

Les mutilations sexuelles féminines

Colloque régional de Lille - 11 décembre 2006

Allocution de Mme Khalida Sellali, DRDFE

1^{ERE} SESSION : APPROCHE SOCIOCULTURELLE DES MSF

Définitions, données épidémiologiques 6
Richard MATIS Gynécologue obstétricien – GHICL (Gynécologie Sans Frontières)

Film : témoignage 11

Approches socioculturelles

Isabelle GILLETTE FAYE (G.A.M.S.), Eliane AÏSSI (R.I.F.E.N), Geneviève CRESSON Sociologue CNRS, Univ Lille I

2^{EME} SESSION : APPROCHES MEDICALES ET JURIDIQUES DES MSF

Conséquences médicales 27
Pierre COLLINET Gynécologue obstétricien – CHRU de Lille

Impact des MSF sur la femme 31
Nadia FLICOURT Directrice du CIRM de Lille

Aspects juridiques, théoriques et pratiques 33
Sylvie LABBENS Juriste au CIDF de Lille
Hélène GEIGER Substitut du Procureur de la République (TGI de Lille)

Anatomie du clitoris et de la vulve 37
Brigitte MAUROY Professeur d'anatomie et d'urologie – université Lille 2, GHICL

Reconstruction médico-chirurgicale
Pierre FOLDES Urologue au CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye

3^{EME} SESSION : ET MAINTENANT

Quelles propositions au niveau régional ? 46
Thérèse LEBRUN Présidente-Recteur de l'Institut Catholique de Lille

Henri-Jean PHILIPPE Président de Gynécologie Sans Frontières

Allocution de clôture, Madame Véronique YVONNEAU, DRASS Nord - Pas-de-Calais 49

Allocution de Mme Khalida SELLALI Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité

Je commencerai par saluer et remercier pour l'organisation de ce colloque régional :

- le Docteur Richard Matis,
- Madame Bénédicte Rault pour la DRASS Nord / Pas de Calais
- Madame le Professeur Brigitte Mauroy du G.H.I.C.L. (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille),
- Et le Professeur Michel Cosson du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille.

Je salue aussi la présence et l'implication de la Faculté de Médecine de Lille et son doyen, Monsieur le Professeur Gérard Forzy, et Madame Véronique Yvonneau de la DRASS.

Je remercie aussi les différents intervenants qui se succèdent cet après midi et qui nous éclaireront tant sur les aspects sociologiques, culturels, médicaux et juridiques.

La lutte pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines est au cœur du plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes qui mobilise le gouvernement depuis 2002.

Les mutilations sexuelles féminines sont des violences et des atteintes graves à l'intégrité physique des femmes. Elles constituent par leurs conséquences tant sur le plan physique que physiologiques, à court ou long terme, un problème de santé publique.

Les mutilations sexuelles féminines peuvent aussi entraîner la mort. Elles sont une atteinte à la dignité et une humiliation.

Selon la dernière estimation réalisée par l'UNICEF en février 2006, 130 millions de femmes environ auraient aujourd'hui subi des mutilations sexuelles dans le monde, 500 000 en Europe.

Près de 60 000 femmes et fillettes sont excisées ou menacées de l'être en France.

Dans la région Nord / Pas de Calais, on estime à 3 000 le nombre de femmes et fillettes excisées ou menacées de l'être.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 5 % des femmes et fillettes excisées, soit entre 5 et 7 millions, vivent dans les pays du Nord où elles ont immigré : pays d'Europe comme l'Allemagne, la Belgique, la France, la Grande-Bretagne, la Suède, la Suisse mais aussi le Canada, les Etats-Unis et l'Australie.

L'ampleur et la gravité du phénomène nous commandent d'agir.

Le silence tue. Le dire, c'est agir.

Il est de notre responsabilité, à tous, services de l'Etat, professionnels de la santé, du monde de l'Education, acteurs sociaux et associatifs, et de notre responsabilité individuelle de permettre à la parole de se libérer.

Cette première occasion régionale, née de la mobilisation nationale, doit permettre d'abord de lever le tabou des violences faites aux femmes, et notamment d'évoquer l'action qui doit être la nôtre et qui peut se rapporter à deux points majeurs :

1 – la lutte contre les mutilations sexuelles féminines par le renforcement des actions de prévention et d'informations.

2 – la prise en charge des femmes qui ont subi ou sont exposées aux mutilations sexuelles.

D'abord,

Par le renforcement des actions de prévention et d'information, plusieurs initiatives ont été lancées :

- l'édition d'une brochure d'information « Protégeons nos petites filles de l'excision », brochure actualisée et rééditée en 10 000 exemplaires à la fin de cet été
- un guide juridique élaboré par le ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité, à l'attention des hommes et des femmes de l'immigration, ainsi que de leurs enfants. Ce guide donne les informations essentielles sur le caractère répréhensible de certaines pratiques, et notamment celles qui sanctionnent les mutilations sexuelles. Ce guide bénéficiera d'une large diffusion (l'ANAEM – CIDF – Associations – PMI...). Ce guide complètera aussi l'information diffusée lors de l'accueil des femmes primo-arrivantes en France (200 000 visites par an sur l'ensemble des plateformes de l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations). Le contrat d'accueil et d'intégration sera l'occasion aussi de rappeler la loi.
- De la même manière, et pour renforcer l'information et la prévention, l'Etat (ministère de la Santé et ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité) accorde et renouvelle son soutien aux associations spécialisées dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Ces associations sont des partenaires irremplaçables auprès des jeunes et de leurs familles, et des différents professionnels concernés.

Je pense entre autres, au groupe de femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS) et à la commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)

En 2007, une subvention supplémentaire d'un montant de 100 000 euros permettra au GAMS de créer une permanence « accueil et écoute » dans 5 nouvelles régions dont le Nord / Pas de Calais, au cours du 1^{er} trimestre 2007.

50 professionnels de terrain seront formés 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.

Enfin, il faut permettre aux professionnels de santé susceptibles d'être concernés par des jeunes filles en danger, d'être formés. Une circulaire du ministère de la santé va ainsi prochainement solliciter les doyens de facultés de médecine sur les formations.

La prévention passe aussi par l'information de la sanction attachée aux mutilations sexuelles.

Adoptée à l'unanimité, la loi du 4 avril 2006 visant à renforcer la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs, apporte des avancées importantes en la matière.

Il est possible dorénavant pour une femme victime d'intenter une action en justice 20 ans après sa majorité.

La mutilation sexuelle commise à l'étranger, ou lors d'un séjour dans le pays d'origine, est désormais un crime, même pour les enfants n'ayant pas la nationalité.

Enfin, le code pénal vise désormais expressément les cas de mutilations sexuelles comme des cas permettant la levée du secret professionnel.

Deuxième objectif majeur, et j'en terminerai là, la prise en charge des femmes victimes ou exposées aux mutilations sexuelles.

Toute personne professionnel de santé, de terrain, enseignant ou proche, doit savoir à qui s'adresser pour protéger une jeune femme qu'il voit menacée.

La permanence régionale qui ouvrira ses portes au cours du 1^{er} trimestre devrait permettre cette liaison.

Toute femme victime ou menacée doit pouvoir être prise en charge médicalement et cette question est à l'ordre du jour des agences régionales de l'hospitalisation.

Les actes de réparations sont remboursés et il est envisagé d'inscrire ce remboursement comme un acte de santé à part entière.

Le soutien apporté par la loi, je l'ai évoqué, est fondamental aussi dans la prise en charge des femmes victimes.

Elle leur rappelle que les mutilations sont un crime et qu'elles sont interdites.

Pour permettre de relever l'objectif que s'est fixé l'Etat, soit faire disparaître les pratiques de mutilations sexuelles à l'horizon 2010, la mobilisation de tous doit se poursuivre.

C'est ainsi que nous ferons respecter les droits fondamentaux garantis par la République.

1^{ère} session : Approche socioculturelle des MSF

Mutilations sexuelles féminines Définitions, données épidémiologiques

Dr Richard MATIS
Gynécologue obstétricien – GHICL

Je vous remercie d'être venus si nombreux à ce premier colloque régional sur les mutilations sexuelles féminines. Je définirai les mutilations sexuelles féminines et en aborderai les aspects épidémiologiques.

I. Mutilations sexuelles féminines : définitions

Une mutilation est une ablation ou une détérioration d'un membre ou de toute partie du corps. Cette mutilation peut avoir une origine accidentelle, attribuable à une blessure pouvant être reçue en temps de guerre ou encore être causée volontairement. Dans certains cas, on parle d'automutilation.

Je souhaiterais aborder le problème d'une manière légèrement différente de l'habitude qui consiste à donner la classification des mutilations. Je préférerais introduire mon propos par la question de la circoncision masculine. En effet, cette question devra nécessairement être abordée. Par le biais de cette présentation, je vais démontrer que les mutilations sexuelles féminines n'ont rien à voir avec les circoncisions masculines.

La posthectomie est l'ablation d'une partie du prépuce qui recouvre le gland du pénis. Cette pratique correspond à une opération chirurgicale pouvant être indiquée en cas de phimosis, c'est à dire en cas de sténose du prépuce. Il ne s'agit pas d'une mutilation.

La circoncision est également une ablation d'une partie du prépuce, sans raison médicale toutefois. Cette pratique est motivée par des raisons religieuses ou culturelles. Il s'agit d'une mutilation au sens strict du terme.

Le terme de mutilation sexuelle implique une ablation ou détérioration d'une partie du sexe au plan anatomique, mais aussi une détérioration de la fonction sexuelle au sens psychosensoriel ainsi qu'au sens symbolique. On altère ou dégrade le plaisir sexuel, la libido, l'accessibilité à l'orgasme ainsi que la féminité ou masculinité de la personne au sens sexuel.

On parle désormais de « mutilations sexuelles ». Au début nous parlions de « mutilations génitales féminines », comme les affiches des congrès successifs en attestent. Cependant, cette acception englobait également les ligatures de trompes ainsi que les ligatures des canaux déférents sans indication médicale, qui constituent des mutilations au sens strict du terme. Le terme de « mutilations sexuelles féminines » s'avère donc plus approprié au sujet abordé.

Les trois mots composant l'expression « mutilations sexuelles féminines » ont leur importance. Ils décrivent l'ablation ou la détérioration d'une partie du sexe au sens anatomique ou au sens psychosensoriel, avec une altération de la sexualité féminine et de la féminité.

J'avais initialement affirmé l'inexistence des mutilations sexuelles masculines, mais Sophie Kouzmine m'a rappelé l'existence des castrats et eunuques, qui constituent effectivement des mutilations sexuelles masculines. Cependant, la circoncision masculine n'altère pas la fonction sexuelle masculine et n'a pas pour but de porter atteinte à la masculinité. Je n'ai en tout cas jamais eu connaissance de cas d'impuissance secondaire à une circoncision ou de trouble de la libido.

La circoncision est le plus souvent réalisée dans des conditions chirurgicales correctes et les complications revêtent un caractère exceptionnel. Or les mutilations sexuelles féminines n'entrent pas dans ce cas de figure. La circoncision masculine peut être le sujet d'un débat, mais celui-ci se trouve dépourvu de rapport avec la question des mutilations sexuelles féminines. Cette question peut toutefois s'inscrire dans le débat plus large concernant le droit de l'enfant à l'intégrité de son corps.

