dessinée pour la jeunesse africaine, février 2010 ISSN 0851 - 7371 – Pour l'abandon de l'excision - http://www.kas.de/wf/doc/kas_19313-544-3-30.pdf
- En chemin elle rencontre.... Des Ronds Dans L'O - Amnesty International - 2009

- Diaratou face à la tradition, version imprimable, sur le site du GAMS Belgique http://www.gams.be/Bande_dessinee.htm
- La suite du Pari de Bintou, consultable sur le site de la CAMS : <http://www.cams-fgm.org>

Musiques

- BAFING KUL, 4 titres, dont L'excision, c'est pas bon, Téléchargeable en MP3 sur le site de la CAMS <http://www.cams-fgm.org>
- CHERHAL Jeanne, dans l'album « L'eau », un titre On dirait que c'est normal, 2006
- TIKEN JAH FAKOLY, dans l'album « L'Africain », Non à l'excision, 2007

Films/documentaires

- Fleur du désert, film allemand, autrichien et français de Sherry Hormann avec Liya Kebede, Sally Hawkins, et Timothy Spall, 2009
- Mila Tu, devenir femme maasaï sans l'excision, de Charlotte Bruneau et Laurène Lepeyre, Samsa Film Luxembourg, 2009 <http://milatu.afrikblog.com/>
- Noires douleurs, de Lorène DEBAISIEUX, Artline Films, Paris, 2007
- Femmes mutilées, plus jamais !, de Fatxiya Ali Aden et Sahra Osman, Suisse, 2007
- Dunia, de Jocelyne Saab, Trigon Film 2006, (commande sur <http://trigon-film.ch/fr/movies/Dunia>, 22 €)
- Mutilations, pleurs de femmes, Benedicta PERETU, Yves Marie KERLEN, 2006 (commande sur <http://www.harmattantv.com/>)
- Bilakoro, de Johanna BADEAU, Château Rouge Production, 2006. Commande auprès de la société de production (20 €) : Château Rouge production, 10 bis rue Bisson 75020 Paris T/ 01 42 23 06 10
- La chose, campagne contre un tabou, de Heike MUNDZECK, 2006
- Pas ma fille, de Valentin THURN, 2006
- Moolaade, de Sembène OUSMANE, Les Films du Paradoxe, 2005
- Mon enfant, ma sœur songe à la douleur, de Violaine DE VILLERS, 2005. Commande auprès de la société de production : Centre Vidéo de Bruxelles - Rue Royale Ste Marie 113 ; 1030 Bruxelles Tél. : 02/216.80.39, Cyb.videp@chello.be
- Dabla ! Excision, de Erica Pomerance, 2003. Commande : <http://www.dabla-excision.com> - info@virage.ca
- Mutilations rituelles. Des Africaines contre l'excision, de Dagmar Brendecke et Anke Müller-Belecke, Allemagne 1999. Production Ciné Impuls Berlin pour NDR, SWR en collaboration avec Arte
- Femmes assises sous le couteau, de Laurence PETIT-JOUVET, sur une idée originale et la participation du GAMS, TLT et AMIP, Paris, 1995. Commande auprès de la Médiathèque des Trois Mondes www.ciné3mondes.com

Outils

- Plaque « Protégeons nos petites filles de l'excision », téléchargeable sur le site internet <http://www.travail-solidarité.gouv.fr> (rubrique « Femmes/Egalité », dossier « Actions de communication/publications »)
- CD Rom "Mutilations sexuelles féminines ; Agir, Prévenir, Accompagner, Réparer ... pour en finir", de Gynécologie sans Frontières (GSF) en partenariat avec le Ministère de la Santé et de la Jeunesse et des Sports, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) et le GAMS. Commande auprès de Gynécologie sans Frontières (10 € de frais)
- Plaque « Les mutilations sexuelles féminines », support pour colloques, formations (GSF), téléchargeable sur le site de GSF www.gynsf.org
- Guide pratique destiné aux professionnels : "Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire", sous la direction du COMEDE, Editions INPES, Paris, 2008.
- Manuel destiné à l'animation de réunions ayant pour thème la prévention des mutilations génitales féminines : "Femmes assises sous le couteau", du Dr Marie-Hélène FRANJOU et Isabelle GILLETTE-FAYE, Edition GAMS, octobre 1995, Commande auprès du GAMS (15 € + 1,50 € frais de port).

