ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE LA FACULTE LIBRE DE MEDECINE DE LILLE

LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES : ETAT DES LIEUX ET PRISE EN CHARGE

(ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE)

Mémoire présenté et soutenu par

Dounia BOUJAHMA

Née le 10 août 1983

PROMOTION 2007

Je tiens à remercier :

Mon directeur de mémoire le Docteur Richard MATIS pour sa guidance.

Tout particulièrement Madame VAAST pour sa disponibilité, sa patience et ses corrections.

Les professionnels qui m'ont accordé un entretien pour l'élaboration de ce mémoire : le Docteur ANTONETTI-NDYAYE, Madame ELAÏSSI, le Docteur COLLINET pour leurs collaborations à ce mémoire.

Merci à Marie et sa Maman pour leurs corrections.

Sylvain pour son aide, son soutient si précieux et son temps passé à me corriger.

Et enfin Merci Maman….

SOMMAIRE

INTRODUCTION…… 2

PREMIERE PARTIE

I. **Définition des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF)**…….. 3
II. **Description des MSF**…….. 3
III. **Les chiffres dans le monde et en France**…….. 7
1. Dans le Monde
2. En France
3. Dans la région Nord-Pas-de-Calais
IV. **Distribution Géographique**……. 7
1. Dans le monde
2. En France
3. Dans la région Nord-Pas-de-Calais
V. **L'Age**……. 11
VI. **Le Mode Opératoire**……. 11
VII. **Les Complications**……. 13
1. Complications immédiates
2. Complications secondaires
3. Les complications à long terme
4. Complications obstétricales
5. Complications sexuelles
6. Complications psychologiques
VIII. **La Reconstruction chirurgicale**…… 22

DEUXIEME PARTIE

I. **Origines et Raisons des MSF**……. 25
1. Histoire
2. Les Raisons
II. **La Lutte contre les MSF**……. 30
1. Le cadre législatif
2. Les campagnes de prévention

TROISIEME PARTIE

I. **La prise en charge prénatale**……. 38
1. Interrogatoire
2. Examen clinique : vérification des organes génitaux externes
3. Prévention
4. Limites
5. Signalement
6. Prise en charge obstétricale
II. **La prise en charge en salle d'accouchement**……. 45
III. **La prise en charge en suites de couches**…… 47
1. Médicale
2. Prévention
3. Prise en charge pédiatrique
4. Signalement

CONCLUSION……..... 49
BIBLIOGRAPHIE…….. 50
ANNEXES…… 59

INTRODUCTION

De nos jours dans le monde, **quatre mutilations sexuelles féminines par minute,** trop de petites filles et de femmes dont le vécu horrible ressemble à celui d'Hannah à l'âge de 10 ans :

« On m'a conduite vers un endroit très sombre pour me déshabiller. On m'a bandé les yeux et on m'a mise toute nue (…) Quatre femmes m'ont maintenue sur le dos, deux d'entre elles tenant fermement mes jambes. Une autre femme s'est assise sur ma poitrine pour m'empêcher de bouger. On m'a fourrée un morceau d'étoffe dans la bouche pour me faire cesser de crier. Ensuite, on m'a rasée. Quand (l'opération) a commencé, je me suis débattue sauvagement. La douleur était affreuse, insupportable. Tandis que je me débattais, l'une des opératrices m'a coupée profondément à l'aide d'un canif qui ne coupait pas et j'ai perdu du sang. Toutes les personnes qui participaient (à l'intervention) étaient à moitié ivres. » Il ne s'agit pas là d'un témoignage sur des tortures infligées par des tortionnaires en temps de guerre. C'était des amis de la famille d'Hannah qui avait amenée par sa propre grand-mère.

Ces cris, cette douleur j'ai pu les imaginer à travers les récits, les voir à travers les films, les ressentir lors de la rencontre émouvante avec ces patientes à la Maternité de l'Hôpital de La Fontaine à Saint-Denis (93). Ces pratiques ne sont pas que lointaines, à Lille et à l'échelle de la région, ce sont 3675 fillettes et adolescentes qui sont concernées. Nous serons donc amenés en tant que professionnel de santé à rencontrer et prendre en charge ces patientes. Une prise de conscience s'effectue grâce à de nombreux colloques régionaux. Mais, les différents professionnels de santé en maternité, y compris dans celles accueillant ces femmes mutilées, ont encore trop de méconnaissance, de tabou, de peur d'aborder la problématique de ces pratiques pourtant condamnées avec vigueur. La grossesse est l'occasion pour ces femmes de parler et pour nous de rompre le silence qui persiste face à ces pratiques qui nous bousculent au plus profond de nous-mêmes. Les soignants font face à un problème médical, légal mais aussi culturel et éthique qui en tant que future sage-femme, ne m'a pas laissée indifférente.

Pour que les professionnels de santé puissent prendre en charge ces patientes au mieux, il faut qu'ils puissent avoir des connaissances sur ce que sont les mutilations sexuelles féminines. Ils doivent pouvoir les identifier, connaître les complications qu'elles impliquent, savoir pourquoi et où elles sont pratiquées et à travers cette compréhension, étudier quels moyens sont utilisés pour lutter contre ces pratiques. Nous tenterons à travers ce mémoire qui se veut bibliographique de répondre à ces exigences. Enfin nous aborderons la prise en charge de ces femmes pendant et après la grossesse, une prise en charge qui se veut spécifique, tout en soulevant les questions qui se posent à nous, en tenant compte de nos propres réactions face à ces pratiques.

Pour prendre en charge les patientes atteintes de mutilations sexuelles féminines, les équipes médicales doivent, tout d'abord, savoir reconnaître ces mutilations afin de pouvoir les dépister. Elles doivent également connaître les complications qu'elles peuvent entraîner de part les modifications anatomiques qu'elles impliquent et la façon dont elles sont pratiquées.

PREMIERE PARTIE

I. Définition des MSF

[2, 8, 12, 18, 21, 43, 47, 55, 74, 89, 92, 95, 96,103]

Selon la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) adoptée en 1995 à Genève, les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique.

La terminologie initiale était « mutilations génitales féminines », terme adopté à la conférence régionale du comité inter-africain qui s'est tenue à Addis Abeba en novembre 1990.

Ces mutilations permanentes, irréversibles, affectant ainsi la santé des femmes et des enfants, contribuent à exercer un contrôle de la sexualité féminine qui s'inscrit dans un rapport de domination des hommes sur les femmes. Elles portent donc atteinte à la liberté de disposer de son corps, de sa sexualité et au droit à l'égalité. Du fait de leur retentissement sur la sexualité des femmes, l'appellation s'est modifiée en « mutilations sexuelles féminines » (MSF), plus précise.

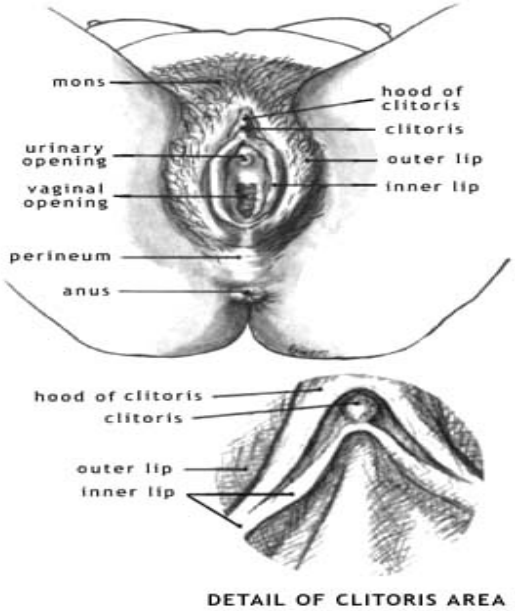
Elles interviennent à différents niveaux anatomiques que nous allons décrire.

II. Description des MSF

[18, 21, 76, 89]

Il existe, depuis dix ans, une classification [78] permettant une lecture facile mais pas toujours applicable aux patientes. Il est surtout important de comprendre les organes touchés.

Anatomie de la vulve avant toute mutilation [135]



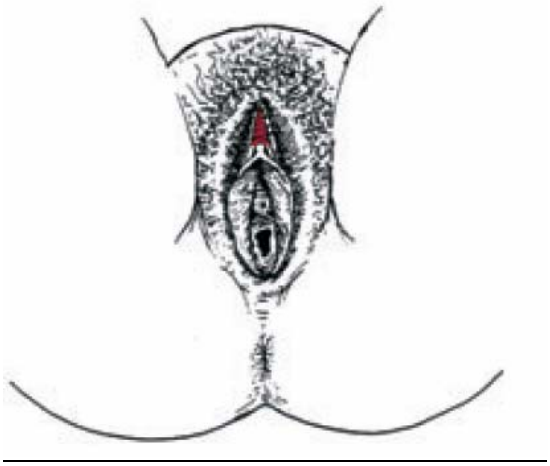
- **Type I** – excision du prépuce clitoridien, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris.

Appelé par différents auteurs circoncision clitoridienne ou sunna

Sunna

Bien que sunna, dans la religion islamique, représente l'ensemble des paroles, préceptes et recommandations du prophète, dans ce contexte, elle implique l'ablation du capuchon clitoridien. (Nous expliquerons dans la deuxième partie du mémoire la raison de l'emploi de ce terme.)

[111]



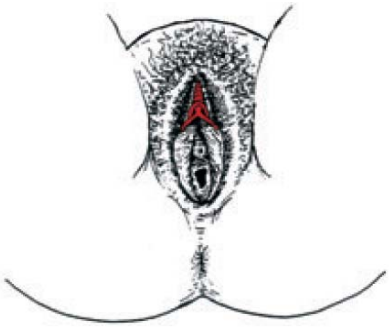
Excision- circoncision [51, 65,74]

Il est important de clarifier ce sujet, car certains auteurs considèrent ces mutilations comme l'équivalent de la circoncision masculine qui consiste en l'ablation du prépuce. L'opération n'entraîne aucune complication médicale sauf si elle est pratiquée dans des conditions opératoires ou hygiéniques douteuses. Contrairement à l'excision féminine, la circoncision masculine n'a pas pour volonté d'atteindre la masculinité, d'inhiber la libido ou l'accès au plaisir sexuel. L'excision féminine a pour équivalent masculin, au niveau symbolique, comme anatomique, la pénectomie, l'émasculation ou l'ablation du gland. L'analogie entre excision féminine et circoncision masculine n'a donc pas lieu d'être.

- **Type II** – excision du clitoris (clitoridectomie), avec excision partielle ou totale des petites lèvres, pouvant être associée à l'application de diverses substances (cendres, herbes, terre, etc.) pour des raisons antiseptiques ou autres.

Appelé communément excision.

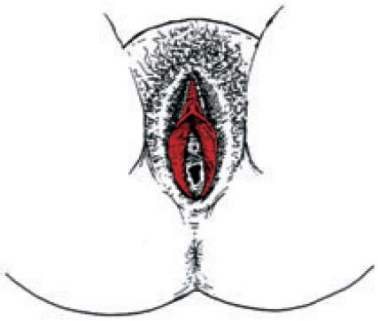
[135] [111]



- **Type III** – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vulvaire laissant juste un orifice pour permettre l'écoulement des urines et du sang menstruel.

Appelé infibulation, circoncision pharaonique ou encore circoncision soudanaise.

[135] [111]

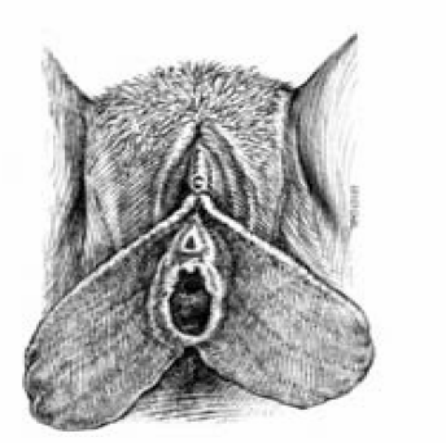


- **Type IV** – Il regroupe toutes les interventions non classées :

- Piqûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres.

- Etirement du clitoris et/ou des lèvres.

[111]



- Cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant.

- L'incision Gishiri [76,105] est une incision du vagin.

- L'incision Angurya [76, 105] est l'ablation de la boucle de l'hymen sur des bébés. La croyance est qu'elle continuerait à grandir et finirait par sceller l'orifice vaginal si celle-ci n'est pas enlevée. Alors que sans être touchée, la boucle disparaît pendant les premières semaines de vie.

D'après les informations reçues, ces deux incisions ne sont pratiquées que dans certaines régions du Nigeria.

- Introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour resserrer ou rétrécir le vagin.

- Introcision forme de mutilations pratiquées par les aborigènes Pita Pita en Australie. Lorsqu'une fillette atteint la puberté, l'ensemble de la tribu (des deux sexes) se réunit. L'officiant, un homme âgé, élargit l'orifice vaginal en le déchirant vers le bas à l'aide de trois doigts attachés par une ficelle d'opossum.

- Les défibulations et réinfibulations successives touchent les femmes infibulées. En effet, lorsqu'une femme est infibulée, elle peut être défibulée lors d'un accouchement. Elles concernent également les jeunes mariées pour permettre les relations sexuelles. Ces femmes sont ensuite réinfibulée après l'accouchement ou en prévision d'une longue absence du mari. Cela peut être pratiqué tout au long de la vie sexuelle d'une femme.

Lorsque l'on interroge le personnel médical la plupart répondent ; [125]
« Cela existe encore ? »
« Il n'y en a pas en France ! »
« Dans le Nord on n'en voit pas ! »
Pourtant les chiffres suivants nous permettent de réaliser que ces pratiques n'ont pas disparu.

III. Les chiffres dans le monde et en France

1. Dans le monde

[10, 46, 78, 88, 89, 92, 102]

Selon l'OMS, les mutilations sexuelles concernent 138 millions de femmes et de fillettes.

D'après les derniers chiffres de l'UNICEF en 2006, 3 millions de petites filles sont mutilées ou menacées de l'être chaque année ; soit environ six mille par jour .

Les chiffres de l'OMS montrent que la forme la plus courante de mutilations sexuelles féminines est l'excision du clitoris et des petites lèvres (type II) pratiquée dans presque tous les cas (jusqu'à 80%) ; l'infibulation, forme la plus extrême, est pratiquée dans 15 % des cas**.**

2. En France

[38]

La commission « Genre et Violence », dont les constats sont repris dans le rapport « Violence et Santé », a rappelé les données communiquées par le GAMS « Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles » estimant à 60 000 par an le nombre de femmes excisées ou en danger de l'être.

Les femmes résidant en France et concernées par ces violences sont présentes essentiellement dans les 9 régions suivantes : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes, Haute-Normandie, **Nord-Pas-de-Calais,** Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne, Picardie, Pays de la Loire.

3. Dans la région Nord-pas-de-Calais

[38, 125]

Le Nord est le 8ème département le plus touché. Si l'on ajoute le Pas-de-Calais qui a une moindre prévalence, la région Nord-Pas-de-Calais se trouve alors en 13ème position. A Lille et à l'échelle de la région, ce sont 3675 fillettes et adolescentes qui sont concernées.

IV. Distribution géographique

1. Dans le monde

[12, 36,46, 89, 93, 104,124]

La prévalence des MSF est largement observée dans 28 pays africains mais contrairement à ce que l'on peut penser ces pratiques ne sont pas l'apanage de la seule Afrique Sub-Saharienne, elles existent aussi dans certains pays d'Asie et du Moyen-Orient. Selon des rapports présentés lors de différentes réunions, la pratique existe dans les pays suivants:

Le TYPE 2 : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte- d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Sierra

Leone, Soudan,Tanzanie, Tchad, Togo, Yémen.

Le TYPE 1 : Les pays énumérés ci-dessus plus l'Australie, le Bahreïn, des régions de l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie, les Emirats Arabes Unis.

Le TYPE 3 : Djibouti, Egypte (Nubiens) [83], Ethiopie, Mali, Somalie, Soudan.

Incisions Gishiri et Angurya: Nigeria.

Les autorités des pays concernés nient parfois l'existence des mutilations sur leur territoire car ce sujet reste tabou. C'est pour cela qu'il est difficile d'obtenir une estimation précise.

Les données les plus sûres et les plus complètes sur la prévalence et la nature des mutilations sexuelles féminines proviennent des Enquêtes Démographiques et Sanitaires (EDS) et des Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) [102] ; il faut toutefois interpréter ces chiffres avec prudence car ils représentent les moyennes nationales et ne reflètent pas les différences de prévalence souvent marquées. En effet, le pourcentage de femmes mutilées peut varier d'une région à l'autre, mais surtout d'une ethnie à une autre.

Au Nigeria, par exemple, [75] la prévalence nationale est de 19%. Dans les régions du sud elle atteint presque 60% alors que dans le nord elle varie de 0 à 2 %.

Au Mali [26, 100], les ethnies du sud comme les Bambaras, les Soninkés ou les Malinkés excisent plus que les ethnies du Nord, les Songhaïs, les Tamasheqs et les Arabes.

Carte des données des EDS [42,102, 104]

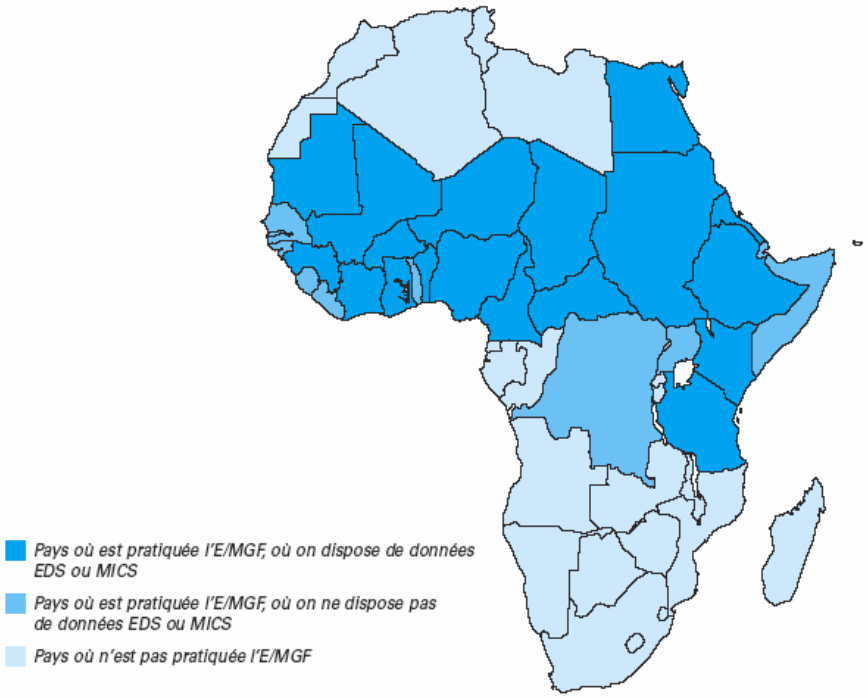


Tableau 1 : Prévalence des Mutilations sexuelles féminines dans les 28 pays africains où elles sont pratiquées [25, 42, 46, 102,104]

Pays	Type de MSF	Prévalence	Type d'enquêtes et dates
Bénin	I et II	17%	EDS 2001
Burkina-Faso	I et II	77%	EDS 2002
Cameroun	I et II	20%	Pas d'enquête
Côte d'Ivoire	I et II	45%	EDS 1998-99
Djibouti	I, II et III	**98%**	Pas d'enquête
Egypte	I, II et III	**97%**	EDS 2003 Echantillon de femmes ayant été mariées au moins une fois
Erythrée	I, II et III	**89%**	EDS 2002
Ethiopie	I, II et III	**80%**	EDS 2000
Gambie	I et II	**90%**	Pas d'enquête
Ghana	I et II	5%	EDS 2003
Guinée Conakry	I, II et III	**99%**	EDS 1999
Guinée-Bissau	I et II	50%	Pas d'enquête
Kenya	I, II et III	32%	EDS 2003
Libéria	I et II	60%	Pas d'enquête
Mali	I, II et III	**92%**	EDS 2001
Mauritanie	I et II	71%	EDS 2001
Niger	I et II	5%	EDS 1998
Nigeria	I, II et III	19%	EDS 2003
Ouganda	I et II	5%	Pas d'enquête
Rép.centraficaine	I et II	50%	MICS 2000
Rép.Dém. du Congo	I et II	5%	Pas d'enquête
Sénégal	I et II	20%	Pas d'enquête
Sierra Léone	I et II	**90%**	Pas d'enquête
Somalie	III	**98%**	Pas d'enquête
Soudan	III	**90%**	MICS 2000 Enquête effectuée dans le Nord du pays Echantillon de femmes ayant été mariées au moins une fois
Tanzanie	II et III	18%	EDS 1996
Tchad	II et III	60%	Pas d'enquête
Togo	II	12%	Pas d'enquête

En rouge : les chiffres supérieurs ou égaux à 8O%

Ces données ont pour but de permettre aux sages-femmes et aux professionnels de santé de repérer les patientes à risque, risque d'être mutilées ou de faire pratiquer une mutilation sexuelle à leurs fillettes.

2. En France
[37,38]

La pratique des MSF existe également en Europe [122] parmi les populations d'immigrés au Danemark, au Royaume-Uni, en Finlande, en France, en Allemagne, en Italie, en Hollande, en Suède, en Suisse. Le type de mutilation dépend des origines culturelles de chaque famille d'immigrés.

En général, en France, ces migrants d'Afrique noire sont en très grandes majorités originaires des pays du sud du Sahara, plus particulièrement de 3 pays ; du Sénégal, du Mali, de la Mauritanie et plus récemment de Côte d'Ivoire, de Gambie, et de Guinée Conakry.

Le fleuve Sénégal traversant le Mali, la Mauritanie et le Sénégal, cet espace géographique est plus particulièrement peuplé par les ethnies Mandé (Bambara, Diakhandé, Malinké, Mandingue, Nyominka, Socé, Soninké) et Halpulaars (Toucouleur et Peul) qui pratiquent l'excision. [36]

On a pu estimer, à partir des chiffres sur l'immigration, qu'en France les migrants Mandé représentent 80% du flux total en provenance d'Afrique noire, tous pays confondus au sud du Sahara et que les Halpulaars représentent environ 15%.

3. Dans la région Nord-Pas-de-Calais
[38, 125]

Ce sont 2758 fillettes d'origine Mandé qui sont concernées et 517 d'origine Halpulaars. Depuis les condamnations au tribunal correctionnel et en cour d'assise des « exciseuses traditionnelles » et des parents, les familles ne prennent plus le risque d'exciser leurs filles sur le territoire français, ces pratiques sont maintenant exécutées lors de voyage à l'étranger.

Les chiffres nous aident à comprendre l'ampleur du phénomène, à connaître les pays et les ethnies concernés.

Mais, comme le cite Isabelle Gillette Faye [125] *« Est-ce important de savoir combien il y en a, lorsque l'on sait l'intensité de la souffrance d'une enfant ? », « Quatre petites filles sont décédées sur le territoire français, c'est déjà trop ! »*

Il faut savoir que :

« A l'origine cela se passait lorsqu'une fille atteignait l'âge de la puberté et le rituel avait alors une signification, car la jeune fille était désormais fertile et capable d'avoir des enfants. Mais avec le temps, l'excision s'est pratiquée sur des filles de plus en plus jeunes… » [28]

V. L'âge

[36, 42,55, 57, 73,102, 111]

L'âge auquel une fillette est soumise à cette pratique varie d'une région à l'autre et, dans le même pays, d'une communauté ou d'une ethnie à une autre. Par exemple, en Ethiopie parmi les populations des hauts plateaux, une petite fille est excisée à l'âge de 7 jours. Dans les populations des plaines, près de la frontière somalienne, les fillettes sont infibulées à l'âge de 6 ou 7 ans. Dans les pays de l'Afrique de l'ouest où la mutilation est pratiquée en tant que rite d'initiation, l'âge peut aller de 13 ans jusqu'au mariage. Parmi les Ibos au Nigeria, l'excision est pratiquée juste avant celui-ci. Les Abohs dans le sud-ouest du Nigeria excisent une femme juste avant la naissance de son premier enfant. Néanmoins, l'OMS constate une nette diminution de l'âge des fillettes mutilées. Au Mali, aujourd'hui, ce sont des nourrissons qui subissent l'excision parfois quelques jours seulement après leur naissance, 54.3% se pratique dans la première année de vie.

Pour les fillettes immigrées, la mutilation est réalisée le plus souvent en bas âge mais cela dépend des possibilités financières de la famille pour retourner dans le pays d'origine.

« Accusée d'avoir fait exciser au Mali sa fille de deux ans… » [124]

VI. Le mode opératoire

[8, 28, 51, 55, 57, 71, 74, 86, 100, 119,120]

« J'ai regardé entre mes jambes et j'ai vu la femme se préparer. Elle m'a fixée avant de plonger la main dans un vieux sac en toile. Je ne la quittais pas des yeux parce que je voulais savoir avec quoi elle allait me couper. Je m'attendais à un grand couteau mais elle a sorti un minuscule paquet enveloppé dans une étoffe de coton. Avec ses longs doigts, elle y a péché une lame de rasoir cassée et en a examiné chaque côté. Le soleil était maintenant assez haut et il y avait suffisamment de lumière pour voir les couleurs mais pas les détails. Pourtant j'ai vu du sang séché sur les bords de la lame. Elle a craché dessus et l'a essuyée sur sa robe. C'est alors que tout est devenu noir, maman m'avait mis un bandeau sur les yeux. Ensuite j'ai senti qu'on coupait, ma chair, mes organes génitaux. J'entendais le bruit de la lame aller et venir. C'était comme si on vous tranchait à vif la chair de la cuisse ou du bras sauf qu'il s'agissait de la partie la plus sensible du corps. Pourtant je n'ai pas bougé d'un centimètre je voulais que ma mère soit fière de moi. Puis je n'ai plus rien senti je venais de m'évanouir. Quand je suis revenue à moi, je pensais que c'était terminé, mais le pire était à venir. On m'avait ôté mon bandeau et j'ai vu que la tueuse avait à coté d'elle un petit tas d'épines d'acacia. Elle les a utilisées pour faire des trous dans ma peau puis elle y a passé un solide fil blanc et m'a recousue tandis que ma pauvre mère me tenait dans ses bras…puis on m'avait changée de place et allongée sur le sol, près du rocher, seule. Mes jambes étaient attachées ensemble, par des bandes de tissus, depuis les chevilles jusqu'aux hanches, de sorte que je ne pouvais plus bouger. » [28]

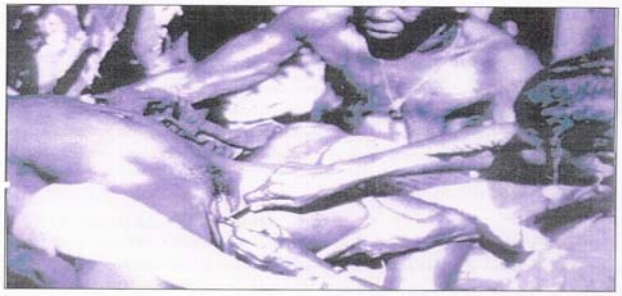
Les exciseuses, traditionnellement appelées de la sorte, reprennent une fonction assumée par leurs ancêtres. Par exemple, l'ethnie de la caste des forgeronnes, très respectée au Mali, excise de mère en fille depuis des générations. Ces femmes n'ont aucune connaissance, elles utilisent toutes sortes d'instruments : **couteau, lame de rasoir, morceau de verre**…

Les exciseuses sont respectées dans leur société en tant que chirurgiennes et herboristes traditionnelles efficaces. Les mutilations peuvent aussi être pratiquées par des sages-femmes.

