

Les mutilations sexuelles féminines

Ouverture	1
Claudine BOURGEOIS Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute-Normandie	
PREMIERE SESSION : LES TYPES DE MUTATIONS SEXUELLES FEMININES	
Données épidémiologiques et régionales	3
Isabelle GILLETTE-FAYE : Sociologue et Directrice du GAMS Docteur Danièle BUGEON : GAMS du Havre	
Les différents types de mutilations sexuelles féminines	6
Richard BEDDOCK Gynécologue obstétricien à l'hôpital Foch de Suresnes	
Les conséquences psychologiques féminines des MSF	8
Haddia DIARRA Psychologue clinicienne, Médecins du Monde	
Approche socio-culturelle de l'excision	10
Jean-Luc NAHEL Professeur d'anthropologie, Président de l'Université de Rouen	
Expériences de terrain	12
Table Ronde	
Questions de la salle	16
DEUXIEME SESSION : CONSEQUENCES ET PRISE EN CHARGE DES MSF	
Les conséquences juridiques	19
Laure PAILLARD Juriste au Centre d'Information sur les Droits des Femmes et de la famille (CIDF) de l'Eure	
Les complications médicales des mutilations	22
Sawsen KOUTEICH Gynécologue obstétricien au CHU de Rouen et médecin légiste	
Les techniques chirurgicales de réparation	24
Pierre FOLDÈS Chirurgien urologue, Clinique Louis XIV, Saint Germain-en-Laye	
Questions de la salle	27
TROISIEME SESSION : « MAINTENANT QUE NOUS SAVONS, A QUOI NOUS ENGAGEONS-NOUS ? »	
Table Ronde	31
Conclusion	35
Marion CAMPER Déléguée régionale aux Droits des Femmes	

Ouverture

Claudine BOURGEOIS

Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Haute-Normandie

Je vous remercie d'abord d'avoir été si nombreux à répondre à notre invitation pour ce colloque consacré à un sujet encore tabou.

La loi de santé publique du 9 août 2004 comprend cinq plans nationaux stratégiques dont l'un, intitulé Violence et Santé, vise à limiter l'impact de la violence sur la santé. Les travaux préparatoires à ce plan ont identifié le thème des mutilations génitales féminines comme un véritable enjeu de santé publique et ont abouti à des recommandations visant à faire disparaître ces mutilations à l'horizon 2010. En France, environ 60 000 femmes et fillettes sont excisées ou menacées de l'être.

Le Ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand, souhaitait organiser un colloque national réunissant les victimes et les acteurs susceptibles d'intervenir. Ses objectifs étaient multiples :

- réaliser un état des lieux des actions déjà engagées ;
- identifier les difficultés rencontrées par les professionnels sanitaires et sociaux ;
- impulser une dynamique et une prise de conscience collective ;
- proposer un plan d'action concret.

Ce colloque intitulé « Les mutilations génitales féminines : prévenir, repérer, prendre en charge » s'est déroulé le 4 décembre 2006.

Suite à cette manifestation, une circulaire a été émise demandant d'intégrer la prévention, le dépistage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines dans le cursus de formation des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

Le gouvernement français s'engage activement dans la lutte contre ces mutilations qui portent gravement atteinte à l'intégrité des femmes. Neuf régions, dont la Haute-Normandie, ont été identifiées par le Ministère chargé de la Santé comme plus particulièrement concernées par ce phénomène de santé publique du fait de l'origine de leur population immigrée.

En collaboration avec l'association Gynécologie Sans Frontières (GSF) et le Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS), j'ai décidé d'organiser un colloque régional afin de mobiliser autour de ce sujet la communauté médicale et paramédicale ainsi que les travailleurs sociaux de la région.

Ce colloque a d'abord pour vocation de répondre le plus efficacement possible aux difficultés que vous êtes amenés à rencontrer dans vos pratiques professionnelles. Il permettra également de dresser un bilan épidémiologique de la situation dans notre région ; d'affiner nos connaissances sur les mutilations sexuelles ; de mieux connaître les complications médicales et psychologiques qu'elles peuvent engendrer.

J'ai souhaité que ce colloque soit pluridisciplinaire. Nous écouterons le témoignage de femmes qui œuvrent quotidiennement et avec conviction dans des associations locales contre ces pratiques d'un autre âge. Nous développerons également une approche socioculturelle de ces mutilations sexuelles féminines avec le professeur Jean-Luc Nahel qui nous permettra de mieux comprendre le fonctionnement de ces rites. Nous aborderons concrètement le domaine juridique, médico-légal mais aussi pénal, pour connaître sans équivoque les devoirs d'un professionnel de santé face à ces femmes mutilées. Nous verrons qu'il existe des techniques chirurgicales et réparatrices à ces mutilations. Il nous appartient d'ouvrir cette possibilité à toutes les femmes qui souhaitent en bénéficier. Enfin, à la fin de ce colloque, nous réunirons les représentants des différentes instances de santé de la région afin de prendre acte, aujourd'hui, d'actions concrètes que nous pourrons mettre en place ensemble.

Votre présence témoigne de l'intérêt que vous portez à ce sujet et de votre envie de mieux aider ces femmes et fillettes désemparées face au poids de leur culture et à la pression de leurs familles. Je souhaite que vous trouviez des réponses à vos interrogations et que vous sachiez à qui vous adresser pour demander conseil le cas échéant.

C'est ensemble que nous réussirons à faire évoluer les mentalités et que nous condamnerons ce fléau.

Je vous souhaite des travaux fructueux et je remercie l'ensemble des partenaires qui se sont associés à nous pour organiser cette journée et en particulier Gynécologie Sans Frontières ; le réseau associatif ; Marion Camper, Déléguée Régionale aux Droits des Femmes ; le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Première session : les types de mutilations sexuelles féminines

Loïc MARPEAU, chef du service de Gynécologie et Obstétrique au CHU de Rouen, est le modérateur de cette première session.

Données épidémiologiques et régionales

Isabelle GILLETTE-FAYE

Directrice du GAMS, Sociologue, Chef du projet Daphné

Danièle BUGEON

Docteur

I. Présentation de l'association

Isabelle GILLETTE-FAYE

Le GAMS est une association loi 1901. Dès son origine, il a réuni des femmes d'origine africaine et occidentale qui se sont engagées dans la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants.

Le siège du GAMS est à Paris. Il dispose d'une antenne au Havre et l'ouverture d'une seconde antenne sur Rouen est prévue prochainement. Nous réfléchissons également à une implantation sur le département de l'Eure.

Ces antennes ont pour vocation de sensibiliser les populations concernées. Nous intervenons donc dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), dans les centres de planification familiale, dans les centres sociaux mais également dans les établissements scolaires. Nous faisons également un travail de formation des professionnels sociaux et médico-sociaux, en formation initiale et continue. Nous disposons d'un centre de documentation à Paris et nous éditons des ouvrages. Enfin, nous agissons à l'international et en Europe. En effet, depuis 1984, nous sommes la section française du Comité Interafricain qui réunit 28 pays africains, engagés dans les mêmes combats que les nôtres.

Nous souhaitons maintenir une forte représentation africaine dans notre association afin d'être plus justes dans nos interventions. Nous travaillons également sur la problématique des mariages forcés.

II. Données épidémiologiques

Pour estimer le nombre de femmes mutilées en Afrique, nous nous fondons sur les études démographiques et de santé réalisées dans la plupart des Etats africains ; elles équivalent au recensement français. C'est le seul moyen d'avoir des chiffres exacts pour l'Afrique.

En France, le système statistique est complexe puisque les migrants ne sont pas comptabilisés de la même façon selon les organismes. Nous réalisons donc des projections et nous attendons avec impatience l'étude demandée par Xavier Bertrand. Celle-ci sera menée cette année par trois entités : l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) et l'Université Paris I Tolbiac. Le GAMS participe au comité de pilotage qui va animer cette étude. Elle nous permettra de disposer de données chiffrées précises, que ce soit qualitatives et quantitatives, à l'échelle nationale et dans des départements cibles.

Le 6 février 2006, journée contre les mutilations génitales féminines, l'UNICEF a communiqué des données précises sur la situation actuelle. Dans le monde, 130 millions de femmes ont subi ces pratiques et on recense 3 millions de nouveaux cas par an.

En France, nous avons commencé à travailler à partir des nationalités des populations issues de l'immigration. Or cet indicateur est insuffisant pour comprendre l'ampleur du problème. En effet, une femme africaine n'est pas systématiquement excisée, ces pratiques dépendant de l'origine ethnique. Au Sénégal, 35 % de la population est concernée car l'ethnie majoritaire, les Wolofs, ne pratiquent pas l'excision. Les migrants africains en France viennent essentiellement de la région du fleuve Sénégal, qui traverse le Mali, la Mauritanie et le Sénégal, mais aussi de la Guinée Conakry et de la Gambie. Ils appartiennent au groupe des Mandés qui pratique l'excision. En Haute-Normandie, le groupe peul est particulièrement représenté et est également favorable à ces mutilations.

Au 1^{er} janvier 2002, on estimait qu'en France 35 000 fillettes et adolescentes étaient excisées ou menacées de l'être et que 30 000 femmes avaient déjà subi ces mutilations, soit un total de 65 000 personnes. La Seine-Maritime est le septième département concerné à l'échelle nationale et l'Eure le douzième. C'est un sujet auquel il est donc nécessaire de s'intéresser.

Danièle BUGEON

Je suis pédiatre de formation et j'ai exercé jusqu'en 1987 au Havre dans le secteur libéral. Je n'avais aucune formation ni information sur l'excision et, par ailleurs, je n'en avais jamais eu connaissance dans le centre-ville du Havre.

En 1987, j'ai intégré le Conseil Général et j'ai commencé à travailler dans un quartier avec une population d'origine migrante. Ce quartier comptait 20 000 habitants dont le tiers était d'origine africaine et employé dans les usines Renault. Ces familles étaient rassemblées dans les HLM. J'ai alors été confrontée à des problèmes d'excision.