Annexe 10 – Bibliographies

Bibliographie technique

MAUROY B., GIULIANO F.

Anatomie et physiologie de l'appareil sexuel de la femme.

Progrès en Urologie (1999), 9 : 5 – 19.

KAMINA P.

L'appareil urinaire pelvi périnéal, p 179

Ed. Maloine (Paris), 1984.

GRÉGOIRE R., OBERLIN F.

Précis d'Anatomie. Splanchnologie: 314 - 317.

Ed. Baillière (Paris), 1950.

⁴ KAMINA P.

Anatomie. Petit bassin et périnée - Tome 2: 71 - 121.

Ed. Maloine (Paris), 1995.

⁵ KAMINA P.

Le périnée, p 142

Ed. Maloine (Paris), 1984.

⁶ KAMINA P.

La vulve, p 440

Ed. Maloine (Paris), 1984

⁷ KAMINA P.

L'appareil urinaire pelvi périnéal, p 208

Ed. Maloine (Paris), 1984

⁸ KAMINA P.

Le périnée, p 138

Ed. Maloine (Paris), 1984

⁹ HUSTON P. Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins. Bureau pour santé des femmes, Santé Canada, Automne 2000

¹⁰ Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada. Mutilation des organes génitaux féminins. Manuel de travail, 1998

¹¹ WORLD HEALTH ORGANISATION, Female genital mutilation : a teacher's guide, WHO, Geneva, 2001

¹² BOUSSUGE Agnès & THIEBAUT Elise, Le Pacte d'Awa. Pour en finir avec les mutilations sexuelles, Collection J'accuse, Editions Syros, mai 2006

¹³ UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, Female Genital Mutilation/Cutting : A statistical exploration, UNICEF, New-York, 2005

¹⁴ COSSI A. & DJAGBA B., "L'excision", Enquête Démographique et de Santé, Bénin, 2001, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Ministère Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospective et du Développement [Cotonou, Bénin], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2002, pp. 211-227

¹⁵ BARRERE M., "Excision", Enquête Démographique et de Santé, Cameroun, 2004, Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification, de la Programmation du Développement et de l'Amménagement du Territoire [Yaoundé, Cameroun], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2005, pp. 235-242

¹⁶ NATIONAL STATISTICS AND EVALUATION OFFICE, "Female circumcision", Eritrea Demographic and Health Survey, 2002, National Statistics and Evaluation Office [Asmara, Eritrea], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2003, pp. 197-216

¹⁷ DOUALAMOU M.-A., "Excision", Enquête Démographique et de Santé, Guinée-Conakry, 2005, Direction Nationale de la Statistique, Ministère du Plan [Conakry, Guinée], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2006, pp. 221-243

¹⁸ KHASAKHALA-MWENESI B., BULUMA R. C.B., KONG'ANI R. U. & NYARUNDA V. M., "Gender Violence ", Kenya Demographic and Health Survey, 2003, Central Bureau of Statistics (CBS) [Nairobi, Kenya], Ministry of Health (MOH) [Nairobi, Kenya], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2004, pp. 239-251