L'intervention se fait sans anesthésie et dans des conditions d'hygiène déplorables. Les parties excisées seront ensuite enterrées ou serviront de « gri-gri ».

Les soins post-opératoires, quand ils existent, sont assurés par l'exciseuse ou par la famille. Dans le cas d'une infibulation, comme le témoignage ci-dessus, les points de la partie infibulée seront enlevés après une semaine pour s'assurer que la suture soit aussi étroite que le consent la tradition. Ce n'est que lors de la première relation sexuelle que le mari ouvre le sexe de sa femme par la seule force de sa verge ou parfois à l'aide d'instruments.

Scène d'excision [73]



Dans certains pays, comme l'Egypte [83], le Soudan et le Kenya, certaines familles font pratiquer l'excision par un médecin. Cette pratique de médicalisation de l'excision est devenue très lucrative pour les praticiens qui utilisent l'argument de l'hygiène pour donner une certaine respectabilité à l'acte.

Pour les fillettes immigrées, auparavant les parents se cotisaient pour faire venir l'exciseuse dans le pays d'accueil, l'excision se déroulait alors au domicile parental. Plusieurs enfants d'une même communauté étaient excisées en même temps car la venue de l'exciseuse était onéreuse. Mais la médiatisation des procès en France a dissuadé les parents qui, par peur, excisent leurs filles lors de vacances. La décision est souvent prise par les parents, mais certaines mutilations sont réalisées contre le gré de l'un ou l'autre, par la grand-mère, la tante paternelle ou une autre autorité morale de la famille ou du groupe.

« Une gynécologue malienne raconte, avec une émotion toujours aussi vive, comment une patiente qu'elle avait soignée après des années de traitement contre l'infertilité, avait perdu, des suites d'hémorragies, son enfant unique, excisée à son insu, vers l'âge de deux ans. »[96]

VII. Les complications

[13, 21, 18, 29, 47, 52, 73, 101]

La fréquence et la nature des complications immédiates et chroniques dépendent de l'hygiène locale, de l'habileté et de l'expérience de l'opératrice, ainsi que de la résistance de la victime (si l'enfant se débat avec force, le risque de complications augmente), mais aussi et surtout du type de mutilation. L'infibulation cause le plus de dommages.

1) Complications immédiates des MSF

Elles sont parfois dramatiques.

La douleur très violente provoquée par la section d'un organe richement innervé, ajoutée à la peur et l'angoisse peut entraîner un état de choc. Souvent ces fillettes ont déjà entendu les cris de leurs sœurs ou voisines subir une excision, certaines y ont même déjà assisté.

« Elle (l'exciseuse) tire avec ses doigts, le plus possible, ce minuscule morceau de chair et coupe comme si elle tranchait un morceau de viande. Malheureusement, il lui est impossible de le faire en un seul geste. Elle est obligée de scier. Les hurlements que j'ai poussés me résonnent encore aux oreilles. J'ai pleuré, crié (…) La femme coupe, cisaille (…) C'est une douleur inexplicable, qui ne ressemble à aucune autre » [24]

Les blessures causées par des mouvements de défense, peuvent provoquer des gestes maladroits de l'opérateur et donc des lésions des organes adjacents (vagin, périnée postérieur, urètre). Ces mouvements peuvent également aboutir à des fractures (fémur, clavicule, humérus) du fait de la pression exercée sur les membres de la fillette pour la maintenir immobile.

« Ma sœur était grande et forte soudain, elle a donné un coup de pied dans la poitrine de la vieille femme, la faisant tomber à la renverse, puis elle s'est débattue contre elle et ma mère qui la maintenait, et a réussi à se relever. J'ai vu avec horreur du sang couler le long de ses jambes et laisser une traînée sur le sable tandis qu'elle se sauvait en courant. Toutes les deux se sont précipitées derrière elle, mais ma sœur les avait largement distancées quand elle s'est écroulée, évanouie… » [28]

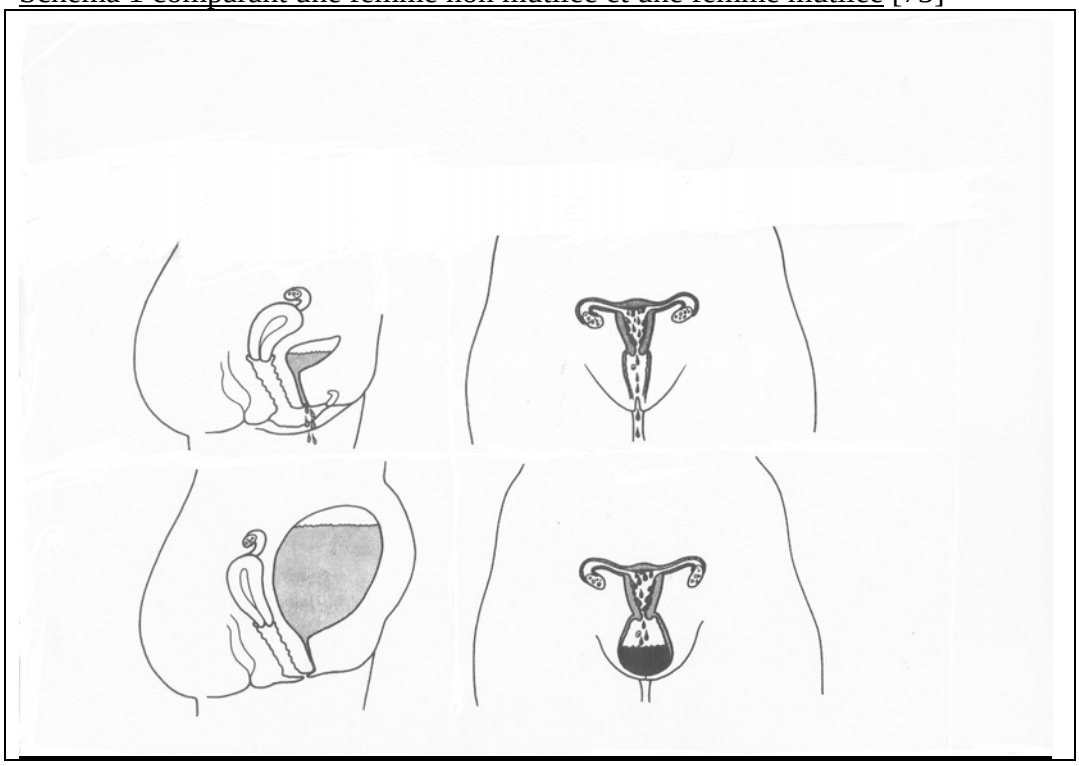
L'hémorragie fait souvent suite à la section de l'artère clitoridienne. Importante et difficile à contrôler, elle peut entraîner un état choc pouvant aller jusqu'au décès car les conditions dans lesquelles se déroulent les MSF ne permettent pas la prise en charge de telles complications.

*« Quand j'ai été excisée, j'avais 11 ans, nous étions en vacances avec ma famille, nous étions 7 enfants, la même lame de rasoir pour toutes, une fillette est décédée… ».*Cette situation racontée par une jeune fille de 20 ans n'est pas exceptionnelle. [124]

La rétention d'urine réflexe du fait de la douleur occasionnée par l'urine sur la plaie. [Schéma 1]

« Après l'opération, personne n'a été autorisé à venir m'aider à marcher. La mixture qu'on a appliqué sur ma blessure sentait mauvais et me faisait mal. Ça a été des moments horribles. À chaque fois que je voulais uriner, j'étais obligée de me tenir toute droite. L'urine coulait sur la blessure et, à chaque fois, me causait de nouvelles souffrances. Parfois, je me contraignais à ne pas uriner, par crainte de la douleur. Au cours de l'opération, on ne m'a donné aucun anesthésique pour atténuer mon supplice, ni aucun antibiotique pour prévenir les infections. Par la suite, j'ai eu des hémorragies et j'ai fait de l'anémie. On a attribué cela à la sorcellerie. Pendant longtemps j'ai souffert de graves infections vaginales. [28]

Schéma 1 comparant une femme non mutilée et une femme mutilée [73]



Rétention d'urine Hématocolpos

2) Complications secondaires

[47,82]

Les infections aiguës sont fréquentes. Elles sont dues aux conditions d'hygiène désastreuses, aux pansements traditionnels et à l'immobilisation prolongée de la fillette dans ses urines et ses matières fécales. L'infection peut être locale à type de phlegmon ou d'abcès mais peut s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et du péritoine et donc provoquer une endométrite, une salpingite voire une pelvipéritonite pouvant aboutir à une stérilité. Elle peut diffuser et se généraliser en gangrène gazeuse ou septicémie aboutissant au décès.

D'autres complications infectieuses sont possibles comme le tétanos, le sida, les hépatites et autres maladies hématogènes dues à l'utilisation d'un même instrument pour plusieurs petites filles.

En cas d'infibulation et lors de l'apparition des règles, peut se développer, derrière la cicatrice, un hématocolpos qui va venir distendre le vagin voire les trompes, provoquant de violentes douleurs, des infections, une endométriose pouvant être source de stérilité. [Schéma 1]

Le névrome cicatriciel est une complication très gênante, l'emprisonnement du nerf dorsal du clitoris, dans un point de suture ou dans du tissu cicatriciel, entraîne l'apparition d'une tumeur sensible interdisant tout contact et pouvant gêner la position assise.

La pseudo-infibulation est une complication des MSF de type II. Il y a accolement des petites lèvres qui forment un pont cicatriciel recouvrant le méat urinaire, entraînant donc les mêmes complications que l'infibulation.

L'anémie résultant des pertes sanguines.

Dans l'étude de DIRIE et LINDMARK [29] portant sur 290 patientes mutilées, on retrouve dans 39% des cas un risque d'hémorragie et d'infection.

Si ces complications ne sont pas prises en charge, elles persisteront et s'aggraveront avec le temps.

3) Les complications à long terme
[18,21] [ANNEXE VII]

Les complications urinaires : ces femmes peuvent présenter des infections urinaires à répétition, des troubles de la miction et une incontinence urinaire due principalement aux lésions de l'urètre. On y retrouve une bactériurie persistante dans 25% à 30% des cas [29]

Le risque de voir apparaître ces complications est plus élevé en cas d'infibulation.

Des problèmes cicatriciels : lorsque la plaie ne cicatrise pas correctement elle laisse apparaître des chéloïdes vulvaires, des kystes dermoïdes, des abcès récidivants ou des névromes.

Kyste Dermoïde [135]

Les complications gynécologiques : A type de dysménorrhées, ménorragie, sténose vaginale, vaginite chronique, endométrite chronique, annexites, infertilité, stérilité, fistule.

« Une gamine de 7ans lave son linge dans une bassine, elle s'appelle Fanta. Elle doit savonner son linge, es vêtements dix fois par jour. C'est elle qui les souille : elle est devenue incontinente – on dit « fistuleuse » pour parler de ces femmes qui finissent par être rejetées par leur mari. » [96]

Les MSF portent atteinte à l'intégrité des organes génitaux externes de la femme, entraînant des complications durant la grossesse et l'accouchement.

4) Complications obstétricales

[15, 18, 21,47, 48, 107, 128]

La sévérité des complications est proportionnelle à celle de la mutilation, elles sont d'autant plus graves quand la femme se trouve dans un pays disposant de moyens restreints.

- **Pendant la grossesse**

On observe une augmentation de la vascularisation vulvaire qui majore le risque hémorragique et incite à déconseiller tout geste chirurgical vulvaire non indispensable. On préfère attendre le post-partum pour envisager l'ablation d'un kyste dermoïde devenu gênant ou traiter une cicatrice chéloïde. La sensibilité aux infections locales est également plus grande.

Les mutilations de type II et III augmentent le risque d'infections génitales basses, d'infections urinaires et par conséquent le risque de fausses couches spontanées tardives, de menace d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes.

- **En salle de naissance**
  [17, 47,53, 62,107]

Les résultats d'une nouvelle étude, menée sous l'égide de l'OMS [77,107] ont été rendus publics en juin 2006. Elle a été menée entre novembre 2001 et mars 2003 et a porté sur 28393 femmes dans 28 centres au Burkina-Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal, Soudan.

Chez les femmes qui ont subi la forme la plus extrême de mutilation, MSF III, le risque de césarienne est en moyenne de 30 % supérieur à celles qui n'ont subi aucune mutilation.

De même, par atonie utérine, le risque d'hémorragie du post-partum est de 70 % plus élevé chez ces patientes. [21]

L'étude a également montré que la mutilation génitale féminine fait courir un risque important aux nouveau-nés lors de l'accouchement. Ceux dont la mère a subi une mutilation ont plus souvent besoin d'être réanimés (le taux est de 66 % plus élevé chez les femmes ayant subi une mutilation de type III). De même, le taux de mortalité néonatale et post-partum immédiat est beaucoup plus élevé : la surmortalité est de 15 % dans le cas des mutilations de type I, de 32 % dans le type II, et de 55 % dans le type III. On estime que dans le contexte africain, sur 1000 accouchements, 10 à 20 bébés de plus meurent à cause de cette pratique.

« L'étude a été conduite dans des hôpitaux où le personnel obstétrical est habitué à s'occuper de femmes ayant subi une MGF. Il est vraisemblable que les conséquences des MGF sont pire encore pour les innombrables femmes qui accouchent chez elles sans l'aide de personnels expérimentés », a ajouté le Dr PAUL VAN LOOK, Directeur du Programme spécial de recherche en reproduction humaine [77] auquel a été confiée l'organisation de l'étude.

La raison avancée dans cette étude pour expliquer la survenue de ces complications est la relative inélasticité du tissu cicatriciel entraînant une obstruction et une déchirure du périnée lors de l'accouchement. Ces patientes sont également plus nombreuses à subir une épisiotomie. Cette obstruction peut être également cause de travail prolongé, ce qui augmente le risque de césarienne, d'hémorragie importante, de détresse chez le nouveau-né et de mortinaissance.

Dans l'étude de BERARDI [15], menée en région parisienne sur 71 patientes excisées type II, repérées en consultation et comparées à un groupe témoin de 581 femmes appariées en terme de parité et d'antécédents, il n'a pas été observé de différence significative pour les critères suivants : bosse séro-sanguine, extractions instrumentales, taux de césarienne. Mais en matière d'expulsion, le taux d'épisiotomies est plus important, 86% contre 56% et ainsi que celui des déchirures périnéales 11% contre 3.8%. Chez les multipares le taux d'épisiotomies est de 15% contre 12% mais le taux de déchirures est plus important chez les femmes excisées (22.6%). En d'autres termes, malgré la pratique plus large d'épisiotomies chez les femmes excisées, il y a plus de déchirures du périnée. Ces déchirures sont antérieures, situées dans la partie la moins élastique.

Dans les types I et II, en France, les lésions sont donc essentiellement des déchirures du périnée antérieur ou postérieur au moment du dégagement pouvant aboutir à des périnées complets compliqués avec lésion du rectum, malgré de larges épisiotomies. Bien réparées, elles n'ont en général pas de conséquences fâcheuses.

En dehors de ces déchirures, il existe cependant des cas où un léger rétrécissement du bassin à l'origine d'une disproportion foeto-pelvienne s'associe aux lésions scléreuses de la vulve et impose de faire une césarienne ce qui soulève d'autres problèmes délicats.

Si l'obstétricien n'intervient pas, on expose l'enfant à un risque de mort in utero, d'hypoxie fœtale et donc d'éventuelles séquelles psychomotrices. La mère, quant à elle, risque une rupture utérine ou de graves déchirures périnéales.

En revanche, infliger une césarienne à une jeune africaine dont on sait qu'elle aura d'autres grossesses, est une lourde responsabilité. L'existence d'une cicatrice sur l'utérus fait redouter la possibilité d'une rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure, pouvant être mortelle en brousse.

Pour les femmes infibulées, les complications obstétricales sont maximales.

L'existence d'une insuffisance rénale chronique résultant d'infections des voies urinaires à répétition peut entraîner une hypertension gravidique [104] et les complications obstétricales qui y sont associées.

Ce type de mutilation empêche une surveillance du travail par l'impossibilité de réaliser la surveillance du col par les touchers vaginaux du fait du

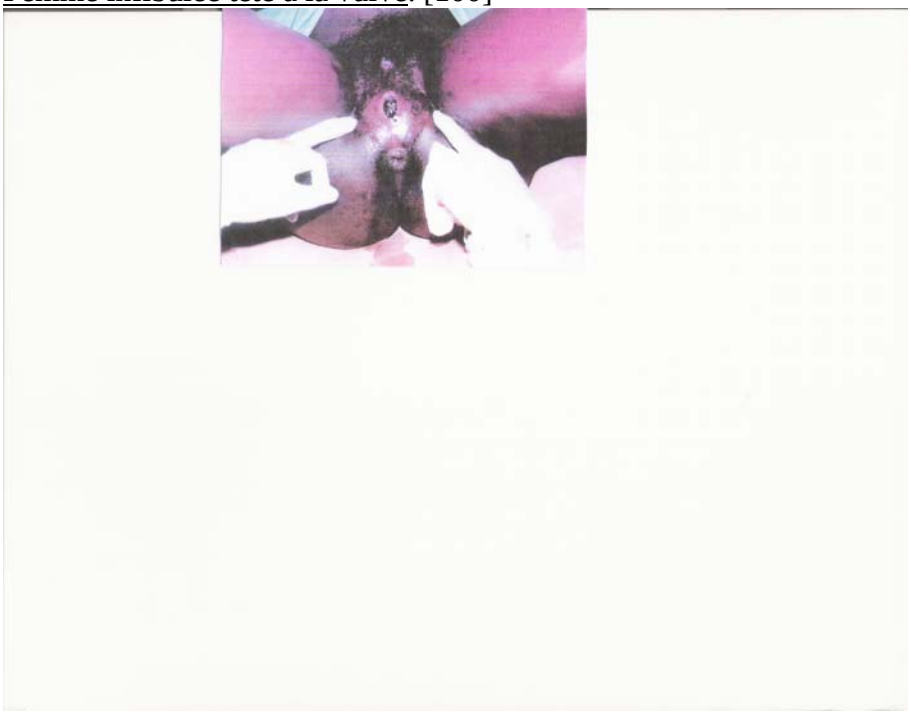
rétrécissement de l'orifice vaginal ajouté à la douleur de la cicatrice. La pose d'un spéculum et le sondage évacuateur ou à demeure peuvent s'avérer difficiles voire impossibles.

Pose d'un spéculum sur une femme infibulée [135]

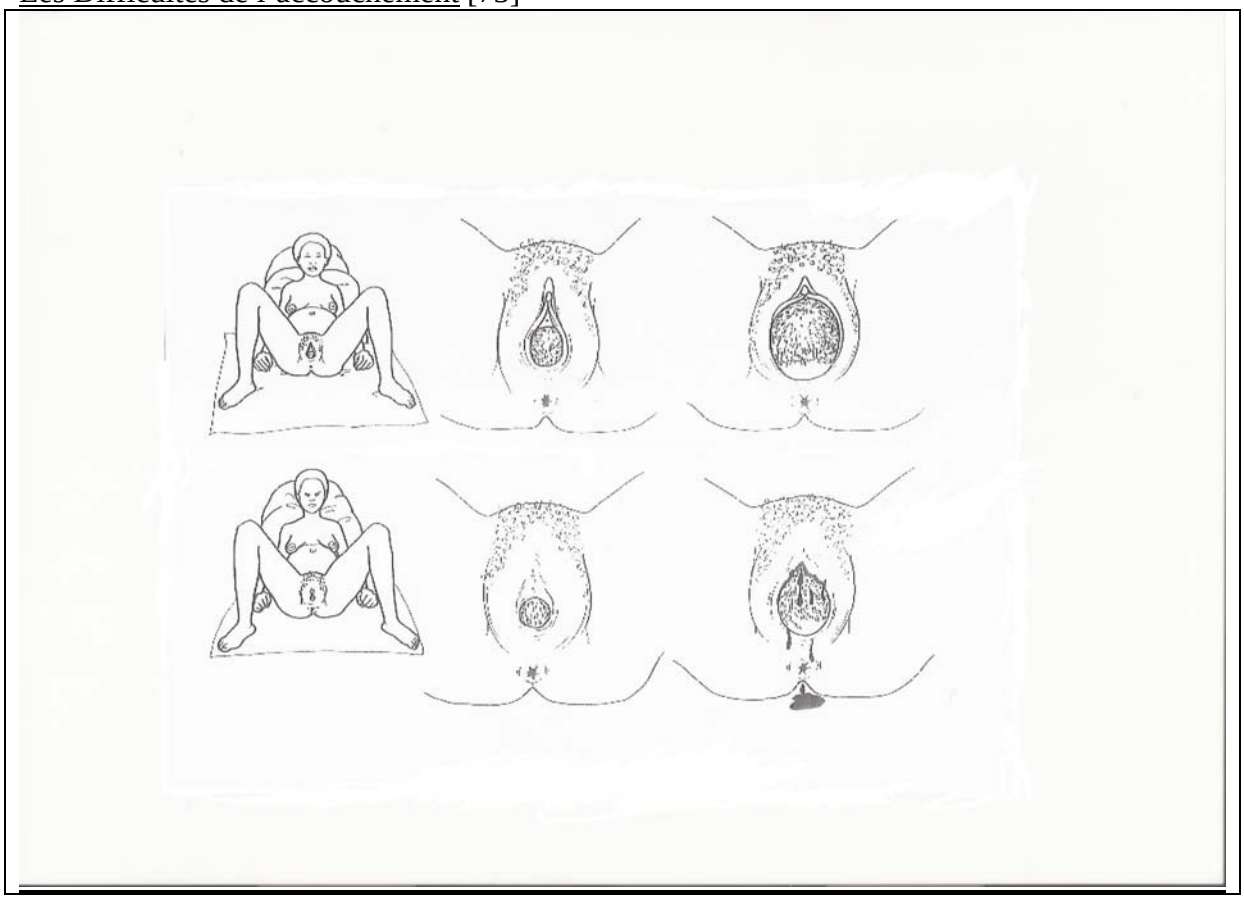
L'infibulation augmente la durée de la 2ème partie du travail, pouvant aboutir à une hypertonie par lutte qui pourra avoir pour conséquence une rupture utérine.

Lors de l'accouchement si une désinfibulation (partie III du mémoire) n'est pas effectuée, il peut y avoir dystocie des parties molles et donc un dégagement laborieux. Le risque fœtal est alors l'hypoxie, engendrant des séquelles neurologiques, voire la mort. De plus la pression prolongée de la tête fœtale sur le périnée peut entraîner une ischémie et une nécrose des cloisons vésico-vaginales ou recto-vaginales, il en résulte alors des fistules. D'autre part, au moment de l'expulsion peut survenir un périnée complet compliqué.

Femme infibulée tête à la vulve. [100]



Les Difficultés de l'accouchement [73]



- **Durant le post-partum**

La douleur est chose courante chez ces femme mutilées, au niveau d'une partie du corps déjà très sensible.

« Deux semaines après l'arrivée d'une co-épouse, j'accouche d'une petite-fille, Binta. Avec encore beaucoup de déchirures dues à l'excision. Cette cicatrice intime, dont à l'époque je ne parle jamais ne cesse de me faire souffrir ainsi à chaque accouchement » [57]

Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, se révèlent vers le 10 ou 12ème jour des suites de couches par une incontinence urinaire et/ou anale, favorisant des infections urinaires et vaginales déjà fréquentes.

Certes, on peut réparer de telles fistules en milieu chirurgical mais cette réparation est délicate. En Afrique, il n'est pas toujours possible pour une villageoise d'accéder à un hôpital, de surcroît à un service spécialisé. Devenue incontinente, la jeune femme sera progressivement mise à l'écart par sa famille et son village, situation aboutissant parfois au suicide. Dans les études africaines, presque toutes les patientes présentant des fistules urinaires sont de jeunes primipares, âgées de 14 à 19 ans.

Pour conclure, les mutilations sexuelles, avec les grossesses précoces, contribuent au taux élevé de la mortalité maternelle en Afrique. En 1995, ce taux était de 14 pour 100 000 naissances en France et de 2000 pour 100 000 au Mali. Lorsqu'une

femme meurt du fait d'une maternité en France, il en meurt 60 au Sénégal, 81 au Burkina Faso, 200 au Mali. [47]

A ces complications physiques mettant au premier plan la vie de ces femmes s'ajoutent des conséquences sexuelles et psychologiques perturbant leur épanouissement et leur bien être en tant que femme.

5) Complications sexuelles
[1, 42, 132]

Ces complications sont le plus souvent une dyspareunie, une absence de sensation, une diminution de la libido, une anorgasmie.

Elles sont aisées à comprendre lorsqu'on se réfère aux zones anatomiques atteintes par les MSF. Les corpuscules tactiles de Krause-Finger, récepteurs très sensibles, se situant dans le clitoris, jouent un rôle érogène très important. Leur lésion ou leur section amène à la perte totale de sensation ou au contraire à des douleurs extrêmes à la moindre stimulation. Les glandes de Bartholin, situées au niveau du tiers inférieur du vagin permettent de lubrifier les voies génitales et facilitent les relations sexuelles, leur lésion entraîne donc des complications à type de dyspareunie.

Mais il est difficile d'évaluer ces complications car il s'agit d'un sujet tabou. Dans différentes études et enquêtes retrouvées dans la littérature, les femmes répondent en minorité à ces questions : dans une étude à Reims [1], sur 14 femmes interrogées par une sage-femme, 8 ont accepté de répondre aux questions sur leur sexualité. Voici un échantillon de leur réponse.

« Les africaines vous diront qu'elles ont du plaisir et c'est normal. Il s'agit d'une notion culturelle et qui peut être variée : la jouissance mais aussi le fait d'avoir été choisie, de procurer du plaisir à son mari ou encore de procréer » [1]

« Les occidentaux pensent que les femmes excisées ne jouissent pas mais c'est faux » [1]

De plus il est difficile de faire un lien entre les différents types de mutilations et les complications sexuelles car les études se contredisent sur ce sujet.

En Egypte, une étude menée en 1981 [62] sur 2000 femmes montrait que 25% d'entre elles n'avaient pas de sensation lors des rapports sexuels, 30% souffraient d'une baisse de la libido, de passivité, voire de répulsion envers l'acte sexuel, et 50% de dyspareunie ou de vaginisme. A contrario, une étude [75] menée au Nigeria, sur 1836 femmes ayant subi des mutilations de type I et II montre qu'il n'y a pas de diminution du plaisir par rapport aux femmes non mutilées malgré une baisse de la libido.