Comme je viens de l'indiquer, les trois mots composant l'expression « mutilations sexuelles féminines » ont leur importance. Celles-ci touchent principalement le clitoris, les petites lèvres et les grandes lèvres. On peut décrire la circoncision également nommée *sunna* comme l'ablation du prépuce et du gland du clitoris. L'excision entrant sous l'appellation « clitoridectomie » consiste en l'ablation du clitoris ainsi que d'une partie des petites lèvres. Cette forme d'excision constitue la mutilation la plus fréquemment constatée, puisqu'elle constitue 80 % des mutilations. Enfin, l'infibulation ou circoncision pharaonique constitue 15 % des mutilations. Elle consiste en l'excision et l'ablation des grandes lèvres, auxquelles s'ajoutent une suture ou cicatrisation dirigée destinée à assurer la fermeture de la vulve. Seul un pertuis étroit est laissé afin de permettre l'écoulement des urines ainsi que du sang des règles. Cette mutilation est la plus sévère qui soit.

D'autres mutilations s'avèrent beaucoup plus rares. L'introcision consiste en l'élargissement de l'orifice vaginal par un déchirement à l'aide des doigts ou d'une lame. De multiples mutilations existent encore : perforation, perçage, incision du clitoris et/ou des lèvres, scarification, cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus qui l'entourent, curetage (scarification *angurya*) de l'orifice vaginal, scarification (*gishiri*) du vagin. Ces pratiques visent le plus souvent à entraîner une sclérose destinée à resserrer l'orifice vulvaire.

II. Mutilations sexuelles féminines : épidémiologie

Il est difficile d'appréhender l'épidémiologie de ce genre de pratiques car elles demeurent le plus souvent cachées. Comme Isabelle Gillette-Faye va l'évoquer, le GAMS a permis d'accéder à des informations permettant d'estimer que 130 millions de femmes et fillettes vivent mutilées dans le monde. 2 millions de fillettes sont mutilées par an, soit 6 000 par jour. 100 000 femmes meurent par an des complications des mutilations sexuelles féminines, celles-ci se révélant particulièrement au moment de l'accouchement. En France, 35 000 femmes ou fillettes sont mutilées ou susceptibles de le devenir.

Il s'avère nécessaire de considérer l'origine des populations migrantes afin d'établir le risque auquel les fillettes se voient exposées sur le territoire français. En effet, l'excision se

trouve plus répandue dans certaines régions à forte prévalence tandis qu'elle s'avère beaucoup plus rare, voire nulle, dans d'autres. Il est établi que le Sénégal, le Mali, la Côte d'Ivoire, la Gambie et la Guinée affichent des prévalences très élevées. L'Afrique noire ne se trouve pas seule concernée puisque l'Égypte se trouve également dans ce cas et que ces pratiques ont également été recensées en Asie. Le 8 mars dernier, nous avons dénoncé les mutilations sexuelles féminines ayant cours au Kurdistan.

Pour le Nord-Pas-de-Calais, dont la situation nous concerne particulièrement aujourd'hui, on estime le nombre de fillettes, femmes et adolescentes déjà mutilées ou susceptibles de l'être à 3 000.

Sur le continent africain, les plus fortes prévalences dépassent 80 % et se trouvent en Guinée (99 %), en Égypte (97 %), au Mali (92 %), au Soudan (90 %), en Érythrée (89 %) et en Éthiopie (80 %). En dessous de ce chiffre, l'excision existe également au Burkina Faso (77 %), en Mauritanie (71 %), en Côte d'Ivoire (45 %), au Tchad (45 %), en république centrafricaine (38 %), au Kenya (32 %), au Sénégal (28 %), le Yémen (23 %), le Nigeria (19 %), la Tanzanie (18 %), le Bénin (17 %) et le Ghana (5 %). L'absence de donnée ne permet pas d'établir la prévalence en république démocratique du Congo, en Ouganda, en Somalie, à Djibouti, au Togo, en Guinée équatoriale, au Sierra Leone et au Libéria.

On trouve divers motifs des mutilations sexuelles féminines. L'esthétique joue un rôle car les organes génitaux externes de la femme peuvent être jugés disgracieux et sales. Ces pratiques peuvent également constituer une démarche initiatique. Elles peuvent viser à la préservation de la virginité des jeunes filles jusqu'à leur mariage afin de les rendre plus désirables, ainsi qu'à la répression de la sexualité féminine par l'atténuation du désir sexuel. L'amélioration de la fécondité est également recherchée, puisque les organes génitaux externes de la femme sont considérés comme des vestiges des organes masculins et que leur exérèse s'avèrerait indispensable à la procréation.

Plutôt que de présenter ces motifs d'une manière virtuelle, nous avons programmé un film court. Celui-ci se révèle assez dur, mais il s'arrête avant l'excision proprement dite. Il permet donc de se rendre compte du climat entourant généralement cette pratique. Le film présente l'opération correspondant à l'excision d'une petite fille mais il ne contient

donc pas d'image sanglante. Il s'agit d'un montage du film du GAMS et d'un film, que nous montrons lors des formations de Gynécologie Obstétrique Humanitaire. Vous allez pouvoir vous rendre compte de l'ambiance qui règne autour de cette pratique.

Diffusion du film sur l'excision

Approches socioculturelles

Céline ROUSSEAUX, journaliste modérateur

Les trois personnes présentes à la tribune vont avoir la tâche difficile de rebondir après ces images terribles. Dans ce film, une femme affirme son devoir de respecter la tradition. Ne pas être excisées constitue pour certaines femmes une perte d'identité et il leur paraît que les seuls à juger ces pratiques barbares sont les blancs, pour qui ces images sont abominables. Isabelle Gillette-Faye, directrice du GAMS, va maintenant prendre la parole.

Isabelle GILLETTE-FAYE, directrice du GAMS

J'occupe ici la place de Madame Khady Khoita. L'interrogation relative à la légitimité du discours d'une femme occidentale après les images qui viennent d'être montrées se révèle légitime. Nous sommes contemporains de ces pratiques ayant cours à l'étranger, qui étaient également opérées sur des femmes blanches dans l'Europe du XIX^{ème} siècle. En effet, la croyance de l'époque attribuait à ces pratiques des vertus utiles à la lutte contre l'hystérie ainsi que contre la masturbation féminine. Comme vous pouvez le constater, la sexualité des femmes a toujours été réprimée sur tous les continents et seule l'époque de l'histoire considérée fait apparaître des différences de ce point de vue.

Je m'autorise à prendre la parole puisque je travaille sur cette question depuis maintenant seize ans, notamment dans le cadre de mon doctorat de sociologie soutenu en 1997. Depuis, j'ai mené différentes missions en Afrique et en Europe sur ces problématiques, notamment en animant des conférences de ce type.

Le GAMS, ou Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, a pour présidente Madame Koumba Touré, dont vous avez notamment pu voir l'interview. Notre association se compose d'environ 80 % de femmes d'origine africaine subsaharienne et de

20 % de femmes d'origine occidentale. Nous travaillons à des actions très différentes, incluant notamment la sensibilisation des populations concernées, la formation initiale et continue, l'édition d'ouvrages d'information et de documentation sur ces pratiques ainsi que des projets internationaux et européens dans ce domaine.

Monsieur Bertrand et Madame Vautrinont été à l'initiative des travaux que notre association a effectués depuis lundi dernier. Nous partageons avec l'association Gynécologie Sans Frontières la lourde responsabilité d'animer des séances de sensibilisation comme celle qui nous occupe aujourd'hui, puis des séances de formation, puis l'ouverture de permanence. Ces trois activités constituent trois étapes successives de la mise en place d'un réseau, et nous nous appuyerons sur la RIFEN, (Rencontre internationale des femmes noires) comme Eliane Aïssi l'évoquera certainement dans le cadre de son intervention.

Je souhaite rappeler qu'un travail d'étude important sera financé par la direction générale de la santé sous le nom d'«excision et handicap». Cette étude comprendra à la fois un volet quantitatif et qualitatif, qui impliquera l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), l'INSERM et l'université Paris-1 Tolbiac, notamment ses services en charge des questions de démographie et des violences faites aux femmes en France en la personne de Maryse Jaspard. Cette étude, qui constitue pour nous un motif de grande satisfaction, devrait avoir lieu dans le courant de l'année 2007 et permettre des estimations plus précises que celles actuellement à notre disposition. La partie quantitative de l'étude devrait aboutir à des chiffres malheureusement assez comparables à ceux dont nous disposons en ce moment, mais l'aspect qualitatif prévoit de soumettre un millier de femmes à un questionnaire. Or ce dernier aspect fait l'objet de tout notre soutien, aussi bien au niveau ministériel qu'au niveau associatif.

L'épidémiologie ne se restreint pas à des chiffres, bien que ceux du Ministère récemment publiés constituent un repère utile : 130 millions de femmes concernées, dont 3 millions de nouveaux cas par an. Pourtant, une seule petite fille soumise au risque de telles mutilations mériterait que nous nous mobilisions tous de la même manière, car le degré de violence infligée à ces enfants constitue le problème majeur.

Certains de ces enfants ont moins d'un an. Or un nourrisson ne dispose pas d'endomorphines, à la différence des adultes, ce qui ne permet pas la diminution de la douleur comme chez les adultes. Personne ne peut actuellement qualifier l'intensité de la douleur que l'enfant ressent lors de cette pratique.

Depuis 1979, on a dénombré près de 35 procès en France sur le thème des mutilations sexuelles féminines. 4 petites filles sont décédées officiellement de leur excision sur le territoire national français, toutes parvenues à l'hôpital sans une seule goutte de sang dans le corps. Tout s'est déroulé ici, chez nous, chez vos voisins et peut-être sur des amies d'école de vos petites filles.

Je suis très contente de me trouver aujourd'hui à Lille, dans le Nord-Pas-de-Calais, parce que je cherche à réaliser cette sensibilisation dans cette région depuis des années, sans succès jusqu'à maintenant. Ce colloque a permis de rendre cette sensibilisation possible.

Chaque enfant résidant sur le territoire français a le droit d'être protégé, mais aussi en Afrique. Sur ce continent, de plus en plus de lois interdisent la pratique des mutilations sexuelles féminines. Tout enfant a le droit d'être protégé, même dans le pays d'origine de ses parents, parce qu'avant d'être des petites filles à la peau brune et aux yeux noirs, ces petites filles sont françaises.

Céline ROUSSEAU

La parole revient maintenant à madame Eliane Aïssi, qui représente la Rencontre Internationale des Femmes Noires (RIFEN).

Eliane AÏSSI, représentante de la RIFEN

J'interviens en tant que représentante de la Rencontre Internationale des Femmes Noires (RIFEN) du Nord-Pas-de-Calais. J'avoue qu'il est très émouvant pour moi d'aborder cette thématique. Je voudrais aussi souligner la faible significativité des chiffres face à la douleur que représentent les pratiques en question. Une petite fille excisée de plus, c'est une petite fille excisée de trop.

Les mutilations sexuelles s'expliquent par différentes raisons, dont je retiens une de plus : la domination masculine et la soumission de la femme. Le travail de sensibilisation sur ce sujet doit prendre en compte des raisons évoquées, même si nous savons quant à nous que ces raisons n'ont pas lieu d'être.

La coutume peut servir à justifier ce type de pratiques au prétexte qu'elles demeurent courantes et ont toujours eu cours. Comme l'expliquait Koumba Touré, dans le film qui nous a été présenté, la réalité sociale des mutilations sexuelles féminines pour les femmes qu'elles concernent est la suivante : on s'y attend *naturellement*. A travers ce même film, on voit que les jeunes filles à qui il a été permis de côtoyer d'autres personnes et de connaître une autre réalité réagissent différemment. Une fois sensibilisées, même les plus jeunes filles ne voient pas pourquoi elles en passeraient par là. Le travail mené de part et d'autre prend en compte ces différents éléments.