En tant que médecin, nous constatons d'abord l'absence de clitoris. Je n'en avais jamais entendu parler aussi j'écrivais clitoridectomie et circoncision. Cependant, après avoir rencontré dans une école maternelle une fillette « coupée » avec une plaie non refermée, je me suis rendu compte que

c'était une véritable mutilation. J'ai voulu en savoir davantage et j'ai donc contacté le GAMS. Celui-ci a ensuite mis en place une formation pour les professionnels de santé dans les PMI et à l'hôpital. Il s'agissait de la première prise de conscience au Havre.

En 1989-1990, dans ce quartier, une petite fille sur quatre était déjà excisée à l'âge de quatre ans et une sur deux en primaire. Nous avons alors débuté la prévention avec des interprètes médiatrices. Je travaille depuis vingt ans avec Nafissatou Fall, formée dans le cadre de l'Association des Femmes Interprètes Médiatrices (AFIM).

Il est important qu'une femme d'origine européenne, souvent du milieu médical ou paramédical, agisse avec une femme interprète médiatrice, afin d'aborder en toute confiance et sans porter de jugement le problème des mutilations.

Après cinq ans de prévention, je n'ai plus vu de fillettes mutilées. J'apporterai un bémol à cette affirmation puisque l'on constate parfois un report de l'âge de l'excision au moment où les professionnels de santé ne suivent plus les fillettes.

Les différents types de mutilations sexuelles féminines

Richard BEDDOCK
Gynécologue obstétricien à l'hôpital Foch de Suresnes

Je suis Secrétaire général de Gynécologie Sans Frontières. Notre association a été sollicitée par la Direction Générale de la Santé pour organiser, conjointement avec la DRASS et le GAMS, les différents colloques sur les mutilations sexuelles en France. Je voudrais remercier l'ensemble des personnes qui ont organisé ce colloque en Haute-Normandie et en particulier le docteur Charpentier.

Les mutilations sexuelles féminines concernent 150 millions de femmes dans le monde avec 3 millions de nouveaux cas par an. C'est un fléau millénaire dont l'apparition précède différentes religions monothéistes. Il s'agit d'une pratique barbare réalisée par les femmes sur les femmes pour les hommes.

L'excision est une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes, réalisée le plus souvent entre l'âge de quatre et douze ans. Il s'agit d'une violation des droits humains fondamentaux. L'excision se pratique essentiellement en Afrique subsaharienne mais on la retrouve dans d'autres pays, indifféremment des religions pratiquées. C'est un acte illégal et proscrit en Europe mais aussi dans la majorité des pays d'Afrique.

I. Les quatre types anatomiques de l'excision selon l'OMS

1. Type 1

C'est la circoncision. Elle représente 80 % des mutilations sexuelles. Elle consiste en l'ablation du prépuce clitoridien avec une excision plus ou moins importante du clitoris dans sa partie externe.

2. Type 2

Le type 2 ôte le clitoris dans son bourgeon clitoridien et s'étend à une partie plus importante des petites lèvres.

3. Type 3

On parle d'infibulation. Elle consiste à ôter le clitoris ainsi que les petites et les grandes lèvres qui sont ensuite suturées et réalisent ainsi une fermeture quasi complète de la vulve. C'est la mutilation qui entraîne le plus de séquelles douloureuses et obstétricales. Les rapports sexuels sont difficiles voire impossibles et l'accouchement par voie basse est particulièrement périlleux.

4. Type 4

Ce sont toutes les autres façons de mutiler un sexe féminin : par grattage ; par l'application de substances corrosives ; par étirement ; par piercing ; par des piqûres...

Je voudrais faire une digression. Je constate souvent une déviance sémantique qui tend à comparer l'excision à la circoncision masculine. Cette dernière consiste en une ablation du prépuce, c'est-à-dire de la partie de peau qui est au-dessus du gland, or l'excision c'est le fait d'ôter le clitoris. Si on souhaite effectuer une analogie, il s'agit d'une émasculatation partielle. Par conséquent, il est impossible de considérer que l'excision féminine correspond à la circoncision masculine.

II. A quel âge ?

Le plus souvent, les mutilations ont lieu entre quatre et douze ans, mais elles sont également réalisées sur les nouveau-nés, chez les femmes adolescentes ou jeunes adultes et sont alors associées aux mariages forcés. Dans les pays industrialisés, il faut à cet égard se méfier des retours suspects au pays.

III. Comment ?

Elles sont effectuées par des tradipraticiens. Elles ne sont donc pas médicalisées sauf dans les familles les plus riches.

Les mutilations sexuelles féminines sont réalisées par des instruments contendants (lame de rasoir, couteau...) dans des conditions d'asepsie effroyables. Ensuite, l'exciseuse suture et applique différents produits à base de plantes pour arrêter le saignement. Enfin, les jambes des fillettes sont attachées afin que la cicatrisation se réalise.

IV. Les conséquences

Les complications immédiates sont l'hémorragie ; le décès ; l'infection ; un risque de transmission du VIH.

Les complications tardives se manifestent par des douleurs et des retentissements psycho-sexuels.

Les complications obstétricales sont, pour l'infibulation, un obstacle à la présentation fœtale et l'augmentation des risques de césarienne et pour l'excision, les déchirures périnéales.

Les complications psycho-sexuelles sont importantes puisque ces femmes souffrent lors des rapports sexuels. Lorsqu'elles arrivent dans les pays occidentaux, elles se sentent différentes. Elles se rendent compte qu'il est anormal d'éprouver des douleurs et non du plaisir lors des rapports sexuels.

Pour conclure, les complications liées aux mutilations sont graves et importantes : elles vont du décès aux séquelles douloureuses à vie. Malgré cela, ces pratiques se pérennisent et tendent à se stabiliser, même si elles sont punies par la loi. Face à ce constat, il faut agir en France et dans le monde. Il est nécessaire d'accompagner ces familles dans la prévention, la réparation et la prise en charge.

Les conséquences psychologiques féminines des MSF

Haddia DIARRA
Psychologue clinicienne, Médecins du Monde

J'interviens en tant que psychologue clinicienne à Médecins du Monde au Havre auprès des populations immigrées et issues de l'immigration pour différentes problématiques.

Les patientes ayant subi des mutilations sexuelles me sont adressées par des médecins, des éducateurs de foyers et des assistantes sociales. Les différentes mutilations sexuelles créent une véritable cassure dans l'existence d'une femme.

Une petite fille de quatre ans mutilée se représente parfaitement ce qu'on lui a fait subir. Cela engendre un bouleversement dans le psychisme de l'enfant. Les mutilations sexuelles laissent des séquelles durables toute la vie. Les complications psychologiques peuvent être profondément enfouies dans le subconscient et déclencher des troubles du comportement. Elles se manifestent immédiatement ou à plus long terme.

Les troubles psychologiques se traduisent à long terme par des dépressions, des angoisses post-traumatiques, des troubles sexuels et par des comportements suicidaires. La souffrance de ces femmes entraîne une déstructuration, une perte identitaire, une culpabilité et des plaintes somatiques qui se manifestent souvent par des douleurs très fréquentes. L'angoisse est souvent traduite par des insomnies partielles ou totales.

Nous rencontrons aussi, chez ces femmes, des troubles du comportement alimentaire. Je vois de plus en plus souvent des femmes mutilées atteintes de boulimie ou d'anorexie.

Une mutilation sexuelle marque à jamais la femme. En premier lieu, la douleur qu'elle a connue ne peut pas être oubliée. Une patiente de 42 ans m'a confié qu'elle avait été excisée à l'âge de trois ans. Sa douleur a alors été tellement forte qu'elle ne pouvait plus respirer. Aujourd'hui, elle affirme que les douleurs ne l'atteignent plus. Le traumatisme de la douleur provoque chez cette femme des troubles du comportement : elle ne cesse de défier cette mutilation sexuelle comme pour exorciser cette expérience.

Trois femmes sur cinq ayant subi une mutilation sexuelle acceptent que leurs filles soient mutilées alors qu'elles ressentent l'excision comme un viol. Ce comportement s'explique par le poids de la communauté. Elles justifient leurs décisions par leurs souhaits de voir leurs filles épouser un « bon mari ».

La mère de famille utilise une schizophrénie identitaire pour rester dans le groupe social. Le lien mère-fille est alors complexe. Les filles mutilées entretiennent des rapports ambigus avec leurs génitrices, ces relations se caractérisant par un mélange de colère et de compréhension envers ces femmes qui ont également été mutilées et ont souffert. Ce sentiment d'ambivalence permet aux femmes de survivre et de « transmettre » ce fléau à leurs filles.

La pratique des mutilations sexuelles fait de la jeune fille une handicapée, elle a le sentiment d'être exclue de la société. Pour exister, elle peut mettre en place une défense psychique avec, par

exemple, une restriction alimentaire qui peut la conduire à une anorexie mentale. Elle peut également chercher à redevenir une femme à part entière en faisant appel à la chirurgie réparatrice.

Pour conclure, les mutilations sexuelles féminines provoquent de graves dégâts sur le plan psychologique. Nous devons nous interroger sur le devenir de ces petites filles, de ces adolescentes et de ces mères. La connaissance et les représentations des mutilations sexuelles féminines dans le pays d'origine peuvent nous permettre de comprendre certains comportements. L'état psychologique des femmes mutilées est fragilisé par des facteurs de vulnérabilité : perte identitaire ; traumatisme de l'exil ; précarité du statut de séjour et des conditions de vie. C'est pourquoi un travail thérapeutique doit pouvoir être proposé à toutes les femmes ayant subi une mutilation sexuelle afin qu'elles réhabilitent leur structure psychique propre et réinvestissent leur identité féminine.

Approche socio-culturelle de l'excision

Jean-Luc NAHEL

Professeur d'anthropologie, Président de l'Université de Rouen

Il s'agit d'un sujet difficile et délicat. En effet, il touche à l'intimité, concept qui est différemment perçu d'une culture à l'autre. Dans la société française, c'est seulement depuis les années 70 que nous pouvons parler de notre intimité sexuelle en public. Il est nécessaire de prendre du recul.

Il nous faut être prudent dans le choix des mots employés pour éviter d'être considéré comme un partisan de la clitoridectomie ou à l'inverse d'être trop radical dans la dénonciation. Je voudrais clairement affirmer que je suis contre la clitoridectomie et contre toutes les mutilations sexuelles féminines.