« Pour moi les rapports sexuels sont douloureux et j'ai du mal à y trouver du plaisir. Il faut donc que mon mari fasse très attention à ne pas me faire mal et reste constamment maître de lui. » Femme excisée du Burkina Faso [73]

D'après l'avis des professionnels ayant rencontré ces femmes [124, 129, 132], la notion de sexualité est complexe à aborder. Elles répètent souvent en consultation qu'on leur « a volé leur féminité ». La sexualité de ces femmes s'est donc construite sur un manque, la notion qu'il n'y a rien à cet endroit : souvent ces femmes ne veulent pas toucher et ne veulent pas que leur partenaire touche cet endroit ce qui occasionne souvent des difficultés dans le couple. Parmi les femmes égyptiennes interrogées 10%, ne s'estiment pas femmes. Il est nécessaire parfois pour ces patientes

d'entamer une thérapie pour retrouver une estime de leur corps et une sexualité plus épanouie.

6) Complications psychologiques

On ne dispose pas de beaucoup d'informations sur ces complications dans la littérature. Il est important de souligner que, bien souvent, les femmes concernées n'identifient pas les symptômes qu'elles présentent comme une conséquence de la mutilation subie. Cet acte est considéré comme un passage obligatoire et normal dans la vie d'une femme, celles-ci parlent donc peu du traumatisme engendré. C'est souvent pour elles un événement lointain, de plus, toutes les femmes de leur entourage ont le même type de problèmes. Parfois même, elles attribuent cela à un maléfice ou à la sorcellerie [74].

C'est à partir de la rencontre avec le personnel médical [124, 126,129], soignant, les psychologues et les acteurs associatifs que l'on mesure toute la dimension de ces complications.

Les troubles psychologiques cités sont le stress, la dépression, les cauchemars.

Au Sénégal, une étude menée en 2005 [14], montre que les femmes mutilées souffrent dans 30,4% des cas d'un syndrome post-traumatique associé à des troubles de la mémoire et 48% d'autres syndromes psychiatriques associés la plupart du temps à des troubles du comportement.

Aujourd'hui, l'excision concerne des petites filles qui naissent et vivent sur le territoire français. Elle grandissent et découvrent, par le biais des médias, ces pratiques, ou lors de leurs premières expériences sexuelles, quand leur partenaire leur dit « tu es différente », là, elles comprennent alors ce qu'elles ont subi.

« Viviane Fanta, découvrant enfant dans la glace de la salle de bain qu'elle n'était pas comme les autres ; Kadidia Bassole, que son gynécologue trouve « bizarre » ; Fatoumata Bangre, traitée de « coupée » par son premier petit ami, toutes se sont demandées ; « Pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi m'a t-on fait cette chose » Aucune n'a vraiment trouvé la réponse. De ces affaires là, on ne parle pas. Et quand on le fait, on dit tellement de choses… » [84]

Elles éprouvent de la honte et ne comprennent pas le geste de leur mère dont le rôle premier est de les protéger.

« Je ne me souviens de rien, c'est mieux. […] Mais des fois je fais des cauchemars. Et puis, j'ai mal quand mon mari me touche ! […] je ne ferai jamais subir à ma fille, ce que ma mère m'a fait subir. » Femme infibulée d'Ethiopie [9]

Pour les femmes vivant en Occident, des études ont montré que les difficultés psychologiques sont au premier plan. Une fillette subissant une MSF lors d'un retour au pays risque de garder son expérience secrète, souvent par honte, ayant subi des pressions visant à la faire taire ou ayant refoulé complètement cet événement douloureux de sa vie.

« A l'âge de 3 ans j'ai été excisée. (…) A mes sempiternelles questions, ma mère me répondait que c'était une tradition soninké - mon ethnie - de scarifier et d'exciser les femmes (…) Puis elle finissait par dire : « Tais-toi, il ne faut plus en parler de ces choses là » » [9]

De plus, la femme mutilée peut présenter un grave traumatisme psychologique que l'on peut assimiler à celui exprimé par les femmes ayant subit un viol. Une perte de confiance envers les parents ou les grands-parents apparaît, ce qui peut générer angoisse, dépression, irritabilité chronique et à plus long terme, difficultés sexuelles, conflits de couple ou psychose.

« Je me suis mise à détester ma mère et ma grand-mère pour ce qu'elles m'avaient fait subir. Pendant l'opération, ma mère avait disparu me laissant seule au moment où j'avais le plus besoin d'elle. Je lui ai expliqué que si je n'avais pas survécu à ce traumatisme, elle aurait été responsable de ma mort. » [9]

Selon Mme PENNAERT, psychologue à l'hôpital Rothschild à Paris [124] :

- *« Il y a le traumatisme de l'excision elle-même*
- *Celui de la découverte de leur excision, lors de laquelle il peut y avoir une reviviscence de souvenirs, de sensations refoulées. Cela est amplifié si elles le découvrent dans des mauvaises conditions, un gynécologue qui les regarde avec horreur, le fiancé qui les rejette.*
- *Et le tabou qui alimente le traumatisme. L'excision qui aujourd'hui n'a plus le sens qu'elle avait, donne aux femmes un sentiment d'injustice, d'une punition. »*

Lorsqu'elles viennent consulter, la prise en charge est longue et difficile. Elles doivent se mettre à nu, parler de leur intimité, de leur sexualité. Pour certaines, une thérapie suffira à les aider, et pour les autres, elles ne peuvent espérer s'épanouir qu'après une reconstruction de leur corps et la récupération de ce qu'on leur a volé.

Aujourd'hui, en France, une solution peut leur être proposée, la chirurgie « reconstructrice ».

VIII. La Reconstruction Chirurgicale

[32, 79, 80, 124,125, 126, 129, ANNEXE VI]

Cette technique initiée en Afrique puis en France par FOLDES, urologue français, existe depuis 25 ans, elle est reproductible depuis 8ans, [20,30] et 2100 femmes ont pu en bénéficier.

Cette opération est aujourd'hui prise en charge par la sécurité sociale et des médecins se forment à cette technique notamment à **Nantes, à Nice, à Lyon** et à **Paris** où quatre hôpitaux la proposent :

- La clinique louis XIV, à Saint-Germain en Laye, où exerce le docteur Foldés,

- l'Hôpital Bichat,

- le Centre Hospitalier de Créteil,

- l'Hôpital Rothschild, [81,129] cette équipe a travaillé sur la technique chirurgicale mais également sur la mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire. Ainsi toutes les patientes de Rothschild rencontrent en premier lieu une sage-femme qui les accueille, leur explique l'opération et organise le suivi à venir. Elles rencontrent une psychologue, un chirurgien gynécologue, un infirmier spécialisé dans la douleur mais aussi un sexologue qui évalue la sensibilité clitoridienne avant et

après l'intervention et qui accompagne ces femmes dans la redécouverte de leur corps et de leur sexualité après la chirurgie.

Ces patientes sont adressées par les responsables associatifs qui ont une place importante dans le relais, entre le milieu médical et les femmes notamment en cas de barrière linguistique mais surtout par le bouche-à-oreille qui existe entre elles.

Les motifs de consultations sont pour FOLDES de trois types :

- La revendication identitaire, elle est présente dans 100% des motifs de consultations et elle est la revendication primaire dans 86% des cas.
- La revendication sexuelle est primaire dans 94% et elle est présente dans 66 % des cas.
- Et arrive en troisième, la douleur, dans 56% des cas elle est primaire, présente dans 21% des revendications.

L'opération [ANNEXE VI] est réalisée sous anesthésie générale pour éviter le traumatisme de revivre leur excision, elle nécessite 24h d'hospitalisation.

Le clitoris est un organe interne de 10 centimètres, dans 97% des cas, l'excision revient à une désinsertion de la peau qui fait reculer le moignon clitoridien. Ce dernier se retrouve projeté en haut et en arrière, collé à l'os du pubis. La réfection clitoridienne est une chirurgie qui vise à reconstruire l'organe en libérant les adhérences.

Le chirurgien incise le capuchon clitoridien de façon médiane, le long de l'ogive pubienne. On arrive ainsi au contact de l'albuginée des corps caverneux. Puis il dissèque de chaque coté jusqu'au contact de la symphyse pubienne, permettant ainsi de dégager le genou clitoridien. Il isole ainsi le ligament suspenseur, qui maintenait le clitoris dans sa loge et le sectionne, amenant le genou clitoridien à s'abaisser vers l'avant. La libération du genou clitoridien 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. 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. Parfois une résection importante ou une perte de substance plus grande créée par la mutilation peut rendre nécessaire une libération plus complète encore. Il est donc nécessaire de poursuivre la dissection le long de la branche ischio-pubienne en dégageant progressivement le corps qui mesure huit centimètres. Ensuite, le chirurgien supprime les tissus cicatriciels de façon à avoir une coupe saine des corps caverneux bien vascularisés et innervés et donc un néo-gland fonctionnel. Il reconstitue ce capuchon par des Blair-Donati sur la peau avec du vicryl 5/0 en adossant de façon étanche les deux albuginées La partie finale consiste à fixer ce nouveau gland clitoridien en position 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. Le chirurgien fixe la partie basse de l'organe à la peau par des points séparés avec du vicryl l/0. Puis le capuchon clitoridien est repositionné par des points profonds de vicryl 3/0. Ce nouveau gland n'est pas recouvert de peau et il convient de la laisser se revitaliser contrairement à ce qui était réalisé avant, elle se pigmentera dans les mois qui suivent.

La douleur peut se faire ressentir durant 10 jours après l'intervention. Le suivi et l'évaluation se fait sur le plan esthétique (aspect, cicatrisation), sur le plan sensoriel (disparition de la douleur, sensibilité), sur le plan sexuel et sur le plan psychologique. La sensibilité superficielle clitoridienne réapparaît environ 8 semaines après l'intervention. Sur le plan sexuel, la satisfaction est en général avancée, mais elle semble difficile à étayer de façon scientifique. Un suivi par un sexologue s'avère nécessaire et complémentaire à la méthode chirurgicale. Ces patientes doivent être revue à 10 jours, un mois et 6 mois au minimum après l'intervention mais bien souvent ces femmes sont très difficiles à suivre sur le long terme. Une fois la chirurgie faite, bon nombre d'entre elles ne reviennent pas en consultation.

Au vue de l'épidémiologie, ces pratiques continuent à perdurer, elles concernent également les femmes migrantes et les fillettes nées en France que nous serons amenés à prendre en charge. De part leurs complications médicales, nous avons, en tant que professionnels de santé gynécologues, obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, médecins scolaires, psychologues, sexologues et beaucoup d'autres, une place importante dans la prise en charge [49]. Un espoir est né à travers la reconstruction chirurgicale. Mais ce n'est qu'un moyen palliatif qui est insuffisant.

En effet, pour pouvoir lutter contre ces pratiques, il est nécessaire de s'intéresser et comprendre les raisons pour lesquelles ces mutilations existent et pourquoi elles persistent malgré leurs conséquences multiples sur la santé physique, mentale et psychosexuelle des victimes. Grâce à cette compréhension, de nombreux moyens sont mis en œuvre pour prévenir ces mutilations, accompagnés d'une législation stricte dont nous verrons les principaux textes et lois que le personnel soignant se doit de connaître pour un suivi optimal de ces patientes.

DEUXIEME PARTIE

I. Origines et raisons des mutilations

[43, 51,74, 89, 96, 103,105]

1) Histoire

[9, 51]

L'excision des femmes chez les Egyptiens remonterait à 6000 ans avant Jésus-Christ, c'est-à-dire qu'elle plonge ses racines dans le néolithique et qu'elle a dû être d'un usage courant dans toute l'humanité protohistorique. L'extension géographique du fait l'atteste: Egypte, Ethiopie, Syrie, Perse délimitent en effet le foyer de la première néolithisation occidentale

D'origine païenne, l'excision s'est donc développée bien avant l'apparition des religions révélées, monothéistes.

A l'époque de la colonisation, la pratique de l'excision ne soulève aucune polémique en Europe. Les anthropologues, les administrateurs coloniaux et l'Eglise catholique ont connaissance d'une telle coutume mais n'en ont pas fait cas.

La clitoridectomie n'est pas un phénomène purement africain mais a fait partie intégrante de la médecine européenne au 18ème / 19ème siècle. En Angleterre, en 1865, le Dr ISAAC BAKER BROWN (1812-1873), Directeur de la Medical Society of London, est convaincu que l'origine de toutes maladies nerveuses prend sa source dans la masturbation. Afin d'enrayer cette pratique, il décide d'enlever aux fillettes et aux femmes le clitoris et dans certains cas les petites lèvres.

Une vive controverse s'ensuit et presque tous les numéros de Lancet et du Britisch medical Journal publient les prises de position des partisans et adversaires de cette méthode entre 1866 et 1867.

HERZBERGER FOFANA P. à travers de nombreux exemples [51] nous montre que l'excision a été une pratique fréquente en Europe jusqu'au 19ème siècle et qu'elle n'était pas considérée comme un acte barbare.

Aujourd'hui, il en est autrement : pour nous, il est difficile de comprendre pourquoi les MSF se pratiquent toujours. Et pourtant, il est important de connaître ces raisons pour une meilleure prise en charge des femmes et une meilleure prévention.

2) Les raisons [3, 36, 42, 89, 90, 105, 121]

❖ **Les raisons sociologiques**

Qu'est-ce qui pousse des millions de parents à mutiler ainsi leurs enfants :

« Une Toucouleur: *Pour s'épanouir et vivre en harmonie avec les siens, il faut subir cette pratique car elle est non seulement purificatrice, mais aussi respectueuse des traditions de nos grands et arrière-grands-parents; il faut la suivre pour ne pas être maudit. » [1]*

« Pour nous la coutume c'est comme pour vous Noël » [1]

« C'est l'honneur de la famille qui est en jeu, non excisées on ne trouverait pas de mari » [1]

« Cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand mère, l'ont fait. C'est la coutume. C'est difficile de renier ses origines même si je sais que l'excision est mutilante » [1]

Une femme égyptienne parle de ses filles en bas âge *«bien sûr que je les ferai circoncire exactement comme leur mère, leur grand-mère et leurs sœurs l'ont été. C'est notre coutume. » [1])*

Ces propos recueillis évoquent unanimement la coutume en premier lieu, la tradition**,** ces pratiques ont contribué avec d'autres caractéristiques physiques ou de comportement, à définir l'appartenance au groupe. Cela est encore plus évident lorsque les MSF font partie de rites d'initiations et de passage à l'âge adulte. Dans une société où se pratiquent les MSF, une fille ne peut être considérée comme un membre adulte de la communauté si elle n'a pas subi cette épreuve.

La plupart des parents qui s'adonnent à de telles pratiques n'agissent pas en pensant faire du mal à leur progéniture. Bien au contraire, ils souhaitent faciliter l'intégration sociale de leur petite fille, éloigner d'elle le mauvais sort, la maladie, la folie, la stérilité.

De plus, l'excision est une condition indispensable au mariage de la femme. Elle garantit l'honneur de la famille. Une jeune fille qui refuse l'excision faisant subir un déshonneur à sa famille, à sa mère mais surtout à son père qui ne pourra pas la marchander au meilleur prix.

La jeune fille non excisée est, encore de nos jours, considérée comme une citoyenne de seconde classe, impure, une 'bilekoro' selon une expression typique au Mali. Une telle jeune fille n'a pas le droit de préparer les repas familiaux avant d'accepter d'être excisée.

Pour ces femmes, il est aussi difficile de subir cette épreuve que de la refuser et de se retrouver rejetée par leur famille, leur ethnie, se retrouvant seule pour survivre. Elles ne pourront jamais se marier avec un membre de la communauté si elles

ne sont pas excisées or se marier avec un homme de la même communauté est une tradition très importante en Afrique.

Enfin, l'importance ethnique est considérable dans les populations immigrées. Elle marque le désir de conserver une identité culturelle au sein d'un pays qui n'est pas le leur. Les mutilations sexuelles sont un exemple du maintien de cette identité. La communauté d'origine exerce sur ces femmes une très forte pression sociale. Elle peut s'exprimer de diverses manières et elle constitue un facteur déterminant de la perpétuation de ces pratiques.

« J'ai été infibulée à l'âge de 5 ans ; il y a une chose que les gens oublient en général, les gens de l'extérieur quand ils vous parlent de « ça » , une chose qu'ils oublient énormément, c'est l'influence que peut avoir le milieu et l'entourage sur la petite fille. On en arrivait à désirer « ça » pour être comme les autres et moi je l'ai exigé pendant une année, je pensais que je ne pourrais pas me marier et on le désirait et on voulait que ça vienne. » [24]

- **<u>Les raisons religieuses</u>**
  [98, 104,123]

La religion est souvent invoquée par les Musulmans pratiquant les MSF.

« Les maliennes excisent leurs filles et circoncisent leurs garçons non par barbarie mais par amour, pour leur assurer longue vie et la protection de Dieu. Une fille non excisée est considérée comme une mauvaise musulmane. » [1]

L'excision est en effet souvent considérée comme une tradition de l'Islam. Les parents le font en pensant répondre à une obligation dictée par le Coran alors que pour la plupart, ils ne l'ont jamais lu. La controverse de la prescription des mutilations provient d'un hadith attribué au prophète qui aurait recommandé à Um Attiah, une exciseuse « si tu coupes n'exagère pas car cela rend plus rayonnant le visage et c'est plus agréable pour le mari ». D'où le nom sunna utilisé pour les mutilations de type I. Or ce hadith est considéré comme dhaif par les savants musulmans, ce qui signifie que son authenticité n'est pas prouvée et pour preuve, il n'existe aucune allusion aux MSF dans le Coran. Elles ne sont pas pratiquées dans tous les pays musulmans comme le Maroc, l'Algérie, la Tunisie ou l'Iran et elles sont antérieures à l'avènement de l'Islam.

Pour mettre fin à ces croyances beaucoup d'associations notamment musulmanes féminines [70], de hauts dignitaires musulmans et d'Imams se positionnent contre les MSF, pour informer les différentes communautés que la religion ne leur demande pas de mutiler leurs filles.

Ces pratiques se retrouvent aussi dans les populations chrétiennes. Pour l'Abbé Sylvain Camara au Mali [98] « *la circoncision serait recommandée dans l'ancien testament comme un signe d'appartenance au peuple élu d'Israël, un symbole d'alliance effectué sur les garçons ; le nouveau testament y substitue le baptême comme rite religieux. Par ailleurs, il souligne qu'aucune mention n'est faite de l'excision dans la bible, ce qui est pour lui une preuve suffisante que cette pratique n'engage en rien sa foi* ». Les chrétiens qui pratiquent ces mutilations le feraient plutôt au nom de la tradition.

Enfin, la majorité des animistes pratique les MSF qui font partie d'un ensemble de mythes et de rîtes dans l'adoration de multiples Dieux. Le caractère

sanglant semble s'intégrer à la pratique du sacrifice de sang frais pour les cérémonies rituelles ; ce qui fait dire par beaucoup que les MSF seraient d'origine animiste, bien avant l'avènement des religions monothéistes.

❖ Les raisons hygiéniques et esthétiques

Le clitoris est jugé comme un organe sale et laid, il est aussi réputé pour dégager une mauvaise odeur. La jeune fille est donc impure tant qu'elle le conserve.

« Eloignez-vous de moi, vous n'êtes que deux petites filles sales et malsaines ; vous n'avez même pas encore été excisées ! » dit un père somalien à ses filles. [28]

Dans certaines ethnies existe une croyance selon laquelle le clitoris à la puberté grandirait et pendrait entre les jambes, tel un pénis. L'excision aurait donc pour but de rendre la femme plus belle.

❖ Les raisons médicales

Certains défenseurs des mutilations leur attribuent des vertus sur la santé des femmes. Ainsi, certains médecins, notamment en Egypte [10], déclarent que les MSF préviendraient du cancer du col de l'utérus, des affections inflammatoires génitales et des maladies sexuellement transmissibles.

Elles favoriseraient également la fertilité par maintien de l'érection du fait de l'étroitesse du vagin et par une rétention de sperme dans les voies génitales. Elles favoriseraient également le maintien et le bon déroulement de la grossesse.

❖ Les raisons économiques
[99, 11]

Les exciseuses font partie intégrante de la société. Elles viennent d'ethnies qui excisent de mère en fille, elles sont respectées et écoutées. La pratique des MSF est pour elles une source de revenus importants.

« La vieille femme est arrivée. Dans notre communauté, on la considère comme un personnage important, non seulement parce qu'elle possède un certain savoir mais également parce qu'elle gagne beaucoup d'argent en pratiquant ces excisions. Le prix à payer pour cette cérémonie représente une très grosse dépense pour une famille mais il est considéré comme un bon placement puisque les filles qui ne sont pas excisées ne peuvent pas être mise sur le marché du mariage… La « bohémienne », comme certains l'appellent, est donc un membre important dans notre société somalienne… » [28]

Dans beaucoup de pays, elles font office d'accoucheuses traditionnelles. Elles sont rémunérées en argent ou en marchandises telles que des poulets, des oeufs, du riz, etc. et elles jouissent d'une position sociale élevée. L'éradication des MSF entraîne pour ces praticiennes la perte de leur revenu et de leur statut social.

« La responsable de cet acte irréparable, conséquence d'une excision mal faite, c'est Baga Sinaba, une dame de 65 ans …Chaque mère lui donnait 2500 francs CFA, un poulet et un bol de mil. Dans la région elle passait pour la championne

- 20 fillettes excisées par an et par village- elle en couvrait une trentaine. Sa mère, elle-même forgeronne, l'avait initiée et lui avait transmis le couteau. Elle s'en était débarrassée il y a trois ans, lorsqu'elle a compris, elle dit « avant, je ne posais pas de question, j'étais fière, c'était la coutume, dit-elle. Je le regrette mais il est trop tard ». [96]

Il est difficile pour beaucoup de ces femmes de renoncer à une activité lucrative. C'est pour cela que les associations sur le terrain incluent dans leurs campagnes de lutte une reconversion de ces exciseuses afin de les dissuader de revenir à leur ancienne pratique.

L'excision garantit également l'assurance d'une dot plus importante lors du mariage de la jeune fille. Or la dot permet en général de financer le mariage des fils, garant de la continuité de la filiation. Les parents trouvent donc un avantage économique à la mutilation de leurs filles.

❖ **Les raisons psycho sexuelles**

La sauvegarde de la chasteté est une des raisons fréquemment invoquées. Les MSF permettraient la préservation de la virginité ainsi le professeur Corréa du Sénégal [89] élabore ce point:

«L'ablation du clitoris, éliminant ainsi la sensibilité sexuelle de la jeune fille, la protège de l'instabilité sexuelle et des excès, sinon de la débauche, et lui permet de garder sa virginité jusqu'au mariage. L'infibulation, qui est en fait une variante complémentaire de l'excision, était auparavant pratiquée presque partout dans le monde et l'est toujours dans quelques pays – le Soudan, la Somalie, le Djibouti – dans le but de procurer une sécurité supplémentaire à la jeune fille et de l'aider à rester sexuellement intacte jusqu'au soir de son mariage. Les jeunes filles ainsi protégées sont réputées pour avoir des valeurs morales très élevées et un avantage supplémentaire sur lequel les parents peuvent capitaliser en demandant une dot substantielle.»

De même, les MSF en diminuant le désir sexuel de la femme permettraient le contrôle de la sexualité féminine et des fonctions reproductrices. Ce qui réduirait ainsi le risque de relations extraconjugales.

❖ **Les raisons relatives aux croyances** [36]

De nombreux mythes entourent le clitoris et lui attribuent des pouvoirs maléfiques.

Le Mythe de la bisexualité originelle : l'être humain possède avant son initiation 4 éléments spirituels : 2 âmes (ni) et 2 intelligences (dya) qui sont logées dans le prépuce et le clitoris. La circoncision chez l'homme et l'excision de la femme permettent de ne conserver que le ni et le dya correspondant à leur sexe. Il s'agit d'une dette de sang que l'homme doit verser aux divinités afin d'avoir le droit d'appartenir à un sexe bien précis.

Cela contribue à rendre la personnalité de la femme excisée plus féminine, une notion souvent associée à la docilité et à l'obéissance.

Le Mythe Bambara : le clitoris est un dard qui peut blesser, voire tuer l'homme ; ce dard est appelé wanzo.

Le Mythe du Dogon : Dieu nommé Amma, veut s'unir à la terre dont le sexe est une fourmilière et le clitoris une termitière. C'est alors que le premier désordre

de l'univers se produisit…Au moment où Dieu s'approche, la termitière se dresse, barre le passage et montre sa masculinité. Elle est l'égal du sexe de l'homme, l'union n'aura pas lieu. Pourtant Dieu est tout puissant. Il abat la termitière rebelle et s'unit à la terre excisée.

On retrouve aussi la croyance selon laquelle le clitoris peut devenir si long qu'il obstrue l'entrée du vagin et rend impossible tout rapport sexuel ou qu'il vient moucher le nouveau-né à la naissance et l'empêche de respirer.

Enfin, en Afrique la peur du mauvais œil et la peur de la magie sont très ancrées. Ainsi lorsqu'une fillette présente des complications de son excision, les parents l'attribuent à un maléfice.

Les associations sur le terrain informent les femmes du village, les marabouts et les griots sur ces pratiques en leur démontrant les effets néfastes afin de faire cesser ces croyances mystiques. Tout en essayant de promouvoir les pratiques traditionnelles bénéfiques comme l'allaitement maternel, le port des nourrissons sur le dos…

La lutte contre ces mutilations passe par la compréhension des raisons pour pouvoir mener des campagnes de prévention adaptées mais passent également par une législation ferme.

II. Lutte contre les MSF

1. Le cadre législatif

- **Au niveau international**
  [4, 5, 6, 41, 44, 45, 50, 73, 106]

La Déclaration universelle des Droits de l'Homme, en 1948, première convention internationale permettant de lutter contre les MSF. Elle déclare que « nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains, dégradants ».

Les deux Pactes Internationaux relatifs aux Droits Civils Politiques et aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels, en 1966, condamnent les discriminations fondées sur le sexe et reconnaissent le droit universel à jouir du meilleur état de santé possible. Ces pactes n'entraînent pas de répression des exciseuses.

La Convention Internationale pour l'Elimination de toutes les formes de discrimination à l'Egard des Femmes est signée en 1979 suite à la conférence de Khartoum organisée par l'OMS. C'est la première médiatisation des MSF. Dans son article 2 elle oblige : « les Etats partis à adopter toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. »

La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1981. Elle dispose dans son article 4 que : « la personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit ». Plus de cinquante états africains ont adhéré à cette charte.

La Convention Internationale contre la Torture, les Peines et les Traitement Inhumains et Dégradants en 1984 et la Convention sur les droits de l'enfant en 1989 viendront compléter les mesures législatives prises lors de la Convention Internationale pour l'élimination de toutes les discriminations à l'égard des fillettes et des femmes.

La Charte Africaine des droits et du bien être de l'enfant. Elle dispose dans son article 21.1, que : « les Etats partis à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier :

a) Les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ;

b) Les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons. »

La Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle stipule dans son article 24 que : « les Etats partis reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. » Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africain le Bénin, le Mali...

Le Protocole relatif aux droits des femmes à la Charte Africaine des Droits de l'homme et des peuples adopté à Maputo le 11 juillet 2003. Il garantit aux femmes des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Son article 5 condamne explicitement pour la première fois les MSF et demande aux Etats partis de prendre les dispositions nécessaires pour y répondre. Ce protocole est entré en vigueur après avoir été ratifié par quinze pays : l'Afrique du Sud, le Bénin, le Cap Vert, les Comores, Djibouti, la Gambie, le Lisotho, la Libye, le Malawi, le Mali, la Namibie, le Rwanda, le Sénégal et le Togo.