D'aucuns peuvent invoquer la religion comme motif des mutilations sexuelles féminines. Il convient de garder en mémoire que tous les types de mutilations sexuelles féminines, dont l'excision et l'infibulation, sont pratiquées par toutes les religions : animistes, catholiques, juifs, musulmans, etc. Aucune religion ne prescrit ces pratiques et aucun texte sacré n'en porte mention. Ni dans le Coran, ni dans la Bible, on ne trouve d'indications relatives à cette pratique. Je lis moi-même la Bible et j'ai même acheté le Coran, bien que je n'aie pas encore eu le temps de le lire.

Comme l'expliquait Isabelle Gillette-Faye plus tôt, ces pratiques se sont vues employées même en Occident, sous forme de sanctions en quelque sorte. Les raisons d'ordre sociologique se révèlent nombreuses, puisqu'on motive les mutilations sexuelles féminines par l'identification à l'héritage culturel, à l'initiation de la fillette à la condition de la femme, à l'intégration sociale. Ces raisons d'ordre social se trouvent très ancrées dans les mentalités des petites filles et des femmes issues des régions concernées.

A l'instar d'un certain nombre de femmes, il s'avère donc nécessaire de rappeler que ces mêmes hommes qui considèrent la femme non excisée impure et indigne d'être épousée n'hésitent pas à avoir des relations sexuelles avec des femmes occidentales qui ne le sont pas. Cette contradiction constitue un démenti de l'importance que revêt en réalité

l'excision pour les hommes, puisque ceux-ci oublient cet aspect lorsqu'il s'agit de passer du bon temps. Cet aspect se voit donc abordé dans les sensibilisations et les formations que nous menons auprès des femmes susceptibles d'être concernées. Ainsi celui-là même qui posait cette condition comme nécessaire, oublie cet aspect lorsqu'il s'agit de satisfaire ses propres désirs.

Certaines valeurs se voient également invoquées, telles la virginité des jeunes filles et la chasteté des épouses. Or il convient de considérer qu'il existe des femmes non excisées qui sont très fidèles et ne sont pas frivoles au point d'aller avec tous les hommes. Beaucoup de femmes de très bonne moralité ne sont pas excisées. Ces aspects sont également abordés lors des échanges que nous menons dans le cadre de nos actions de sensibilisation. Il me semble qu'il s'agit d'ailleurs d'une piste à creuser pour des développements futurs dans cette thématique.

On invoque aussi parfois le caractère fatal du clitoris comme reste de l'organe mâle : on croit qu'il serait fatal que celui-ci touche la tête de l'enfant qui naît. Il me semble que s'il en était réellement ainsi, cette salle serait pratiquement vide. Voilà donc autant d'éléments qu'il ne faut pas hésiter à évoquer dans ces cas-là. Je pourrais en citer d'autres, mais je ne souhaite pas insister davantage et nous pourrions l'évoquer en débat tout à l'heure. Les conséquences seront également abordées plus tard, raison pour laquelle je ne vois pas la nécessité pour moi de présenter cet aspect. Il convient de se rappeler que cette pratique n'a que des conséquences néfastes pour la santé et pour l'épanouissement de la femme.

En ce qui concerne l'Afrique, je suis persuadée que la scolarisation des filles peut jouer un rôle dans la connaissance de son corps ainsi que dans la connaissance de l'autre.

Les échanges que nous pouvons avoir avec nos sœurs ayant subi de telles pratiques doivent inclure l'aspect néfaste des mutilations sexuelles féminines. En effet, il ne faut surtout pas parler de ces questions en prenant un air moralisateur et en condamnant ces pratiques comme barbares. En effet, cette condamnation s'avère très frustrante pour les femmes ayant subi ces mutilations. Je donnerai même l'exemple de la réaction de l'une de mes amies au cours d'une discussion. Lorsqu'une femme occidentale a affirmé qu'une femme excisée n'éprouve aucun plaisir, une femme excisée est intervenue pour lui

rappeler qu'elle parlait de ce qu'elle ne connaissait pas. Il a donc fallu calmer la situation en expliquant qu'il existe des femmes vaginales et clitoridiennes.

Il s'avère donc nécessaire de comprendre et d'écouter. Je reviendrai sur ce point lors des échanges, afin de ne pas retarder l'avancement du programme de cette conférence. Nous discutons en effet depuis des années de l'implantation d'une antenne du GAMS dans le Nord-Pas-de-Calais. Dans la situation actuelle, je suis moi-même membre de base et je me réfère donc à Paris chaque fois que nous nous voyons interpellés. En effet, beaucoup d'activités doivent être menées de front dans cette région, et nous ne pouvons pas pour le moment en assurer la totalité d'une manière satisfaisante. En effet, la RIFEN ne s'occupe pas uniquement de la lutte contre ce fléau, bien que je sois en contact étroit avec le GAMS.

J'espère que nous pourrons ouvrir une permanence du GAMS dans le Nord-Pas-de-Calais. Je m'avoue très heureuse des paroles de Madame Sellali tout à l'heure. Une telle permanence nécessiterait l'emploi d'une personne ayant réellement été formée en vue de cette fonction, qui nécessite d'écouter, de comprendre et d'accompagner les personnes touchées. Nous organisons périodiquement des réunions qui leur permettent de prendre la parole et parfois de discuter avec Koumba Touré, puisque celle-ci a plusieurs fois effectué le déplacement nécessaire au dialogue avec les personnes que nous invitons. Nous nous voyons parfois interpellés par des médecins scolaires, comme c'est le cas actuellement puisque nous avons un cas brûlant entre les mains.

Je dois en effet discuter avec Isabelle Gillette-Faye de ce cas urgent qui, s'il n'est pas résolu dans les dix jours qui suivent, expose la personne à de graves conséquences. Si rien ne se passe, je n'hésiterai pas à aller frapper aux portes de nombreuses personnes dans cette salle. Aucune petite fille n'a à subir ce que nous avons vu dans cette salle au cours du film projeté tout à l'heure, qu'elle soit africaine ou non. Il nous faut donc en parler afin d'assurer que les personnes ayant vécu cette situation aient la parole.

Il importe en effet qu'elles puissent en parler afin qu'il existe un témoignage concernant ces pratiques. Il importe également de sensibiliser le plus grand nombre par tous les moyens. Jusqu'à présent, nous menions modestement nos actions limitées pour faire avancer la connaissance de ces pratiques telles qu'elles existent. Désormais, nous

comptons sur vous tous qui êtes ici réunis pour nous soutenir afin de faire progresser l'information jusqu'à l'extinction totale des mutilations sexuelles féminines dont il est question aujourd'hui.

Geneviève CRESSON, Sociologue au CNRS – université Lille 1

Comme ma voisine, je trouve qu'il est difficile d'intervenir sur ce sujet en tant que femme blanche. Je voudrais immédiatement préciser que mes travaux ne portent pas directement sur les questions qui nous préoccupent ce soir. Ainsi, je souhaite bâtir mon exposé autour de trois mots-clefs placés en titre : solidarité, universalité et continuité.

1. Solidarité

J'affirme ma solidarité entière et indiscutable avec les femmes victimes ou menacées de mutilations sexuelles, dans le respect de leurs cheminements propres, et des priorités que leurs représentantes décident d'accorder aux nombreuses actions nécessaires pour lutter contre ces fléaux. Cependant la solidarité seule ne suffit pas et nécessite donc un deuxième principe, celui de l'universalité.

2. Universalité

Notre revendication non négociable consiste à assurer l'accès de ces femmes, en lutte ou menacées, à l'universalité des droits de la personne humaine, à l'intégrité de leur corps et de leur personne. Le respect des cultures différentes, des coutumes locales, etc. ne saurait s'imposer face à ce droit à l'universel de la condition humaine. N'ajoutons pas à la violence de leur situation une autre forme de violence qui consisterait à accepter ou à en atténuer les effets au prétexte d'une spécificité culturelle des hommes et des femmes de certains groupes sociaux. De notre côté, interrogeons-nous sur les obstacles que nous leur mettons nous aussi à cet accès à l'universel, obstacles qui redoublent les effets délétères de certaines pratiques dites coutumières. Il semble ainsi nécessaire de s'interroger sur le droit d'asile, sur la prise en charge médicale et sociale des mutilations sexuelles féminines dans notre pays.

3. Continuité

Un des risques de la bonne conscience « blanche » dans ces questions consiste à traiter à part cette forme de violence que constituent les mutilations sexuelles féminines. L'isolement de ces questions nous permet de mieux les dénoncer et finalement d'en tirer une certaine satisfaction blanche liée à la bonne conscience d'appartenir à un pays et à une société qui, malgré ses défauts, ne mutilerait pas sexuellement ses femmes. Cet aspect reste tout de même à démontrer, bien que cette opinion demeure très répandue.

Les travaux récents et les connaissances anciennes sur les violences faites aux femmes devraient nous amener à davantage de modestie sur cette question, notamment dans la comparaison entre pays ou entre cultures. Quel est le pays où une femme meurt tous les trois ou quatre jours des suites des coups d'un intime ou d'un ex-intime, mari, compagnon, amant ? Quel est le pays où près de 10 % des femmes vivent dans un climat de violence conjugale ? Je ne crois pas nécessaire de continuer, puisque vous avez sans doute reconnu la France, au sein de laquelle le Nord-Pas-de-Calais arrive en tête concernant ces questions. Je n'entrerai pas dans l'impasse des comparaisons ou encore des bilans chiffrés. Il me suffit d'affirmer ici haut et fort que les femmes des différents pays, dont le nôtre, payent un lourd tribut aux exactions sexistes, aux rapports de force qu'imposent l'ensemble des hommes à l'ensemble des femmes.

Comment comprendre ces rapports de force particuliers, si contraires à nos affirmations réitérées des grands principes républicains, tels que le respect de la personne humaine, l'égalité entre hommes et femmes et la parité dans le partage des ressources et du pouvoir ? Nous sommes encore loin de la réalisation de ces principes. La « disparition » de millions de Chinoises ou d'Indiennes suite aux avortements sélectifs ou aux infanticides de petites filles, la mutilation sexuelle des femmes dont il est question aujourd'hui et la violence conjugale qui sévit dans la plupart des pays font bien partie de la violence masculine contre les femmes.

Ce bilan s'inscrit sur une toile de fond très inégalitaire, à laquelle n'échappe aucune « culture » contemporaine. Par exemple aucune des trois religions révélées, soit les religions dites « du livre », ne traite les hommes et les femmes de façon égale, et bien sûr

cette réalité s'aggrave lorsque l'on passe du courant principal des religions à leurs courants sectaires ou fondamentalistes. Les autres religions ne semblent pas très différentes sur ce point-là, bien que je ne sois pas une experte dans ce domaine.

Le fond du problème consiste bien en l'existence de rapports sociaux conflictuels entre les sexes et en l'existence de la domination masculine. Ces rapports sociaux dépassent les individus et leur éventuelle bonne volonté. Il existe des femmes exciseuses, qui représentent la part des femmes qui mutilent les autres femmes. Il existe également des hommes de bonne volonté qui luttent activement contre ces violences. De même, il se trouve des femmes qui profitent de cette situation et des hommes qui ne disposent pas vraiment des privilèges masculins. Cependant, il s'agit bien de rapports sociaux.

Actuellement, les actions des individus qui luttent contre les violences ne peuvent pas venir à bout d'une situation aussi délétère. Il s'agit en effet de transformer radicalement la situation des femmes dans le monde, et notamment dans les pays où se pratiquent les mutilations sexuelles féminines. S'imaginer que l'on peut accompagner ces transformations sans remettre en question les privilèges même relatifs dont jouissent les hommes par rapport aux femmes dans les domaines économique, symbolique, politique, sociaux et professionnels constitue une illusion qu'il ne faut pas entretenir.