Par ailleurs, je préfère parler de Mutilations Génitales Féminines (MGF) plutôt que de Mutilations Sexuelles Féminines (MSF), puisque MSF renvoie, pour moi, à Médecins Sans Frontières.

J'ai apporté plusieurs livres sur ce sujet. Je souhaite d'abord rendre hommage à Fran Hosken, qui a écrit *Les mutilations sexuelles féminines*. Elle a lutté en 1978-1979 pour que l'idée de combattre les mutilations sexuelles féminines soit appliquée au sein des organisations internationales et notamment à l'OMS et à l'UNICEF. A l'époque, elle a proposé à l'UNICEF de mener une campagne pour l'éradication de la clitoridectomie. L'UNICEF a refusé pour des raisons liées à l'identité culturelle. Il a fallu 20 à 25 ans pour que les organisations internationales changent leur lecture de cette représentation.

A mon sens, il faut resituer, d'un point de vue anthropologique, les mutilations sexuelles féminines dans l'ensemble des mutilations sexuelles. Nous ne connaissons pas avec certitude l'origine des mutilations génitales féminines. Pour les mutilations sexuelles, au sens global du terme, nous savons qu'elles avaient disparu parmi les aborigènes d'Australie dans les années 70-80. Aujourd'hui, elles réapparaissent dans le cadre d'un irrédentisme culturel, et notamment la « grande mutilation » qui consiste à fendre l'urètre masculin.

Concernant les mutilations sexuelles féminines, le Maroc, l'Algérie et la Libye ne sont pratiquement pas touchés. La Mauritanie est concernée sur toute la région du fleuve, en particulier chez les Pulars, de même que le Mali. La particularité de ce dernier pays réside dans le fait que, chez les Bambaras, nous retrouvons une clitoridectomie totale entre 90 et 99 %, mais sans infibulation. La région concernée par les mutilations sexuelles féminines passe également par le Togo et s'étend jusqu'au nord du Congo. Les mutilations sexuelles ne touchent pas toutes les ethnies et elles dépendent parfois des familles ou de la caste à l'intérieur de la famille.

Si nous voulons éradiquer ce phénomène, il me semble important de trouver le bon interlocuteur.

Nous ne connaissons pas l'origine exacte de ces mutilations. Nous savons que les premières formes d'infibulation et de clitoridectomie se pratiquaient en Egypte à partir des années 2000-2500 av. JC. Nous disposons seulement de quelques textes qui évoquent ces pratiques. D'un point de vue géographique, lorsque nous descendons le Nil en Egypte, nous rencontrons d'abord des régions qui pratiquent la clitoridectomie comme la moyenne Egypte puis l'infibulation dans le Sud de l'Egypte, en Ethiopie et surtout en Somalie à 99 %.

Personnellement, j'ai découvert la clitoridectomie et l'infibulation à Mogadiscio en 1982 et 1983. Un médecin somalien, ayant réalisé ses études en Suède, défendait ces pratiques en arguant que le plaisir sexuel des hommes était lié à la douleur de la femme.

Il est donc probable que ces pratiques mutilatrices viennent de l'Egypte. Elles n'ont de lien ni avec le judaïsme, ni avec le christianisme ou l'islam.

En Ethiopie, la tendance actuelle est à la diminution, nous passons de 90 % en 1994 à 80-85 % aujourd'hui en raison des actions des gouvernements successifs.

En Egypte, nous constatons une augmentation des statistiques pour la clitoridectomie. Je pense qu'il faut aujourd'hui se méfier de la médicalisation de l'acte. En Egypte, un certain nombre de gynécologues, d'obstétriciens et de pédiatres pratiquent la clitoridectomie. Le geste est effectué dans des conditions d'asepsie correctes. Nous assistons ainsi à une modernisation de l'acte qui aboutit cependant au même résultat.

Dans le Coran, la Bible ou l'Evangile, la clitoridectomie et l'infibulation ne sont jamais évoquées. Cependant, un mot arabe, *Khafd*, peut être interprété par certains fondamentalistes volontaristes comme étant celui de la soumission et de la réduction. Si ce mot est interprété dans le sens de réduction au sens physique, alors il est possible de s'emparer de cette interprétation pour dire que la clitoridectomie devient un geste prescrit. Néanmoins je rappelle que rien dans le Coran n'oblige à la clitoridectomie.

Dans la péninsule arabique, l'Arabie Saoudite ne pratique pas la clitoridectomie à l'inverse d'Oman (90 %), de l'est du Yémen ou encore de certaines familles des Emirats.

A l'origine, la clitoridectomie et l'infibulation étaient très souvent réalisées par les Egyptiens sur les esclaves afin d'éviter leur reproduction. Le Pharaon pouvait également l'effectuer sur sa femme avant de partir en guerre.

L'influence égyptienne et éthiopienne se retrouve jusqu'au Tchad, au Mali et au Sénégal. Les Pulars, les Bambaras, les Soninkés ont amené, lors de l'islamisation du Sénégal, des pratiques égyptiennes comme celle de la clitoridectomie. L'Afrique du Nord, l'Afrique du Centre et l'Afrique du Sud ne pratiquent pas ces mutilations.

Au nord du Pérou, une ethnie, les Shipibos, pratiquait encore il y a quinze ans la clitoridectomie pour des raisons d'identité religieuse. La femme et l'homme correspondent à une forme d'androgynie et leur association ne pouvait se faire que si la femme était clitoridectomisée. C'est la seule ethnie, à ma connaissance, qui pratiquait la clitoridectomie pour des raisons identitaires en dehors de l'Afrique et du Moyen-Orient.

Enfin, je voulais faire savoir que si une cellule d'action et de réflexion se constitue à Rouen, vous pouvez compter sur l'aide de l'Université. Vous pouvez avoir une influence sur nos étudiantes venant d'Afrique de l'Ouest ou de l'Egypte. Pour conclure, je voudrais souligner que les statistiques varient d'un pays à l'autre et que sur le sujet des mutilations, il est nécessaire de travailler avec des données ethniques.

Expériences de terrain

Table Ronde

Nafissatou FALL, médiatrice à l'Association Havraise Accueil Médiation insertion (AHAM)

Manuela GHERIB, responsable à l'AHAM

Anne PANIS, médecin en centre de planification

Nene SOW-CAMARA, membre de Femmes Inter Association (FIA)

Loïc MARPEAU, chef du service de Gynécologie Obstétrique au CHU de Rouen.

Loïc MARPEAU

Nous ne sommes pas confrontés à un problème de gynécologie obstétrique. Les gynécologues ne font que constater les dégâts. J'ai l'impression que nous devons être au service de cette population qui souffre mais je ne vois pas encore vraiment comment nous pourrions intervenir dans la prévention de ces phénomènes.

Pourquoi la femme est-elle la cible de telles mutilations ? Il s'agit au départ de pratiques qui deviennent culturelles et rituelles puis sont ensuite récupérées par les religions et les communautaristes.

Manuela GHERIB

Le projet « Prévention des pratiques culturelles » constitue une suite logique du travail réalisé au Havre et présenté au début de ce colloque par le Docteur Bugeon. Celle-ci avait constaté la nécessité de réaliser un travail de prévention sur les pratiques culturelles des immigrés auprès des professionnels de la santé, du social et de l'éducation.

Nous avons décidé de lancer ce projet en 2005, il a été financé par le Fonds d'Action et de soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD). Madame Bugeon et Madame Fall interviennent à la demande des professionnels afin de leur faire connaître ces pratiques et de les informer sur les organismes susceptibles de les aider. La permanence du GAMS au Havre est effectuée par Madame Bugeon et Madame Fall le premier et le troisième mardi de chaque mois. Il s'agit d'un travail en réseau qui porte ses fruits.

En effet, nous constatons aujourd'hui que les professionnels connaissent mieux les pratiques culturelles des populations immigrées. Ils ne se sentent plus démunis face au problème des mutilations sexuelles féminines.

Il est difficile d'intervenir auprès du public directement concerné par ces problèmes puisque cela touche à l'intimité. Nous réfléchissons actuellement à la façon d'interpeller les femmes mais aussi les hommes.

Nous intervenons également auprès des jeunes lycéens. Dans la majorité des cas, ils ne sont pas favorables à ces pratiques mais il leur est parfois difficile de se positionner face au poids de la culture, de la communauté et de la famille.

Naffisatou FALL

Les professionnels ne m'acceptent pas tous. Je suis également très mal jugée au sein de ma communauté. Ils pensent que ma position est trop radicale. Cependant, ma mère m'a toujours encouragée dans mon combat.

Lors de mon travail auprès de Madame Bugeon, j'ai été convaincue que l'excision était un mal pour nous. Je suis aujourd'hui encore la seule femme africaine au Havre qui ose revendiquer cette position. Les autres ne comprennent pas mes opinions et me reprochent d'avoir trahi la communauté.

Je pense que l'excision n'est pas nécessaire pour devenir une femme, mais c'est difficile de le faire comprendre. J'interviens malgré tout auprès des populations concernées pour leur transmettre mon message. Je mènerai mon combat jusqu'au bout pour qu'aucune fille ne soit plus excisée sur le territoire français.

De nombreuses femmes africaines n'osent pas encore révéler leur position sur cette question mais elles me soutiennent.

Anne PANIS

Je suis médecin en centre de planification tandis que le Docteur Seiffert travaille au Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit des IST (CDAG). Je travaille avec des équipes de sages-femmes et de conseillères conjugales dans les quartiers dits sensibles du Havre.

Nous sommes assez fréquemment amenés à rencontrer des femmes excisées. Elles viennent souvent pour une consultation gynécologique (dans le cadre d'un dépistage IST, d'un suivi de grossesse ou pour la contraception). Nous constatons l'excision au moment de l'examen car la femme ne l'évoque pas directement. Je vois essentiellement des excisions de type 1 et 2 et je n'ai jamais vu d'infibulation complète. Une fois la mutilation constatée, j'essaye de savoir si les rapports sexuels sont douloureux ou si elle a des souvenirs de retour au pays... mais la plupart du temps, la femme n'est pas prête à en parler.

Les jeunes filles viennent discuter de l'excision parce qu'elles se sentent différentes des autres. Elles ont des rapports sexuels douloureux voire impossibles et n'osent en parler avec leur mère. Nous leur confirmons leur excision et nous leur expliquons par des dessins ce qu'elle signifie puisque, généralement, elles ne connaissent pas leur corps. Nous dédramatisons et nous leur présentons les possibilités de prise en charge psychologique, médicale et chirurgicale.