En occident [52,66] la législation existe en Suisse depuis 1983, en Suède depuis 1982, au Royaume-Uni depuis 1985, au Pays-Bas depuis 1993, en Australie seulement pour l'interdiction de l'infibulation et aux Etats-Unis depuis 1996.

- **Au niveau européen**
  [35,72]

Le parlement européen a adopté une résolution le 26 février 2001 qui déclare que toutes les formes de mutilations sexuelles constituent, à l'égard des femmes, une violation de leurs droits fondamentaux qui sont les droits à l'intégrité de la personne et à la santé physique et mentale et que de telles violations ne sauraient être justifiées par le respect de traditions culturelles ou de cérémonies initiatiques.

La convention Européenne des Droits de l'Homme déclare dans son article 3 « nul ne peut être soumis à la torture ni à des traitements dégradants ». Cet article est souvent invoqué dans le cas du droit d'asile pour annuler la décision du préfet s'il existe un danger réel en cas de retour dans le pays d'origine. [5,35]

- **Au niveau de la France** [113]

Il n' y a pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits de mutilations sexuelles. Définie par la **Loi du 4 avril 2006,** ces pratiques

peuvent actuellement être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre [ANNEXE IX]:

- De violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de **10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros, article 222-9 du code pénal** et de **15 ans de réclusion criminelle** lorsqu'elles sont commises sur les mineures de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur **article 222- 10 du code pénal**

- De violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle article 222.-7 du code pénal, et réprimée à hauteur de **20 ans de réclusion criminelle article 222-8** du code pénal lorsqu'elle concerne des mineurs de 15 ans.

Une action en justice peut également être engagée, au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail de plus de 8 jours, conformément à l'article 222-12 du code pénal qui prévoit une sanction de **5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros** d'amende lorsque l'infraction est commise sur un mineur de moins de 15 ans.

Les dommages et intérêts au profit des victimes sont de 25 000 euros par enfant depuis la jurisprudence de janvier 2004.

Contrairement aux pays européens cités précédemment la France ne dispose pas de loi explicite contre l'excision mais cette pratique est combattue devant les tribunaux depuis 1982 :

Dans l'affaire C., six fillettes d'une même famille ont été excisées entre 1982 et 1983. Les parents ont été condamnés à cinq ans de prison avec sursis assortis d'une mise à l'épreuve de deux ans. Quant à l'exciseuse, elle a été condamnée à cinq ans de réclusion criminelle (affaire jugée par la cour d'assise de Paris, 6-8 mars 1991). Cette même exciseuse a encore été condamnée à cinq ans d'emprisonnement dont un ferme pour avoir excisé 17 fillettes en juin 1984. L'une d'elle âgée de 3 mois, Bobo Traoré, décédera des suites d'une hémorragie (affaire jugée à la cour d'assise de Bobigny, 18-27 mars 1993).

En 1993, un père a lui aussi été condamné à une peine de prison ferme, un mois, ainsi que le mari d'une exciseuse, six mois.

Jusqu'à présent les poursuites engagées faisait suite à un signalement faits par des professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance.

Des modifications ont été introduites à la loi pour la rendre plus effective :

1) **Le délai de prescription allongé** en matière d'action publique, a été porté à 20 ans à compter de la majorité.
2) **Un renforcement de la répression des délits commis à l'étranger**, le nouvel article 222-16-2, inséré dans le code pénal, a pour objectif d'étendre l'application de la loi française sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalités étrangères résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles.

3) **La possibilité de lever le secret professionnel** est autorisée en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toutes autres personnes n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. Dans le cas où une personne contrainte au secret professionnel, a connaissance de la mutilation ou du risque de mutilation d'un enfant, le signalement devient obligatoire conformément à l'article 226-14, 434-1 et 434-2.

Dans le cas où une personne, informée du risque de MSF imminente, ne le signale pas au Procureur celle-ci est passible de 3 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende et d'être poursuivie au titre de non assistance à personne en danger.

La sage-femme et le médecin sont donc soumis à la législation nationale mais aussi par leur code de déontologie respectif.

Le code de déontologie des sages-femmes
[114, 115,116]

« La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est donc de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé. » Article 2

« Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires lui sont donnés. » Article 15

« 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. » Article 16

Le code de déontologie des médecins
[117,118]

« 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 » Article 43

« Lorsqu'un médecin discerne chez 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. » Article 44

- **Dans les pays pratiquant les MSF**

Un certain nombre de pays a adopté des lois spécifiques visant à l'éradication des MSF. Mais cependant l'adoption de telles lois ne s'accompagne que rarement d'applications pénales. Le tableau 2 montre les lois et applications pénales existantes dans les pays où sont pratiqués l'excision ainsi que l'existence, ou non, de campagnes gouvernementales de lutte contre les MSF.

La lutte contre les MSF pour être efficace fait intervenir la répression pénale. Cependant ce n'est pas l'adoption de lois spécifiques qui montre la volonté des gouvernements à lutter contre les mutilations mais plutôt celle de satisfaire sur le plan des obligations internationales. En Egypte, il existe une législation contre les mutilations mais en réalité elle n'a aucune application concrète, contrairement à l'Ethiopie qui n'a pas de lois spécifiques mais où le gouvernement lutte activement contre les MSF par des campagnes de promotion de la santé.

Tableau 2 : Législation réprimant les MSF dans les pays où elles sont pratiquées. [73, 94, 102,104]

Pays	**Loi spécifique Contre les MSF**	**Code pénal permettant de condamner les MSF**	**Campagnes gouvernementales de lutte contre les MSF**
Arabie Saoudite	Oui en 2003	Non	Non
Bénin	Oui en 1996	/	Oui
Burkina Faso	Non	Oui	Oui
Cameroun	Non	Oui	Non
Rép. Centrafricaine	Non	Oui	Non
Rép. Dém. Congo	Non	Oui	Non
Côte d'Ivoire	Oui en 1998	/	Non
Djibouti	Oui en 1995	Oui	Non
Egypte	Oui en 1996	Oui	Non
Emirats arabes	Non	Non	Non
Erythrée	Non	Non	Oui
Ethiopie	Non	Oui	Oui
Gambie	Non	Oui	Non
Ghana	Non	Oui	Non
Guinée Bissau	Non	Non	Non
Guinée Conakry	Oui en 2006	Oui	Oui
Inde	Non	Non	Non
Indonésie	Non	Non	Non
Jordanie	Non	Non	Non
Kenya	Oui en 2001	Oui	Oui
Liberia	Non	Non	Non
Mali	Oui en 2002	Oui	Oui
Mauritanie	Oui en 2005	Non	Non
Niger	Oui en 2003	Oui	Oui
Nigeria	Non	Oui	Oui
Oman	non	Non	Non
Ouganda	Oui en 1995	/	Non
Sénégal	Oui en 1999	Oui	Oui
Sierra Léone	Non	Oui	Non
Somalie	Oui en 1978	Oui	Non
Soudan	Oui en 1946	Non	Non
Tanzanie	Oui en 1998	/	Non
Tchad	Oui en 1995	Non	Non
Togo	Oui en 1998	/	Oui
Yémen	Non	Non	Non

2. Les campagnes de prévention

[22, 27, 31, 39,56, 58,60, 61, 63,64, 69,91]

Ces campagnes sont organisées de part le monde par les autorités locales mais surtout par les associations et les organisations non gouvernementales (ONG) notamment le comité inter-africain (CIAF), depuis les années 1980. Certaines campagnes ont été au début considérées comme la volonté des anciens coloniaux d'imposer leur domination aux populations africaines et ont été un échec principalement parce que la population n'avait pas été intégrée aux débats. Mais aujourd'hui ces expériences ont permis d'élaborer des campagnes de prévention adaptées et qui démontrent leur efficacité.

On peut citer, la campagne de lutte menée par TOSTAN [54], une ONG internationale qui a obtenu des résultats probants au Sénégal, grâce à la mise en place de programmes d'éducation sur l'hygiène, la santé, les droits humains, et les droits de la femme. En 2004, environ 7 ans après la mise en place de cette campagne, 1527 communautés ont abandonné la pratique des MSF, soit 30% de la population sénégalaise pratiquant l'excision. La prévention fait donc appel à l'éducation des populations sur les méfaits de l'excision pour qu'elles prennent elles-mêmes la décision d'arrêter ces pratiques et lutter ensuite main dans la main avec les ONG.

En France, les principales associations et ONG luttant contre ces pratiques sont le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) [33, 40, 124,134, ANNEXE III], la Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS) [ANNEXE IV], le Mouvement Français pour le Planning Familial, la Délégation Régionale du Droits des Femmes et à l'Egalité et Amnesty International.

Le gouvernement français a décidé de prendre position dans cette lutte. Un colloque national a donc eu lieu, organisé par le ministre de la santé et de la solidarité, au cours duquel dans son discours un plan national d'action pour l'abolition des MSF comportant plusieurs résolutions [112, 124, ANNEXE I] :

- **Disposer de donnés actualisées**, c'est ainsi que l'étude « excision et handicap » aura pour but de mieux connaître la situation en France. Ces résultats seront publiés en 2008.
- **Prévenir toute mutilation sexuelle chez les jeunes filles** vivant en France en informant les personnes potentiellement concernées par l'excision sur son caractère illégale et en donnant aux professionnels de terrain les outils et les moyens pour repérer et protéger ces jeunes filles.
- **Rappeler la loi lors du contrat d'accueil et d'intégration** pour tous les nouveaux migrants arrivant sur le territoire.
- **Aider les enseignants à repérer** dans leur classe les jeunes filles risquant d'être mutilées à l'occasion d'un retour au pays grâce à un outil d'aide élaboré à la rentrée 2007.
- **Augmenter les soutiens financiers aux associations**.
- Développer sur ce sujet les **coopérations internationales et notamment européennes.**
- **Former davantage l'ensemble des professionnels de santé**, dans ce cadre, une circulaire a été adressée aux doyens des facultés de médecine ainsi qu'aux écoles de sages-femmes,

d'infirmières et de puéricultrices pour les informer de la nécessitée de dispenser des formations sur l'excision. [68, ANNEXE II]

En effet, La France est en avance au niveau judiciaire et associatif mais elle est en retard par rapport à d'autres pays dans la formation du personnel médical. Dans de nombreux pays, Etats-Unis [86, 87], Royaume-Uni [108,109, 110, 111], Suisse [34,52, 66, 101] les mutilations sexuelles sont étudiées dans les écoles de sages-femmes, d'infirmières et la faculté de médecine. Des livrets complets sur l'excision et sa prise en charge ont été réalisés. En France même dans les livres spécialisés en obstétrique, il n'est fait aucune mention de l'excision [67]. Dans les cours sur le périnée, même lors de la formation continue sur la rééducation périnéale, aucune information n'est donnée sur ce sujet [131].

Dans ce sens, les **Recommandations de l'Académie Nationale de Médecine** [22,23, 85, 97] ont été votées à l'unanimité au décours de la commission IX le 5 mai 2004, visant à l'éradication des MSF dans lesquelles figurent :

1°/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 professionnels de santé*

2°/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*

3°/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 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*
- *A 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)*

4°/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*

5°/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*

Les spécialistes comme FOLDES [133] accordent un rôle important aux sages-femmes dans la prévention des MSF.

Ces femmes parlent rarement de leur excision, durant la grossesse, elles ont l'occasion de le faire si la sage-femme aborde le sujet : neuf mois au cours desquels un lien de confiance se crée et donc la possibilité de prévenir les complications et d'effectuer un travail de prévention utile.

Pour cela les sages-femmes, qui pour certaines d'entre elles hésitent à aborder le sujet [16,104], doivent être accompagnées à travers la formation initiale, continue, mais aussi par l'expérience de professionnels ayant rencontré et pris en charge bon nombre de ces femmes.

Nous allons donc aborder l'attitude de la sage-femme, des obstétriciens et de tous les professionnels de santé « gravitant » autour de la femme enceinte face aux mutilations sexuelles et proposer une prise en charge de ces patientes.

TROISIEME PARTIE

I. LA PRISE EN CHARGE PRENATALE

[17, 19, 49, 73, 129]

Nous recevons, pour sa première consultation prénatale,
Madame X,
Prénom Fatoumata,
Âgée de 22 ans,
Nationalité Française,
Primipare,
Pays d'origine : le Mali.

1. INTERROGATOIRE

La principale clé dans la prise en charge et la prévention des mutilations sexuelles féminines se situe tout simplement dans le dialogue, les consultations prénatales sont donc le moment idéal pour en parler avec les femmes.

Une sage-femme sur deux [42] ne sait pas à quel moment aborder le sujet avec les patientes, pourtant il fait partie de l'histoire, du vécu de la patiente, il est donc impossible d'ignorer ce fait au risque de banaliser ces pratiques qui persistent principalement à cause du silence qui règne autour dans les entretiens médicaux : silence qui ne fait qu'entretenir la honte que ressentent ces femmes. On ne peut donc pas passer neuf mois à ignorer un fait pouvant non seulement influencer la grossesse et l'accouchement mais surtout les compliquer.

Le consultant a le devoir de réunir tous les éléments pouvant influencer la grossesse et l'accouchement pour s'assurer de leur déroulement optimal et de prévenir les complications. Lors de la consultation prénatale, plusieurs façons d'aborder le sujet peuvent être proposées. Les associations de lutte contre les MSF, nous recommandent d'éviter les termes péjoratifs ou choquant tels que « mutilation» et préférer lors d'une consultation les termes « excision » ou « infibulation ».

La première façon d'aborder le sujet peut se faire lors de la demande du pays d'origine de la femme et si, dans celui-ci, l'excision se pratique ou non. Le consultant sera déjà orienté par sa connaissance des pays où sont pratiquées les mutilations sexuelles féminines.

Fatoumata répond qu'elle est originaire du Mali or c'est un pays qui pratique l'excision selon l'origine ethnique. Il semble donc que cette patiente fasse partie des femmes à risque. Il convient donc de lui demander.

Si elle sait ce qu'est l'excision ? Si elles sont pratiquées dans son pays ? Et est-ce qu'elle pense en avoir été victime ?

La deuxième façon d'aborder le sujet peut se faire lors de la demande des antécédents. Le but d'une première consultation est de faire l'anamnèse des antécédents pouvant avoir des conséquences sur la grossesse, il peut donc être intéressant d'intégrer la question lors de la demande des antécédents chirurgicaux ou médicaux,

Savez-vous si vous avez été excisée ?

Mais cette façon de faire n'est pas unanime, en effet, après en avoir discutée avec Mme ELAÏSSI [130], il semble pour elle qu'aborder directement l'excision lors de l'interrogatoire pourrait être ressenti comme une agression, comme si on stigmatisait ces patientes ; d'après elle en parler après avoir examiné la patiente paraît plus judicieux.

2. EXAMEN CLINIQUE à travers la vérification des organes génitaux externes (OGE)

Le temps de l'examen clinique est essentiel, l'observation de la vulve avant toute action est nécessaire. Elle est propre à chaque femme, et chez une patiente excisée de type I ou II, cette observation est d'autant plus importante qu'il est possible de ne rien voir si l'on n'est pas attentif. Or, seulement 50% des sages-femmes vérifient systématiquement l'intégrité des OGE [16, 104].

Lorsque l'on remarque que la patiente a été excisée, il ne faut surtout pas réagir violemment, utiliser une gestuelle ou exprimer un dégoût. Il n'est pas nécessaire non plus de faire intervenir quelqu'un d'autre pour lui montrer la découverte que l'on vient de faire. N'oublions pas que certaines femmes ne se souviennent pas de ce qu'elles ont subi, il faut donc prendre toutes les précautions lors de l'annonce.

Il faut réussir à établir une relation de confiance avec cette femme et surtout faire *« Attention aux termes blessants qui incitent au repli »* [36].

En examinant Fatoumata, je me rends compte qu'elle a été infibulée, je décide donc de lui en parler une fois l'examen clinique terminé.

« Madame, je me suis aperçue en vous examinant que vous avez été infibulée. Savez-vous ce que cela veut dire ? Le saviez-vous ? Acceptez-vous d'en parler ? »

Elle me répond qu'elle est originaire d'une ethnie nommée les Bambaras qui pratique l'excision et elle en a été elle-même victime, infibulée à l'âge de 7 ans.

3. PREVENTION

Il est ensuite nécessaire de pouvoir en parler pour tisser les liens en vue de faire de la prévention ou tout simplement de l'information. En cas de barrière linguistique il convient de faire appel à un interprète.

Il faut donc expliquer à ces patientes avec l'aide d'un schéma anatomique ce que sont les organes génitaux féminins et leur rôle. Bon nombre de femmes ne connaissent pas leur anatomie ; et pour ces femmes, l'excision représente la norme, il convient donc de leur expliquer **ce qu'elle a modifié**.

Ensuite il faut s'enquérir des conditions dans lesquelles s'est réalisée la mutilation, à quel âge, dans quel pays ; en France ou à l'étranger.

Fatoumata me répond qu'elle a été infibulée à l'âge de 7 ans au Mali, lors de vacances. Elle s'en souvient, cela s'est déroulé dans des conditions d'hygiène déplorable, par une exciseuse. Elle n'a jamais été désinfibulée puisque l'orifice permettait les relations sexuelles non sans douleur bien sûr. Elle a longtemps souffert de brûlures urinaires mais n'est jamais allée consulter par honte.

Bien sûr dans notre cas l'infibulation est beaucoup plus facile à repérer qu'une excision de type I ou II, mais elles peuvent causer de nombreuses complications auxquelles les gynécologues doivent systématiquement penser lorsque la patiente vient d'un pays à risque avec une symptomatologie spécifique.

Notre rôle, en consultations prénatales, une fois ces éléments en main, est **d'informer la patiente des complications** possibles de son excision ou de son infibulation. Il est nécessaire d'aborder toutes les complications qu'elles soient obstétricales ou non pour pouvoir commencer un travail de prévention. On peut également lui donner les coordonnées des associations de la région. [ANNEXE VIII]

Il faut lui rappeler **le caractère illégal de la pratique de l'excision** sur le territoire français et à l'étranger sur tout enfant français ou né en France.

« Je rappelle donc à Fatoumata que d'après la loi du 4 avril 2006, elle a le droit de porter plainte contre les personnes qui lui ont fait subir ces mutilations. »

Non seulement l'en informer mais s'enquérir de ce qu'elle en pense, si dans sa famille, ses coutumes sont encore présentes et quelle est sa position face à ces pratiques, **quelle serait son attitude si elle accouchait un jour d'une fille.**

Il faut également rappeler aux parents que cette pratique a de lourdes conséquences sur la santé de l'enfant, pouvant aller jusqu'à son décès.

Tous ces éléments doivent être consignés dans le dossier.

« J'explique à Fatoumata lors de son suivi ce que sont les complications extrêmes de l'infibulation et ce qu'elles peuvent entraîner. »

Elle me dit que sa famille est au Mali, elle ne sait pas ce qu'ils en pensent mais que pour elle il est hors de question qu'elle fasse exciser sa fille. »

Il convient donc de noter dans le dossier que Madame présente un examen clinique montrant une infibulation ou une excision, que nous en avons discuté, qu'une information complète a été donnée.

4. LIMITES

Le suivi présenté ici paraît simple mais la réalité en est autrement. Beaucoup d'obstacles peuvent s'opposer à la prise de parole du consultant ce qui soulève de nombreuses questions.

La femme peut éprouver des difficultés à parler français, auquel cas elle sera peut être accompagnée de son mari ou de son fils pour servir d'interprète ce qui peut mettre le consultant mal à l'aise.

Il paraît moins évident d'aborder le sujet avec une femme venant directement d'Afrique n'ayant jamais rencontré de professionnels de santé français, avec une multipare à qui on n'aura jamais parlé de son excision pour ses anciennes grossesses plutôt qu'avec une primipare ayant vécu toute sa vie en France comme Fatoumata.

Devant ces situations, la première consultation prénatale n'est peut être pas le moment idéal pour aborder le sujet, cela risque d'être stigmatisant pour ces femmes se sentant déjà différentes. Il peut être souhaitable de créer un lien avec la patiente, un climat favorable en lui expliquant comment se passe un suivi et d'aborder le sujet des MSF lors d'une prochaine consultation. Cela pourra être plus facile pour les consultants lorsque ces femmes auront reçu comme prévu lors du colloque national par le ministre de la santé et des solidarités [ANNEXE I], une première information lors de leur arrivée sur le territoire par l'ANAEM (Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations) par une brochure et par le contrat d'accueil et d'intégration ce qui permettra peut être lors des consultations médicales d'aborder plus sereinement la question.

Il me semble que dans certaines situations faire appel à un interprète de la maternité ou d'une association serait préférable pour être sûr que toutes les informations soient transmises. La présence du mari peut être une barrière à la communication et son attitude peut nous permettre de déterminer s'il est possible d'en parler en sa présence ; mais même ci celui si paraît retissant cela ne doit pas nous empêcher d'aborder le sujet. Rien ne nous empêche d'en discuter avec la femme seule, de s'enquérir de ce que pense son époux, puis par la suite en rediscuter avec le couple.

De part mes lectures et mon écoute du personnel médical confronté à ces patientes mutilées, il me semble que la prise en charge de ces femmes nous bouscule ; selon que l'on soit homme ou femme, des difficultés peuvent apparaître; selon que l'on maîtrise plus ou moins le sujet de l'excision; selon la femme et son adhésion ou non à notre propos; tout cela peut faire obstacle à la discussion. Je pense que les associations dont les membres partagent parfois une culture, une langue commune avec ses femmes peuvent nous aider à répondre aux questions que l'on se pose de part leurs connaissances de ces cultures et l'expérience qu'elles ont acquise.

Il serait, je pense, intéressant pour le personnel de santé de suivre des formations par ces femmes ayant l'habitude et donc l'expérience de ces situations que nous ne maîtrisons pas.

5. SIGNALEMENT

En cas de grossesse chez une mineure excisée, le consultant se doit de faire un signalement auprès du procureur de la république au Tribunal de grande instance du lieu de résidence (Article 226-14 du code pénal).

Ce signalement peut s'effectuer par fax durant les heures ouvrables ou par téléphone au magistrat celui-ci étant joignable 24 heures sur 24. Les signalements médicaux peuvent prendre la forme d'un simple fax détaillant les éléments dont les praticiens ont eu connaissance. Mais ceux-ci font défaut, ainsi aucun signalement lié à une excision n'a été effectué dans le Nord-Pas-De-Calais. Il faut également prévenir les services sociaux et médico-sociaux notamment le service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ainsi que le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Dans certaines situations, il peut être aussi intéressant d'orienter ces femmes vers les centres de PMI car l'accompagnement peut être complété par l'intervention de l'assistance sociale s'il existe des problèmes socio-économiques. Le couple pourra ainsi rencontrer le pédiatre et la puéricultrice qui seront amenés à voir l'enfant après la naissance. Cette équipe pluridisciplinaire a un rôle primordial pour la prise en charge de ces familles, elle favorise le dialogue indispensable pour la prévention. Ce contact précoce pendant la grossesse permet à la famille de mieux accepter le suivi post-natal de cet enfant. Ainsi dans certaines régions les centres de PMI [73] ont effectué avec les associations un véritable travail pour la prise en charge de ces femmes et de leurs nouveau-nés. Souvent dans ces régions ces femmes sont donc suivies dans les centres de PMI en prénatal et en post-natal avec leurs bébés permettant un suivi complet et sur le long terme de ces femmes. Il faudrait donc s'imprégner de ces expériences pour mettre en place cette prise en charge aussi bien dans les centres de PMI que dans les maternités.

Ce travail d'information permettrait à la femme et au consultant de pouvoir vivre l'examen gynécologique plus sereinement.

6. PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE

Lors de la consultation prénatale il est nécessaire d'être attentif aux antécédents gynécologiques et obstétricaux de la patiente.

Le vécu de l'examen gynécologique pour ces femmes peut s'avérer difficile et compliqué, ce qui soulève de nombreuses questions ; on peut se demander quelle sera sa réaction face à un regard extérieur sur sa vulve mutilée surtout si elle n'a jamais rencontré de gynécologue, son ressenti au contact du spéculum, au toucher vaginal, face à un homme qui l'examine ou une femme alors que ce sont des femmes qui lui ont fait subir son excision. Ces questions méritent d'être posées pour réfléchir à la meilleure façon d'accompagner ces patientes lors de cet examen pour qu'elles le vivent au mieux.

Il faut que le consultant prenne le temps d'expliquer à cette femme l'objectif de cet examen. Lui dire qu'il comprend ce que cela représente pour elle mais que cet examen n'a pas pour but de lui faire mal mais qu'il est nécessaire pour un meilleur suivi d'elle et de son enfant. Il est important d'organiser des lieux où on peut parler de cet examen comme la préparation à la naissance, l'entretien du 4ème mois ou une consultation avec un psychologue qui peut aborderait avec ces femmes le rapport qu'elles ont avec leur corps et la confrontation à l'examen gynécologique. Ce vécu ne sera jamais le même d'une femme à l'autre. C'est pour cela qu'il me paraît important

que dans les maternités qui rencontrent beaucoup ces femmes les consultants puissent en reparler lors d'un staff pour pouvoir construire leur expérience et créer un échange interdisciplinaire.

D'un point de vue obstétrical :

La grossesse d'une femme mutilée type I, type II , doit être suivie comme une grossesse normale en étant bien évidemment plus sensible à la survenue des complications fréquentes chez ces patientes (voir partie I). Le consultant connaissant ces complications pourra alors les prévenir et les traiter avec les moyens habituels.

Pour une patiente infibulée ou pseudo infibulée (complication du type II) l'examen vaginal doit être prudent et doux, il permet d'évaluer l'état des tissus et du diamètre vulvaire résiduel, la faisabilité des touchers vaginaux qui seront à un doigt s'ils sont trop douloureux voire impossible et la possibilité d'un sondage urinaire.