La force des rapports sociaux de sexe est de nous imposer des concepts, des mots, des idées et des catégories pour « penser le monde » comme autant de lunettes déformantes qui guident nos regards, sur-interprètent certains aspects et nous rendent aveugles à d'autres. Ce phénomène apparaît clairement à l'étranger lors de son contact avec une culture indigène et les propos tenus aujourd'hui ont dû vous convaincre que la représentation de la féminité ou de la virilité de ces cultures pratiquant l'excision s'avère problématique.

La remise en question des normes « convenues » en termes de virilité ou de féminité constitue un chantier nécessaire. Ce chantier concerne non seulement les pays d'Afrique, mais bien tous nos pays. La lutte contre les excisions s'inscrit dans une lutte plus générale contre l'inégalité entre hommes et femmes sur tous les plans. Cette lutte concerne donc les violences, mariages forcés, excisions, viols en temps de guerre, etc. De plus, la conception

de « l'honneur de la famille » formulée à plusieurs reprises dans le film devrait nous intriguer.

La toile de fond de tous ces problèmes se compose d'une féminité passive et dangereuse et d'une virilité irrépressible et prédatrice. Revaloriser le rôle actif des femmes et éduquer les hommes au respect de la parole de tous constitue une tâche essentielle, mais elle ne pourra être réalisée que si les cartes sont redistribuées. Cette redistribution implique l'accès des femmes à toutes les ressources rares de notre monde : la formation, les emplois, l'argent et le temps.

Je terminerai en réaffirmant ma solidarité entière à l'égard de ces mouvements de femmes qui luttent contre l'excision ainsi que les violences faites aux femmes.

Céline ROUSSEAUX

Nous disposons maintenant d'un peu de temps afin de vous permettre de poser des questions.

Jean-Jacques AMY, professeur émérite de gynécologie et d'obstétrique – Bruxelles (VUB)

Je suis professeur à l'université libre de Bruxelles néerlandophone, ou Vrije Universiteit Brussel. Je souhaite remercier Monsieur Matis ainsi que les autres organisateurs de cette réunion, à laquelle je suis très heureux de pouvoir participer. Je voudrais apporter certains commentaires à la suite de l'intervention de Monsieur Matis, qui a mentionné la possibilité pour les hommes de subir des mutilations sexuelles, comme les castrats. Je voudrais cependant rappeler qu'il existe en Inde des groupes d'hommes ayant été mutilés de l'entière de leurs organes sexuels et réduits à la prostitution. Dans la plupart des sociétés où la circoncision sexuelle masculine se pratique à grande échelle, celle-ci a une fonction valorisante pour l'homme, alors que les mutilations génitales féminines visent au contraire à reléguer la femme dans une position subalterne dans la société.

Certaines circoncisions masculines sont cependant entachées de complications, comme ce cas survenu récemment en Belgique d'un jeune garçon décédé de complications septiques à la suite d'une circoncision à l'aide des incisives du *mohel*, en charge des circoncisions

parmi les Juifs. La mutilation sexuelle féminine la plus atroce dont j'aie été témoin avait été constatée sur une jeune fille victime du génocide rwandais en 1994. Après des viols répétés, on a instillé de l'acide sulfurique dans son vagin, qui présentait ensuite des fistules extraordinairement compliquées. Ce cas était absolument abominable.

Je partage absolument la solidarité exprimée par Madame Cresson vis à vis des femmes, puisque je considère qu'une société est démocratique seulement lorsqu'elle garantit des droits strictement égaux aux hommes et aux femmes. Une des difficultés du combat que nous menons a trait au changement des coutumes pratiquées à grande échelle et entrées dans les mentalités, puisqu'elles nécessitent des bouleversements sociaux. En effet, cela implique le renversement des détenteurs du pouvoir, soit les hommes politiques, notables et chefs coutumiers. Or cette tâche s'avère extrêmement difficile.

Alpha BALDE, représentant de la FAAF

J'appartiens à la Fédération des Associations Africaines de France (FAAF) et suis d'origine guinéenne et de confession musulmane. Ce problème concerne donc nous tous qui sommes d'origine africaine subsaharienne. Si ce film était projeté à nos pères, ils n'accepteraient pas que nos sœurs subissent l'excision. Il n'est pas ici question de douleur, mais de la violence avec laquelle cette pratique est réalisée, or je parle en connaissance de cause. Excusez-moi, je suis ému.

Toutes les femmes sont excisées et tous les hommes sont circoncis. Je me suis pour ma part marié en France avec une catholique, dont j'ai deux filles. Elles pourraient subir l'excision si elles partaient dans mon pays sans protection. Mon père et ma mère sont maintenant décédés, mais si j'avais eu un fils je ne l'aurais pas contraint à la circoncision. En effet, je préfère qu'un dialogue équitable s'établisse sur ce sujet.

J'apprécie beaucoup votre action et je regrette profondément que pendant que nous parlons, des enfants soient encore excisés dans leur pays. Ainsi, j'aurais préféré que tout cela s'arrête une fois cette conférence terminée, mais ce ne sera pas chose facile. Ces pratiques sont ancrées dans les cultures, et les hommes n'ont pas accès à ce spectacle, puisque ces violences commises sur des femmes sont également commises par des

femmes. Des exciseuses se chargent de cette tâche, tandis que les hommes comme les femmes ne savent comment elle est menée.

Le prétexte religieux ne tient pas, puisque j'ai lu le Coran et la Bible, où l'excision ne figure pas. Les coutumes ancestrales constituent généralement la justification, puisque ces pratiques se sont transmises depuis les pharaons sans qu'on ne le sache. On parle de *sunna*, la tradition prophétique pour les musulmans, ou encore la tradition tout court en arabe, lorsqu'il s'agit de circoncision, qui se dit *sunningô* en peul. On commande aux jeunes filles de ne pas montrer leur douleur, mais leur joie d'assurer l'honneur de la famille.

Mon neveu, fils aîné de ma sœur, m'a contacté pour me prévenir qu'en revenant de l'école, il n'avait trouvé que sa sœur à la maison. Trouvant le reste de la famille réunie dans une autre pièce, il leur a demandé ce qu'il se passait. On lui répondit que sa sœur est en train d'accoucher, ce qui me permet de penser que je suis moi aussi né dans la solitude. Il faut absolument lutter contre ces pratiques, mais cela ne peut se faire qu'avec nous, puisque notre collaboration s'avère nécessaire pour les convaincre.

Il s'agit de montrer que cela ne vient pas d'ailleurs, mais de nous-mêmes, en nous basant sur des traductions de la Bible ou du Coran. Nous pouvons ainsi parvenir à les convaincre qu'il ne s'agit pas d'une pratique louable puisqu'elle ne favorise ni le bonheur des femmes, ni l'accouchement. Une de mes belles-sœurs est décédée en accouchant, ce qui m'a motivé à entamer des études de médecine en Guinée une fois mon baccalauréat obtenu avec mention à 17 ans. Malheureusement, les fils de paysan sont destinés à l'agriculture, et j'ai donc effectué deux années d'agronomie avant de reprendre des études en Côte d'Ivoire en classe de seconde avant de venir en France.

On veut faire croire que cette pratique vise à maintenir la femme à la maison. Or l'excision n'empêche pas la femme d'aller chercher ailleurs ce qu'elle ne trouve pas chez son mari. Si nous partageons des valeurs communes, nous pourrions progresser plus vite. Or, les sans-papiers et leurs filles se voient actuellement renvoyés dans leur pays où les jeunes filles continuent à subir des mutilations. Je vais maintenant laisser la parole et je vous remercie.

Je voudrais conclure en vous appelant tous à faire partie de ces gens qui sauveront nos pays.

Céline ROUSSEAUX

Y-a-t-il d'autres questions ?

Samba DIA, président de l'Union des Travailleurs Sénégalais en France, section Nord

Agé de 62 ans, je vis depuis une quarantaine d'années avec ma famille dans le Nord, où vivent également mes enfants et petits-enfants. Il me semble que l'organisation de cette journée implique des personnes de bonne foi, mais je remarque l'absence relative de personnes d'origine africaine dans la salle. Puisque les pratiques concernées impliquent des Africains, on pourrait souhaiter qu'il s'en trouve plus dans cette salle.

Céline ROUSSEAUX

Je précise que nous aurions également souhaité leur présence, mais l'excision constitue souvent un non-dit, voire un tabou. Peu de femmes se sentent capables de déclarer qu'elles ont été excisées et les rares témoignages sont anonymes. Il est en effet très délicat de prendre la parole devant 400 personnes pour parler de questions aussi personnelles.

Samba DIA

Le contexte joue certainement un rôle, mais la salle est remplie ; où mettriez-vous ces femmes ?

Céline ROUSSEAUX

Le public visé aujourd'hui est celui des professionnels de la santé : aides-soignantes, sages-femmes, docteurs et professeurs. L'aide aux femmes passe également par ceux-ci.

Samba DIA

J'ai entendu plus tôt que lors d'une réunion, une femme blanche non excisée affirmait que les femmes excisées n'éprouvent aucun plaisir intime. Mais cette femme non excisée et

blanche ne sait pas si une femme excisée et noire éprouve du plaisir ou pas, puisqu'elle ne l'a jamais été. Vu le but visé par cette conférence, il faut rester modeste et accepter qu'être blanc ne signifie pas être dépositaire de l'universalisme ou de la vérité absolue. Doit-on considérer que l'ablation des organes génitaux des transsexuels constitue également une violence au prétexte que cette « culture » est plus reconnue ?

Céline ROUSSEAU

Quelle est votre question ?

Samba DIA

La vérité doit-elle toujours être blanche ? Toutes les interventions, sauf celle d'Eliane, ont été faites par des blanches. La culture blanche est-elle donc universelle tandis que toutes les autres demeurent suspectes ? Lors de ma dernière conversation avec Eliane, j'ai demandé que des discussions impliquent les personnes concernées directement. Ces pratiques disparaîtront forcément à terme, comme ici en Occident, puisque les plus jeunes y renoncent progressivement. Alors de grâce, laissez les personnes concernées en prendre conscience et trouver les moyens de régler ce problème, puisqu'il est voué à disparaître.

Céline ROUSSEAU

Je voudrais passer la parole à Madame Gillette-Faye, qui commençait son intervention par une mention du regard que les femmes blanches peuvent porter sur ce sujet.

Isabelle GILLETTE-FAYE

Je voudrais signaler deux oublis impardonnables de ma part.

D'une part, le GAMS constitue la section française du Comité Interafricain, qui compte des représentants dans 28 pays d'Afrique. Ainsi, des associations semblables à la nôtre regroupent depuis 1984 des Africains et Africaines se battant pour abolir ces pratiques, depuis les grandes villes jusqu'aux sous-préfectures. Presque tous les pays d'Afrique francophone disposent de législations interdisant ces pratiques. Au Sénégal, un père a porté plainte le 1^{er} janvier 1999 sur la base d'une loi adoptée en décembre 1998 pour

protéger sa fille de l'excision. En réalité, davantage de personnes s'accordent à arrêter ces pratiques là-bas qu'ici du fait des réactions caractéristiques des populations immigrées consistant à se réfugier dans certaines pratiques identitaires. Les combats contre l'excision en Afrique remontent au XV^{ème} siècle, alors que cette lutte a débuté dans nos pays à partir des années 80. Ainsi, nos sœurs africaines ont été les premières à nous alerter des dangers des pratiques s'installant chez nous et de la nécessité de lutter contre celles-ci.