Enfin, nous voyons des femmes excisées qui acceptent leur condition. Elles se disent satisfaites de leur sexualité et de leur maternité.

Certaines jeunes femmes veulent effectuer une réparation. Elles effectuent leurs démarches seules ou alors accompagnées par le GAMS. Elles ont souvent le soutien de leur partenaire mais n'en parlent ni à leur famille ni à leur entourage immédiat. Il faut plusieurs mois voire une année avant d'être satisfaite, aussi, elles nous consultent pour être rassurées. Un accompagnement psychologique me semble nécessaire puisque cette démarche ne résout pas toutes les difficultés relatives à l'identité et à la sexualité.

Nene SOW-CAMARA

Je travaille dans l'association FIA qui joue un rôle de coordination et de relais auprès de différentes associations. FIA regroupe une quinzaine d'associations dans l'agglomération rouennaise.

Les mutilations sexuelles féminines sont un sujet difficile à aborder puisqu'il touche à l'intimité mais surtout à cause du poids de la communauté. Je salue donc le travail de Madame Fall, qui est la seule femme dans l'agglomération rouennaise et havraise à accepter de faire ce travail de médiation.

C'est un sujet difficile qui n'est pas abordé dans les communautés. L'excision est acceptée malgré les souffrances qu'elle engendre. Je voudrais citer un proverbe soninké : « Faites du mal à un adulte il n'oubliera pas ; faites du mal à un enfant innocent, il grandira avec ». La mutilation a des conséquences psychologiques et psychosociales importantes de l'enfance jusqu'à la vie adulte.

Le rôle de coordination et de relais n'est pas toujours facile puisque les femmes ne parlent pas de l'excision. Toute l'Afrique et toutes les populations immigrées ne sont pas touchées par les mutilations sexuelles féminines. Au Mali et au Sénégal, ce sont les Pulards, les Bambaras, les Soninkés et les Mandingués qui sont les plus concernés.

En Haute-Normandie, lors des derniers recensements, les Soninkés représentaient 70 à 80 % du flux total en provenance d'Afrique Noire et les Toucouleurs 20 à 30 % des flux en provenance du Sub-Sahara. Il est donc nécessaire de continuer nos actions concrètes sur le terrain.

Plusieurs conférences régionales sur les mutilations sexuelles ont été organisées dans la région : en 1995, 2001 et 2004. La difficulté du travail des médiatrices interculturelles n'est pas reconnue. Les professionnels de santé ne sont pas toujours informés. Aussi, il faut continuer notre travail de terrain en collaboration avec les médecins pour que ces pratiques soient définitivement bannies.

Loïc MARPEAU

Je souhaiterais poser une question à ces femmes qui travaillent sur le terrain : qu'attendez-vous d'un gynécologue ? Est-ce que vous nous conseillez, lorsque nous constatons une mutilation, d'aborder le sujet ? Si oui, comment ?

Nafissatou FALL

Je pense que si le problème des mutilations avait été abordé en consultation plus tôt, nous aurions constaté une évolution. C'est le rôle du gynécologue d'expliquer aux femmes mutilées et à leurs maris les conséquences de ces pratiques.

Questions de la salle

Marion CAMPER

Je voudrais avoir votre point de vue sur la position actuelle des maris dans les communautés face à ce sujet. Est-il possible de discuter avec eux ?

Anne PANIS

Quand les femmes recourent à une technique de réparation, c'est toujours avec le soutien de leur partenaire. De plus, certains hommes africains préfèrent désormais les femmes non excisées.

Nafissatou FALL

Je précise que ce sont les jeunes de la deuxième génération qui préfèrent les femmes non excisées. Il faut également s'attaquer à ce problème chez les plus âgés.

Coumba TOURÉ

Je suis la présidente du GAMS. Les jeunes femmes sont généralement accompagnées lors des consultations maternité mais ce n'est pas le cas des plus âgées. Il serait préférable d'exiger la présence des hommes afin qu'ils comprennent l'ampleur des conséquences de l'excision sur l'accouchement et la grossesse.

Loïc MARPEAU

Pensez-vous que, pour la jeune femme enceinte excisée, il soit plus facile de parler avec une gynécologue femme ou homme ?

Coumba TOURÉ

Certaines femmes exigent d'être reçues en consultation par une femme. Cependant, actuellement, les femmes font moins de différences. Les femmes excisées aimeraient surtout avoir des informations sur les dangers encourus lors de l'accouchement.

Danièle BUGEON

Nous inscrivons les antécédents dans les dossiers médicaux mais le mot excision n'apparaît jamais. Je pense qu'il faut le faire. Nous l'avons déjà demandé aux gynécologues obstétriciens des maternités du Havre. C'est important puisque cela permet d'aborder ce problème avec la médiatrice

du service et de commencer la prévention quand l'enfant né. Ainsi, nous pouvons également effectuer une évaluation de notre prévention sur le long terme.

Loïc MARPEAU

Il est effectivement nécessaire de coder la notion d'excision dans le dossier médical pour évaluer sur le long terme l'incidence de ce geste.

Coumba TOURÉ

Je voudrais redire au Professeur Marpeau qu'il est important de parler de la mutilation avec les femmes qui l'ont subie. En effet, certaines n'ont pas de séquelles et n'ont donc pas conscience de ce que représente ce geste. Dès lors, il faut les informer. Il s'agit d'un problème de santé publique.

Anne PANIS

Je souhaite ajouter un bémol puisque, dans la pratique, il est très difficile d'en parler. Les jeunes filles n'en ont pas toujours conscience. Lorsqu'elles viennent pour une première consultation de contraception, elles refouent leur mutilation et je suis mal à l'aise pour en discuter avec elles.

De la salle

Je suis militante au GAMS et journaliste. Je pense qu'il est très important de mettre les mutilations génitales féminines en perspective avec les violences globales faites aux femmes. C'est une piste de réflexion. Il s'agit d'une volonté de s'appropriier le corps des femmes.

Je voulais vous faire part également d'une information intéressante. Dans le nord du Cameroun, l'excision est pratiquée mais pas dans le sud du pays. Dans cet Etat, les mutilations sexuelles sont également réalisées sur les femmes homosexuelles.

De la salle

Je suis sage-femme au Havre. Je me suis retrouvée dans ma pratique quotidienne face à une femme infibulée au moment de l'accouchement. Je ne me suis rendu compte des dégâts qu'au moment de l'expulsion. Je me suis sentie démunie face à cette situation et je ne savais pas comment aborder le sujet avec la patiente. A mon sens, nous nous heurtons à une barrière ethnique pour évoquer le sujet d'où l'importance de l'intervention de médiatrices venant de la même communauté.

Il est primordial que le problème des mutilations soit intégré dans les cursus des personnels de santé puisqu'il y a une véritable méconnaissance sur le sujet.

De la salle

Malgré les difficultés que nous rencontrons pour aborder le sujet, il est important de le faire avec les femmes qui viennent d'accoucher afin que ces pratiques ne perdurent pas sur les nouveau-nés.

Par ailleurs, aux Andelys, nous avons pu éviter l'excision de trois petites filles. Notre démarche a consisté à faire appel à un homme référent dans la communauté malienne de la ville. Avec son aval, nous sommes intervenus auprès de cette femme qui voulait faire exciser ses enfants.

De la salle

Je connais le problème de l'excision puisque j'ai vécu au Havre. L'excision n'engendre pas de maladies. Les maladies viennent des dieux. Je connais des femmes qui ont été excisées, elles ont eu plusieurs enfants mais n'ont jamais rencontré les problèmes que vous évoquez. Les femmes excisées ne sont pas obligatoirement malades.

Nafissatou FALL

J'ai entendu ce que tu as dit. J'ai consacré toute ma vie aux femmes africaines du Havre et j'aimerais te convaincre également mais c'est difficile.

Coumba TOURÉ

Les femmes africaines qui se battent pour l'abolition des pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme, veulent combattre les méfaits de ces pratiques. J'ai été excisée et je n'ai pas eu de maladies mais je suis tout de même contre l'excision.

En Afrique, des milliers de femmes se battent également contre ces pratiques. Le GAMS fait partie du Comité Interafricain qui regroupe 28 pays d'Afrique où il existe des lois contre les mutilations sexuelles féminines.

Loïc MARPEAU

Pour conclure, j'ai retenu deux points : il ne faut pas hésiter à intervenir auprès des femmes mutilées et il existe une véritable volonté de mettre fin à ces pratiques.

Pause musicale avec Bafing Kul

Deuxième session : conséquences et prise en charge des Mutilations Génitales Féminines

Jacqueline Madeline, Gynécologue-obstétricienne à la clinique Mathilde, membre du Pôle Libéral de Santé Publique, est la modératrice de cette seconde session.

Les conséquences juridiques

Laure PAILLARD

Juriste au Centre d'Information sur les Droits des Femmes et de la famille (CIDF) de l'Eure

Jacqueline MADELINE

Il faut en finir avec les mutilations sexuelles féminines, il ne suffit pas de les connaître. Il est nécessaire de brandir la loi puisqu'elle a un effet dissuasif.

I. Que faire juridiquement lorsque vous constatez une mutilation ou un risque de mutilation ?

Laure PAILLARD

Le Code Pénal prévoit une sanction lorsqu'on viole le secret professionnel mais une exception est prévue par l'article 226-14 : « *L'article 226-13 qui sanctionne la violation du secret professionnel n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* ». Le professionnel qui décide de lever le secret professionnel n'est donc pas sanctionné pénalement. Enfin, la loi du 4 avril 2006 a ajouté dans le texte le terme de mutilations sexuelles.

II. Le Code Pénal peut-il sanctionner un professionnel qui ne dénonce pas les mutilations ?

Il existe dans la loi pénale une obligation de dénonciation des crimes, des privations, des mauvais traitements et des atteintes sexuelles sur mineurs. Le Code Pénal prévoit également la possibilité de déroger à cette règle au nom du secret professionnel. Comment peut-on concilier les deux ?