Si l'ouverture de l'orifice vaginal ne permet pas un accouchement par voie basse la méconnaissance de cette pathologie peut inciter l'équipe obstétricale à réaliser une césarienne or en dehors des motifs obstétricaux habituels celle-ci n'est pas indiquée. La prise en charge repose sur une désinfibulation, elle peut se faire à n'importe quel moment de la grossesse mais il est préférable de la réaliser au deuxième trimestre [43]

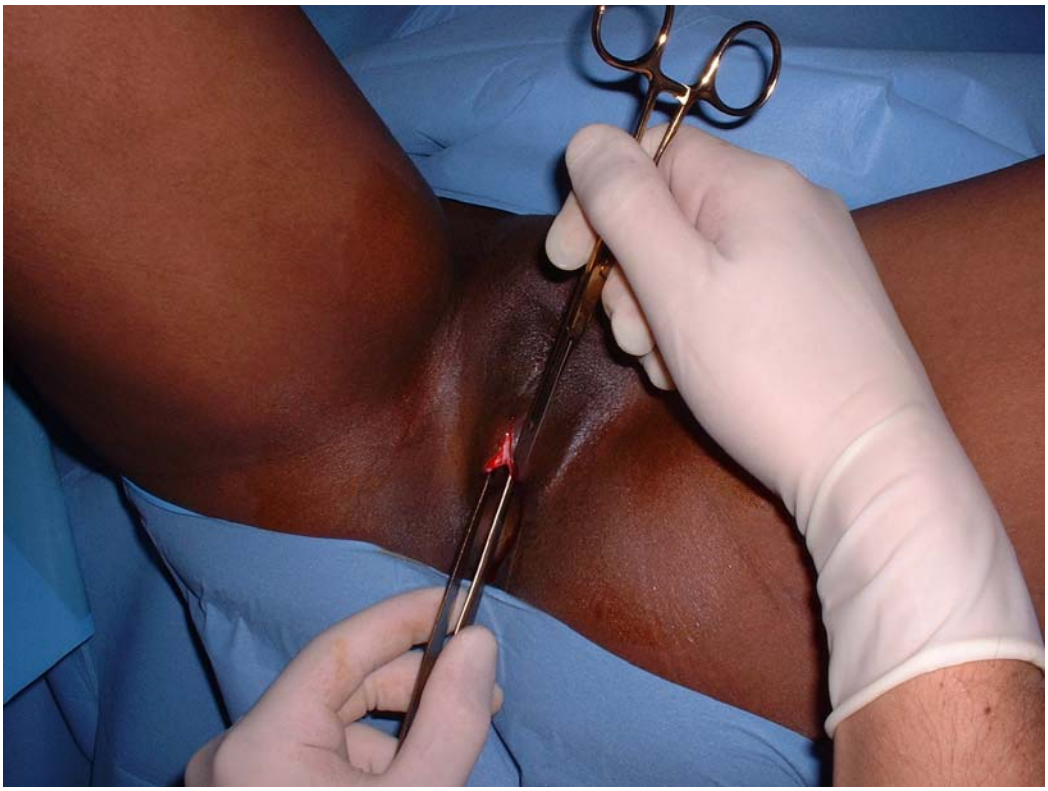
[135]

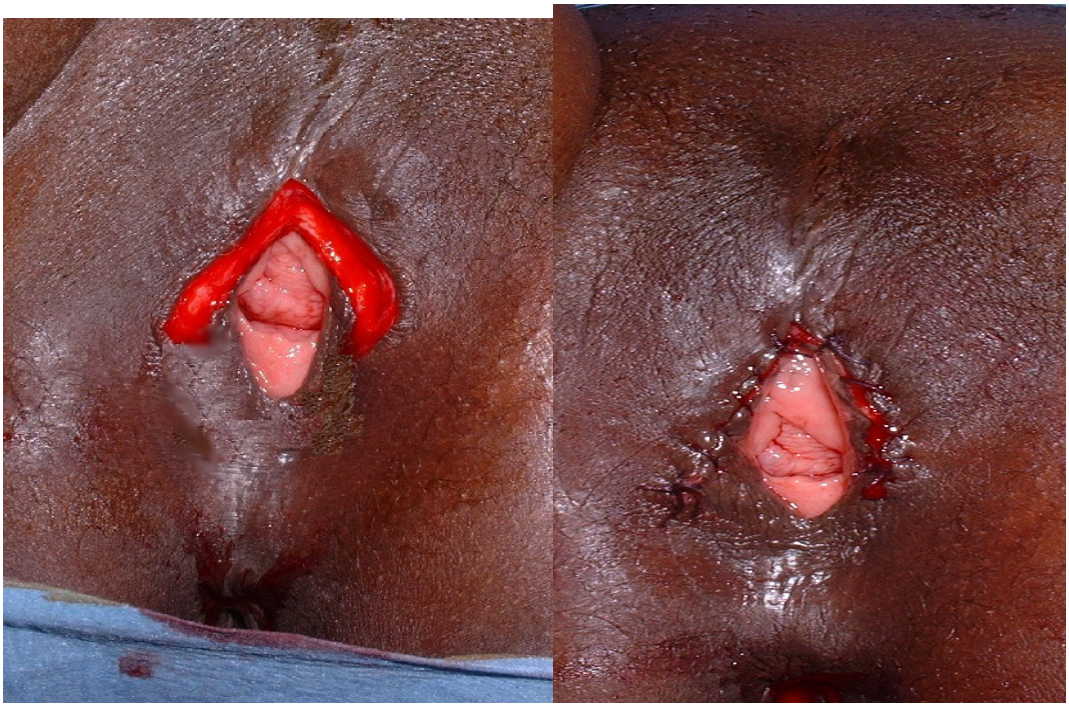
« Après avoir examinée Fatoumata, le toucher vaginal est douloureux et la pose d'un spéculum est difficile. Le pronostic d'accouchement paraît compromis. Je propose donc à Fatoumata de contacter le gynécologue obstétricien en vue de réaliser une désinfibulation.»

Mais il est nécessaire d'avertir les femmes que la **réinfibulation ne sera pas pratiquée puisqu'elle est interdite en France.**

Elle accepte et me demande si ça va lui faire mal.

Le geste [43] est simple et peut être pratiqué sous anesthésie locale. Il consiste en la section de la bandelette cicatricielle médiane antérieure et permet l'accès au vagin et méat urinaire. La suture des berges est nécessaire à l'hémostase pour éviter une sténose cicatricielle de l'orifice vulvaire.





Il me semble que toute cette préparation, tout ce travail construit avec la femme lors des consultations prénatales sert à un meilleur suivi médical, à la prévention, au suivi de l'enfant mais pas seulement ; il permet de préparer ces femmes à un moment souvent difficile pour elles : l'accouchement.

II. PRISE EN CHARGE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

La conduite à tenir va dépendre du type de mutilation. Notons d'ailleurs que rien n'est spécifié dans les manuels d'obstétrique où les mutilations sexuelles semblent avoir été oubliées. [67]

Pour une femme mutilée de type I, il n'y a généralement aucune complication lors du travail et de l'accouchement.

Pour une femme excisée type II, le dégagement est perturbé par l'état du périnée antérieur. Il convient donc d'identifier précisément les lésions afin d'avoir l'attitude la plus adéquate lors de l'accouchement. Dans tous les cas le périnée antérieur est cicatriciel et a donc perdu de son élasticité, gênant le passage de la tête de l'enfant. Lorsque la présentation est engagée au détroit inférieur du bassin pour le dégagement, on observe d'abord l'ampliation du périnée antérieur puis celui du périnée postérieur. L'épisiotomie ne protége donc pas les tissus antérieurs, si elle est effectuée trop tôt, de plus elle sera fortement hémorragique. L'épisiotomie ne doit pas être préventive ni systématique mais « facile » surtout pour les primipares.

Facile d'un point de vue obstétrical, oui, mais est-ce si facile pour la sage-femme ou l'obstétricien de pratiquer une épisiotomie à une femme ayant été mutilée ? Pour certains, cela serait vécu comme l'impression d'être celui qui mutile à nouveau cette femme et pourtant dans certains cas nous n'avons pas d'autre choix que de pratiquer cette épisiotomie qui s'avère indispensable [127]. Comment la femme va-t-elle vivre cette nouvelle atteinte à son corps ? Lors de mes stages, être devant ce périnée cicatriciel pour lequel je ne pouvais pas faire autrement que de pratiquer une épisiotomie était très perturbant, je le vivais comme une injustice pour ces femmes pour lesquelles tout avait été décidé à l'avance. Il peut donc être intéressant d'aborder ce sujet lors du suivi du travail, lui rappeler que nous sommes là pour que tout se passe au mieux pour elle et son nouveau-né et que parfois il s'avère nécessaire pour garantir cela que l'on passe par la pratique d'une épisiotomie. De même, lorsque c'est une multipare il faut s'enquérir du vécu de ces premiers accouchements et de la pratique de l'épisiotomie.

Pour une femme excisée de type II compliqué en pseudo-infibulation,

Soit l'orifice vaginal n'est pas complètement rétréci et il permet un accouchement voie basse, dans ce cas, les mêmes recommandations que pour le type II sont à appliquer.

Soit la pseudo infibulation réduit significativement l'orifice vaginal ce qui n'était pas visible pendant la grossesse il convient alors de réaliser une désinfibulation. Si la patiente refuse une césarienne peut s'avérer nécessaire.

Pour une femme infibulée,

Soit la désinfibulation a été proposée auquel cas l'accouchement se fera normalement sauf si l'état périnéal impose une épisiotomie.

Il faut refuser catégoriquement si la femme ou son mari veulent une réinfibulation en rappelant que cela constitue un délit réprimé par la loi française.

Si la désinfibulation n'a pas été proposée elle peut se réaliser à l'accouchement ; si la femme refuse, une césarienne sera pratiquée avec tous les risques que cela comporte, notamment celui de fragiliser l'utérus.

D'autres questions sont soulevées dans le suivi du travail : doit-on conseiller systématiquement à cette femme la péridurale ? Lorsqu'elle la refuse comment peut-on l'aider à gérer cette douleur ? La déambulation, quand elle est possible, peut être une solution qui soulage souvent ces patientes et permet une avancée plus rapide du travail. Pour ces femmes africaines la médicalisation de l'accouchement peut être mal vécue mais en tant que professionnel il y a une ambivalence entre l'envie de laisser ces patientes prendre la position d'accouchement qu'elles désirent et en même temps l'envie de protéger ce périnée que l'on sait fragile. Lorsqu'un forceps est nécessaire qu'elle va être le vécu de cette instrumentation ?

Toutes ces questions montrent que la prise en charge n'est pas évidente ; en effet, il faut réussir à respecter le désir des femmes avec le souci d'être le moins traumatisant possible tout en respectant les exigences obstétricales.

Il faut donc que le suivi prénatal lors de la préparation à la naissance, par exemple, et celui en salle de naissance soit l'occasion d'ouvrir un dialogue sur ces questions pour que la femme puisse être préparée. L'accompagnement pendant l'accouchement mais aussi dans un second temps lors des suites de couches sera primordial.

En ce qui concerne la prévention, elle peut paraître déplacée en salle d'accouchement. Par contre si la femme aborde par elle-même le sujet, et qu'elle désire en parler, il faut en profiter pour lui apporter toutes les informations nécessaires.

Pour pouvoir disposer de données actualisées, **il faut notifier dans le cahier d'accouchement que la femme a été excisée en précisant le type et les modalités d'accouchement.**

III. PRISE EN CHARGE EN SUITES DE COUCHES

1) MEDICALE

Pour ces patientes, une attention particulière doit être portée aux soins périnéaux, des soins réguliers surtout s'il y a eu une épisiotomie pour éviter la survenue d'une infection. Je propose d'effectuer un examen cytobactériologique des lochies au moindre doute pour ne pas que ces femmes n'aient pas à subir de nouvelles complications. Ces soins réalisés par l'équipe soignante ne seront peut être pas bien accueillis par la patiente, à qui il faut expliquer leur importance pour qu'elle coopère. Il faut également prévenir les infections urinaires auxquelles ces femmes sont plus sensibles à cause de leur excision surajoutée aux éventuels sondages urinaires pendant le travail : donner les conseils hygiéno-diététiques et effectuer dès les premiers signes un examen cytobactériologique des urines avec antibiogramme pour pouvoir mettre en place précocement un traitement adapté.

« Je propose donc à Fatoumata de lui effectuer une toilette vulvaire trois fois par jour. Je lui conseille de réaliser elle-même ces soins à chaque fois qu'elle va aux toilettes. Je lui demande de surveiller que ces pertes ne soient pas malodorantes et si c'est le cas de prévenir le personnel. Je lui conseille également de boire au minimum un litre et demi d'eau par jour. »

Il faudra également s'assurer qu'il n'existe pas de fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale en posant la question de l'incontinence aux urines ou aux selles.

2) PREVENTION

Il est important de revenir sur le vécu de l'accouchement qui a pu être l'occasion de souvenir de leur excision ; si la patiente le désire on peut lui proposer un accompagnement par un psychologue.

Il faut réaliser l'information si elle n'a pas été faite pendant la grossesse et lui laisser les coordonnées des associations luttant contre la perpétuation de ces pratiques qui pourront la guider en cas de besoin. [ANNEXE VII]

La prescription de séance de rééducation périnéale et l'information sur la possibilité d'une reconstruction clitoridienne doivent être systématiques. Il faut toutefois faire attention à ne pas présenter cette chirurgie comme « réparatrice » car cela risque d'inciter les femmes à mutiler leurs filles en pensant qu'elles pourraient toujours y avoir recours si elles le souhaitent.

« J'en informe donc Fatoumata et lui donne les coordonnées des différentes associations luttant contre les mutilations et les hôpitaux où est réalisée la chirurgie reconstructrice. »

Dans le Nord-Pas-De-Calais, nous ne disposons pas d'antenne GAMS pour accueillir ces femmes, par contre les associations de femmes africaines peuvent prendre en charge ces femmes et faire le relais avec le GAMS sur Paris si cela s'avère nécessaire. Il a été prévu lors d'un colloque régional l'ouverture prochaine d'une antenne dans le Nord. [59, 125, 130]

Pendant les jours qui suivent l'accouchement, les femmes sont particulièrement réceptives et sensibles à ce qu'on peut leur dire sur leur enfant.

3) LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE

Si la femme a accouché d'un garçon la prévention doit aussi avoir lieu car elle pourra être utile pour la fratrie, une future petite fille ou pour l'entourage de la femme qui pourra ensuite, elle aussi, prendre part à la prévention.

Plus encore si la patiente a accouché d'une fille, l'auxiliaire de puériculture lors de la toilette du bébé ou la sage-femme et le pédiatre lors de l'examen pédiatrique peuvent aussi effectuer cette prévention.

En effet, le rappel de l'anatomie des organes génitaux externes de l'enfant et de leurs fonctions devant la mère mais aussi le père, ce qui n'est pas toujours facile, doit être l'occasion de l'ouverture d'un dialogue sur le sujet les MSF, ce qui permettra aux professionnels d'évaluer après plusieurs jours si l'enfant est à risque de subir une mutilation sexuelle à son tour et la nécessité ou non d'effectuer un signalement.

4) LE SIGNALEMENT

Un signalement au centre de PMI doit être effectué quand le nouveau-né est une fille pour qu'il y ait un suivi de cette enfant ; il est conseillé quand il s'agit d'un garçon et qu'il y a des filles dans la famille, pour que la femme puisse recevoir une information sur le sujet et pour que ces filles puissent être éventuellement suivies en PMI.

La sage-femme ou le pédiatre doit bien insister sur le fait que ce signalement n'est pas répressif mais préventif.

« Pour Fatoumata, il me semble qu'elle n'a pas l'intention, d'après ses propos, de perpétuer la tradition cependant le discours qu'elle tient de sa famille me laisse perplexe, je l'informe donc que je la dirige vers le service de PMI pour pouvoir l'accompagner, elle et son enfant. »

Le suivi PMI permettra l'accompagnement de l'enfant jusqu'à ses 6 ans en vérifiant à chaque consultation l'intégrité des organes génitaux externes. Après cet âge, l'enfant sera suivi par les médecins scolaires qui n'examinent que rarement les organes génitaux externes, les parents peuvent donc profiter de ce relâchement dans le suivi pour exciser leur fille. Il faut donc que cet examen continu d'être réalisé.

Il est important alors de ne pas baisser la vigilance au risque de mettre en danger ces fillettes. Le personnel enseignant doit donc lui aussi être formé, il a donc été réalisé dans ce sens par le ministère de la santé et des solidarités « *un outil d'aide aux enseignants pour le repérage et l'orientation des jeunes filles à risque de MSF* ». Cela leur permettra de repérer les fillettes à risque d'être mutilées lors de vacances à l'étranger, d'en parler avec les parents et de les orienter vers les associations qui peuvent protéger ces petites filles. [112, ANNEXE]

La prise en charge soulève donc de nombreuses questions auxquelles les professionnels seuls ne peuvent pas répondre. Il est nécessaire d'organiser au sain des maternités des réunions et des formations avec les acteurs associatifs habitués à aborder le sujet des MSF, avec ces femmes mutilées qui aujourd'hui militent, mais également avec les personnes qui sont parties sur le terrain au contact de ces populations pour mener des campagnes de prévention. Ces réunions pourront aussi être l'occasion, comme on le fait lors de staffs médicaux, de rediscuter des dossiers, de la prise en charge qui a été proposée et des difficultés que les soignants ont pu rencontrer.

CONCLUSION

Lors d'un stage à la maternité de Roubaix, j'ai été amenée à prendre en charge une femme excisée en salle de naissance. Le fait que j'aborde le sujet de l'excision avec le couple a suscité des interrogations au sein du personnel qui avait peur que le fait d'aborder le sujet pourrait être considéré par le couple comme une intrusion dans leur vie. J'ai donc partagé avec eux ce que mon étude, ma rencontre avec ces femmes et les membres des associations m'ont appris. A travers cette discussion, j'ai pu leur faire comprendre la place importante que nous avions dans la prévention de ces mutilations car notre parole est pour ces femmes une parole d'experts.

Ce mémoire tente donc de créer ce dialogue pour que ce sujet ne soit plus tabou ou méconnu au sein des maternités, pour que l'on ne ferme plus les yeux sur ces pratiques. Peut-être les professionnels ont-ils à l'esprit qu'elles n'existent pas dans le Nord ou alors, leur formation ne leur a pas appris à les identifier ; cependant les chiffres nous rappellent qu'elles sont présentes. Il faut aujourd'hui ouvrir les yeux et en parler. Tout cela ne peut être possible que si la formation initiale comme le prévoit la circulaire adressée aux écoles de sage-femme intègre le sujet des MSF aussi bien du point de vue médical que culturel. De plus, formations continues doivent être également proposées, surtout au personnel confronté à ces femmes.

Face à un phénomène qui peut nous paraître lointain, notre attention sur le territoire français peut contribuer à la suppression de ces mutilations. La sage-femme, de part sa position, est sûrement l'une des plus à même pour dépister ces pratiques et pour accompagner les patientes qui en ont été victimes. Cet accompagnement doit être global : médical et psychologique. La sage-femme peut donc intervenir et coordonner cette prise en charge tout au long du suivi pré et post-natal, y compris dans la prévention concernant le nouveau-né, créer le lien nécessaire entre la maternité et les associations. Tout cela peut justifier qu'une sage-femme puisse être désignée référente au sein d'une maternité ou d'un réseau même s'il est nécessaire que l'ensemble du personnel de la maternité soit sensibilisé.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLAG F., ABBOUD P., MANSOUR G., ZANARDI M., QUEREUX C. - **Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes** – Gynécologie Obstétrique et fertilité, volume 29, issue 11, Novembre 2001, pages 824-828.
2. Amnesty International - **Female Genital Mutilation: A Human Rights information pack -** in Stop violence against woman, 1997.
3. Amnesty International - **MGF et normes internationales** - Edition française d'Amnesty International- Décembre 1997- (Index AI : ACT 77/14/97)
4. Amnesty International - **MGF : une question qui relève des droits de la personne humaine** - Edition française d'Amnesty International – 1997 (Index AI : ACT 77/11/97).
5. Amnesty International **- MGF. Droit d'asile**- Edition française d'Amnesty Internationale - janvier 1998- (Index AI : ACT 77/13/97).
6. Amnesty International - **MGF. Initiatives des Nations Unies** - Edition française d'Amnesty International- janvier 1998 (Index AI : ACT 77/15/97)
7. Amnesty International - **MGF. Stratégies pour que les choses changent**- Edition française d'Amnesty International- 1997.
8. Amnesty International - **Qu'est ce que les mutilations génitales féminines ?** - Edition française d' Amnesty International- novembre 1997 (Index AI : ACT 77/06/97)
9. AUFFRET S.- **Des couteaux contre les femmes** - Paris: Grasset, 1982, p.145.
10. AULAGNON M.- **Selon l'ONU, deux millions de fillettes sont excisées chaque années** - le Monde, 11 août 1997, page 4.
11. AYAD C.- **Egypte : Les exciseuses plus forte que la loi** – Libération, 29 décembre 1997.
12. BATHIJA H. – **Les mutilations sexuelles féminines : un problème de santé publique mondiale** – in 1ère journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde, 8 mars 2006, paris.
13. BATHIJA H., HOLFED Patrick - **Atelier «Aspects médicaux de l'excision»** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.
14. BEHRENDT A., MORITZ S. – **Post Traumatic Stress Disorder and memory problems After Female Genital Mutilation** – Am.J.Psychiatry, 162:1000-1002, 2005.
15. BERARDI JC. et al. - **Conséquences Obstétricales de l'Excision : Etude chez 71 femmes africaines excisées** – J.Gynécol Obstet Biol Reprod, 14, 743-746, 1985.
16. BONFILS M. - **Place de la Sage-femme dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines en France** – Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de sage-femme Albert Frunhinsholz, Nancy, 2000, 80 pages.
17. BOUARD M. - **Mutilations sexuelles et accouchements : Enjeux ? Risques ? Perspectives ?** - Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de sage-femme Albert Frunhinsholz, Nancy, 2005, 67 pages.
18. CARCOPINO X., SHOJAI R., BOUBLI L. – **Les Mutilations génitales féminines : généralités complications et prise en charge obstétricale** - Ed.

Masson- le 20 avril 2004.

19. CARNEIRO P. - **Mutilations sexuelles : Information, Prévention, Réparation** – Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de Sages-femmes de Dijon, 2006, 42 pages, 70 pages.
20. COLLET C. - **Docteur Pierre Foldés, une implication de longue date** – Divas, page 6, juillet août 2006.
21. COLLINET P., SABBAN F., LUCOT J-P., BOUKERROU M., STIEN L., LEROY J-L.- **Prise en charge des mutilations génitales de types III** - Ed Masson- Paris- 9 juillet 2004.
22. Commission consultative pour les droits de l'Homme – **Etude et propositions sur la pratique des mutilations sexuelles féminines en France** – adoptée par l'assemblée plénière du 30 avril 2004.
23. Commission IX pour l'abolition des Mutilations Sexuelles - **Recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines (MSF)** - Projet mis au point par la le 5 mai 2004, accepté par le Conseil d'Administration le 7 juin 2004 et voté à l'unanimité par l'Académie le 15 juin 2004.
24. COUCHARD F. - **L'excision** – Editions PUF, collection Que sais-je ? , octobre 2004.
25. CREEL L. – **Prévalence et attitudes relatives à l'excision** – Population Référence Bureau, 2002.
26. DIALLO A. – **Mutilations Génitales Féminines au Mali : revue de la littérature et des actions menées** – novembre 1997.
27. DIALLO D. DIAKITE - **Un exemple de coopération Nord-Sud : les parlementaires maliens et Equilibres & Populations** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
28. DIRIE W., MILLER C. – **Fleur du désert. Le combat d'un top model contre l'excision** – Ed. Albin Michel – 1998.
29. DIRIE MA., LINDMARK G. – **The risk of medical complications after female circumcision** – East Afr Med J ,69:479-82, 1992.
30. DUFOUR C. – **Le chirurgien qui « reconstruit » les femmes** – France Soir, 20 janvier 2004.
31. EL HADJI GORGUI WADE NDOYE – **Au nom de toutes les femmes: haro sur l'excision** – magazine n°10, ContinentPremier. Com.
32. FOLDES P. – **Reconstruction médico-chirurgicale** – in Colloque Régional « les Mutilations Sexuelles Féminines » organisé par Gynécologie Sans Frontières, Université Catholique de Lille, 11 décembre 2006.
33. FRANJOU M-H., TOURE C. - **L'excision en France et les actions du GAMS** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ?, Paris le 14 juin 2001.
34. GANTER P. - **La mutilation génitale féminine comme motif d'asile dans la procédure d'asile en Suisse** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.
35. GEIGER H., LABENS S. - **Aspects socioculturels des MSF : Aspects juridiques et Pratiques** - in Colloque Régional « les Mutilations Sexuelles Féminines » organisé par Gynécologie Sans Frontières, Université Catholique de Lille, 11 décembre 2006.
36. GILETTE-FAYE I. – **Femmes Assise sur le Couteau** – Editions GAMS, Paris, 1995.

37. GILLETTE-FAYE I. – **Les Mutilations Génitales : c'est aussi en France** – in 1ère journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde, 8 mars 2006.
38. GILLETTE-FAYE I.- **Fillettes et adolescentes concernées par les mutilations sexuelles féminines en France et dans le Nord-Pas-De-Calais** – in séminaire régional d'information : « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines », Lille, 11 décembre 2006.
39. GILLETTE-FAYE I., **Le projet bi multilatéral visant à l'éradication de l'excision**- in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? - Paris le 14 juin 2001.
40. GILLETTE-FAYE.I, CAMARA N., FALL N., ROUSSEL N., N'GUYEN N., LE MELLIONEC M-H. , CHAILLEUX F., PIET E., SARRE H., BERGEROT F.- **« Partage d'expériences : pour construire des orientations nationales »** - in Colloque « Pour en finir avec les mutilation sexuelles féminines »- Institut Pasteur, Paris, 4 décembre 2006.
41. GLELE G. - **L'Excision et les droits de l'homme** – Le Point quotidien, n°314, mercredi 9 décembre 1998, p 10.
42. GRIMA S. – **La Sage-femme et les mutilations génitales féminines** – Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de sage-femme de Marseille, 2004, 97 pages.
43. HALIMATOU B. - **Excision : Que faut-il en penser ?** - le 9 avril 2006- in http:// tilz. Tearfund. Org / Publications /
44. HAUSAMMANN C.- **Excision et droits de l'homme** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.
45. Haut conseil à l'intégration, **Les Droits des Femmes Issues de l'Immigration**
46. HELI BATHIJA – **Mutilations Génitales Féminines dans le monde : Etat des lieux** – à l'occasion de la première journée humanitaire pour la santé des femmes dans le monde, le 8 mars 2006- forum de Grenelle, Paris.
47. HENRION - **Audition du professeur HENRION relative aux mutilations sexuelles féminines et aux mariages forcés** – Haut conseil à l'intégration, Le contrat et l'intégration – Rapport à Monsieur le Premier Ministre, La documentation Française , 2003.
48. HENRION R. – **Mutilations Génitales Féminines, mariages forcés et grossesses précoces** – Bull. Acad. Natle Méd., 2003, 187, N°6, séance du 17 juin 2006.
49. HENRION R.- **le Rôle du médecin face aux mutilations sexuelles** - la presse médicale, Ed.Masson, septembre 2003, n°29, vol.32, p : 1347-1348.
50. HERMAGNE M-T. – **La préparation de la session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
51. HERZBERGER-FOFANA P. - **Mutilations génitales féminines** – p. 1à 22 - université Erlangen Nuremberg, juillet 2000.
52. HOLFED P. - **La pratique de l'excision – en Suisse aussi: L'enquête menée auprès des gynécologues en Suisse** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne,21mai 2001.
53. **Is there an association between female circumcision and perinatal death?** - Bull World Health Organ, 80(8), 2002.
54. KANE M. - **L'abandon de l'excision au Sénégal vue par TOSTAN**- in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? - Paris le 14 juin 2001.