D'autre part, nous avons obtenu de l'OFPRA et de la Commission des recours la reconnaissance du droit d'asile politique pour les femmes et enfants menacés d'excision, puisqu'ils ont été reconnus comme groupe social au sens de la Convention de Genève. Cette reconnaissance signifie qu'appartenir au genre féminin peut exposer à certaines pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. De même, la Commission des recours a fait jurisprudence en 2005 concernant le mariage forcé. Dans de nombreux pays, nous luttons pour faire reconnaître le droit d'asile pour les femmes. Certaines familles ont certes été renvoyées au pays sur la base de la circulaire de juin 2006, mais chaque famille sur laquelle pesait une menace d'excision a pu demeurer sur le territoire national et se trouve actuellement en cours de régularisation. Il s'agit d'un débat républicain.

Toutes les femmes noires ne sont pas excisées, puisqu'au Sénégal l'ethnie Wolof (40 % de la population) ne pratique pas l'excision, de même que dans le Nord du Mali. Cependant les femmes d'Egypte sont à 100 % excisées et souvent infibulées, soit complètement fermées. La Mauritanie elle aussi est concernée, quelle que soit la couleur de peau.

Enfin, je remarque que la plupart des noirs participants à ces conférences sont des hommes, souvent représentants d'associations. Or je voudrais que ceux-ci nous invitent au sein de leurs associations pour débattre avec leurs membres. Nous sommes prêts à y venir et nous n'y tiendrons pas le même discours que devant des professionnels.

Eliane AÏSSI

Je ne peux pas citer toutes les femmes africaines invitées à cette réunion. Elles n'ont pas toutes pu venir du fait de raisons professionnelles, mais leur absence n'empêche pas

d'organiser certains débats avec différents publics : Africains, professionnels de la Croix-Rouge, professionnels de santé, etc. Ceci dit, je m'accorde à reconnaître que les hommes viennent plus souvent que les femmes, le mari se présentant parfois avec l'invitation personnelle et nominative de sa femme.

Dans certaines réunions organisées avec Koumba Touré, nous n'employons pas les termes directs afin de ne pas susciter de craintes. Au sein du GAMS, on compte bien plus d'Africaines que de Françaises, or nous avons pu régler énormément de problèmes concernant des petites filles menacées d'excision en Afrique. Nos frères et sœurs en Afrique vont jusqu'à accueillir les petites filles à l'aéroport et les héberger durant tout leur séjour pour les soustraire à ce risque. Dépasionnons donc le débat pour mieux surmonter nos différences et lutter pour cette cause commune.

Sewa LASSEY, représentant de l'Amitié Judéo Noire

Je tiens à remercier les organisateurs de cette réunion ainsi que les participants. Je ne vous cache pas que j'ai eu la larme à l'œil à la présentation du film. Lorsque la dignité d'un être humain est bafouée et qu'on peut lutter contre cela, il n'existe plus de couleurs de peau. N'ayant aucun proche parmi les victimes de l'excision, je n'ai pris conscience de son existence qu'en 1988. J'avais animé une émission de radio parisienne avec maître Demba Diallo, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats bien connu des Maliens d'origine. Il essaie chaque fois de faire prendre conscience aux pays africains de la gravité de l'excision. N'hésitez pas à m'inviter en tant que représentant de l'Amitié Judéo Noire, car nous ferons tout notre possible pour qu'ensemble nous puissions remporter la victoire sur l'excision.

Geneviève CRESSON

Je souhaite rappeler que toutes les personnes ici présentes peuvent être décrites comme « concernées » et que le changement de mentalités ne suffit pas. Des mesures d'accompagnement sont également nécessaires à changer les rôles des hommes et des femmes.

Céline ROUSSEAU

Nous allons maintenant écouter la chanson intitulée *On dirait que c'est normal* de Jeanne Cherhal, qui explique avoir écrit sa chanson lorsqu'elle a compris que l'excision ne correspondait pas à la circoncision chez l'homme.

<p>2^{ème} session : Approche médicales et juridiques des MSF</p>

Céline ROUSSEAU

Avant d'aborder les conséquences médicales des MSF, je voudrais rappeler que selon l'OMS, une femme sexuellement mutilée risque davantage de complications lors de l'accouchement, notamment 30 % de césariennes et 75 % d'hémorragies supplémentaires. La surmortalité du nourrisson varie de 15 % à 55 % selon le type de mutilation.

Le docteur Pierre Collinet va maintenant présenter les conséquences médicales des mutilations sexuelles féminines. Il reçoit environ une femme excisée par mois au Chru Jeanne de Flandre.

Conséquences médicales

Pierre COLLINET
CHRU Jeanne de Flandres de Lille

Je remercie le docteur Matis de m'avoir sollicité pour cette présentation. Celle-ci fait suite à un séjour d'un an dans le service de gynécologie obstétrique d'un hôpital d'Afrique de l'Est pendant lequel j'ai traité des patientes infibulées.

I. Epidémiologie et MGF

Des chiffres déjà anciens dénombraient 20 000 femmes mutilées en France, contre 35 000 en 2002. La prise en charge de ces mutilations demeure méconnue du personnel soignant, d'où l'intérêt de cette conférence.

II. MGF type 3 : l'infibulation

Mon développement portera sur des infibulations de type 3 : ablation partielle ou totale des organes génitaux, soit une suture ou un rétrécissement de l'orifice vaginal au moyen d'une excision des petites lèvres et du clitoris et une suture des grandes lèvres. Seul un pertuis demeure pour permettre l'écoulement des urines et du sang des règles.

III. Complications aiguës

Les complications constatées sont des hémorragies, puisque la perforation de l'artère du clitoris peut amener des hémorragies massives ou encore des anémies. Des chocs traumatiques et des rétentions aiguës d'urine peuvent résulter de la douleur. On constate aussi des plaies du périnée postérieur ou du périnée antérieur. Les complications infectieuses incluent des adénites, abcès, cellulites du périnée, gangrènes voire septicémies. Le manque d'asepsie peut aussi entraîner une transmission V.I.H.

IV. Complication gynécologiques

Les mutilations de type 3 peuvent entraîner des dysuries, dyspareunies, dysménorrhées ou hémato-colpos. Les infibulations peuvent causer des algies pelviennes chroniques et des névromes, mais aussi une complication spécifique : les kystes d'inclusion vulvaires.

Au nombre des complications chroniques, on compte les hydrosalpinx ou salpingites et la stérilité. Selon *The Lancet* (2005), les mutilations de type 3 multiplient par 5 le risque de stérilité. Au plan urologique, on compte des cystites ou lithiases ainsi que des insuffisances rénales chroniques par infections chroniques. L'impossibilité d'un suivi gynécologique entraîne davantage de cancers du col de l'utérus.

V. Complication obstétricales

De la fermeture de l'orifice vaginal découle l'impossibilité de surveiller le travail : dilatation cervicale, amnioscopie, présentation. Les mutilations de type 2 et 3 prolongent la deuxième phase du travail et peuvent provoquer une souffrance fœtale aiguë par hypoxie, des déchirures périnéales à l'expulsion et une augmentation du taux de césarienne. Les conséquences plus graves sont les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales et des neuropathies par compression prolongée des nerfs sciatiques.

Une première étude des patientes mutilées montre que les patientes primipares excisées subissent 89% d'épisiotomies et 11% de déchirures, contre respectivement 54 % et 3,8 % pour les non excisées. Une étude réunissant 28 983 femmes accouchées dans 28 centres différents de 6 pays africains montre que le risque de césarienne, la durée de séjour, la réanimation néonatale et la mortalité néonatale représentent entre 1,2 et 2 fois le risque normal. L'auteur de cette analyse statistique excellente affirme que les mutilations génitales amènent une surmortalité périnatale de 2 % à 3 %.

VI. Prise en charge MGF : défibulation

Les mutilations de type 3 peuvent être traitées par la défibulation chirurgicale, soit thérapeutique si des complications gynécologiques se présentent (dysurie, dysménorrhée, hémocolpos, infections cervico-vaginales récidivantes). Elles peuvent être opérées sous anesthésie générale. Les interventions prophylactiques en consultation prénatale ou en début de travail permettent un accouchement par voie vaginale. Une autre étude montre une satisfaction de 94 % après des interventions sur 40 patientes.

VII. Techniques chirurgicales

Les techniques chirurgicales spécifiques regroupent l'exérèse des kystes vulvaires, la libération de névromes, le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales et la clitoridoplastie.

VIII. Conclusion

Les complications s'avèrent nombreuses et potentiellement graves. Devant ces pratiques pourtant interdites et punies par la loi, la formation du personnel soignant s'avère nécessaire afin d'éviter les césariennes abusives et de permettre la défibulation chirurgicale qui amoindrit les risques de complications. Des prises en charge tant chirurgicales que psychosociales se révèlent nécessaires.

Céline ROUSSEAUX

Nous en venons maintenant aux conséquences psychologiques : vie et sexualité des femmes excisées. Madame Nadia Flicourt intervient au nom du Carrefour d'Initiative et de Réflexion pour les Missions de la Vie Active et Sexuelle.

Impact des MSF sur la femme

Nadia FLICOURT

Directrice du CIRM (Carrefour d'initiative et de réflexion autour de la maternité, l'enfance et la vie affective et sexuelle - Lille)

Le sens que revêt une mutilation sexuelle féminine pour une femme constitue le fil rouge de mon intervention.

Il sera d'abord question des femmes « là-bas », restées dans leur « clan » et croyances et de ce fait incluses dans leur communauté. Dans ce cas, cette inclusion constitue la moins mauvaise solution du point de vue sexologique et social.

Le deuxième cas a trait à ces femmes « ici » qui découvrent leur différence au cours d'un examen gynécologique. Cet événement ponctuel peut constituer l'occasion d'une remise en question, voire une réparation.

Le troisième cas concerne ces filles excisées très jeunes et découvrant qu'elles sont différentes durant leur adolescence, par le contact avec un garçon ou les discussions avec les copines. Les adolescents ressentent très vivement les atteintes à leur identité et la jeune fille peut mal vivre ce moment, puisqu'il n'a pas de sens pour elle, et le vivre comme une agression ou un rejet. Elle est donc susceptible de demander réparation.

Nous devons aussi considérer le cas d'une fille grandissant « ici » et soustraite à la protection lors d'un voyage « là-bas », dont elle revient excisée, mariée et/ou enceinte. Cela correspond à un traumatisme, puisqu'elle passe du lycée à une vie maritale traditionnelle dépourvue de sens pour elle. Cela constitue une destruction psychique, comme un viol, qui nécessitera une reconstruction psychique et physique, pour ensuite donner du sens.

Ces cas décrivent une souffrance dépassant les aspects physiques. Seule la femme concernée peut évaluer si la gêne est telle qu'elle appelle réparation, et laquelle. Cependant il n'est pas certain qu'une excision empêche l'orgasme ou la jouissance. L'impact génital s'avère violent, mais les pronostics sur l'impact érotique sont hasardeux,

et la réparation ne constitue pas toujours la solution. La reconstruction peut modifier l'appartenance sociale, mais pas le sens qu'une femme donne à son corps.

Quid de la femme occidentale parfois « excisée psychiquement », souffrance moins spectaculaire mais entraînant autant de dégâts ?

Céline ROUSSEAU

Madame Hélène Geiger, substitut du procureur de Lille, et Madame Sylvie Labbens, informatrice juridique au CIDF de Lille, vont expliquer qu'il n'existe pas de loi spécifique aux mutilations sexuelles en France. Seule la loi du 4 avril 2006 sur la violence au sein du couple présente des dispositions relatives aux infractions sexuelles. En France, l'excision a déjà donné lieu à une trentaine de procès dont les condamnations constituent des peines de prison avec sursis.