Il n'existe pas d'incrimination de non-dénonciation pour les médecins qui décident de garder le secret professionnel. Les professionnels de santé bénéficient d'une liberté de conscience et ont le choix de lever ou non le secret professionnel.

Cependant, trois bémols doivent être posés. Le premier concerne le professionnel de santé qui intervient dans le cadre d'un mandat judiciaire au nom de la protection de l'enfance. Il est alors obligé de signaler à l'autorité judiciaire ce qu'il voit puisqu'il intervient au nom de la justice.

Le deuxième consiste à rappeler qu'au-delà du droit pénal, existe le droit disciplinaire. Les travailleurs sociaux exerçant au service social à l'enfance ont, par exemple, une obligation de signalement auprès du Président du Conseil Général. S'ils ne le font pas, ils ne sont pas sanctionnés pénalement mais au nom du droit disciplinaire puisqu'ils commettent une faute grave.

Enfin un professionnel de santé qui décide de garder le silence n'est pas sanctionné au nom de la non-dénonciation mais peut l'être pour non-assistance à personne en péril. Il n'existe pas encore d'exemples de jurisprudence sur les mutilations sexuelles qui ont sanctionné des professionnels pour non-assistance à personne en péril. Cependant, c'est totalement envisageable si le professionnel a connaissance d'un risque de mutilation ou sait qu'il y a eu mutilation sur une fille qui a d'autres petites sœurs.

III. Comment faut-il signaler ?

Le signalement se fait normalement auprès du Procureur de la République. C'est lui qui peut engager les poursuites pénales et saisir le Juge des enfants. Deux procédures peuvent être lancées : l'une auprès du Juge des enfants et une autre auprès du Parquet.

IV. Qui peut porter plainte ?

C'est la victime ou les parents si elle est mineure. Toutes les autres personnes doivent signaler le cas au Procureur qui peut se saisir lui-même. Il va alors engager la procédure pénale.

V. Que se passe-t-il après le signalement ?

Deux procédures peuvent être engagées.

1. La procédure auprès du Juge des enfants

Si des enfants mineurs sont concernés, c'est une procédure auprès du Juge des enfants. Celui-ci peut être saisi par le Procureur de la République ou par toute personne lui écrivant une lettre. Le Juge des enfants effectue une enquête avec une phase d'instruction où il auditionne les parties (enfant, parents...) et il prend ensuite des mesures.

Trois types de mesures sont généralement décidés : une assistance éducative qui consiste à envoyer un éducateur dans la famille afin d'évaluer la situation et de la faire évoluer; le placement de l'enfant à l'extérieur de sa famille; la subordination du maintien de l'enfant dans sa famille a des obligations particulières telles que consulter régulièrement un médecin, l'inscrire régulièrement à l'école...

Un médecin de PMI était, par exemple, intervenu auprès du Juge des enfants afin d'obliger une famille africaine à consulter un médecin avant et après le retour au pays de l'enfant. Le Juge a pris une mesure en ce sens.

2. La procédure pénale

La loi du 4 avril 2006 a accru la capacité du Procureur de poursuivre. D'une part, elle a élargi la prescription puisqu'elle est désormais de vingt ans après la majorité de l'enfant. D'autre part, la loi française peut désormais s'appliquer à une personne non-française ou lorsque l'infraction n'a pas été commise en France.

Dans ces deux procédures, ce ne sont plus les parents qui représentent l'enfant en justice mais un administrateur ad hoc nommé par l'autorité judiciaire pour accomplir tous les actes que ferait un représentant légal. L'enfant a, en plus de son avocat, un administrateur *ad hoc* pour l'aider et le soutenir psychologiquement.

VI. Quelles sont les conséquences juridiques de ces procédures ?

Le Juge des enfants prend des mesures pour protéger l'enfant et sa fratrie. Avec la procédure pénale, ce sont les parents et l'exciseuse qui sont concernés.

Un arrêt de 1983 de la Chambre Criminelle a énoncé que l'excision était une violence ayant entraîné une mutilation et qu'elle était condamnable en droit pénal comme un crime. Aucun texte spécifique n'est nécessaire, les mutilations sont des violences comme les autres et entrent dans le cadre général de la loi. Avant 1983, ce sont les Chambres Correctionnelles qui venaient sanctionner les mutilations au titre des violences. Depuis cet arrêt, elles sont considérées comme un crime et ce sont donc les Cours d'Assises qui sont désormais compétentes pour juger ces infractions, ce qui laisse une large place à la médiatisation.

Depuis 1983, plus de trente procès sont venus sanctionner les mutilations. Le cadre juridique n'est donc pas récent.

Je vais vous donner quelques exemples de condamnations. En 1990, un père, qui avait fait exciser sa fille âgée d'un an, a comparu pour complicité de mutilation sur mineur et a été condamné à cinq ans de prison avec sursis et déchu de sa nationalité française. En 1991, cinq ans de réclusion criminelle ont été prononcés contre une exciseuse qui avait mutilé six petites filles. En 1993, un père a été condamné à trois ans de sursis et un an de prison ferme. C'était la première fois que du ferme était prononcé contre un parent. Enfin, le mari d'une exciseuse a été condamné pour complicité, à cinq ans de prison dont six mois fermes. Le droit pénal a donc prévu une large gamme d'interventions pour cette infraction.

Depuis quelques années, c'est essentiellement de la prison avec sursis qui est prononcée. Dans l'Eure, la greffière de la Cour d'Assises, qui travaille depuis six ans à Evreux, n'a jamais connu de procès concernant les mutilations sexuelles.

Les complications médicales des mutilations

Madame KOUTEICH

Gynécologue obstétricien au CHU de Rouen et médecin légiste

Les complications médicales des mutilations sont de court ou de long terme, ce sont également des conséquences sur le psychisme et la sexualité des femmes.

I. Les complications immédiates

Elles sont diverses et peuvent être fatales pour certaines.

La plus grave est l'hémorragie. Le clitoris et les lèvres sont en effet des organes très vascularisés donc l'hémorragie peut entraîner un choc hypovolémique voire le décès de la victime.

La douleur brutale et extrêmement vive engendre parfois un choc neurogénique et également le décès.

Les plaies des tissus adjacents peuvent être provoquées par l'instrument utilisé pour exciser, que ce soit au niveau du vagin, du rectum, de la vessie... provoquant parfois des fistules.

La rétention aiguë d'urine n'est pas rare. Enfin, des infections aiguës sont également possibles du fait de l'absence d'asepsie : des abcès, des phlegmons, des infections généralisées, des gangrènes gazeuses, des septicémies, le tétanos. Il existe également un risque de transmission du virus du VIH et des hépatites B et C.

II. Les conséquences à long terme

Elles consistent en la formation de kystes sur les glandes de Skene et de Bartholin. Ce sont également des cicatrices chéloïdes et des névromes du nerf dorsal du clitoris, ceux-ci sont responsables de douleurs vulvaires chroniques, de sclérose et d'insthétisme de la région vulvo-périnéale ainsi que de dyspareunie et de dysménorrhée.

Une fermeture totale de l'orifice vaginal externe entraîne la formation d'un hématocolpos, c'est une rétention du sang des règles, ainsi que des infections. Il s'agit d'infections urinaires secondaires à des rétentions chroniques d'urines et génitales secondaires à la rétention de ce sang.

Enfin, une stérilité peut être constatée. Elle est souvent due à la répétition des infections génitales autres voire à la fermeture totale de l'orifice vaginal.

III. Les conséquences obstétricales

Elles dépendent du type de mutilations. L'excision augmente le risque de déchirure périnéale du fait de la rétraction tissulaire et de la formation de cicatrices chéloïdes qui sont très peu élastiques. Il y a donc déchirure au moment de l'expulsion du fœtus.

L'infibulation représente un obstacle à la progression du mobile fœtal, elle est responsable de souffrances fœtales aiguës et donc d'un plus grand nombre de césariennes. La rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale provoque des fistules. Il s'agit d'une communication entre, par exemple, le rectum et le vagin, le rectum et le périnée, la vessie et le vagin voire d'autres fistules plus complexes dites fistules africaines. Ces fistules africaines sont responsables d'incontinences urinaires et fécales, synonymes de répudiation pour ces femmes.

Une étude de l'OMS, publiée en juin 2006 et portant sur 30 000 femmes ayant accouché dans six pays d'Afrique de l'Est et de l'Ouest, montre que le taux de mutilations génitales féminines varie de 40 % au Ghana à 72 % au Soudan. L'infibulation est très fréquente au Soudan (73 %) mais reste rare dans les pays d'Afrique de l'Ouest (1 %), cela s'explique par des différences culturelles.

L'OMS a voulu étudier le devenir obstétrical de ces femmes mutilées. Elle constate un plus fort risque de césariennes, d'hémorragies de la délivrance, de réanimations néonatales ainsi qu'une plus grande mortalité néonatale. La durée d'hospitalisation de ces femmes mutilées est plus longue que pour les autres mais aucune différence significative n'a été retrouvée quant au poids du bébé.

IV. Les complications sexuelles et psychologiques

Les troubles psychologiques sont importants et souvent constants. Il s'agit de troubles aigus ou chroniques : l'anxiété, la dépression...

Les perturbations sexuelles sont très fréquentes. 65 % des femmes mutilées n'auraient aucune sensibilité au niveau des organes génitaux externes, 20 % une simple sensibilité et 10 % ont la possibilité d'avoir un orgasme.

Une étude africaine publiée en 2002 dans le *British Journal* a analysé la sexualité des femmes mutilées. Elle a concerné 2 000 femmes nigérianes dont la moitié était excisée. Cette étude ne trouve pas de différence significative concernant le taux de mariage, la fréquence des rapports sexuels ou l'existence d'orgasmes. En revanche, ces femmes souffrent plus fréquemment de douleurs abdominales, d'infections vaginales et d'ulcérations génitales. Enfin, leur sexualité est différente de celle des femmes non mutilées. En effet, leurs organes génitaux ne sont plus les zones les plus érogènes.