55. KHADIATOU, MAÏKIBI D.- **Mutilations génitales des femmes et des petites filles** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ?- organisé par EQUILIBRES ET POPULATIONS en partenariat avec le GAMS – compte rendu réalisé par I.GILLETTE-FAYE et R.TOUBON- Paris le 14 juin 2001 sous le haut patronage de l'académie nationale de médecine.
56. KOÏTA K. - **Le premier projet de prévention des MGF en Europe** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
57. KOITA K. – **Mutilées** – Oh Editions, 2005, p.19-21.
58. KUCHEIDA J-P. - **Le partenariat interparlementaire Nord-Sud** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
59. LEBRUN T. – **Quelles propositions au niveau régional ?** - in Colloque Régional « les Mutilations Sexuelles Féminines » organisé par Gynécologie Sans Frontières, Université Catholique de Lille, 11 décembre 2006. 407
60. LÔ M. - **Sénégal : les activités du Réseau des parlementaires sur la population** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
61. LÔ M. et SANGARE Y. - **Les parlementaires du Sud demandent aux parlementaires du Nord de les appuyer** -- in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
62. MAHRAN M. – **Medical risk of excision** – Med Bull. IPPF, 15, 1995.
63. MAÏGA AOUDOU K. SIDIBE, TOURE C. - **Pour une campagne transnationale en France et au Mali** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
64. MAÏGA AOUDOU K. SIDIBE, **L'expérience de l'association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles (AMSOPT)** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
65. MATIS R. – **Mutilations sexuelles féminines : Définition, données épidémiologiques** – in Colloque Régional « les Mutilations Sexuelles Féminines » organisé par Gynécologie Sans Frontières, Université Catholique de Lille, 11 décembre 2006.
66. MAURY-PASQUIER L., MANGELI –MEIERHOFER Z., GANTER P. - **Atelier «Aspects politiques et sociaux de l'excision sous l'angle particulier de la Suisse »** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.
67. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.- **Précis d'obstétrique** – Ed. Masson, Paris, 2001.
68. MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES – **Circulaire relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les MSF** - le 13 décembre 2006.
69. MORRISSANDA K. - **Cellule de coordination sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants CPTAFE-** in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.
70. Muslim Women's League - **Position paper on Female Genital Mutilation/ Female circumcision** - January 1997-in Tolerance religious.org, http://www.mwlusa.org/publications/positionpapers/fgm.htlm.

71. NAU J- Y - **L'Excision est à nouveau autorisée dans les hôpitaux égyptiens** - Le Monde, Juin 1997.
72. NEUWIRTH L. - **Les Recommandations du Conseil de l'Europe sur les MGF** - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ?, Paris le 14 juin 2001.
73. NURET L. – **Le Rôle de la Sage-femme face aux mutilations sexuelles féminines** – Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de sages-femmes de Tours, 2006, 77 pages.
74. ODOULAMI M.- **Les Mutilations génitales féminines, l'excision dans les sociétés…africaines : le cas du bénin** - p. 6-7 - le Matinal, mercredi 4 novembre 1998.
75. OKNOFU F, LARSEN U., ORONSAYE F., SNOW RC., STANGER TE.- **The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State,** Nigeria- BJOG , 2002 , 109 :1089-96.
76. OMS – **Les Mutilations Sexuelles Féminines** – Aide-mémoire N°241, juin, 2000.
77. OMS – **Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement** – Genève, 2 juin 2006.
78. OMS/UNICEF/FNUAP Déclaration commune - **Les Mutilations sexuelles féminines** - Genève – 1997.
79. OUEDRAOGO D. E. - **Lutte contre la pratique de l'excision : Des médecins formés à la réparation des séquelles** - Santé web press, Edition Sidwaya, lundi 5 décembre 2001
80. P. FOLDES - **Réparation chirurgicale des mutilations** - in 1ère journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde, 8 mars 2006.
81. PHILIPPE H-J. , FOLDES P., DEMARIA F., TOULEMONDE F., PENNAERT P. - « **Se reconstruire l'indispensable accompagnement pluridisciplinaire »** in Colloque « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines »- Institut Pasteur, Paris, 4 décembre 2006.
82. PHILIPPE H-J., SAFAÏ K. – **Mutilations Génitales Féminines** – EMC consul, Ed Elsevier Masson, Gynécologie, 195-A-10, 2003.
83. PROLONGEAU H. - **Femmes mutilées au bord du Nil** – Le Monde, 23 décembre 2005.
84. PROLONGEAU H.- **Victoire sur l'excision. Pierre FOLDES, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilés**. Préface de Bernard Kouchner.- Ed. Albin Michel – 2006.
85. PROUST C. - **L'Académie de médecine s'attaque à l'excision** – le Monde santé, 12 juin 2004
86. RAINBO – **Female Circumcision and health** – African Migrant Program of RAINBO, 1999.
87. RAINBO – **Female circumcision: A religious and cultural discussion** – African Migrant Program of RAINBO, 1999.
88. RANDALL J. - **Après l'Afrique l'Asie Centrale cache ces mutilées** - à l'occasion de la première journée humanitaire pour la santé des femmes dans le monde, le 8 mars 2006- forum de Grenelle, Paris.
89. RAS-WORK B. - **Contexte culturel de la mutilation génitale féminine** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.
90. RAS-WORK B., MORRISSANDA K. - **Atelier «Contexte culturel et social de l'excision»** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.

91. RIDELL J-L. - **Les actions du ministère des Affaires étrangères -** in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
92. ROUSTEL D. - **Trois millions de filles excisées chaque année** – l'Humanité, 6 février 2006.
93. S.M - **Les Mutilations génitales féminines** - La Presse Médicale, Ed.Masson, octobre 2002, vol : 31, N°33, p : 1541.
94. SANGARE Y. - **Burkina Faso : l'élaboration des lois et politiques -** in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? - Paris le 14 juin 2001.
95. Société Suisse de Gynécologie obstétrique – **Mutilations Génitales Féminines Recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé** - Gynécologie Suisse, 2005.
96. SOW F. - « **Mutilations génitales féminines et droits humains en Afrique** » - pp. 180-185, in « Femmes d'Afrique », N° spécial de la revue Clio, Histoire, Femmes et Sociétés, N° 6/1997, Presses universitaires du Mirail et droits, Toulouse.
97. SUREAU C.- **Médecine et MGF : du choc des cultures à l'ingérence humanitaire ou l'ambiguïté du politiquement correct -** in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
98. TOURE C.- **Religions et MGF : rapports entre l'islam et l'excision -** in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
99. TOURE L. - **Mali : les difficultés de la lutte contre l'excision-** in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.
100. TOURE M. – **Excision et santé de la femme** – Ed. Ganndal, décembre 2003.
101. TRECHSEL S., Dr SCHLAURI R. – **Les mutilations génitales en Suisse** – UNICEF.
102. UNICEF - **Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/ mutilation génitale féminine**, Digesti innocenti, 2005, ISSN: 1028-3528. 331
103. UNICEF- **Fiche d'information : mutilations génitales féminines/ Excision -** in mutilations sexuelles/ excision www.unicef.org
104. VAYSSE-BUITYS J. – **Le Rôle de la Sage-femme dans la prévention des mutilations Génitales Féminines** - Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de Sage-femme de Baudelocque, 2006, 129 pages.395
105. VERMOT-MANGOLD R-G. - **Des filles et des femmes mutilées** - in Rapport final de la journée consacrée à l'excision organisée par le comité suisse pour l'UNICEF, Berne, 21mai 2001.
106. WEIL-CURIEL L.- **La Législation et l'application des textes, ici et là-bas-** in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ?, Paris le 14 juin 2001.
107. WHO Study Group on Female Genital Mutilation and obstetric outcome – **Female Genital Mutilation and obstetrics outcome: Who collaborative prospective in six African countries** – The Lancet, 2006, 367: 1835-41.
108. WHO technical consultation - **Management of pregnancy, childbirth and the post partum period in presence of female genital FGM** –October 1997.
109. World Health Organisation, Geneva - **Female genital mutilation: The Prevention and the Management of the health complications, Policy guidelines for nurses and midwives** – 2001.

110. World Health Organization - Female **Genital Mutilation -Programmes to date: What works and what doesn't - A review**- 166 pages, 1999.
111. World Organisation - Female **Genital Mutilation- Integrating the prevention and the management of the health – Complications into the curricula of nursing and midwifery - A student's Manual** –2001.
112. XAVIER B. Ministre de la santé et des solidarités – **Discours lors du colloque sur les Mutilations sexuelles féminines** - le 4 décembre 2006, Institut Pasteur de Paris.

Textes Législatifs

113. Article 14 de la Loi du 4 avril 2006, loi n°2006 - 399
114. Code de déontologie des sages-femmes, Article R 4127-302 du code de la santé publique
115. Code de déontologie des sages-femmes, Article R 4127-315 du code de la santé publique
116. Code de déontologie des sages-femmes, Article R 4127-316 du code de la santé publique
117. Code de déontologie des médecins, Article R 4127-43 du code de la santé publique
118. Code de déontologie des médecins, Article R 4127-44 du code de la santé publique

Autres sources

Audio-visuelles

119. Film d'Ousmane SEMBENE - **Mooladé** – sortie nationale le 09 mars 2005
120. Film réalisé par Laurence PETIT-JOUVET sur une idée du GAMS – **Femmes assises sur le couteau** – 1995
121. Les MATERNELLES – **l'excision, le poids de la coutume** – émission diffusée sur France 5, le mercredi 25 Mai 2005
122. **Pas ma fille ! L'Excision en Europe** – émission diffusée sur France 5, 7 février 2007
123. Film produit par le CAMS - **Le pari de Bintou**

Conférences

124. **Colloque « Pour en finir avec les mutilation sexuelles féminines »**- Institut Pasteur, Paris, 4 décembre 2006
125. **Colloque « les Mutilations Sexuelles Féminines »**, Colloque Régional organisé par Gynécologie Sans Frontières – Université Catholique de Lille – 11 décembre 2006
126. **La violence faite aux femmes** – 7ème journée AGOAP (Association de Gynécologie Obstétrique et Andrologie psychosomatique) – 13 octobre 2006

Entrevues

127. **Dr KAMAL-IDRISSI** gynécologue obstétricien et plusieurs **Sages-femmes** rencontrées lors d'un stage au bloc obstétrical au Centre Hospitalier de Saint-Denis (93), Juillet- Août 2006.
128. **Dr COLLINET**, Gynécologue obstétricien au CHRU de Lille, le 29 novembre à 18h30.
129. **Dr ANTONETTI- NDIAYE**, Gynécologue Obstétricien à l'Hôpital Rothschild, Paris, le 19 janvier 07
130. **Mme ELAÏSSI**, Présidente de l'Association RIFEN (Rencontre Internationale des Femmes Noires), Villeneuve d'Ascq, le 7 février 07
131. **Mme RIBEY**, Sage-femme libérale, sollicitée dans le cadre de la rééducation périnéale.
132. **Mme POLLET**, Conseillère Conjugale et Sexologue à la maternité d'Armentières.
133. **Dr FOLDES**, Chirurgien Urologue, questions lors du colloque sur les mutilations sexuelles le 4 décembre à Paris
134. **Bénévole du GAMS**, entretient lors du colloque sur les mutilations sexuelles le 4 décembre à l'institut Pasteur Paris

Iconographie

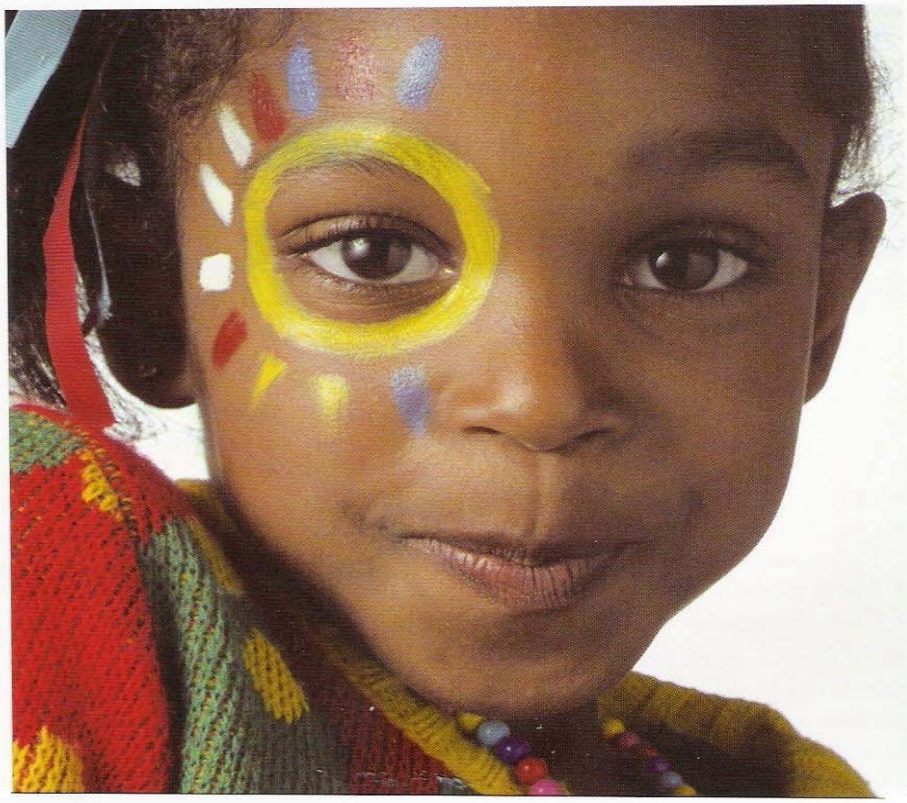
135. **Dr COLLINET**, Gynécologue obstétricien au CHRU de Lille, le 29 novembre 18h30

Site Internet

GAMS, http://perso.wannado.fr/..assocciationsgams/
CAMS, www.cams-fgm.org
Mouvement Français pour le Planning Familial, www.planning-familial.org
GSF (Gynécologie Sans Frontières), www.gynsf.org
UNICEF, www.unicef.fr
AMNESTY France, www.amnesty.fr
OMS, www.who.int/fr
www.lefaso.net

Agir face aux mutilations sexuelles

Unissons-nous pour l'intégrité de nos filles



Je vous offre cette fleur
Qui comme moi vient d'éclore
Et je prie de tout mon coeur
Que personne ne déchire mon coeur

Vous qui avez du pouvoir
Cette tâche là est la vôtre
Interdisez les lames du rasoir
Je veux vivre comme les autres

ANNEXES

ANNEXE I : Discours du ministre de la santé et des solidarités prononcé à l'occasion du colloque sur les mutilations sexuelles féminines le 4 décembre 2006 à l'Institut Pasteur de Paris.

ANNEXE II : Circulaire du ministère de la santé et des solidarités adressée aux Ecoles de sages-femmes, de puéricultrices et d'auxiliaires puéricultrices.

ANNEXE III : Description du GAMS et extraits du Livre d'Images Universel de la naissance utilisés par l'association lors de la prévention.

ANNEXE IV : Description du CAMS et exemple de plaquette de prévention.

ANNEXE V : Plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision ».

ANNEXE VI : Article du Dr FOLDES sur la Chirurgie reconstructrice, comprenant des photos.

ANNEXE VII : Cas Clinique sur les conséquences médicales de l'excision, issue de Excision et Santé de la femme du Dr TOURE [100]

ANNEXE VIII : Loi du 4 avril 2006

ANNNEXE IX : Liste des associations et organismes pouvant être contactés par les professionnels de Santé et pouvant être transmise aux femmes.

Xavier Bertrand

Ministre de la Santé et des Solidarités

Discours

Sous réserve du prononcé

« Colloque Mutilations sexuelles féminines»

Lundi 4 décembre 2006 – Institut Pasteur

CONTACT SERVICE PRESSE : 01 40 56 40 14 / cab-sante-presse@sante.gouv.fr
www.sante.gouv.fr

J'ai voulu ce colloque sur les mutilations sexuelles féminines et je tenais tout, particulièrement à être présent, parce qu'il s'agit d'une pratique intolérable et que ces actes sont non seulement dangereux pour la santé physique de la femme, mais qu'ils portent aussi gravement atteinte à son intégrité psychologique.

Qui sait qu'aujourd'hui en France, on estime à près de 60 000 femmes et fillettes qui sont excisées ou menacées de l'être, et que dans le monde, ce sont 150 millions qui le sont.

Je veux que toute personne professionnel de terrain, de santé, enseignant ou tout proche, qui voit une personne menacée sache à qui s'adresser pour protéger la jeune fille de l'excision.

Je veux que toute personne qui a subi une excision puisse être prise en charge de manière adéquate : elle doit pouvoir recevoir une aide psychologique et si elle le souhaite, bénéficier de la réparation physique. Ces lieux de prise en charge doivent être facilement accessibles.

La première des choses, c'est que la parole doit totalement se libérer. C'est le silence qui tue.

La vocation première de ce colloque est de lever le tabou qui entoure cette violence faite aux femmes. En parler, c'est déjà avancer et agir. Je veux tout particulièrement remercier les femmes qui ont accepté et qui ont eu le courage de témoigner aujourd'hui, et rendre un hommage particulier à Madame Khadi Koita qui n'a malheureusement pas pu être là aujourd'hui. Je souhaite rendre hommage aux professionnels de santé (notamment des centres de Protection Maternelle et Infantile), et associatifs (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, le Mouvement français pour le planning familial) qui depuis 25 ans se mobilisent contre l'excision, ainsi qu'à

Gynécologues sans frontières qui a rejoint cette dynamique. Je souhaite également remercier les services ministériels, les Conseils Nationaux de l'Ordre des médecins et des sages femmes, et l'ensemble des intervenants qui ont permis que se tienne ce colloque.

Car c'est une véritable mobilisation sociétale que nous voulons provoquer. Cette mobilisation va se poursuivre à l'échelle régionale, et je m'en félicite.

I- Je souhaite revenir sur le contenu du colloque lui-même, sur les points qu'il a permis de préciser et sur les besoins qu'il a permis de mettre en évidence :

La pratique de l'excision sur le territoire a sans nul doute régressé, mais elle n'a toutefois pas disparu. Il semble même que si nous devons rester vigilants sur notre territoire, elle est aujourd'hui surtout pratiquée lors de retours au pays, notamment pour les vacances.

Aujourd'hui les leviers législatifs existent, mais ils doivent être mieux connus notamment des professionnels.

Nous avons pu voir également que toutes les régions ne sont pas concernées avec la même acuité par la problématique des mutilations sexuelles en France. Nous devons donc nous adapter à ces réalités de terrain. Neuf régions ont été identifiées comme prioritaires : Nord Pas de Calais, Rhône Alpes, Pays de Loire, Poitou-Charentes, Picardie, Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie, PACA). Je veux saluer d'ailleurs, toutes les initiatives menées au niveau régional comme en région Pays de Loire dans la lutte contre ces pratiques. Ces expériences doivent être mutualisées dans les régions où le besoin s'en fait sentir.
L'acte de chirurgie réparatrice, mis au point et pratiqué avec succès depuis près de 10 ans par le docteur Pierre Foldès, constitue pour bon nombre de femmes excisées la promesse d'une vie meilleure et d'une intégrité retrouvée pour 2500 femmes. Il nous appartient d'ouvrir cette possibilité à toutes celles qui souhaiteraient en bénéficier.

Il nous appartient également de prendre toute la mesure des bouleversements qu'entraîne ce geste réparateur, de ses bénéfices sur l'état de santé, mais aussi de ses limites et de ses éventuels inconvénients.
La France n'est pas le seul pays européen confronté à ces pratiques, le témoignage de nos partenaires espagnols, norvégiens et britanniques en atteste. Je souhaite que ces échanges s'inscrivent à l'avenir dans une dynamique d'échanges de bonnes pratiques entre les pays européens confrontés à ces pratiques.
Enfin il a été question de chiffres : nous devons nous appuyer sur des données actualisées, car ici il s'agit d'être certain que notre objectif de mettre fin aux mutilations sexuelles féminines d'ici 2010 au plus tard soit atteint.

II- Grâce à ce colloque, des pistes d'action se sont dessinées ; j'ai décidé de les insérer dans un Plan national d'action pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines qui trouvera toute sa place dans le plan national « Violence et Santé » que je présenterai dans les prochaines semaines. Il nous faut d'abord « mieux connaître pour mieux agir »
Il est indispensable de disposer de données actualisées pour : mieux estimer la population susceptible d'être concernée par les mutilations en France, mieux comprendre les fondements qui font que malgré la Loi ces pratiques persistent, alors même que parfois elles ont été abolies dans les pays d'origine, mais que ces avancées ne sont pas connues de ceux qui ont quitté le pays depuis longtemps. ; évaluer le nombre de femmes qui pourraient relever d'une prise en charge chirurgicale.
C'est ainsi que l'étude sur « Excision et handicap » menée à l'Université Paris I par l'INED et l'INSERM a pour objectif de mieux connaître la situation en France (et bénéficiera d'un cofinancement de 60 000 € de la DGS en 2007). Les résultats seront publiés en 2008 et nous permettront de vérifier que notre objectif qui est d'éradiquer toute mutilation sexuelle féminine en France d'ici 2010 est bien atteint.
Ensuite, il nous faut « prévenir toute nouvelle mutilation sexuelle chez les jeunes filles vivant en France, en informant les personnes potentiellement concernées par l'excision sur son caractère illégal et criminel et en donnant aux professionnels de terrain les outils et les moyens pour repérer et protéger les jeunes filles menacées d'excision »
Tout d'abord, grâce aux plates-formes de l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM) qui sont un passage incontournable pour tous les nouveaux migrants sur le territoire (200 000 visites par an) qui doivent devenir un relais pour la prévention de ces actes.
Le **contrat d'accueil et d'intégration** sera également l'occasion de rappeler la loi en la matière. Une brochure comportant les coordonnées locales des points de recours sera également distribuée.
Ensuite en aidant les enseignants à repérer dans leur classe des jeunes filles qui risquent d'être mutilées à l'occasion d'un retour au pays ou d'un voyage, afin qu'ils puissent en parler avec les parents et orienter vers les professionnels ou associations

en capacité d'agir. Un outil d'aide aux enseignants pour le repérage et l'orientation des jeunes filles à risque de MSF a ainsi été élaboré. Il sera disponible à la rentrée 2007 et élaboré en concertation avec les associations, ainsi que des enseignants.
En permettant à toute personne qui a repéré une fillette menacée de se faire exciser de trouver un contact facilement repérable et accessible. Ainsi un dossier thématique spécifique sera disponible sur le site internet du ministère de la santé dans lequel notamment toutes les coordonnées des permanences associatives seront disponibles. Car elles jouent à cet égard un rôle fondamental.
Les soutiens financiers aux associations sont ainsi augmentés pour organiser un accueil et une écoute de proximité (y compris téléphonique) au niveau des régions concernées.
Le GAMS est déjà financé par le ministère de la santé via une convention avec la DGS (60 000 € en 2006, 50 000€ en 2007) pour la formation de relais dans les 9. En 2007, une subvention supplémentaire d'un montant de 100 000 euros (soit un doublement de la subvention) permettra de créer une permanence « accueil et écoute » dans 5 nouvelles régions (Nord Pas de Calais et Rhône Alpes au cours du 1er trimestre 2007, Pays de Loire, Poitou Charente et Picardie dans le courant de l'année). Actuellement, cet accueil est effectif dans 4 régions (Ile de France, Champagne Ardennes, Haute Normandie et PACA). 50 professionnels de terrain seront formées en 2007 par région. A l'issue de ce cycle de formation, ce sont 450 personnes qui auront été sensibilisées au repérage des fillettes en danger.
En formant davantage l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'être en contact avec des fillettes menacées d'excision ou des personnes susceptibles de commettre dans leur famille des excisions.
S'agissant de la formation initiale : les professionnels de santé doivent bénéficier d'un enseignement sur ce thème lors de leurs études. **Une circulaire** sera adressée aux doyens de faculté de médecine ainsi qu'aux écoles de sages-femmes, d'infirmières et de puéricultrices pour les informer de la nécessité de dispenser des formations sur l'excision.
Elle sera co-signée par mon collègue Gilles de Robien et moi-même d'ici mi-décembre 2006. Gynécologie Sans Frontières qui appuie les services déconcentrés dans l'organisation des mobilisations régionales recevra également 50 000 euros pour coordonner l'édition d'un guide pour les praticiens : Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines qui sera disponible à la fin de l'année 2007.
Que toute femme qui se sente menacée ou qui a subi une mutilation puisse être prise en charge de manière adéquate.
Il est indispensable d'organiser une offre de soins de qualité pour répondre aux besoins des femmes dans toutes les régions concernées avec une équipe pluridisciplinaire (chirurgie, psychologue, sexologue) référente par région. Cette question sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion des ARH, le 21 décembre.
Les actes de réparation clitoridienne sont déjà remboursés. Mais ce que nous voulons c'est la santé à part entière. J'ai saisi pour cela l'UNCAM qui doit me faire des propositions.

Enfin, il faut sur ce sujet développer les coopérations internationales

Europe :
Il nous faut porter le défi d'éradication des MSF en Europe à l'horizon 2015 en marquant
la France compte être en première ligne de ce combat, en saisissant le Conseil del'Europe.
Je souhaite que cette question soit proposée comme une priorité de santé portée par la
France à l'occasion de la présidence de l'Union Européenne au second semestre 2008.

International.
Nous nous appuierons sur le tissu associatif en France pour favoriser la coopération avec les pays dans lesquels se pratiquent encore ses tortures. Il s'agit principalement d'assurer le lien entre les associations, ici et là bas, afin de prévenir des MSF chez des fillettes qui rentreraient dans le pays d'origine de leur parents.

&&&

Au moment où certains pays en Afrique luttent drastiquement contre les excisions, au même moment où d'autres pays commencent à voir apparaître d'autres formes de mutilations sexuelles comme le repassage des seins, c'est maintenant même qu'il nous faut agire, au niveau international, national et régional.
Au niveau international pour que la France porte devant l'OMS la lutte contre l'excision comme un combat prioritaire.
Au niveau national pour que le silence assourdissant dans lequel les mutilations sexuelles féminines ont été tenues soit rompu.
Au niveau régional pour que les femmes qui ont subi une excision sachent vers quelle association de terrain se tourner pour être prise en charge et que pour toute personne voyant une fillette menacée d'excision sache vers qui se tourner pour prévenir cet acte intolérable.
Nous avons aujourd'hui un combat commun, il n'y a pas de fatalité, il n'y a qu'une seule évidence, il n'y a qu'un seul enjeu : sauvons ces fillettes du poids du silence, sauvons ces fillettes du poids de traditions qui sont d'un autre temps.

ANNEXE II

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
Personnes chargées du dossier :
Christine LEMEUX – Saliha CHERRAD
Tél : 01 40 56 63 11- 75 52
Fax : 01 40 56 40 26
Mél : christine.lemeux@sante.gouv.fr
saliha.cherrad@sante.gouv.fr

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)

CIRCULAIRE N°DGS/SD2C/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.
Date d'application : immédiate
NOR : SANP0630548C (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 sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

Textes de référence :

- 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 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 états 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'une 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 (AGSF)** : Présidée par le Professeur 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

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

Professeur Didier HOUSSIN

LE GROUPE POUR L'ABOLITION DES MUTILATIONS SEXUELLES
ANNEXE III

Le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (G.A.M.S.) et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) est une association laïque et apolitique déclarée à but non lucratif relevant de la loi de 1901. Elle est composée de femmes africaines résidant en France et de femmes françaises. **Créée en 1982,** son siège social est situé à Paris ; néanmoins elle est à vocation nationale.

GAMS
Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants
Section Française du Comité Inter-Africain

Le G.A.M.S. a pour objectif **la promotion de la santé maternelle et infantile parmi les populations immigrées** en France, plus spécifiquement originaires d'Afrique subsaharienne :

- en contribuant à l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés et/ou précoces d'adolescentes, les tabous nutritionnels, les grossesses rapprochées, etc.
- en favorisant les pratiques positives telles que l'allaitement au sein, le portage des enfants, le massage des nourrissons, etc.