Aspects juridiques, théoriques et pratiques

Sylvie LABBENS
Informatrice juridique au CIDF de Lille

Les premières affaires concernant les mutilations sexuelles féminines remontent au début des années 80.

Dès 1983, la Cour de Cassation a considéré que l'ablation du clitoris constitue une mutilation permanente correspondant à l'article 222-9 du Code Pénal, qui prévoit des peines de 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende. Simple délit selon cet article, l'excision devient un crime, si une des circonstances aggravantes listées à l'article 222-10 existe. L'excision étant généralement commise sur des fillettes de moins de 15 ans, elle constitue un crime dans la plupart des cas.

Depuis une décision de la Cour d'Assises de Paris en 1987, la loi reconnaît l'excision comme une mutilation permanente du fait du rôle de ces organes et du caractère permanent, irréversible et définitif de cette atteinte.

Selon l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, « 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 d'expulsion du préfet s'il existe un danger réel en cas de retour au pays d'origine.

La loi du 4 avril 2006 ne constitue pas une loi sur les mutilations sexuelles ; une telle loi s'avère inutile car les mutilations sexuelles ont toujours été condamnées. En revanche, cette loi a modifié le Code Pénal pour permettre la protection des étrangers résidant habituellement sur le territoire. De plus, la loi permet à tous les professionnels soumis au secret professionnel de le lever pour dénoncer les atteintes sexuelles sur un mineur. De même, l'allongement du délai de prescription permet aux victimes d'excision de saisir la justice jusqu'à 20 ans après leur majorité, soit jusqu'à leurs 38 ans. Ainsi la loi du 4 avril 2006 permet-elle de renforcer une lutte contre l'excision ayant toujours existé.

La peine prévue par l'article 222-9 peut être portée à 15 ans de réclusion criminelle, voire 20 ans, si la violence est commise sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant ou une personne ayant autorité sur lui. Si à cela s'ajoute le décès du mineur, la peine peut atteindre 30 ans. Cependant, les peines prononcées se situent en deçà de ce chiffre car condamner un parent croyant bien faire à 20 ans de réclusion criminelle s'avère difficile.

Les peines répressives doivent s'appliquer sans concession, mais la prévention et l'information importent encore davantage. Toute association défendant l'enfance martyrisée ou les mineurs victimes d'actes sexuels par ses statuts et ayant cinq ans d'existence peut se porter partie civile concernant les tortures, actes de barbarie et agressions sexuelles commises sur un mineur. La plupart des condamnations sont prononcées par le Cour d'Assise de Paris car les infractions sont majoritairement dénoncées en région parisienne. Le manque de prévention empêche apparemment les femmes des autres régions de porter plainte.

En 2003, une mère a été condamnée à 5 ans d'emprisonnement avec sursis et 3 ans de mise à l'épreuve et 15 000 euros de dommages et intérêts au profit de sa fille. Une autre mère a été condamnée à 3 ans d'emprisonnement, 3 ans de mise à l'épreuve et 1 500 euros de dommages et intérêts au profit de sa fille. Une exciseuse a été condamnée à 5 ans d'emprisonnement dont un ferme pour l'excision de 17 filles en juin 2004. Des pères de fillettes et des maris d'exciseuses ont également été condamnés. Grâce à une instruction récente, 25 victimes ont été inventoriées et les parents ont tous reçus 5 mois d'emprisonnement avec sursis.

La loi permet donc de lutter contre ces pratiques, comme la loi du 4 avril 2006 le réaffirme, mais il convient de légiférer sur les vides juridiques qui subsistent.

Hélène GEIGER, substitut du procureur de Lille

Pour simplifier, ma fonction consiste à recevoir tous les signalements du ressort du tribunal de grande instance de Lille, de poursuivre les enquêtes et de renvoyer les affaires devant le tribunal compétent.

Les mutilations sexuelles féminines constituent des infractions pénales délictuelles, passibles du tribunal correctionnel. Cependant, les mutilations qui sont effectuées par des ascendants et/ou sur des mineurs de moins de 15 ans, constituent des crimes impliquant un renvoi en Cour d'Assises (?). Les mutilations sexuelles féminines sont considérées comme des atteintes à la dignité et à l'intégrité du corps humain. La problématique principale concerne les mutilations sexuelles, avérées ou potentielles, sur les enfants mineurs.

Bien souvent, les poursuites sont dirigées à l'encontre des exciseurs ou exciseuses ainsi que des parents. Ces derniers peuvent être poursuivis en qualité de complice du fait de la prise de contact avec les exciseurs, qui constitue un acte positif d'une complicité active. Les parents peuvent aussi être poursuivis en qualité de coauteurs s'ils participent activement à l'acte de mutilation, comme c'est le cas dans le film présenté. Au regard de la loi, auteurs, coauteurs et complices encourent les mêmes peines.

Ces délits pourront être poursuivis, qu'ils aient été commis ou non sur le territoire français. Auparavant, les poursuites ne pouvaient concerner que les mineurs de nationalité française, ce qui présentait jusqu'à maintenant une discrimination claire envers les mineurs ne possédant pas la nationalité française.

La loi du 4 avril 2006 étend la protection du droit pénal à tous les résidents habituels sur le territoire national. Ainsi, une excision pratiquée en France ou à l'étranger sur une mineure résidant habituellement en France ou de nationalité française pourra entraîner des poursuites en France. Une autre innovation de cette loi consiste en l'extension du délai de prescription à 20 ans après la majorité. En effet, l'information, la possibilité et la capacité de déposer plainte fait défaut à beaucoup de femmes.

De plus, toute personne ayant connaissance d'un crime ou d'un délit constitue une « personne concernée » et son silence la rend coupable de non dénonciation, comme il ressort clairement du Code de Procédure Pénale. L'article 434-3 du Code Pénal dispose l'obligation d'informer les autorités judiciaires, sous peine de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Selon l'article 223-6 du Code Pénal, toute personne a également l'obligation de porter secours à une personne sur laquelle est commise une infraction, délit

ou crime sous peine de 5 ans d'emprisonnement. Ces règles s'appliquent aux mutilations sexuelles féminines.

Les professionnels dans l'exercice de leurs fonctions ont une obligation particulière de dénoncer ces pratiques par un signalement selon l'article 40 du Code de Procédure Pénale, ce qui a pour corollaire la levée du secret professionnel. La loi du 4 avril 2006 a étendu cette levée à toute atteinte sexuelle sur les mineurs de moins de 15 ans, précisant que les pratiques telles que les infibulations sont constitutifs de mutilations sexuelles.

Aucun professionnel médical ne se verra poursuivi pour une telle dénonciation, bien au contraire. Cette garantie doit protéger les professionnels des poursuites par la famille pour dénonciation calomnieuse, cette dernière impliquant une intention calomnieuse, ou mauvaise foi, qu'un signalement en toute bonne foi sur la base des informations disponibles ne peut impliquer.

La non-dénonciation peut entraîner des poursuites pénales, mais aussi disciplinaires et administratives. Le personnel médical se trouve responsable devant son ordre, le code de déontologie médicale prescrivant en effet que le médecin est le défenseur des mineurs de moins de 15 ans, ce qui l'oblige à passer outre le jugement des parents et à signaler le mauvais traitement.

Concernant les mineurs de moins de 15 ans, le législateur a voulu être exhaustif et non seulement prévoir les cas de violence avérée, mais aussi ceux d'enfants en danger. L'enfant « menacé » dans son hygiène, sa sécurité et son intégrité physique constitue un cas pris en compte distinctivement et il nécessite un signalement au parquet. L'enfant ayant subi des violences pourra également être protégé, lui aussi par signalement au parquet ou auprès des services de police ou de gendarmerie.

Les signalements peuvent s'effectuer par fax durant les heures ouvrables ou encore par téléphone, puisqu'un magistrat de permanence demeure joignable 24 heures sur 24. Les signalements médicaux prennent souvent la forme d'un simple fax détaillant les éléments dont les praticiens ont eu connaissance. Malgré ces garanties, les signalements font actuellement défaut. Ainsi, aucun signalement lié à une excision n'a encore été effectué

dans le Nord-Pas-de-Calais, les seuls signalements recensés ayant concerné un mariage forcé. Les enfants peuvent être protégés dans leurs droits s'ils sont susceptibles de subir un mariage forcé et les mêmes procédures peuvent s'appliquer aux cas d'excision.

Céline ROUSSEAUX

Il existe donc bien un arsenal juridique destiné à la protection des enfants menacés d'excision, bien qu'aucun signalement n'ait été recensé dans la région de Lille. Le professeur Brigitte Mauroy, urologue et professeur d'anatomie à Lille, va maintenant présenter la reconstruction médico-chirurgicale conjointement avec le docteur Pierre Foldès, du centre hospitalier de Poissy-Saint-Germain-en-Laye.

Reconstruction médico-chirurgicale

Brigitte MAUROY

Professeur d'anatomie et d'urologie – université Lille 2, GHICL

A l'instar de Richard Matis, qui vous signalait plus tôt l'évolution « sémantique » entre mutilations « génitales » et « sexuelles », je voudrais vous présenter mon point de vue d'anatomiste à Lille 2, plutôt que celui d'urologue du GHICL. En effet, l'évolution des notions d'anatomie a permis de remplacer le concept d'« organe génitaux externes » par celui d'« appareil sexuel de la femme ».

I. L'appareil sexuel de la femme

L'anatomie nous permet de préciser quelles lésions et complications provoquent les mutilations sexuelles féminines. J'insisterai peu sur le vagin pour me concentrer sur la région vulvaire, ou organes génitaux externes de la femme. Ceux-ci sont disposés dans la loge périnéale antérieure.

II. Loge périnéale antérieure

Dans cette loge périnéale antérieure, située entre les feuillets périnéaux, se dispose latéralement le corps caverneux de la femme. Celui-ci constitue l'exact analogue du corps caverneux de l'homme. Cette loge périnéale renferme également le corps spongieux ainsi que son muscle bulbo-spongieux.

Le clitoris nous intéresse ici en particulier, or si celui-ci constitue le premier corps érectile de la femme, les bulbes vestibulaires constituent le deuxième. Tout le danger des mutilations sexuelles féminines réside dans la proximité des faisceaux prenant naissance dans le muscle bulbo-spongieux pour aboutir au sphincter strié de l'urètre. Ainsi, ces mutilations ont des conséquences délétères sur la continence urinaire de la femme.

Faute d'enquête complètement menée, nous n'avons pas les informations suffisantes concernant les conséquences possibles sur l'incontinence, bien que l'anatomie présente clairement les dangers existants. Dans la loge périnéale antérieure, on trouve le vagin,

l'urètre et son sphincter strié, mais aussi des muscles, glandes et pédicules vasculo-nerveux. Les muscles forment un 8, dont la plus grosse boucle circonscrit toute la région vulvaire et recouvre les bulbes vestibulaires, ces derniers constituant l'exacte analogue du corps caverneux de l'homme.

III. Les organes érectiles

Le muscle ischio-caverneux, en forme de demi-cornet recouvrant le corps caverneux inséré sur la face médiane de la branche ischio-pubienne, permet l'érection du clitoris. Les organes érectiles de la femme correspondent à ceux des hommes, à l'exception de la fusion de la paroi dorsale de l'urètre, ce qui leur permet de saisir ce que les mutilations sexuelles féminines représentent. Le clitoris est donc constitué de deux racines se situant sur la face interne de la branche ischio-pubienne. Ces deux racines réalisent au niveau du coude du clitoris une fusion médiane prolongée en avant vers le corps du clitoris.