Les techniques chirurgicales de réparation

Pierre FOLDÈS

Chirurgien urologue, Clinique Louis XIV, Saint Germain-en-Laye

Jacqueline MADELINE

J'ai le grand plaisir de vous présenter le Docteur Foldès, chirurgien humanitaire, qui pratique la chirurgie réparatrice du clitoris depuis plus de dix ans. Il a d'abord réalisé cette réparation gratuitement avant d'obtenir le remboursement par la Sécurité Sociale. Le Docteur Foldès a travaillé avec Mère Térésa. Il a effectué de nombreuses missions en Afrique où il a découvert la réalité de l'excision et a réalisé ses premières interventions. Il a ensuite transmis cette pratique à d'autres chirurgiens.

Pierre FOLDÈS

Je vous remercie pour votre invitation. Ce qui est le plus important à mon sens ce n'est pas la chirurgie mais la rencontre de la médecine et de ces mutilations.

Nous avons commencé il y a 25 ans. Nous disposons d'une technique pour la réparation de l'excision depuis huit ans. Nous avons dépassé les 2 000 femmes opérées et le taux de suivi, clé de la réussite, est de 92 %. Nous proposons des consultations gratuites sans rendez-vous afin d'obtenir un suivi correct. Aujourd'hui, environ 4 000 femmes ont consulté.

Si deux femmes sur trois déclarent ne ressentir aucune sensibilité, il existe dans un tiers des cas une certaine conservation de la sensibilité clitoridienne avec parfois des capacités orgasmiques.

I. Pourquoi consultent-elles ?

La revendication identitaire est présente dans 100 % des cas et c'est la revendication principale dans 86 % des situations. Le rejet de la mutilation est exprimé totalement, c'est l'image sociale conjugale qui est mise en avant. La revendication sexuelle se situe à la deuxième place, elle apparaît dans 94 % des cas et est le motif principal de consultation dans deux cas sur trois. La douleur est évoquée une fois sur deux et c'est le motif principal de consultation une fois sur cinq.

Sur la sensibilité des cicatrices, une femme mutilée sur deux environ évoque des sensations de gêne, une sur cinq parle de douleurs, et 5 % de fortes douleurs.

Lorsque nous examinons ces femmes, nous constatons trois éléments : la mutilation principale, des mutilations associées et les complications.

On divise la vulve en trois étages : l'étage antérieur, où siège le clitoris et l'excision ; l'étage moyen et l'étage postérieur.

II. Les différentes complications

1. A l'étage antérieur

L'excision est l'ablation de la partie externe du clitoris. Ce qui reste du clitoris va saigner et s'infecter. Ce n'est pas tant le geste que l'absence de soin qui blesse. En effet, le moignon de clitoris se colle à l'os du pubis, expliquant la vulve cicatricielle dont la moitié antérieure est attachée plus ou moins fermement à l'os du pubis. Les conséquences obstétricales sur l'étage postérieur de la vulve sont dramatiques au moment de l'accouchement.

Parfois, les femmes excisées ont un clitoris nécrosé, ce qui laisse persister une apparence de capuchon. Mais lorsque nous opérons, nous nous rendons compte qu'il n'y a rien derrière.

Souvent, le couteau a dérapé au moment de l'excision, arrachant ainsi les petites lèvres. Les femmes ont donc de grandes cicatrices chéloïdes et des séquelles d'infections.

L'interruption des glandes de Skene donne des formes pseudo-tumorales qui masquent la zone clitoridienne.

2. A l'étage moyen

A l'étage moyen, nous voyons toutes les atteintes aux lèvres. Le couteau de l'exciseuse arrache, en général, les petites lèvres qui sont souvent sacrifiées et se recollent.

97 % des femmes égyptiennes subissent l'excision pharaonique. Cela consiste en une ablation des petites lèvres, une suture des grandes lèvres et une ligature des cuisses pour obtenir une fermeture quasi totale de la vulve. Pour consommer l'acte sexuel, l'homme ouvre la vulve puis la referme. Ces femmes sont infibulées et réinfibulées.

3. A l'étage postérieur

Le périnée est exposé puisque la partie antérieure de la vulve est fixe. La tête de l'enfant arrive et explose le périnée postérieur.

III. Est-ce réparable et comment?

Il faut d'abord enlever les formes tumorales, c'est un geste qui peut être effectué par les gynécologues. La réfection clitoridienne est désormais possible dans la majorité des cas. C'est une chirurgie plastique et non esthétique. Nous cherchons à reconstruire l'organe en reconstituant le gland, en le remettant à sa position normale et en reconstituant ses nerfs. Le clitoris est très long et donc il est possible d'opérer.

Nous enlevons donc la partie cicatricielle qui masque l'ensemble, puis nous sortons le moignon clitoridien qui adhère à l'os en faisant attention aux nerfs. Nous séparons la partie morte de la partie vivante puis nous réimplantons le néo-gland. En six semaines, il se recouvre de peau.

A l'étage moyen, nous effectuons les désinfibulations. Nous réussissons désormais à recréer les petites lèvres et nous pouvons, en ouvrant les grandes pharaoniques, obtenir une vulve correcte. Nous refaisons également les périnées postérieures et les béances vulvaires.

Sur le plan anatomique, nous sommes satisfaits lorsque nous obtenons la reconstitution d'une anatomie parfaitement normale ou quelque chose qui ressemble à un clitoris. Nous avons donc 80 % de bons résultats après deux mois.

Il est plus difficile d'apprécier la récupération fonctionnelle mais nous avons beaucoup progressé. Nous sommes satisfaits lorsque nous obtenons une forte amélioration de la sensibilité ou une capacité orgasmique, ce que nous réussissons dans 78 % des situations.

Il est important d'introduire un suivi psychologique et d'accompagner ces femmes. Nous disposons désormais d'une prise en charge multidisciplinaire et d'un questionnaire d'évaluation.

En conclusion, nous avons commencé par la réparation des clitoris et, désormais, nous proposons des solutions globales. L'évènement majeur, selon moi, est la prise de parole des femmes lors des consultations. J'espère que ce fléau prendra fin rapidement.

Questions de la salle

De la salle

Je suis étudiante sage-femme en quatrième année. Quelle conduite dois-je tenir lors d'un accouchement par voie basse d'une femme ayant bénéficié d'une chirurgie réparatrice ?

Pierre FOLDÈS

Nous améliorons énormément le pronostic obstétrical. Même si le résultat esthétique n'est pas parfait, nous avons libéré la vulve de son adhérence osseuse, nous avons ouvert un petit peu les fourchettes postérieures scléreuses et nous n'avons pas de cicatrice chéloïde si nous restons parfaitement médians. Nous obtenons donc des vulves qui peuvent se détendre et les femmes accouchent normalement.

Quand vous constatez, au moment de l'accouchement, une infibulation, il n'est pas conseillé de Césariser notamment lorsque la femme retourne ensuite en Afrique. Il faut les désinfibuler pour l'accouchement et ensuite nous réparons les petites lèvres.

De la salle

Dans les procès, c'est essentiellement des condamnations de sursis qui sont prononcées mais désormais, on demande aux familles de payer des dommages et intérêts, et les sommes ne cessent d'augmenter.

De la salle

En France, il y a des lois qui ont été votées pour sanctionner ces pratiques. Au Sénégal, l'assemblée nationale a également voté une loi contre les mutilations. Les médecins, les chefs religieux, les traditionalistes... ont effectué au Sénégal un travail exceptionnel en ce sens. Le Président de la République du Sénégal a personnellement défié toutes celles qui pratiquent l'excision.

En France, il est possible d'organiser des conférences comme celle d'aujourd'hui mais ce qui me semble primordial c'est de décentrer les débats et de les amener dans les lieux où se trouvent les populations concernées. Il faut aller dans les quartiers pour faire évoluer la situation.

Jacqueline MADELINE

Il faut absolument que les hommes parlent aux hommes car cela les concerne également. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'un problème franco-français. Notre objectif doit être de travailler avec les associations africaines.

Nene SOW-CAMARA

Il est important également d'informer les familles restées au pays puisque ce sont elles qui prennent les décisions, souvent à l'insu des parents vivant en France. Il faut créer un relais d'information.

J'approuve l'idée de décentrer les débats. Certains hommes peuvent aussi véhiculer des informations et permettent une évolution dans le sens d'une disparition de ces pratiques mutilatrices.

Jacqueline MADELINE

Il faut en finir avec les mutilations sexuelles féminines.

Coumba TOURÉ

Nous avons besoin de médiateurs et médiatrices sur le terrain. Des personnes travaillent également au pays, dans le cadre des Comités Interafricains. Ils accueillent les familles venant de France et les accompagnent dans le village pour qu'il y ait moins d'excisions pendant les vacances.

De la salle

Je suis assistante sociale en milieu scolaire sur un secteur où une forte population mauritanienne est présente. Les jeunes filles parlent désormais du problème des mutilations. Connaissez-vous les réactions des familles et des communautés lorsqu'une femme a recours à la chirurgie réparatrice ?

Pierre FOLDÈS

Nous pouvons distinguer deux phases. La première est celle où elles sont seules. Ensuite, elles discutent entre elles. Au niveau de la famille, elles en parlent encore très peu mais cela évolue peu à peu.

La connaissance des mutilations sexuelles féminines a progressé, que ce soit chez les femmes ou les hommes. Nous travaillons en Afrique avec Equilibres et Populations pour apporter la vérité sur ces pratiques. Je crois beaucoup à l'expérience de grande humilité du médecin, c'est-à-dire qu'il écoute d'abord le patient. Nous n'avons pas à « plaquer » nos réalités et ce que nous croyons être bon.

De la salle

J'avais vingt ans lorsque nous avons créé, sur les hauts de Rouen, un groupement de femmes. La question des mutilations était pour nous prioritaire et quarante ans après, nous découvrons que c'est devenu accessoire. Il est impensable de continuer à chercher des explications à ces pratiques lorsque nous avons entendu leurs conséquences.

De la salle

Il y a, selon moi, beaucoup de non-dits. Je pense que nous devrions insister davantage sur l'éducation. L'excision est un phénomène culturel. Pour mettre fin à ces pratiques, il faut informer mais aussi apprendre aux jeunes générations les conséquences néfastes des mutilations sexuelles féminines.

De la salle

Je suis gynécologue obstétricien. Il m'arrive de constater, chez de jeunes majeures qui viennent consulter en cours de grossesse, des mutilations sexuelles. J'ai l'habitude de leur demander si elles ont des petites sœurs mineures et j'essaie de savoir si un voyage au pays est prévu. Si c'est le cas, dois-je dénoncer? A qui dois-je m'adresser ?