Ainsi, l'année passée, lors de nos permanences, nous avons reçu environ 200 personnes et conseillés un grand nombre de professionnels sociaux, éducatifs et médico-sociaux. De plus, nous avons animé une centaine de formation initiale et continue et deux cents actions d'information et de sensibilisation. Et notamment, en partenariat avec Amnesty International, nous avons collaboré à plus de 30 conférences/débats, dans toute la France, après la projection du film Moolaade du réalisateur sénégalais Sembène Ousmane. Par ailleurs, dans notre centre de documentation sur les pratiques traditionnelles néfastes nous disposons de 5000 articles sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (mutilations génitales féminines, mariages forcés et/ou précoces, polygamie, etc.), des ouvrages, des cassettes vidéo et audio, des périodiques, et des mémoires, thèses & dossiers. Le site Internet G.A.M.S http ://perso.wanadoo.fr/..associationgams/ est installé depuis le 25 mai 2000, remis à jour en 2002. Il est maintenant consultable en anglais et comprend une partie sur les mariages forcés.

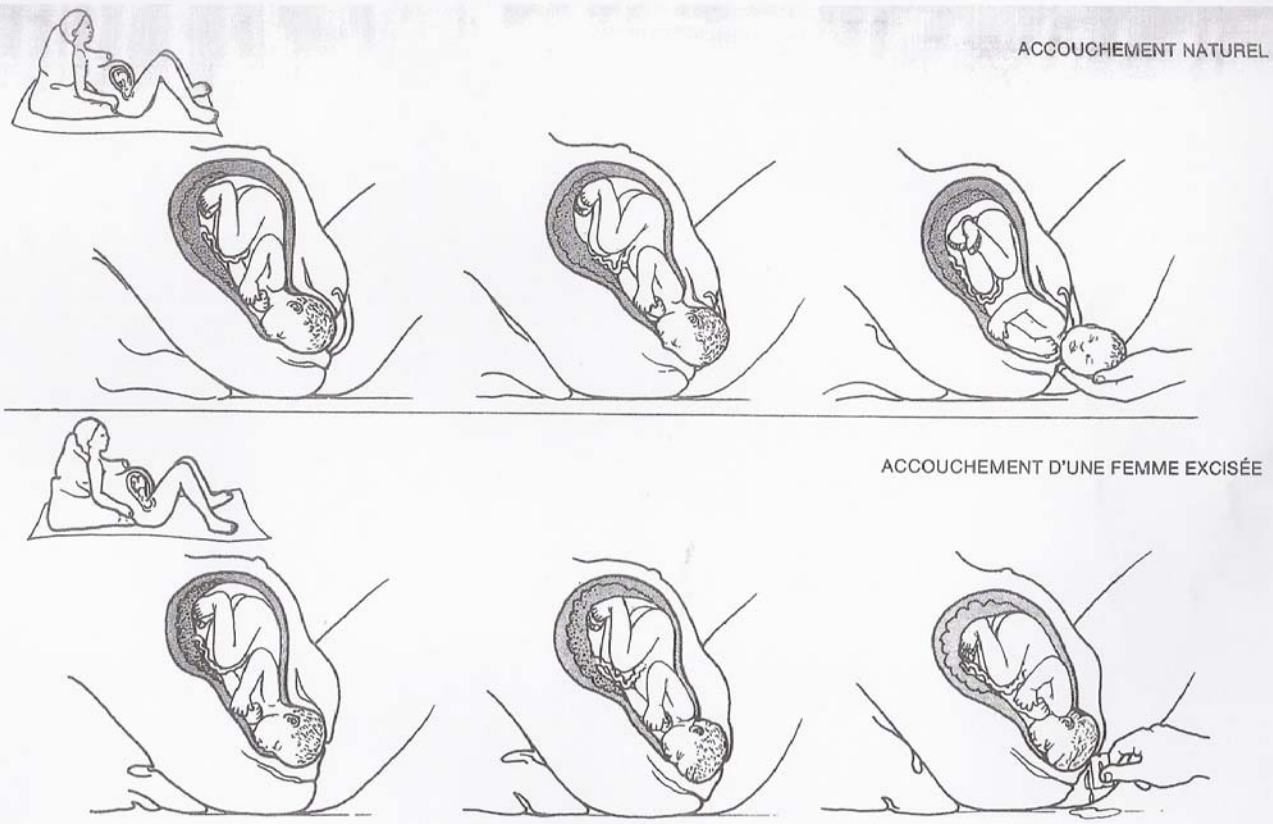
La reconnaissance de notre action, au niveau national, a été soulignée dans les derniers avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme et ceux du Haut Conseil à l'Intégration, ainsi que par la Commission de l'égalité hommes/femmes du Sénat et le groupe de travail sur les violences faites aux femmes de l'Assemblée Nationale.

Au niveau international, notre expertise est reconnue par le Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, dont nous sommes la section française, depuis sa création à Dakar en 1984 et par la Commission Européenne. En effet, celle-ci soutient le GAMS pour le « Premier programme de lutte contre les mutilations génitales féminines en Europe », qui concerne 10 Etats membres et 15 ONG partenaires. Cela nous ainsi permit d'obtenir le Label Paris Europe en 2002.

Siège 66 rue des Grands Champs 75020 PARIS
Tél. : 01 43 48 10 87 – 06 74 16 77 38
Fax : 01 43 48 00 73
Courriel : association.gams@wanadoo.fr

Antennes Seine-Maritime : 06 30 36 42 42
Les Yvelines : 06 70 83 31 73
Marne : 06 32 22 79 99
PACA : 06 73 43 96 33

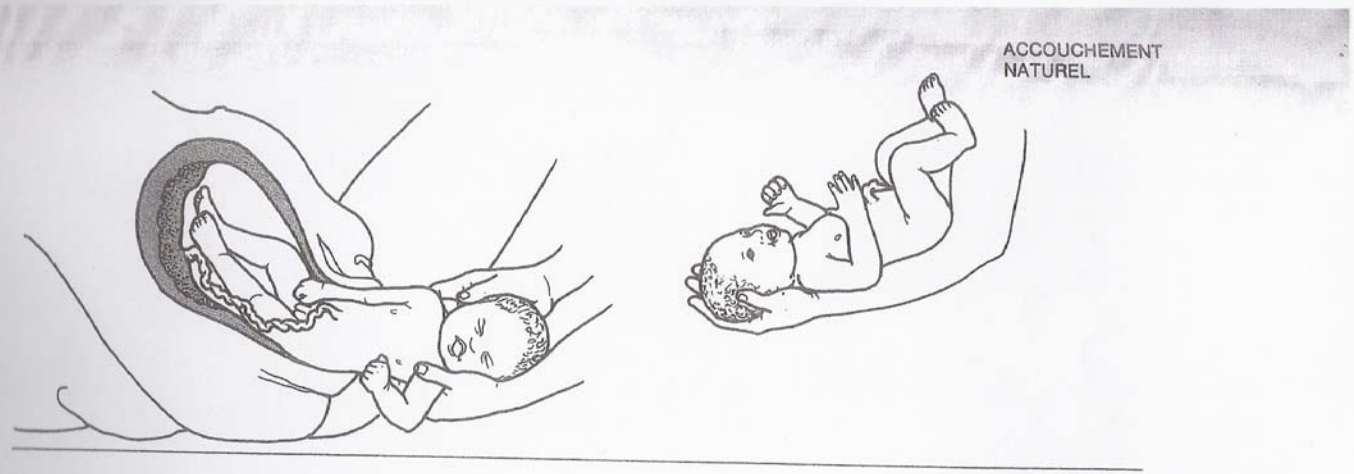
http://perso.wanadoo.fr/..associationgams/

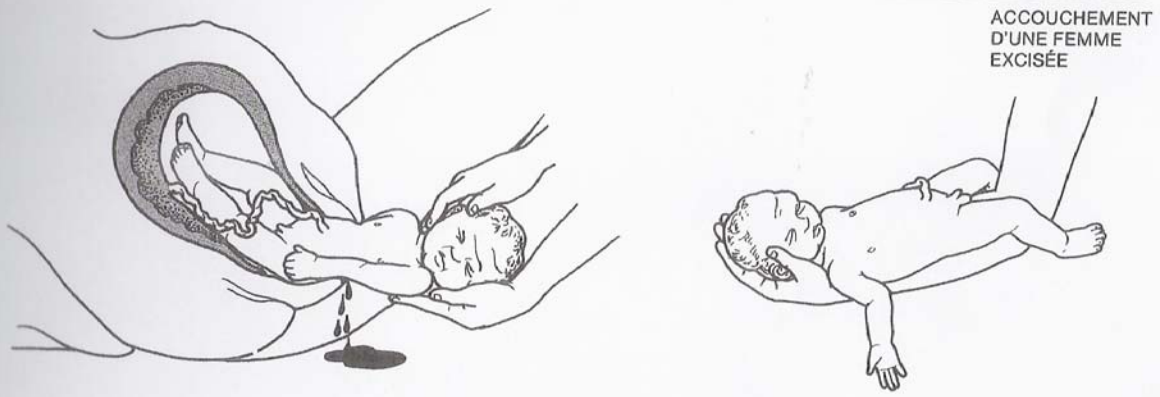


LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT : NATUREL ET EN PRÉSENCE D'UN OBSTACLE

En haut, le bébé est poussé à travers les replis de la peau qui entourent l'orifice vaginal et il sort facilement. En bas, on voit un bébé qui ne peut pas sortir parce que l'ouverture est trop petite — ceci est dû aux cicatrices. La tête du bébé est poussée avec force contre les cicatrices. C'est douloureux pour la mère et nuit à l'enfant. A la fin, il est nécessaire de couper

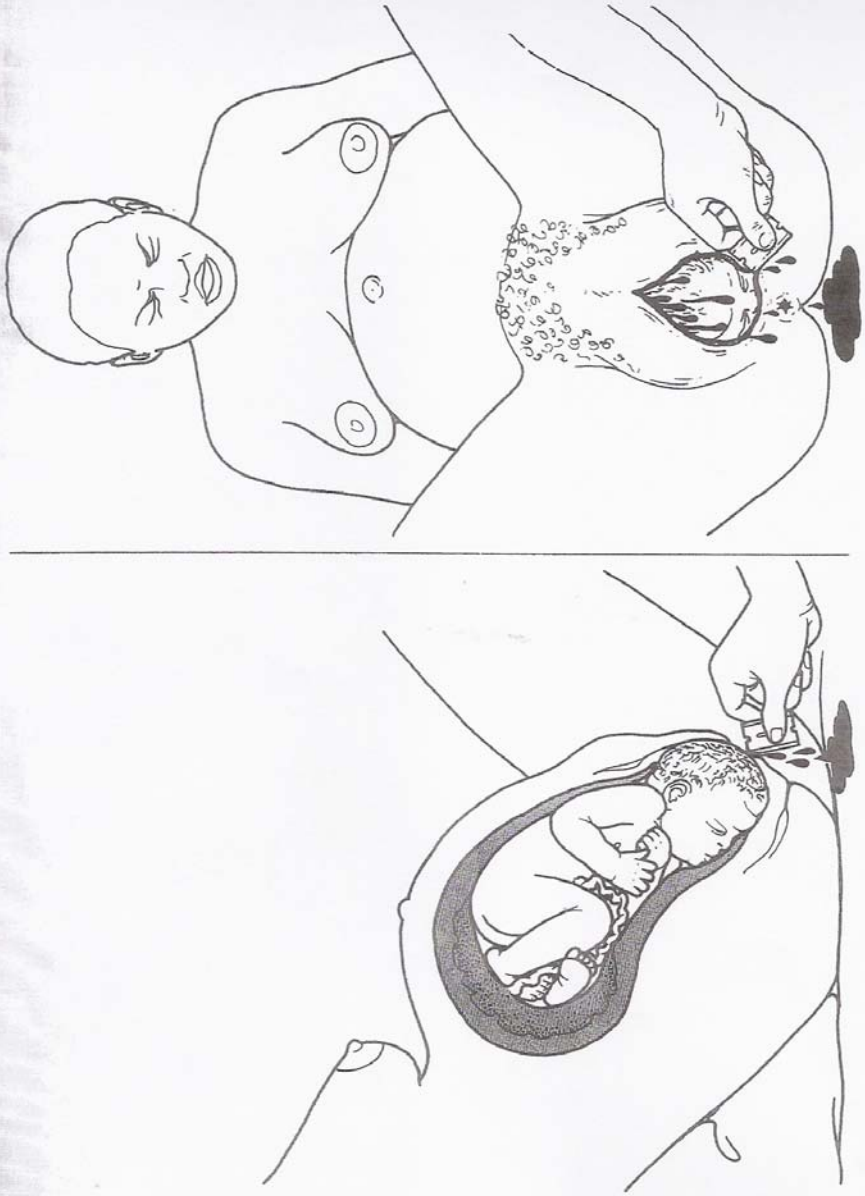
In Le livre d'Images Universel de la Naissance (GAMS) IV





LE NOUVEAU-NÉ

En haut, on voit un nouveau-né vigoureux et bien vivant né d'une femme ayant une vulve naturelle. En bas, on voit l'enfant né d'une femme excisée. On a dû la couper pour faire sortir son bébé. Le bébé ne bouge pas et sa tête est aplatie. Pourra-t-il vivre ?



LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT DUES AUX OPÉRATIONS GÉNITALES

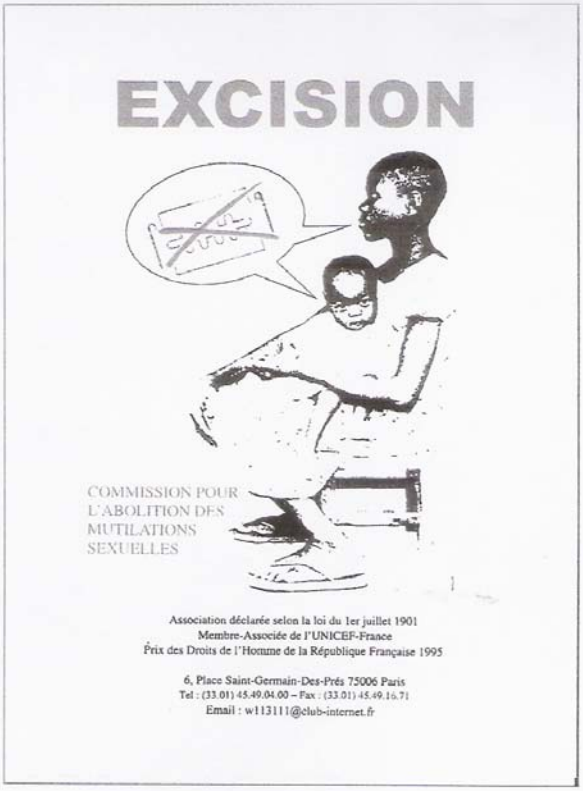
On voit ici les complications et la souffrance qu'entraînent d'inutiles opérations génitales pour les mères et leur bébé. Si vous avez une fille, ne la faites pas opérer pour lui éviter les complications et la grande souffrance que vous voyez sur le dessin

In Le livre d'Images Universel de la Naissance (GAMS)

ANNEXE IV

COMMISSION POUR L'ABOLITION DES MUTILATIONS SEXUELLES

Association déclarée selon la loi du 1er juillet 1901
Membre-associée de l'UNICEF France (1995)
Prix des Droits de l'Homme de la République Française (1995)



La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) a été fondée en 1982 par Awa Thiam, universitaire sénégalaise célèbre pour avoir publié en 1978 un livre intitulé *« La Parole aux Négresses »* dénonçant l'excision, violence gravissime subie par les fillettes africaines.

La CAMS se distingue des autres associations travaillant dans le domaine des mutilations sexuelles en ce qu'elle mène également son combat sur le terrain judiciaire en se portant partie civile lorsque les cas d'excision donnent lieu à une procédure pénale.

Ainsi la CAMS a contribué à établir la jurisprudence et à informer de nombreux professionnels sociaux et médicaux sur les textes applicables et les devoirs qui s'en dégagent.

Cependant la CAMS poursuit surtout un but éducatif, et dans cette perspective elle a conçu et produit différents matériels :

- un film de 17 min. *« Le Pari de Bintou »*. Il s'agit d'une fiction qui, par l'histoire qu'elle raconte et le caractère des personnages mis en scène, présente aux familles de manière positive la lutte contre l'excision. La vidéo existe en version française (sous-titrée en anglais) en cassette vidéo et en cédérom ;
- une cassette audio dont le texte dit en français, peul, bambara, sarakole et toucouleur, invite à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane ;
- des affichettes et un dépliant expliquant sous forme de questions/réponses la position de la CAMS ;
- un cédérom *« Africa Paris »* avec la chanson *« Exciser c'est pas bon »* composée par un jeune musicien malien, maintenant établi en France après avoir été menacé dans son pays à cause de cette chanson ;
- une bande dessinée sur le site Internet permettant d'entamer une discussion même avec des enfants.

Ces différents matériels peuvent être commandés au bureau de la CAMS :

6, Place Saint-Germain-des-Prés 75006 Paris
Tel. : (33)1.45.49.04.00 - Fax :(33.1)45.49.16.71
Email : w113111@club-internet.fr
Site : http://www.cams-fgm.org

NOUS COMBATTONS L'EXCISION

Qu'est-ce que l'excision ?

C'est une pratique essentiellement africaine qui consiste à trancher le clitoris et les petites lèvres du sexe féminin.

Il ne faut pas la confondre avec la circoncision car la pratique équivalente sur le sexe masculin conduirait à sectionner le pénis au lieu de seulement retirer la peau qui recouvre le gland.

Qui pratique l'excision en France ?

Surtout les Africains originaires du Mali, du Sénégal, de Gambie et de Mauritanie.
Plus importante que la nationalité est l'appartenance à une ethnie pratiquant l'excision.

La très grande majorité des Maliens immigrés en France appartiennent à des ethnies pratiquant l'excision et parfois l'infibulation. Ce sont des Soninkés, des Bambaras, des Peuls, des Sénoufos etc., tandis que les Sénégalais Wolofs n'excisent pas.

L'infibulation est une forme aggravée de l'excision puisqu'après avoir coupé le clitoris et les lèvres, la matrone rapproche les moignons pour qu'ils cicatrisent et ferment l'accès au vagin à l'exception d'un trou minuscule pour les urines et les règles.

Sur qui pratique-t-on l'excision ?

Les victimes de cette mutilation sont le plus souvent des bébés, âgés de quelques semaines ou de quelques mois et même parfois des enfants de 3 ou 4 ans.

A cet âge il ne s'agit pas d'un rituel initiatique permettant d'accéder au statut de femme.

Comment l'excision est-elle pratiquée ?

Les excisions sont faites le plus souvent par des matrones traditionnellement habilitées, appartenant à la caste des forgeronnes, qui se font rémunérer.

L'exciseuse choisie par les parents opère soit chez elle, soit au domicile des parents, soit dans les foyers de travailleurs.

NOUS COMBATTONS L'EXCISION

En général, l'enfant est placée sur les genoux de sa mère qui maintient fermement écartées les jambes du bébé et l'exciseuse tranche à vif le sexe avec soit une lame de rasoir, soit un couteau spécial à lame souple, soit même une paire de ciseaux.

Quelles sont les conséquences de l'excision ?

Bien sûr, une douleur atroce pouvant provoquer un choc avec arrêt cardiaque, une hémorragie massive parfois stoppée par des crèmes hémostatiques et des saignements continus pouvant entraîner la mort.

D'autres enfants ont pu être soignées et sauvées mais l'excision comporte toujours des conséquences telles que : anémie, douleurs locales, difficultés à uriner, infections, risque de stérilité, absence de plaisir sexuel lié à la fonction clitoridienne, complications à l'accouchement, et des problèmes d'ordre psychologique.

Imagine-t-on qu'un petit garçon à qui on aurait tranché le pénis pourrait vivre épanoui et sans conserver de séquelles sur le plan physique ou psychologique ?

Alors pourquoi les excisions ?

Les parents souvent se réfèrent à leur religion, en l'occurrence l'Islam, bien que le Coran ne fasse nulle mention de l'excision. Ils disent que la fille doit être "propre"pour pouvoir se marier; les hommes expliquent volontiers qu'ainsi les filles restent "sages", qu'elles ont moins de désirs, ce qui serait un gage de fidélité, et permet au père de percevoir une dot du futur époux.

POURQUOI NOUS DEVONS REFUSER ET PUNIR L'EXCISION ?

- Refuser de sanctionner les parents voudrait dire qu'en France on introduit une discrimination entre les enfants selon leur origine : on accepterait pour les petites Africaines une torture jugée intolérable pour les autres enfants.

- Prétendre que l'on accepte la coutume des autres, c'est non seulement méconnaître qu'en Afrique même cette tradition est combattue, mais c'est surtout laisser en marge de notre société des enfants nées en France et qui, dans leur majorité, grandiront ici.

- Quelle explication donnerez-vous à ces enfants devenues jeunes filles lorsqu'elles se rendront compte de leur mutilation et constateront que la société française ne les a pas protégées ?

- Si la coutume voulait que l'oreille droite des petites filles soit coupée, songeriez-vous un seul instant à l'accepter en fonction de l'origine des parents ?

CAMS F

ANNEXE V

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Protégeons nos petites filles de l'excision

En France, c'est interdit par la loi

En Afrique, de nombreux pays interdisent l'excision

www.femmes.egalite.gouv.fr

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 pouvant 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 nocives 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(les) responsable(s) de l'enfant mutilée sont définies par le code pénal :

- 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 par la 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 au : Burkina-Faso, Cameroun, Centre Afrique, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Ghana, Guinée Conakry, Kenya, Libéria, Mali, Nigeria (État d'Edo), Sénégal, Sierra Leone, 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) ;
- la *Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant*, entrée en vigueur le 29 novembre 1999 (article 21).

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 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 Boussuge et Élise Thiébaut, Syros, 2006. Témoignages et dossier complet, facile d'accès, pour comprendre et prévenir l'excision. À lire dès 13 ans.

- **"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. Ce programme a été réalisé en 1995, avec le soutien des directions générales de l'action sociale et de la santé, du Service des droits des femmes et de l'égalité, du Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles, de la Fondation de France et de l'Association nationale des médecins de PMI.

- **"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, avec le soutien du Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles et du Secrétariat d'État chargé des droits des femmes.

ANNEXE VI

Pierre FOLDES

Résumé

Cet article décrit un procédé de reconstruction du clitoris après excision rituelle. Après résection de la cicatrice, le genou, puis le corps du clitoris sont libérés en préservant l'innervation.
Un gland clitoridien est reconstitué par plastie cunéiforme, puis réimplanté en situation anatomique.
La technique vise à restaurer une anatomie normale et obtenir un organe normalement innervé et si possible fonctionnel.

Mots clés : Clitoris, mutilation sexuelle féminine, chirurgie plastique, reconstruction, clitoridectomie.

L'excision est une pratique touchant plus de cent trente-cinq millions de femmes dans le monde, essentiellement dans l'Afrique péri sahélienne et quelques régions d'Asie [17, 18]. Elle est encore pratiquée quotidiennement de nos jours, et notamment en France où de très nombreux cas sont signalés par les services sociaux et la justice.
Il existe trois grands types principaux de mutilations :
1. La circoncision féminine ou 'Sunna', emportant le capuchon clitoridien et l'extrémité du gland.
2. L'excision proprement dite, ou clitoridectomie, qui sacrifie une partie plus complète du gland et tout ou partie des petites lèvres.
3. L'infibulation ou grande circoncision pharaonique, qui ferme presque totalement le vestibule par scarification et suture des grandes lèvres, voire suture de la face interne des cuisses.
Cette mutilation provoque une cicatrice pré-pubienne permanente douloureuse responsable de dyspareunies, mais aussi de dystocies et de complications obstétricales graves [4, 5].
Elle prive la victime de son identité féminine intime et d'un organe essentiel à sa sexualité.
L'évolution récente de la jurisprudence en France a fait émerger une prise de conscience de cette pratique criminelle longtemps masquée, amplifiée par l'immersion culturelle.
En plus de la revendication clinique apparaissent des demandes touchant à l'identité et la cosmétique, mais aussi à la restauration d'une sensibilité sexuelle normale.
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.

MATERIEL ET METHODE

La reconstruction clitoridienne a été tout d'abord tentée 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 Fasso, du Tchad et de l'Ethiopie. Il s'agissait le plus souvent d'une amputation totale du gland. Quatre 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 de vingt-deux ans.
La reconstruction a toujours été proposée lors d'une hospitalisation d'une journée.

TECHNIQUE

La région excisée se présente parfois comme une paroi lisse dépourvue de saillie, mais plus souvent porteuse d'une cicatrice irrégulière, voire chéloide, 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 (Figure 1).

Figure 1. Excision rituelle avec infibulation.

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 (Figure 2).

Figure 2. Incision sous-pubienne.

On dégage ainsi le bord supérieur du genou clitoridien, en restant près du périoste. Le ligament suspenseur est ainsi isolé.

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 de genou s'effectuent (Figure 3).

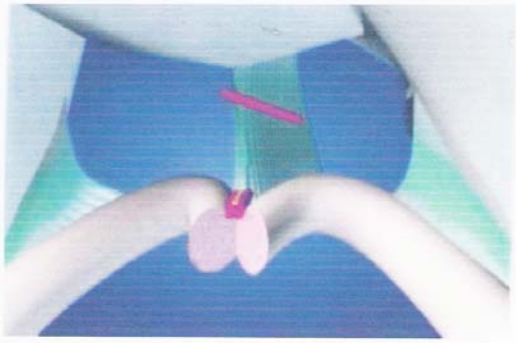


Figure 3. Section du ligament suspenseur.

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 (Figure 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.

Figure 4. Libération du genou clitoridien.

Libération du corps clitoridien

Une résection importante ou une perte de substance plus grande peut rendre nécessaire 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 huit bons centimètres.

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 en zone saine et laisse apparaître les corps caverneux adossés au raphé médian (Figure 5). Le tissu alvéolaire saigne normalement.

Figure 5. Résection de la cicatrice.

ANNEXE VII

5

Excision chez une jeune femme (abcès, infection, stérilité définitive)

- Profil de la patiente: *Jeune femme de 29 ans. Stérilité 12 après 7 ans de mariage, divorcée.*
- Motif de la consultation: *Douleur vulvaire, masse vulvaire, dyspareunie (douleurs atroces pendant les rapports sexuels), pas de rapport sexuel depuis 2 ans (ces douleurs avec refus de rapports sexuels étaient la raison principale du divorce).*
- Histoire de la patiente: *Excision à l'âge de 11 ans suivie quelques jours plus tard d'infection. Ecoulement du pus obligeant la patiente à changer plusieurs fois de linges "pagnes" par jour, odeur nauséabonde. Traitement traditionnel sans succès.*
- Examen médical: *Ablation totale du clitoris, examen gynécologique impossible du fait de la douleur atroce et de la masse.*
- Diagnostic: *Excision type II. Abcès vulvaire enkysté, infection. Une hystérosalpingographie (radiographie des trompes et de l'utérus) pratiquée a mis en évidence une obstruction proximale des deux trompes avec comme conséquence une stérilité définitive dont la prise en charge n'est pas possible au Mali.*
- Prise en charge: *Ablation de l'abcès enkysté (collection de pus enfermé dans une coque), sous anesthésie générale.*
- Suivi: *Suites opératoires favorables. Guérison au bout de dix jours. Elle reçoit des informations sur les complications de l'excision.*

24

ANNEXE VIII

Loi du 4 avril 2006 :
Lutte contre les mutilations sexuelles féminines
[Article 14 de la loi]

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement de mutilation sexuelle. Ces pratiques peuvent actuellement être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

• De violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
• De violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de quinze ans.
Une action en justice peut également être engagée au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours, conformément à l'article 222-12 du code pénal qui prévoit une sanction de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans.
Les modifications qui suivent, introduites par la loi, ont précisément vocation à rendre plus effective la répression de ces pratiques sans que soit instaurée pour autant de qualification juridique spécifique.