Le clitoris mesure jusqu'à 70 millimètres, soit 30 pour les racines, 30 pour le corps et 6 à 7 millimètres pour le gland. Le clitoris se compose de corps érectiles semblables à l'homme et le gland se compose d'éléments conjonctivo-élastiques. A la différence du pénis, l'érection du clitoris est imparfaite car le coude du clitoris disparaît de façon imparfaite.

IV. Les organes génitaux externes de la femme : artères de la vulve

Réparer cette partie du corps de la femme exige de bien connaître l'anatomie de cette région, notamment sa vascularisation extrêmement riche en artères et en veines. Un plexus veineux commun draine la totalité de la région vulvaire. Il se situe à l'exacte jonction du clitoris et des bulbes vestibulaires, une zone de convergence veineuse rendant l'excision susceptible de provoquer des hémorragies. La vascularisation veineuse, artérielle et nerveuse rend une reconstruction possible bien qu'imparfaite.

Les artères de la vulve sont dépendantes de l'artère pudendale externe pour le mont du pubis et les grandes lèvres et la partie antérieure des petites lèvres, alors que l'artère

pudendale interne irrigue le clitoris, le bulbe du vestibule, le glande vestibulaire majeure et la partie postérieure des grandes et petites lèvres.

V. Les organes génitaux externes de la femme : veines de la vulve

Le drainage superficiel du clitoris s'effectue par la grande saphène, tandis que le drainage profond s'effectue par le plexus veineux pré-urétral.

VI. Les organes génitaux externes de la femme : lymphatiques de la vulve

La vascularisation lymphatique très riche explique le risque d'infection lié aux mutilations sexuelles féminines.

VII. Loge périnéale antérieure

La peau de la région vulvaire est riche en récepteurs vulvaires superficiels et sous-cutanés décrits par Krantz. Le mont du pubis et les grandes lèvres sont donc plus sensibles au toucher léger et à la température, tandis que le clitoris s'avère plus sensible à la pression et aux vibrations. Le nombre des récepteurs sensitifs augmente des petites lèvres au gland du clitoris et les petites lèvres contiennent des corpuscules sensibles à la pression, au froid et au tact léger.

VIII. Les organes génitaux externes de la femme : nerfs de la vulve

Les organes génitaux de la femme sont liés aux nerfs ilio-hypogastriques et ilio-inguinal, au rameau périnéal superficiel du nerf pudendal, au rameau périnéal profond du nerf pudendal et au nerf dorsal du clitoris.

Ce survol rapide permet de constater l'identité presque absolue de cette région entre l'homme et la femme. La suppression du clitoris chez la femme revient à une pénectomie chez l'homme, ce mode d'explication pouvant utilement être versé au débat.

Céline ROUSSEAU

Depuis des années, le docteur Foldès répare les dommages causés par l'excision, opération remboursée par la sécurité sociale grâce à son combat.

Pierre FOLDES
Urologue au CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye

Je ne vous parlerai pas seulement de la réparation du clitoris, mais de l'ensemble des techniques à disposition de ces femmes qui consultent dans 11 centres en France.

Depuis 25 ans, nous avons dépassé les 2 000 opérées. Le suivi post-opératoire est difficile, car les femmes satisfaites tendent à ne plus consulter malgré la nécessité de ce suivi. Les 4 000 femmes suivies actuellement constituent notre expérience.

I. Plaisir sexuel chez les excisées

On constate un hiatus entre les constatations anatomiques et les conséquences ressenties. Certes, deux tiers des femmes affirment n'avoir aucune sensation, mais presque un tiers d'entre elles ressentent encore des sensations et 5 % ont des orgasmes clitoridiens normaux.

II. Motifs de consultation

Toutes avancent en premier lieu un problème identitaire : elles ne se sentent plus « femmes » et veulent « redevenir des femmes ». La revendication sexuelle est première dans deux tiers des cas.

En Afrique, les femmes consultent pour des douleurs : gêne dans 56 % des cas, douleurs au toucher dans 21 % et fortes douleurs dans 5 % des cas. Les dyspareunies, elles, sont attribuables à d'autres phénomènes.

III. Phase diagnostique : le bilan lésionnel

Trois types de pathologies s'entremêlent : mutilation principale, mutilation associée (infibulation, etc.) et complications. On divise la vulve en trois « étages » de bas en haut : antérieur, moyen et postérieur.

1. Etage antérieur

On y retrouve les séquelles immédiates de l'excision, qui emporte seulement la partie externe du clitoris. Toute excision consiste en une désinsertion de la peau sur la partie émergente du clitoris, qui provoque un recul du moignon sous l'effet d'une hémorragie ou d'une infection.

Dans le cas d'un pseudo clitoris, la partie externe du clitoris peut être nécrosée en respectant les organes génitaux externes et un examen plus attentif s'avère nécessaire pour remarquer l'absence du moignon, qui se trouve quelques centimètres plus haut. L'accolement de la partie extérieure de la vulve au périoste expose le périnée postérieur à des lésions.

Les lésions associées, abcès et corps étrangers provoquent des douleurs atroces. Les glandes de Skene s'obstruent, créant des lésions qu'il convient d'opérer avant tout.

2. Etage moyen

Les petites lèvres sont assez souvent blessées par le glissement du couteau de l'exciseuse. Il faut également connaître les excisions de type 3, concernant la quasi-totalité des Égyptiennes, que les médecins effectuent contre rémunération. Certaines femmes sont infibulées et désinfibulées plusieurs fois, avec des conséquences catastrophiques.

Les mutilations complexes entraînent de violentes chéloïdes, des dépigmentations ou des réactions lichenoïdes.

3. Etage postérieur

Béances vulvaires et éclatement du périnée postérieur appartiennent aux complications à l'étage postérieur lors des accouchements.

IV. Mutilations génitales féminines : les réparations

On peut proposer d'enlever les lésions associées, ce qui donne accès aux lésions clitoridiennes.

La reconstruction clitoridienne s'avère maintenant possible pour toutes les excisions et nécessite la reconstruction du gland et son placement dans une position normale car le clitoris, blessé, existe toujours. Dans une excision, on blesse une partie limitée du clitoris, ce qui laisse espérer une reconstruction.

La technique consiste à enlever la partie cutanée cicatricielle, ce qui permet d'avoir accès au dos du moignon. Très progressivement, il faut libérer le moignon sans blesser les nerfs pudendaux intacts et libérer le tissu cicatriciel du tissu sain. Dans la dernière couche, on trouve des extrémités nerveuses saines. Ce tissu sain demeure en l'état, puisqu'il se reconstitue si l'on interpose de façon dorsale les bulbo-caverneux. Nous avons appris à ne pas recouvrir le clitoris de peau pour obtenir de meilleurs résultats.

La reconstitution d'un massif clitoridien est possible dans 78 % des cas environ. Ce résultat constitue une forte amélioration dans 57 % des cas, la capacité orgasmique et une sexualité normale pouvant être atteintes. La morbidité, qui représentait initialement un cas sur deux, demeure désormais raisonnable. Des questionnaires permettent d'y voir plus clair dans l'évolution de la sexualité féminine, dont nous savons maintenant qu'elle doit être évaluée non pas immédiatement après l'opération, mais 6 mois à un an plus tard.

1. Etage moyen

Outre les désinfibulations, il est possible de reconstituer des petites lèvres satisfaisantes conformément au souhait de la majorité des femmes, qui souhaitent retrouver l'intégralité de leur vulve. Certaines techniques permettent de créer un squelette de cicatrisation aux petites lèvres quant il ne reste rien.

2. Etage postérieur

La réparation des périnéés postérieurs par les gynécologues permet de reformer les vulves.

3. Suivi

Un suivi minimum après deux semaines, 6 semaines et 6 mois s'avèrent nécessaire pour s'assurer respectivement des complications, de l'aspect et du fonctionnement. Les chirurgiens doivent faire appel à des sexologues et psychologues afin d'assurer une prise en charge globale.

V. Conclusion

La chirurgie des mutilations sexuelles féminines a été initiée par la réfection clitoridienne et on évolue maintenant vers une prise en charge complète, pour laquelle le chirurgien seul ne peut suffire. La reconstruction nécessite un suivi attentif et prolongé. Restées dans le non-dit, les femmes ont maintenant pris la parole pour résoudre ce problème, ce qui constitue le véritable événement dans ce domaine.

Céline ROUSSEAUX

Devant le retard pris, nous passerons directement à la 3^{ème} session. Cependant avez-vous des précisions à apporter sur ce qui vient d'être dit ?

Eliane AÏSSI (Rifén)

La loi du 4 avril 2006 est utile pour la prévention, notamment pour dissuader certains parents décidés à faire exciser leur fille. Beaucoup de praticiens médicaux craignent d'enfreindre le secret professionnel et il faut donc les informer de leurs devoirs.

Céline ROUSSEAUX

Nous passons maintenant à la 3^{ème} session. Madame Lebrun, recteur de l'ICL, va nous présenter les possibilités de réseaux.

3^{ème} session : et maintenant

Quelles propositions au niveau régional ?

Thérèse LEBRUN, recteur-présidente de l'ICL

Lorsque le docteur Matis m'a demandé de participer, j'ai avoué ma méconnaissance de ce sujet en tant qu'économiste de la santé pendant 27 ans. Or je m'aperçois que cette question cruciale et cruelle provoque de lourds dégâts, mais que la chirurgie réparatrice constitue un espoir. Je suis chargée de lancer un débat sur ce qu'il reste encore à faire et je suppose qu'un autre exposé sera proposé avant d'ouvrir le débat avec la salle.

Richard MATIS

Le professeur Henri-Jean Philippe, président de Gynécologie Sans Frontières, lancera le débat.

Thérèse LEBRUN

Avant cette conférence, j'ignorais l'ampleur réelle de ce problème pourtant connu. Ainsi comment informer ? Comment effectuer une sensibilisation efficace auprès de tous les publics ? Comment assurer la recherche dans ce domaine ? Comment proposer des modes de prise en charge satisfaisants ? La notion de réseau est bien ancrée dans le Nord-Pas-de-Calais, or la multidisciplinarité nécessaire au traitement de ces questions a également été soulignée par le docteur Foldès. Cette multidisciplinarité doit rassembler la médecine, l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, etc. Je souhaite remercier le professeur Philippe pour son action en faveur d'une cause qui touche le monde entier et le Nord-Pas-de-Calais en particulier.

Henri-Jean PHILIPPE, président de Gynécologie Sans Frontières

25 ans d'exercice de gynécologie obstétrique ne m'avaient pas permis d'imaginer l'atrocité de ces pratiques. Bien qu'exerçant comme chef de service à Bamako, au Mali, pendant deux ans, je n'avais jamais interrogé mes patientes sur leur excision car elle me paraissait alors naturelle. Je suis certain que cette réunion aura des conséquences notables et d'ailleurs le ministre de la santé, Xavier Bertrand, a proclamé sa volonté d'éradiquer toutes les mutilations sexuelles féminines d'ici 2010.

On compte d'un côté 30 000 à 60 000 filles excisées ou pouvant l'être, de l'autre un arsenal juridique interdisant ces pratiques et enfin aucun signalement pour le Nord-Pas-de-Calais. Il faut donc nécessairement faire le point sur cette question, comme se proposent de le faire l'INED, l'INSERM et l'université Paris 1 par leur travail conjoint intitulé « excision et handicap ».