Laure PAILLARD

Il faut s'adresser au Procureur qui saisit ensuite le Juge des enfants. Dans un souci de protection et de prévention envers les mineurs, il est préférable de dénoncer, mais rien ne vous y oblige.

De la salle

Il est également possible d'appeler, de façon anonyme, le Procureur de la République. Il indique alors la démarche à suivre.

Jean-Luc MAUPAS

Je suis Président départemental de l'Ordre des Médecins. Le signalement judiciaire n'est pas le problème prioritaire des mutilations sexuelles. Je pense que l'intervention de la justice ne mettra pas fin à ces pratiques. Chacun doit réfléchir en son âme et conscience avant de signaler. Les personnes se rendent chez le médecin pour obtenir une aide. En cas de péril imminent, il est conseillé de lever le secret professionnel mais le signalement ne doit pas être automatique sinon ces personnes n'iront plus chez le médecin. Il faut toujours se donner le temps de la réflexion et la possibilité de travailler en commun.

Madame KOUTEICH

Le signalement n'est pas forcément judiciaire. Il est possible de signaler et de prendre des mesures éducatives.

En tant que professionnel de santé, il est d'une part difficile d'effectuer un diagnostic puisque nous ne sommes pas formés pour et d'autre part, nous ne savons pas quelle conduite adopter devant une patiente. Il faudrait connaître les personnes à contacter.

De la salle

Les cultures sont difficiles à changer. Nous effectuons un travail sur le territoire français avec les familles africaines mais il faut également travailler avec le pays d'origine de ces familles pour que l'excision prenne fin.

De la salle

Plusieurs personnes se rapportent à des coutumes, comme si la France n'avait pas ses propres règles. Or nous avons des lois qui taxent les mutilations sexuelles de crimes et je ne comprends pas qu'on puisse être indulgent envers ces pratiques. Quand un étranger arrive en France, il signe un contrat d'accueil et d'intégration où il s'engage à respecter nos coutumes qui sont des lois. Je pense que les mutilations sexuelles féminines sont des crimes et des violences faites aux femmes et je ne comprends pas la complaisance existante à leurs égard. Nous devons nous coaliser pour mettre fin à ces mutilations.

De la salle

Je suis directrice du CIDF de Seine Maritime. En France, à l'époque de Freud, les femmes étaient excisées au nom du combat contre l'hystérie. Il est important de rappeler cet élément et d'arrêter d'évoquer les autres cultures. En France, nous avons décidé d'aider les petites filles indifféremment de leur origine. Tout citoyen doit les protéger.

Par ailleurs, la justice a un rôle de prévention. Les procès qui se déroulent en France ont des répercussions en Afrique. En effet, les familles qui passent en Cour d'Assises subissent un déshonneur qui pousse les personnes restées au pays à s'interroger sur les mutilations. Cela permet de faire tomber certains tabous.

Enfin, je voudrais souligner le rôle de l'éducation dans la prise de conscience de ce que sont les mutilations sexuelles féminines. Il faut également resituer ce problème dans le contexte de l'égalité homme-femme. En effet, les mutilations viennent de la domination masculine. Il y a plusieurs siècles, certains ont repéré que le clitoris était un instrument de plaisir et qu'il fallait donc empêcher les femmes d'avoir du plaisir.

De la salle

Les pays d'origine sont pour la plupart signataires de tous les textes internationaux qui interdisent les mutilations. L'excision fait partie des traitements inhumains et dégradants, il s'agit donc d'un crime. Il faut demander à ces pays de respecter leurs signatures.

Jacqueline MADELINE

C'est une nécessité d'obtenir l'égalité entre les hommes et les femmes. Le problème des mutilations sexuelles féminines ne concerne pas uniquement la France, il faut donc être attentif à ce qui se passe en Afrique. Enfin, les mariages forcés sont également un sujet important.

Troisième session : « Maintenant que nous savons, à quoi nous engageons-nous ? »

Table Ronde

Danièle BUGEON, docteur au GAMS

Nadine GODICHAUD, Présidente de l' Ordre des sages-femmes de l'Eure, sage-femme libérale

Isabelle GILLETTE-FAYE, directrice et sociologue au GAMS

Danielle KERAMBRUN-MINÉO, médecin conseiller technique au Rectorat de l'Académie de Rouen

Brigitte LEBAILLY, médecin de PMI aux Andelys (27)

Sylviane POIRIER, directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Rouen

Véronique SURBLED, pédiatre et responsable du service départemental de PMI de Seine-Maritime

Richard BEDDOCK, gynécologue-obstétricien à l'hôpital Foch de Suresnes

Jean-Luc NAHEL, professeur d'anthropologie et directeur de l'Université de Rouen.

Richard BEDDOCK

Mon intervention est le fruit des différents colloques réalisés à ce jour : à Nantes, Lille, Amiens, et Paris. Rouen est effectivement la cinquième manifestation organisée au niveau régional.

Il me semble important de souligner différents points. D'une part, les professionnels de santé se posent de nombreuses questions concernant les mutilations sexuelles, ce qui prouve l'inculture médicale sur ce sujet. On reproche parfois aux soignants d'être insuffisants mais il faut savoir que les mutilations sexuelles ou les violences ne sont pas incluses dans la maquette des études de médecine. Dans les études de sages-femmes, la question « comment accoucher une femme mutilée ? » n'existe pas. Il est nécessaire d'introduire dans la formation de tous les acteurs de la périnatalité des éléments pour la prise en charge de ces femmes. Une circulaire récente va d'ailleurs dans ce sens. A moyen et long terme, il s'agit donc d'incorporer dans les différentes maquettes d'enseignement toutes ces questions. De façon immédiate, il faut que les directrices des écoles de sages-femmes, les directrices des Instituts de Formation des Soins Infirmiers, les coordinateurs d'enseignement de gynécologie-obstétrique et pédiatrie... dispensent ces cours. Les doyens des facultés de médecine devront également aider à la formation des soignants.

D'autre part, il me semble nécessaire d'aller au devant des différents acteurs sociaux associatifs. Le GAMS en particulier est missionné pour apporter de l'information à ces acteurs. Plusieurs autres actions pratiques me semblent intéressantes : créer un annuaire local pour savoir à qui s'adresser dans la région ; mettre en place un réseau de soins régional ; procéder à un enregistrement épidémiologique des femmes mutilées.

Il serait logique que, suite au comité de pilotage qui a permis la réalisation de cette journée, les personnes se maintiennent dans un comité de prise en charge des mutilations sexuelles en Haute-

Normandie. Il pourrait se réunir plusieurs fois dans l'année afin de mettre en place différents outils dans la région.

Véronique SURBLED

Je connais le travail qui s'exerce en protection maternelle et infantile, aussi bien dans la petite enfance que dans la planification et le prénatal. Chacun fait sa propre expérience de découverte des mutilations sexuelles puisque nous n'avons reçu aucune information dans nos études de médecine.

Quand nous voyons des familles qui prévoient un voyage au pays avec des petites filles, nous donnons l'alerte. Récemment, j'ai fait un signalement au Procureur. Un Juge pour enfant est intervenu rapidement et a convoqué les deux parents et les enfants. Il leur a expliqué la loi et les risques encourus en cas de transgression. Il m'a ensuite ordonné d'examiner les enfants avant leur départ et à leur retour. Cela a permis aux fillettes de revenir intactes.

Mon souhait serait la création d'un réseau au niveau départemental ainsi que la mise en place d'un système d'information en direction des professionnels de PMI. Je reste persuadée que le signalement est important. La justice peut ainsi informer les familles sur les lois existantes dans notre pays.

Brigitte LEBAILLY

Il s'agit d'un problème que je connais depuis longtemps. J'ai signalé, il y a un an, le départ au pays d'une maman avec ses trois petites filles. Elle a avoué qu'elles seraient excisées. Le Procureur leur a rappelé la loi et nous avons réussi à la convaincre de ne pas faire subir cette mutilation à ses enfants.

Je suis également convaincue de la nécessité de former les professionnels. Je voudrais insister sur l'importance des petites actions sur le terrain. Nous avons mis en place l'année dernière un groupe de femmes africaines pour essayer de parler des problèmes de santé qu'elles rencontrent. Des médiatrices culturelles d'Evreux, Madame Camara et des personnes du GAMS sont intervenues. Nous avons l'intention de projeter un film sur les mutilations sexuelles féminines et de discuter de ce problème. Il s'agit d'un travail long et difficile. Nous souhaitons convaincre les mamans de ne pas emmener leurs filles au pays.

Sylviane POIRIER

Nous avons la possibilité de faire réfléchir nos étudiants, dans le cadre des sciences humaines, sur les concepts de plaisir, d'aliénation, des relations de pouvoir... Nous disposons également de modules de santé publique pour parler de la prévention et de l'éducation mais aussi de modules de législation et de modules de pathologie dans lequel nous pouvons évoquer les mutilation sexuelles féminines. Par ailleurs, nous envoyons, deux fois par an, des élèves en stage en Afrique et nous les préparons à voir des femmes mutilées.

Les interventions pluridisciplinaires me semblent importantes. Constituer au niveau régional un réseau de formation et de réflexion pluridisciplinaire serait intéressant. Celui-ci pourrait organiser des conférences dans la région afin de confronter les points de vue.

L'IFSI de Rouen a la chance d'être dans l'espace régional de formation de santé au CHU qui réunit des instituts pluridisciplinaires, nous pouvons travailler ensemble sur cette question. Enfin, nous pouvons envisager de constituer des groupes de travail avec les sept IFSI de la région.

Nadine GODICHAUD

Je suis sage-femme libérale. Au cours de ma pratique professionnelle, je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer des femmes mutilées. Il faut prendre conscience de la méconnaissance et du manque de formation des professionnels médicaux. Il est donc nécessaire de former les sages-femmes que ce soit en formation initiale ou continue.

Je voudrais également souligner l'isolement des sages-femmes libérales. Avoir des liens et des réseaux permet d'agir. Entre professionnels, le sujet des mutilations est encore peu abordé. Il me semble donc nécessaire que le conseil national et les conseils départementaux s'intéressent à ce problème.