- ¹⁹ MINT YOUBA MAÏGA Z. (Dr), TANGARA G. & TOURE TRAORE F., "Excision", Enquête Démographique et de Santé, Mali, 2001, Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique [Bamako, Mali], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2002, pp. 221-244
- ²⁰ BARRERE B. & BARRERE M., "Excision", Enquête Démographique et de Santé, Mauritanie, 2000-2001, Office National de la Statistique (ONS) [Nouakchott, Mauritanie], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2001, pp. 163-183
- ²¹ ARGOZE M. K. & DJIMRAO A., "Excision", Enquête Démographique et de Santé, à Indicateurs Multiples, Niger, 2006, Institut National de la Statistique, Ministère de l'Economie et des Finances [Niamey, Niger], Macro International Inc, Calverton, Maryland, USA, 2007, pp. 279-293
- ²² NATIONAL POPULATION COMMISSION, "Female circumcision", Nigeria Demographic and Health Survey, 2003, Federal Republic of Nigeria [Abuja, Nigeria], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2004, pp. 201-208
- ²³ NATIONAL BUREAU OF STATISTICS [Dar es Salaam, Tanzania], "Female Genital Cutting", Tanzania Demographic and Health Survey 2004-2005, ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2005, pp. 247-256
- ²⁴ DIOP N. J., "Excision", dans NDIAYE S. & AYAD M., Enquête Démographique et de Santé, Sénégal, 2005, Centre de Recherche pour le Développement Humain [Dakar, Sénégal] et ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2006, pp. 237-262
- ²⁵ TOKINDANG J. S., "Excision", Enquête Démographique et de Santé, Tchad 2004, Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED), Ministère de l' Economie, du Plan et de la Coopération [N'Djaména, Tchad], ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 2005, pp. 169-192
- ²⁶ CENTRAL STATISTICAL ORGANISATION [Sana'a, Yémen], "Female circumcision", Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, 1998, pp. 153-162
- ²⁷ DORKENOO E., Cutting The Rose. Female Genital Mutilation: The Practice and its Prevention, Minority Rights Publications, London, 1994
- ²⁸ ERLICH M. (Dr), La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines, Editions L'Harmattan, Paris, 1986
- ²⁹ GILLETTE I., La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes. Thèse de doctorat de sociologie, Presses Universitaires du Septentrion, Lille, 1998
- ³⁰ PRATIKNYA A. W., "L'excision féminine en Indonésie", Bulletin du Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants, septembre 1988 n° 6
- ³¹ ROZIA O. (Dr), "Female circumcision in Malaysia", Win News, Fran Hosken Editor, autumn 1993 volume 19
- ³² ANS (d') A.-M., "Initiation et l'excision des filles chez les Indiens Shipibos d'Amazonie. Informations ethnographiques provenant de documents amateurs", L'Ethnographie, automne 1994 tome XC 2 n° 116
- ³³ WAISBARD S.-R., "Les Indiens Shamas de l'Ucayali et du Tamaya", L'Ethnographie, 1958-1959 tome 53, 18 – 74
- ³⁴ ANDRO A. & LESCINGLAND M., « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », Population & Société, Octobre 2007 N° 438, 4 pages
- ³⁵ GILLETTE-FAYE I. & LEYE E., Cartographie des mutilations génitales féminines (MSF) en Europe, Edition GAMS, Paris, 2002, Réactualisée en octobre 2007, Non publiée
- ³⁶ d'après Asha Mohamud, Nancy Ali, Nancy Yinger, World Health Organization and Program for Appropriate Technology in Health (WHO/PATH), FGM programs to Date : What Works and What Doesn't, WHO, Geneva, 1999, in Liz CREEL, Abandoning Female Genital Cutting, PRB, Washington, 2001
- ³⁷ Plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision », téléchargeable sur le site internet <http://www.travail-solidarité.gouv.fr> (rubrique « Femmes/Egalité », dossier « Actions de communication/publications »)
- ³⁸ Code pénal, art. 226-14
- ³⁹ Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance
- ⁴⁰ Rey-Salmon C, Vazquez P, Do Quang LD. Les mutilations sexuelles féminines. Archives de Pédiatrie, 2005; 12: 347-50