Pierre Foldès et plusieurs centres ont contribué à la prise en charge des victimes de manière adéquate, conformément aux propos du ministre. Dès le 21 décembre, des directives seront adressées aux ARH pour la mise en place de centres multidisciplinaires. Je souhaite que chaque professionnel sache à qui s'adresser pour protéger la jeune fille menacée. Une circulaire sera également envoyée aux doyens des universités menant aux professions médicales pour les informer de dispenser des enseignements sur l'excision. Je souhaite donc connaître l'opinion des doyens Forzy et Francke sur ces aspects, que l'on enseigne dans aucune faculté de médecine.

Jean-Paul FRANCKE, doyen de la faculté de médecine – Lille 2

Nous sommes tous solidaires en tant qu'hommes, l'intégrité du corps n'étant pas négociable. L'intervention de plusieurs enseignants de notre faculté me rassure quant à leur information. Nous discuterons donc la mise en place de tels enseignements avec les docteurs Cosson et Mauroy, ce qui requiert une formation interculturelle de nos étudiants. Nous mettrons en place des modules optionnels.

Henri-Jean PHILIPPE, président de Gynécologie Sans Frontières

Notre rôle de gynécologue obstétriciens s'avère fondamental. Nous n'avons pas le droit de suivre une femme chaque mois pendant neuf mois en « oubliant » qu'elle est excisée. Nous devons donc prendre en charge les conséquences de l'excision sur tous les plans, ce qui requiert une formation spécifique pour toutes les professions médicales. Notre mission consiste notamment en une dénonciation nécessaire pour éliminer cette pratique tous ensemble.

Un des problèmes consiste en la valorisation actuelle de la femme excisée, au contraire de certaines affirmations entendues ici. Ainsi, certaines petites filles veulent être excisées pour être comme les autres.

Jean-Jacques AMY

Ayant employé l'expression « valorisées » pour ces femmes, je voudrais souligner que l'absence d'excision entraîne une exclusion sociale et économique. La femme se trouve donc placée devant le choix d'une dépendance totale de son mari ou d'un rejet total. Si la valorisation consiste en la moins mauvaise de ces deux dévalorisations, alors il me semble que nous sommes d'accord. Je souhaite également formuler quelques remarques.

Céline ROUSSEAUX

Malheureusement nous ne pouvons plus nous permettre de remarques. Il nous faut maintenant faire émerger des pistes de réflexions. Madame Sellali a évoqué l'ouverture d'une antenne du GAMS dans le Nord-Pas-de-Calais.

Jean-François RAULT, président de l'Ordre Départemental des Médecins du Nord

Notre code de déontologie médicale dispose qu'aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sans information de l'intéressé. Il s'avère donc nécessaire d'informer les médecins étrangers venant s'inscrire chez nous. Le personnel médical est obligé de dénoncer les mutilations des mineurs, l'accord écrit étant en revanche nécessaire pour les majeurs. Le Conseil de l'ordre doit porter plainte contre

un médecin pratiquant ces mutilations. Nous transmettrons l'information grâce à notre site et notre bulletin, car il n'importe pas seulement de les connaître, mais aussi de les transmettre.

Henri-Jean PHILIPPE

Selon le ministère de la santé, neuf régions sont concernées. Certains collègues des régions éminemment concernées m'ont répondu n'avoir jamais observé ces pratiques, ce qui permet de se représenter la méconnaissance du corps médical.

Céline ROUSSEAUX

Madame Lebrun, voulez-vous réagir à l'ouverture de la nouvelle antenne du GAMS à Lille ?

Thérèse LEBRUN

D'autres propositions existent, notamment concernant les migrants. La plateforme d'accueil devait permettre aux femmes de connaître leurs droits ainsi que les contrats d'accueil et d'intégration. L'engagement du Ministre s'inscrit dans un plan international à horizon 2015 ; il affirme également la nécessité de développer des lieux d'accueil et de prise en charge pour les fillettes. Le plus urgent semble maintenant la mise en réseau de tous les acteurs. Cette mise en réseau pourrait avoir lieu au titre de l'université catholique de Lille, pourvue d'une solide expérience dans ce domaine. Voilà l'occasion de coordonner tous les acteurs s'étant exprimés aujourd'hui.

Céline ROUSSEAUX

Madame Véronique Yvonneau, directrice adjointe de la DRASS du Nord - Pas-de-Calais, va maintenant conclure ce séminaire régional.

Véronique YVONNEAU,**Directrice adjointe de la DRASS**

Monsieur le Préfet de Région, préfet du Nord, Madame Thérèse Lebrun, recteur de l'Institut catholique de Lille ; Monsieur le Professeur Francke, doyen de la Faculté de Médecine Lille 2 ; Monsieur le Professeur Forzy, Doyen de la Faculté catholique de Lille, Madame Khalida Sellali, déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité, Monsieur le président de l'ordre départemental des médecins, Madame la présidente de l'ordre des sages-femmes, Mesdames, Messieurs les Professeurs de médecine, Mesdames les directrices d'écoles, Mesdames, Messieurs,

Tout d'abord, je voudrais remercier tous ceux qui ont organisé cette demi-journée et qui ont contribué à son succès, notamment le Docteur Matis, tout le comité d'organisation (DRASS, GHICL, CHRU), le CIDF et les associations concernées ainsi que la faculté catholique qui nous a accueillis dans ses locaux.

Toutes les interventions que vous venez d'entendre vont dans le même sens, les mutilations sexuelles féminines sont des pratiques intolérables pour la dignité des femmes et dangereuses pour la santé des fillettes et des femmes qui en sont victimes.

Ces pratiques traditionnelles, qui ne sont inscrites dans aucune religion monothéiste (chrétienne, musulmane, juive), portent atteinte durablement à l'équilibre physique et psychologique des femmes.

En France, 60 000 femmes et fillettes sont excisées ou menacées de l'être, elles seraient au moins 3 000 dans la région Nord - Pas-de-Calais.

Grâce au suivi des mamans et de leurs nouveaux-nés par les services de la Protection maternelle et infantile, la pratique de l'excision des petites filles semble avoir nettement régressé dans notre pays, même si aucune statistique précise ne permet de l'affirmer. (constat du terrain)

Cependant, les acteurs de terrain se rendent compte que des mutilations sont encore pratiquées sur des fillettes et des adolescentes françaises ou résidant habituellement en France lors de vacances passées dans leur pays d'origine.

Pour les protéger, des services de l'Etat comme l'Education Nationale, la Justice, la Santé Scolaire ainsi que les services d'action sociale accueillant les populations immigrées et ceux dépendant des conseils généraux ont un rôle tout à fait fondamental à jouer.

Cela a été rappelé au cours des exposés, la loi française interdit et condamne les mutilations sexuelles féminines même lorsqu'elles sont pratiquées hors du territoire national.

Ces leviers législatifs, comme l'obligation de signalement d'une mutilation ou d'un risque de mutilation, par les professionnels de santé notamment, sont encore trop peu connus. C'est toute l'utilité de ce séminaire régional que de le rappeler.

Le propos de cette manifestation était de libérer la parole, celle des femmes et des jeunes filles qui vivent cette pratique dans leur quotidien et celle des professionnels et des associations souvent démunis.

Car il faut nommer les choses pour ce qu'elles sont, nous parlons ici d'actes de torture et non de rites traditionnels qu'il conviendrait de préserver.

Ce sont des bébés, des fillettes, des adolescentes et des femmes que l'on ampute d'une partie d'elles-mêmes, de ce qui les constitue le plus intimement.

Ce colloque aura eu le mérite de donner l'occasion à des professionnels de différents horizons de se rencontrer, de s'informer et d'échanger sur les mutilations sexuelles féminines.

Que ce soit lors de l'accueil des étrangers dans notre pays, pendant la scolarisation des enfants et des jeunes, lors du suivi des grossesses et de l'état de santé des femmes plus généralement, toutes ces étapes doivent offrir l'occasion aux femmes et aux enfants d'être accueillis et écoutés, d'être informés, orientés et pris en charge si cela s'avère nécessaire.

Dans le domaine des mutilations sexuelles féminines, dont le Ministre de la santé souhaite l'éradication d'ici 2010 en France et 2015 au plan international, tout ou presque reste à faire.

Quelques associations sont mobilisées depuis déjà 25 ans comme le Gams (groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles), le Planning familial, la Cams (commission pour l'abolition des mutilations sexuelles) et plus récemment GSF (Gynécologie sans frontières) co-organisateur de ce colloque avec les services de la Drass.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, nous venons de l'entendre, la prise de conscience de la gravité du problème et de la nécessité d'agir existe.

Ainsi les étudiants en médecine, les élèves sages-femmes et infirmières vont bénéficier de modules spécifiques sur les mutilations qui seront intégrés à la formation initiale. Une circulaire sera adressée dans ce sens aux doyens de facultés ainsi qu'aux écoles de sages femmes, d'infirmières et de puéricultrices.

Avec le Gams, nous allons étudier la possibilité d'organiser des journées de formation plus pointue destinées aux professionnels qui le souhaiteraient. Le ministre a annoncé son intention de former 50 professionnels par région concernée, soit 450 pour les 9 régions concernées.

Nous vous remercions de préciser sur la fiche d'évaluation dont vous disposez dans le dossier qui vous a été remis en début de séance les points que vous souhaitez voir approfondis dans le cadre de ces formations.

Les professionnels chargés d'accueillir les migrants qui arrivent dans notre région seront formés aux problématiques des mutilations. Les migrants eux-mêmes seront informés de leurs droits et des principes qui prévalent dans notre République lors de la remise du livret d'accueil « Vivre en France » sur les plate-formes d'accueil de l'Anaem (agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations), livret qui rappelle l'interdiction de ces mutilations et des peines encourues. Ces plates formes peuvent devenir un relais pour la prévention de ces actes.

L'une des réponses passe par la coordination au niveau local de l'ensemble des acteurs des champs sanitaire et social, dont le travail commun doit être soutenu notamment dans

le cadre du programme régional d'intégration des immigrés, le PRIPI, le Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées. Dans ce programme qui constitue le document de référence de l'action de l'Etat local en matière d'accueil, d'intégration et de lutte contre les discriminations, figure un axe de travail sur la santé, où les préconisations sur la prévention et la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, issues de la mise en œuvre du plan violence et santé initié par le ministère de la santé et la loi de santé publique du 9 août 2004 seront reprises, suivies, évaluées voire complétées.

Nous allons donc nous atteler à la mise en place d'un réseau pluridisciplinaire capable d'accueillir et de prendre en charge les fillettes et les femmes victimes de ces pratiques et aussi d'orienter et de protéger celles qui se sentent menacées. Il est important désormais que les femmes qui ont subi une excision sachent vers quelle association de terrain se tourner pour être prise en charge et que toute personne voyant une fillette menacée d'excision sache vers qui se tourner pour prévenir cet acte intolérable.

M. Bertrand a annoncé pour 2007 un doublement du soutien financier aux associations concernées pour organiser un accueil et une écoute de proximité (y compris accueil téléphonique). Actuellement, cet accueil est effectif dans 4 régions. Cinq nouvelles régions en bénéficieront, dont celle du Nord-Pas-de-Calais.

S'agissant de l'offre de soins, cette question sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion des ARH, le 21 décembre, afin de sensibiliser celles-ci sur la nécessité d'organiser une offre de soins de qualité avec une équipe pluridisciplinaire (chirurgien, psychologue, sexologue).

Enfin, je voudrais signaler qu'un dossier thématique spécifique sera prochainement disponible sur le site du ministère de la santé, dans lequel notamment toutes les coordonnées des permanences associatives seront disponibles. L'adresse du site est la suivante : sante.gouv.fr