Danielle KERAMBRUN-MINÉO

Le secteur médico-social de l'éducation nationale englobe les médecins et les infirmières qui interviennent dans les établissements primaires et secondaires ainsi que les assistantes sociales qui s'occupent des établissements secondaires.

Dans l'éducation nationale, nous nous intéressons d'abord à la prévention. Elle peut prendre la forme de formations sur sites ou encore d'interventions d'associations dans les établissements scolaires. Avec ma collègue assistante sociale au rectorat, nous réfléchissons actuellement à la possibilité de mettre en place une formation commune pour les trois corps de métier. Cette proposition apparaîtra dans la plan académique formation, que nous réalisons actuellement.

Par ailleurs, nous intervenons pour la protection de l'enfance. Nous sommes effectivement amenés à avoir connaissance de problèmes ou de suspicions de mutilations. Chaque année, nous distribuons à l'ensemble des enseignants et des chefs d'établissements une circulaire afin qu'ils sachent la démarche à suivre en cas de problème. Nous distinguons la maltraitance effective et la suspicion. Lorsque le danger est immédiat, nous signalons la situation au Procureur de la République. En revanche, lorsqu'il s'agit d'un risque, nous en discutons avec les familles et les partenaires qui interviennent auprès de ces enfants, afin d'élaborer un diagnostic de la situation. Enfin, nous procédons au signalement si nécessaire.

Enfin, nous avons des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) qui peuvent intervenir dans les établissements plus particulièrement concernés par les mutilations.

Danielle BUGEON

Quand je suis arrivée dans les quartiers du Havre, j'ai vu une centaine de petites filles excisées mais je n'ai pas fait de signalement puisqu'il n'y avait eu aucune information ni éducation auprès des familles. Je me suis alors lancée dans la prévention. Pendant deux ou trois ans, nous sommes intervenus régulièrement dans les PMI pour informer les mamans. Il ne faut pas avoir peur d'aborder le sujet avec elles, à partir du moment où on respecte leur culture. Ce partage a été riche

d'enseignements pour les médecins de PMI mais aussi pour les infirmières, les sages-femmes et les mamans. Après les avoir informées sur les mutilations, nous avons fait savoir aux mamans que nous n'hésiterions pas à signaler tous les cas suspects ou avérés.

Les familles restées dans le pays d'origine sont beaucoup plus difficiles à convaincre. Je suis allée dans un village sénégalais et j'ai transmis mon message. Dans ce village, toutes les petites filles étaient excisées. Nous avons réussi à obtenir que les petites filles venant du Havre pendant les vacances ne le soient pas. Nous sommes également intervenus dans des collèges et lycées. Les élèves et le personnel sont en effet très demandeurs.

Jean-Luc NAHEL

Tout d'abord, je me réjouis que cette réunion se soit déroulée à l'Université. Je voudrais redire que l'Université est à votre disposition pour vous ouvrir un local et pour l'organisation d'interventions. J'ai apporté quelques livres sur le sujet : *Les mutilations sexuelles féminines* de Fran Hosken ; le numéro 160 de *Présence Africaine*; *Sexe et société en Afrique Noire* de Jean-Pierre Ombolo ; *Dossier juridique, médical, social et religieux* de Weil-Curiel.

Enfin, je voudrais souligner que le monde médical égyptien en particulier récupère les textes religieux pour justifier les mutilations. Il faut une action locale mais aussi internationale car la médicalisation de ces pratiques est une aberration.

Isabelle GILLETTE-FAYE

Cette journée de sensibilisation n'est qu'un premier pas. Beaucoup de personnes ont envie de s'engager et je rappelle que le GAMS est à leur disposition au niveau du siège social à Paris mais surtout au niveau des antennes locales (Le Havre et Rouen). Je voudrais juste préciser certains points, qui seront par ailleurs abordés lors des sessions d'approfondissement.

Nous n'avons pas parlé du droit d'asile. La France reconnaît depuis décembre 2001 l'asile politique aux femmes qui viennent en France pour se protéger elles-mêmes ou leurs petites filles de l'excision.

Par ailleurs, des avancées remarquables ont été effectuées dans la plupart des pays africains, notamment au Sénégal ou au Burkina Faso. La prévention et l'information ont porté leurs fruits mais il existe encore des régions où l'information ne passe pas et il est donc difficile de se battre et de combattre.

Je rappelle également l'universalité des violences faites aux femmes. Il faut savoir qu'en France deux femmes meurent tous les trois jours des suites des violences conjugales. Il faut dénoncer l'ensemble des violences faites aux femmes sur tous les continents.

Enfin, la lutte contre l'excision a commencé en Afrique au XV^{ème} siècle. Les occidentaux complexent en pensant qu'ils ne peuvent pas aborder la question des mutilations sexuelles féminines. Avant d'être noires et excisées, ce sont des femmes. La protection des enfants et des femmes doit s'appliquer partout de la même manière sans conditions de race. Il faut oublier les particularismes.

Conclusion

Marion CAMPER
Déléguée régionale aux Droits des Femmes

J'ai découvert ce sujet il y a quelques mois, avant, je le connaissais comme le grand public. J'ai pris aujourd'hui la mesure de ce problème. Les mutilations sexuelles sont dénoncées comme une pratique barbare mais ne relèvent encore que de l'action volontaire des défenseurs des droits de l'homme et des acteurs de santé. Ce problème n'est toujours pas débattu, aussi, nous observons une certaine pérennité des mutilations sexuelles féminines sur le territoire français et en Europe.

Nous avons pu nous rendre compte aujourd'hui des conséquences souvent irrémédiables engendrées par les mutilations que ce soit en termes de santé mentale ou physique. Nous avons entendu les arguments avancés par les communautés pratiquantes ainsi que l'histoire socio-culturelle dans laquelle s'inscrivent ces pratiques.

Pour ma part, j'ai ressenti un sentiment d'injustice, le reflet de rapports ancestraux de domination de l'homme sur la femme, ce qui correspond à l'exact contraire du progrès humain dans lequel nous sommes engagés. La privation de l'usage par la femme de son propre corps illustre la subordination de la femme à l'homme. Cette situation relève de rapports hiérarchiques construits dans une société patriarcale qui s'est composée à partir d'une volonté de contrôle de la fécondité et de la sexualité féminine. La hiérarchie sexuelle imprime dans le corps féminin la marque de la suprématie masculine sous le prétexte que la nature est imparfaite et qu'il faut la corriger. L'excision réduit la femme à la fonction maternelle et à son symbole, un sexe mutilé qui marque ainsi son infériorité. L'excision représente également une garantie pour l'honneur du mari. En effet, les hommes espèrent, en réduisant le désir des femmes, qu'elles seront moins tentées par les relations adultérines. Les mutilations sexuelles reflètent le contrôle de l'homme sur la femme, elles sont d'ailleurs le pendant de la ceinture de chasteté imposée aux femmes dans l'Europe médiévale ou encore de la persécution des sorcières, qui avait conduit au massacre de 100 000 femmes, brûlées vives car elles cherchaient à vivre librement leur sexualité.

Le combat des générations qui nous ont précédés pour que la femme accède à la maîtrise de sa sexualité, au titre que chaque être humain est libre de son corps comme de ses actes, se heurte, avec les mutilations sexuelles, à un retour en arrière. En effet, leurs principales conséquences sont une vie sexuelle volée ; des douleurs chroniques ; des infections ; des conséquences psychiatriques voire suicidaires. La femme est ainsi atteinte toute sa vie dans sa dignité : petite fille, elle est mutilée ; femme, elle connaît une vie sexuelle perturbée. Ces formes d'abus contre l'intégrité physique de la fillette affecteront toujours l'état psychique de la femme qu'elle deviendra.

Nous savons que l'excision était pratiquée dans les hôpitaux psychiatriques en Grande-Bretagne et en France au XIXème siècle pour lutter contre la masturbation des filles. Aux Etats-Unis, des campagnes de propagande réclamaient l'ablation des « organes où siégeaient le diable ». Ces faits historiques montrent le caractère, autrefois répandu, de telles pratiques qui, en ce début de XXIème siècle, persistent en Afrique et en Asie de l'Est. Cela tend à prouver que les progrès de nos sociétés occidentales ont permis, par l'évolution des rapports humains, d'éradiquer ces pratiques. Cela doit donc nous motiver pour apporter aux populations concernées tout le soutien nécessaire en matière

de prévention, d'information, de répression et de réparation, afin que les droits humains fondamentaux soient respectés.

Notre mobilisation pour ce combat s'attaque à la hiérarchisation des sexes. Les femmes sont les principales victimes de la violence liée au sexe. Les efforts doivent être soutenus pour éradiquer cette violence basée sur le genre, ainsi que les pratiques coutumières ou traditionnelles néfastes. Il faut promouvoir des campagnes de sensibilisation ; soutenir la mise en réseaux et encourager l'échange de bonnes pratiques. La prévention est essentielle, elle passe par l'éducation et la connaissance.

Nous devons poursuivre l'action engagée ce jour. Des pistes ont été évoquées. Avec la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, nous avons décidé de réunir un comité de pilotage, composé des principaux acteurs présents aujourd'hui. Il sera placé sous la responsabilité de Claudine Bourgeois et de Sandra Charpentier. Il permettra de mettre en place des actions en direction des publics en formation initiale et continue ; des associations et des travailleurs sociaux. Nous nous engageons également à réaliser un annuaire de professionnels. Avec la directrice de l'Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM), nous interviendrons au niveau du contrat d'accueil et d'intégration pour informer les populations concernées. Enfin, nous nous engageons à former les infirmières qui accueillent les personnes migrantes.

Nous comptons sur vous pour nous donner d'autres idées afin que progressivement mais définitivement, les mutilations sexuelles féminines soient abolies. Les femmes doivent retrouver leur droit fondamental à la vie, à la sécurité, à la liberté, à la dignité et à l'intégrité physique et émotionnelle. Je vous remercie.

De la salle

Les femmes sont responsables de l'avenir de la planète. Les hommes ont peur de nous parce que nous sommes fortes. Nous n'avons pas évoqué, dans ce colloque, les femmes qui se sont rebellées, souvent pour un problème sexuel, et qui sont actuellement en prison (en Amérique latine, en Afghanistan, au Brésil, ...). Nous ne devons pas les oublier.