L'allongement du délai de prescription, en matière d'action publique

Comme c'est déjà le cas pour l'inceste, le délai de prescription en matière d'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).

Le renforcement de la répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger

Le nouvel article 222-16-2, inséré dans le code pénal, a pour objectif d'étendre l'application de la loi française, sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles.
Très précisément, l'article 222-16-2 prévoit que « *dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12* » - soit respectivement des violences ayant entraîné la mort, une mutilation ou une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours (ce qui correspond aux qualifications pouvant être retenues pour sanctionner les cas de mutilations sexuelles) - « *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 » de ce même code, qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.
Les dispositions générales, visées à l'article 113-8 du code pénal qui prévoit que, préalablement à l'engagement de toute poursuite d'un délit commis à l'étranger, une plainte, soit de la victime, soit de ses ayants droit, ou une dénonciation de l'Etat étranger est nécessaire, ne sont pas applicables pour l'infraction prévue par l'article 222-12 de ce même code, à savoir les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

La possibilité de lever le secret professionnel en cas de mutilations sexuelles

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 (point 1 de l'article 226-14 du même code). C'est dans un souci de clarification, afin de lever toute ambiguïté possible quant à la définition des termes, et de favoriser la dénonciation des cas de mutilations sexuelles, qu'il a été décidé de les viser expressément dans l'article 226-14 du code pénal.

ANNEXE IX

En cas d'urgence et si vous avez besoin d'un conseil, d'être orienté(e), soutenue(e).
Voici les coordonnées des associations qui militent contre les MSF ou qui peuvent faire le lien avec celle-ci, mais aussi les adresses où la reconstruction chirurgicale peut s'effectuer que vous pouvez transmettre à vos patientes :

Dans le Nord

Allo Enfance maltraité : 119
Service téléphonique anonyme et gratuit, 24h/24h
www.allo119.gouv.fr

CIDF Centre d'Informations des Droits des Femmes de Lille
96, rue Nationale – 59000 Lille
CIDF.lille59@wanadoo.fr

CIRM-CIRPS Carreffour initiatives et réflexions pour les missions de la vie affective et sexuelles – Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
235 avenue de la recherche – 50373 Loos cedex
Tel: 03 20 15 49 30 / 03 20 15 49 01
cirm.asso@free.fr

CRAO Association de la Communauté des ressortissants d'Afrique de l'Ouest.
20 rue de Lille – 59000 RoubaixTel : 03 20 73 72 83

DRDFE Délégation Régionale ou droits des femmes et à l'Egalité
12-14, rue Jean sans Peur – 59039 LILLE cedex
Tel: 03 20 30 59 78 / Fax: 03 20 30 56 96
Droits-des-femmes@nord.pref.gouv.fr

Association FAM Féminisme Antisexisme Mixité
Dahbya TAFAT / 06 12 12 38 72
association.fam@laposte.net

Fil santé jeunes : 0800 235 23
Servie téléphonique anonyme et gratuit tous les jours de 8h à minuit

GSF Gynécologie Sans Frontières
www.gynsf.org – gynsf@aol.com

RIFEN Rencontre Internationale des Femmes Noires
17, allée des saltimbanques – Villeneuve d'Ascq
Tel/ Fax : 03 20 05 17 69
rifen@wanadoo.fr

Dans la Région Parisienne

Le CAMS (Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)
6, place Saint-Germain-des-Prés – 75006 Paris
Tel : 01 45 49 04 00
Mail : w113111@clubinternet.fr

Le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)
66, rue des Grand Champs – 75020 Paris
Tel : 01 43 48 10 47
Mail : association.gams@wanadoo.fr

Adresses des hôpitaux pratiquant la reconstruction clitoridienne

Clinique Louis XIV : Docteur FOLDES
4 Place Louis XIV – 78100 Saint Germain en Laye
Tel : 01 39 10 26 03

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil : Professeur PANIEL et son équipe
40 avenue de Verdun
94010 Créteil
Tel : 01 40 19 30 00

Hôpital Rothschild : Service de Gynécologie Obstétrique, Professeur BENIFLA et son équipe
33 Boulevard Picpus - 75571 Paris
Tel : 01 40 19 30 00

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE : 2007

TITRE : **LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES : ETAT DES LIEUX ET PRISE EN CHARGE**

SOUS- TITRE : Etude Bibliographique

AUTEUR : Dounia BOUJAHMA

MOTS-CLES : Mutilations Sexuelles Féminines, Excision, Infibulation, Prévention, Parole, Prise en charge.

RESUME :

« Elle (l'exciseuse) tire avec ses doigts, le plus possible, ce minuscule morceau de chair et coupe comme si elle tranchait un morceau de viande. Malheureusement, il lui est impossible de le faire en un seul geste. Elle est obligée de scier. Les hurlements que j'ai poussés me résonnent encore aux oreilles. J'ai pleuré, crié (…) La femme coupe, cisaille (…) C'est une douleur inexplicable qui ne ressemble à aucune autre »

On estime à 130 millions le nombre de fillettes et de femmes actuellement en vie dont les droits humains ont été bafoués par les mutilations sexuelles féminines. Cette pratique nuisible ne concerne pas seulement les filles et les femmes en Afrique et au Moyen-Orient, elle affecte aussi la vie de filles et de femmes au sein des communautés d'immigrés dans les pays industrialisés.

Ces pratiques néfastes sont irréversibles entraînant des conséquences médicales, psychologiques et sexuelles affectant la santé de ces femmes. Les grossesses et les naissances se transforment alors très souvent en un drame où des vies sont en jeu.

En tant que sage-femme nous avons une place privilégiée dans le dépistage de ces pratiques, l'accompagnement des patientes qui en ont été victimes et la protection des nouveau-nés par la prévention.

Ce mémoire qui se veut bibliographique fait un état des lieux de ces pratiques et des moyens préventifs et législatifs qui sont mis en œuvre pour lutter contre. Il propose une prise en charge globale de ces patientes en tenant compte des questions que cela soulève.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE DU POLE SANTE
Faculté Libre de Médecine
56 rue du Port - 2ème étage
59000 LILLE
☎ : 03.20.13.50.55.

Tel/ Fax : 03 20 05 17 69
rifen@wanadoo.fr

Dans la Région Parisienne

Le CAMS (Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)
6, place Saint-Germain-des-Prés – 75006 Paris
Tel : 01 45 49 04 00
Mail : w113111@clubinternet.fr

Le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)
66, rue des Grand Champs – 75020 Paris
Tel : 01 43 48 10 47
Mail : association.gams@wanadoo.fr

Adresses des hôpitaux pratiquant la reconstruction clitoridienne

Clinique Louis XIV : Docteur FOLDES
4 Place Louis XIV – 78100 Saint Germain en Laye
Tel : 01 39 10 26 03

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil : Professeur PANIEL et son équipe
40 avenue de Verdun
94010 Créteil
Tel : 01 40 19 30 00

Hôpital Rothschild : Service de Gynécologie Obstétrique, Professeur BENIFLA et son équipe
33 Boulevard Picpus - 75571 Paris
Tel : 01 40 19 30 00

Guide Pratique destiné aux professionnels de santé

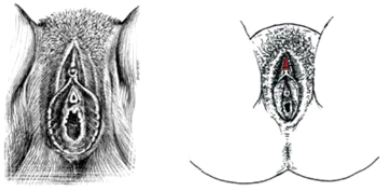
LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES
ETATS DES LIEUX
ET
PRISE EN CHARGE EN MATERNITE

DEFINITION

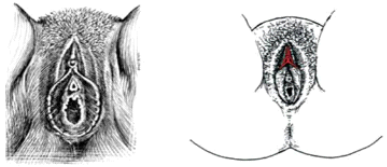
Les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins pour des raisons , culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique.

DESCRIPTION

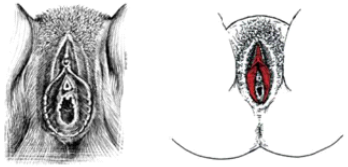
TYPE I : excision du prépuce clitoridien, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris. Appelé par différents auteurs circoncision clitoridienne ou sunna



TYPE II : excision du clitoris (clitoridectomie), avec excision partielle ou totale des petites lèvres, pouvant être associé à l'application de diverses substances (cendres, herbes, terre, etc.) pour des raisons antiseptiques ou autres.. Appelé communément excision



TYPE III: excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vulvaire laissant juste un orifice pour permettre l'écoulement des urines et du sang menstruel. Appelé infibulation, circoncision pharaonique ou encore circoncision soudanaise



Type IV : regroupe toutes les interventions non classées : piqûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres, étirement du clitoris et/ou des lèvres, cautérisation par brûlure du clitoris du tissu avoisinant, l'incision Gishiri , incision Angurya, introduction de substances corrosives dans le vagin, introcision...

En cas d'urgence et si vous avez besoin d'un conseil, d'être orienté(e), soutenue(e).

Voici les coordonnées des associations qui militent contre les MSF ou qui peuvent faire le lien avec celles-ci mais aussi pour les adresses où la reconstruction chirurgicale peut s'effectuer que vous pouvez transmettre à vos patiente.

Dans le Nord

Allo Enfance maltraité : 119
Service téléphonique anonyme et gratuit, 24h/24h
www.allo119.gouv.fr

CIDF Centre d'Information des Droits des Femmes de Lille
96, rue Nationale – 59000 Lille
CIDF.lille59@wanadoo.fr

CIRM-CIRPS Carrefour initiatives et réflexions pour les missions de la vie affective et sexuelles – Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida.
235 avenue de la recherche – 50373 Loos cedex
Tel: 03 20 15 49 30 / 03 20 15 49 01
cirm.asso@free.fr

CRAO Association de la Communauté des ressortissants d'Afrique de l'Ouest.
20 rue de Lille – 59000 Roubaix
Tel : 03 20 73 72 83

DRDFE Délégation Régionale aux droits des femmes et à l'Égalité.
12-14, rue Jean sans Peur – 59039 LILLE cedex
Tel: 03 20 30 59 78 / Fax: 03 20 30 56 96
Droits-des-femmes@nord.pref.gouv.fr

Association FAM Féminisme Antisexisme Mixité
Dahbya TAFAT / 06 12 12 38 72
association.fam@laposte.net

Fil santé jeunes : 0800 235 23
Servie téléphonique anonyme et gratuit tous les jours de 8h à minuit

GSF Gynécologie Sans Frontières
www.gynsf.org – gynsf@aol.com

RIFEN Rencontre Internationale des Femmes Noires
17, allée des saltimbanques – Villeneuve d'Ascq

La prescription de séance de rééducation périnéale et l'information sur la possibilité d'une reconstruction clitoridienne doivent être systématiques. Il faut toutefois faire attention à ne pas présenter cette chirurgie comme « réparatrice » car cela risque d'inciter les femmes à mutiler leurs filles en pensant qu'elles pourraient toujours y avoir recours si elles le souhaitent.

LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE

Si la femme a accouché d'un garçon la prévention doit aussi avoir lieu car elle pourra être utile pour la fratrie, une future petite fille, ou pour l'entourage de la femme qui pourra ensuite elle aussi prendre part à la prévention.

Plus encore si la patiente a accouché d'une fille, l'auxiliaire de puériculture lors de la toilette du bébé, ou la sage-femme et le pédiatre lors de l'examen pédiatrique peuvent aussi effectuer cette prévention. En effet, le rappel de l'anatomie des organes génitaux externes de l'enfant et de leurs fonctions devant la mère mais aussi le père, doit être l'occasion de l'ouverture d'un dialogue sur le sujet des MSF ; ce qui permettra aux professionnels d'évaluer après plusieurs jours si l'enfant est à risque de subir une mutilation sexuelle à son tour et la nécessité ou non d'effectuer un signalement.

LE SIGNALEMENT

Un signalement en PMI doit être effectué quand le nouveau-né est une fille ; il est conseillé quand c'est un garçon et qu'il y a des filles dans la famille pour que la PMI puissent faire la prévention et éventuellement le suivi des filles.

La sage-femme ou le pédiatre doit bien insister sur le fait que ce signalement n'est pas répressif mais préventif.

Le suivi PMI permettra l'accompagnement de l'enfant jusqu'à ses 6 ans en vérifiant à chaque consultation l'intégrité des organes génitaux externes.

LA LEGISLATION FRANCAISE: les principales peines encourues en cas de MSF doivent être connues des professionnels de santé afin d'en informer les parents. Voici les grandes lignes du code pénal à ce sujet::

- L'auteur de MSF encours une peine de 10 emprisonnement et 150000 euros d'amende.
- Si la mutilation est pratiquée sur un mineur de moins de 15 ans par une personne ayant autorités sur lui, la réclusion criminelle est de 20 ans. a**rticle 222-9 du code pénal**
-
- Les auteurs de MSF pratiquées à l'étranger sur un enfant vivant en France sont poursuivis par la justice française et sont passibles des peines prévues par le code pénal **article 222- 10 du code pénal**
- **Le délai de prescription** , en matière d'action publique, a été porté à 20 ans à compter de la majorité
- La loi française sanctionnant ces pratiques, s'applique aux mineurs de nationalités étrangères résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles. article 222-16-2
- **La possibilité de lever le secret professionnel**. En cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toutes autres personnes n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. Dans le cas où une personne contrainte au secret professionnel, a connaissance de la mutilation ou du risque de mutilation d'un enfant, le signalement devient obligatoire conformément à l'article 226-14, 434-1 et 434-2.
-
- Dans le cas où une personne, informée du risque de MSF imminente, ne le signale pas au Procureur celle-ci est passible de 3ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende et risque d'être poursuivis au titre de non assistance à personne en danger .

▪ Tout professionnel de santé ayant connaissance du risque imminent de mutilation, voit le secret professionnel auquel il est tenu levé et doit simplement faire un signalement au Procureur de la République au Tribunal de grande instance du lieu de résidence Article 226-14 du code pénal ainsi qu'au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ce signalement peut s'effectuer par fax durant les heures ouvrables, ou par téléphone au magistrat celui-ci étant joignable 24 heures sur 24. Les signalements médicaux peuvent prendre la forme d'un simple fax détaillant les éléments dont les praticiens ont eu connaissance.

PREVALENCE ET DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE

Les MSF sont pratiquées dans 28 pays africains ainsi que dans certains pays du Moyen-Orient (Émirats Arabes ,Oman, Qatar) et d'Asie (Inde, Indonésie, Malaisie) .

La prévalence des MSF varient d'une région à une autre mais surtout d'une ethnie à une autre

Pays	Type de MSF	Prévalence	Type d'enquêtes et dates
Bénin	I et II	17%	EDS 2001
Burkina-Faso	I et II	77%	EDS 2002
Cameroun	I et II	20%	Pas d'enquête
Côte d'Ivoire	I et II	45%	EDS 1998-99
Djibouti	I, II et III	98%	Pas d'enquête
Egypte	I, II et III	97%	EDS 2003 Echantillon de femmes ayant été mariées au moins une fois
Erythrée	I, II et III	89%	EDS 2002
Ethiopie	I, II et III	80%	EDS 2000
Gambie	I et II	90%	Pas d'enquête
Ghana	I et II	5%	EDS 2003
Guinée Conakry	I, II et III	99%	EDS 1999
Guinée-Bissau	I et II	50%	Pas d'enquête
Kenya	I, II et III	32%	EDS 2003
Libéria	I et II	60%	Pas d'enquête
Mali	I, II et III	92%	EDS 2001
Mauritanie	I et II	71%	EDS 2001
Niger	I et II	5%	EDS 1998
Nigeria	I ,II et III	19%	EDS 2003
Ouganda	I et II	5%	Pas d'enquête
Rép.centrafricaine	I et II	50%	MICS 2000
Rép.Dém. du Congo	I et II	5%	Pas d'enquête
Sénégal	I et II	20%	Pas d'enquête
Sierra Léone	I et II	90%	Pas d'enquête
Somalie	III	98%	Pas d'enquête
Soudan	III	90%	MICS 2000 Enquête effectuée dans le Nord du pays Echantillon de femmes ayant été mariées au moins une fois
Tanzanie	II et III	18%	EDS 1996
Tchad	II et III	60%	Pas d'enquête
Togo	II	12%	Pas d'enquête

L'accouchement peut être l'occasion de souvenir de leurs excisions ; de même une épisiotomie ou une instrumentation peut être mal vécu par ces patientes cela nécessite un accompagnement en prénatale, durant le travail et secondairement en suites de couches. Durant le travail, il faut être à l'écoute de la patiente et lui expliquer tous les actes pratiqués.

Pour une femme excisée de type II compliquée en pseudo infibulation,

Soit l'orifice vaginal n'est pas complètement rétréci et il permet un accouchement voie basse dans ce cas les mêmes recommandations que pour le type II sont à appliquer.

Soit la pseudo infibulation réduit significativement l'orifice vaginal, ce qui n'était pas visible pendant la grossesse, il convient alors de réaliser une désinfibulation. Si la patiente refuse une césarienne peut s'avérer nécessaire.

Pour une femme infibulée,

Soit la désinfibulation a été proposée auquel cas l'accouchement se fera normalement sauf si l'état périnéal impose une épisiotomie en plus.

Il faut refuser catégoriquement si la femme ou son mari veulent une réinfibulation en rappelant que cela constitue un délit réprimé par la loi française.

Si la désinfibulation n'a pas été proposée, elle peut se réaliser à l'accouchement, si la femme refuse une césarienne sera pratiquée.

Il peut être intéressant de conseiller à ces patientes la péridurale.

Pour pouvoir disposer de données actualisées, **il faut notifier dans le cahier d'accouchement que la femme a été excisée en précisant le type et les modalités d'accouchement.**

PRISE EN CHARGE EN SUITES DE COUCHES

MEDICALE

Surveiller la survenue d'une infection.

Pour ces patientes, une attention particulière doit être portée aux soins périnéaux, des soins réguliers surtout s'il y a eu une épisiotomie.

ECBU avec antibiogramme et ECBL au moindre symptôme.

PREVENTION

Il est important de revenir sur le vécu de l'accouchement qui a pu être l'occasion de souvenir de leur excision, si la patiente le désire on peut lui proposer un accompagnement par un psychologue.

Il faut réaliser l'information de l'illégalité des MSF et leurs conséquences si elle n'a pas été faite pendant la grossesse. Lui donner les coordonnées des associations luttant contre la perpétuation de ces pratiques qui pourront la guider en cas de besoin.

Si l'ouverture de l'orifice vaginal ne permet pas un accouchement par voie basse, la méconnaissance de cette pathologie peut inciter l'équipe obstétricale à préconiser une césarienne or en dehors des motifs obstétricaux habituels celle-ci n'est pas indiquée.
La prise en charge repose sur une désinfibulation.
Celle-ci peut se faire à n'importe quel moment de la grossesse mais il est préférable de la réaliser au deuxième trimestre, sous anesthésie locale ou péridurale.

Noter dans le dossier obstétrical le type de mutilations, l'état de la cicatrice et les possibilités d'accouchement par voie basse.

PREVENTION

Expliquer à l'aide schéma anatomique ce que l'excision entraîne comme modifications.
Rappeler les conséquences de cette mutilation.
Rappeler que la pratique des MSF est inégale sur le territoire français et à l'étranger.
Rappeler aux futurs parents que cette pratique a de lourdes conséquences sur la santé de l'enfant pouvant aller jusqu'au décès.
Donner les coordonnées des associations luttant contre l'excision ou de celles pouvant faire le relais.

SIGNALEMENT

En cas de grossesse chez une mineure excisée, le consultant se doit de faire un signalement auprès du procureur de la république. (Article 226-14 du code pénal).

Pour certaines femmes excisées, il est souhaitable de les orienter vers la PMI , cet accompagnement peut être complété par l'intervention de l'assistance sociale s'il existe des problèmes socio-économiques. Le couple pourra ainsi rencontrer le pédiatre et la puéricultrice qui seront amenés à voir l'enfant après la naissance. Ce contact précoce pendant la grossesse permet à la famille de mieux accepter le suivi post-natal de cet enfant.

PRISE EN CHARGE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

Pour une femme mutilée de type I, il n'y a généralement aucune complication lors du travail et de l'accouchement.

Pour une femme excisée type II, le dégagement est perturbé par l'état du périnée antérieur. Il convient donc d'identifier précisément les lésions afin d'avoir l'attitude la plus adéquate lors de l'accouchement. Dans tous les cas le périnée antérieur est cicatriciel et a donc perdu de son élasticité, gênant le passage de la tête de l'enfant. Une épisiotomie précoce ne protége pas les tissus antérieurs.

Selon les experts l'épisiotomie ne doit pas être préventive ni systématique mais « facile ». La survenue de déchirures chez ces patientes étant plus fréquentes. Cela reste à l'appréciation de la sage-femme ou de l'obstétricien.

Ce tableau a pour but d'aider les professionnels de santé à détecter les femmes à risque de MSF.
La région Nord-Pas-de-Calais se trouve en 13ème position. A Lille et à l'échelle de la région ce sont 3675 fillettes et adolescentes qui sont concernées. Ce sont 2758 fillettes d'origine Mandé qui sont concernées et 517 d'origine Halpulaars.

LES RAISONS sont sociales, culturelles et traditionnelles, mais aussi psychosexuelles, religieuses, hygiéniques et esthétiques.

ON DIT que les mutilations sexuelles féminines sont imposées par la religion.
EN REALITE : Aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines . Leur origine relève de coutumes préexistantes aux religions monothéistes Le Coran n'y fait pas référence.

ON DIT que les MSF chez la petite fille et l'équivalent de la circoncision chez l'homme.
EN REALITE: l'excision a pour équivalent ,au niveau anatomique, comme symbolique, la pénectomie chez le garçon,l'émasculation ou l'ablation du gland . Et Contrairement à l'excision féminine, la circoncision masculine n'a pas pour volonté d'atteindre la masculinité, ou d'inhiber la libido ou l'accès au plaisir sexuel ,

ON DIT qu'il faut assurer la pureté, la virginité d'une fille, ainsi que la fidélité d'une épouse.
EN REALITE: la qualité d'un être humain relève de ces qualités d'esprit et de corps et non pas d'une blessure

ON DIT que les MSF rendent la femme plus féconde et diminue le risque de cancer du col de l'utérus, des affections inflammatoires génitales et des maladies sexuellement transmissibles.
EN REALITE: les mutilations sexuelles ont des conséquences néfastes sur la santé des femmes et des fillettes pouvant aller jusqu'au décès. Les infections qui en découlent peuvent être source de complications gynécologiques pouvant aller jusqu'à la stérilité. Elles est cause également de complications psychologiques et sexuelles empêchant l'épanouissement en tant que femme.

ON DIT que l'excision protége les femmes et les nouveaux-nés du mauvais sort.
EN REALITE les MSF par inélasticité du tissus cicatriciel augmentent le risque de complications obstétricales majeures variant selon le type de mutilation telles que les déchirures du troisième degré et celles du périnée antérieur, les fistules, les hémorragies de la délivrance, la césarienne, l'allongement de la 2ème partie du travail, l'impossibilité de suivi correct du travail. Elles augmentent également le risque de détresse néonatale.

ON DIT qu'il faut respecter les coutumes et les traditions.
EN REALITE il existe des coutumes et des traditions bénéfiques comme le port du nourrissons sur le dos, l'allaitement maternel. Il en existe d'autre comme les mutilations sexuelles qui sont dangereuses contre lesquelles il faut lutter.

LES COMPLICATIONS sont

A COURT TERME

La douleur
Les blessures
L'hémorragie La rétention d'urine réflexe du fait de la douleur occasionnée par l'urine sur la plaie.

A MOYEN TERME

Les infections aiguës
Un hématocolpos
Le névrome cicatriciel

La pseudo-infibulation, est une complication du type II. Il y a accolement des petites lèvres qui forment un pont cicatriciel recouvrant le méat urinaire, entraînant donc les mêmes complications que l'infibulation.

L'anémie résultant des pertes sanguines

A LONG TERME
Les complications urinaires
Des problèmes cicatriciels.

Les complications gynécologiques : A type de dysménorrhées, ménorragie, sténose vaginale, endométrite chronique, annexites, infertilité, stérilité, fistules
Les gynécologues doivent penser au mutilations sexuelles féminines lorsqu'une femme vient consulter en présentant ces symptômes.

Les complications sexuelles : Le plus souvent une dyspareunie, une absence de sensation, une diminution de la libido, une anorgasmie
Les Complications psychologiques les plus citées sont le stress post-traumatique, la dépression, les cauchemars

LES COMPLICATIONS OBSTETRICALES

PRISE EN CHARGE EN CONSULTATIONS PRENATALES

Les consultations prénatales sont un moment privilégié pour instaurer une relation de confiance et un dialogue avec ces patientes.
C'est souvent pour elle l'occasion de parler de ce traumatisme dont elles n'ont jamais parlé auparavant.

ABORDER LE SUJET DES MUTILATIONS SEXUELLES

Le sujet des mutilations sexuelles doit obligatoirement être abordé pendant la grossesse, à la première consultation ou lors des prochaines après qu' un contact ce soit établit.
Plusieurs façons sont possibles:

A'interrogatoire
A la demande des antécédents.
A la demande du pays d'origine si la patiente est originaire d'un pays à risque.(pays qui doivent être connus par le consultant)
Après l'examen clinique
L'intégrité des organes génitaux externes doit être vérifié.

En cas de barrière linguistique faire appel à un interprète de la maternité ou d'une association.
Si un tiers accompagne la patiente et que cela gêne le dialogue, ne pas hésiter à demander à s'entretenir seul avec elle, pour s'enquérir de ce qu'elle pense de l'excision, l'avis de son mari mais aussi de sa famille.

L'EXAMEN OBSTETRICAL
Lors de l'anamnèse, il est nécessaire d'être attentif aux antécédents gynécologiques et obstétricaux de la patiente.

Prendre en compte que l'examen gynécologique peut s'avérer difficile .
Le toucher vaginal doit être prudent et doux.

Pour une femme mutilée type I ou II :
Suivi identique au grossesse des femmes non excisées.
Attention ces femmes sont plus sensibles à la survenue de certaines complications.
Ex: infections urinaires, infections génitales basses.

Pour une femme infibulée ou pseudo infibulée: (complication du type II)
Toucher vaginal prudent et doux
Évaluer :
- l'état des tissus et du diamètre vulvaire résiduel,
- la faisabilité des touchers vaginaux qui seront à un doigt s'ils sont trop douloureux.
- la possibilité ou non d'un sondage urinaire.