



Lutte contre les violences faites aux femmes – Grande Cause Nationale 2010

Journée Internationale contre les mutilations sexuelles féminines

Actes de la demi-journée de réflexion :
**« Prévention des mutilations sexuelles
féminines en Ile-de-France.**

Où en est-on ?

Bilan et perspectives »

Lundi 1^{er} février 2010



Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Ile-de-France



SOMMAIRE

1. Le programme de la demi-journée du 1^{er} février 2010.	3
2. Les interventions et les échanges lors de la demi-journée de réflexion.	5
3. Bibliographie et liens utiles.	35
A. DES OUTILS DE PREVENTION	35
B. DES DONNES SUR LA PRATIQUE EN FRANCE	36
C. DISPOSITIFS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :	36
D. DES TEXTES DE REFERENCES INTERNATIONAUX	37
E. POUR ALLER PLUS LOIN. QUELQUES TEXTES POUR REFLECHIR, ET DES ETUDES POUR APPROFONDIR :	38
F. LIENS UTILES :	40
4. Contacts utiles en Ile-de-France.	41
5. Addenda : la prise en charge des femmes mutilées.	42
6. Annexes : documents de références.	45



1. Le programme de la demi-journée du 1^{er} février 2010.

Pourquoi une demi-journée de réflexion sur la prévention des mutilations sexuelles féminines ?

On estime à 53 000 le nombre de femmes adultes excisées vivant sur le territoire français en 2004 (INED). L'Ile-de-France est l'une des neuf régions françaises les plus concernées par ce problème.

Des actions pionnières en matière de lutte et de prévention des mutilations sexuelles féminines (MSF) ont été réalisées depuis les années 1980; mais, si des signes d'abandon sont encourageants, la pratique perdure cependant encore aujourd'hui, et implique de rester mobilisé-e-s.

La campagne de prévention pour lutter contre les MSF lancée par la Secrétaire d'Etat à la Solidarité en avril 2009 nous enjoint à poursuivre et renforcer le processus d'échange et de réflexion avec les professionnel-le-s au niveau régional.

La célébration du 6 février, Journée Internationale contre les MSF (décidée en 2003 par le Comité Inter- Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants et reprise depuis par de nombreux pays et par les Nations Unies), est l'occasion de mobiliser les professionnel-le-s francilien-ne-s issu-e-s de la santé, du social et de l'éducation, et du monde associatif en leur fournissant des clefs pour comprendre les MSF et des repères pour agir, y compris en réseau, afin d'accélérer l'abandon des mutilations sexuelles féminines, conformément aux récents engagements internationaux.

Ainsi, cette journée a pour objectif d'informer les professionnel-les sur la problématique des MSF, qui est une forme de violences faites aux femmes et un enjeu de santé publique. Elle doit aussi leur permettre d'identifier des actions (et leurs porteur-e-s) déjà menées en Ile-de-France, qui ont permis des avancées importantes, notamment en matière de prévention et d'accompagnement à travers le travail réalisé dans les Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Mais, au regard des évolutions en France, tant de la pratique, que des modalités de protection et de prise en charge des filles/femmes, il apparaît également indispensable de réfléchir sur les actions nécessaires à entreprendre et /ou à renforcer pour poursuivre la dynamique d'abandon de ces pratiques en France, et au cours de séjours dans les pays d'origine.

La nécessité des coopérations internationales et européennes apparaît par exemple de plus en plus incontournable. Cela passe par une meilleure connaissance et mutualisation des actions menées y compris dans les pays d'origine (et qui aboutissent à un vaste mouvement d'abandon), et la mise en réseau des actions ici et ailleurs.

Contact : Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France. 50 Avenue de Daumesnil. 75012 Paris. aurelie.latoures@paris.pref.gouv.fr. Tel : 01 49 28 42 08

PROGRAMME

13h 30-14h : accueil des participant-e-s.

14h : Ouverture : La politique de l'Etat contre les MSF, par Carole Crétin, directrice adjointe, pôle santé - DRASS Ile-de-France.

14h15- 15h15 : Etat des lieux des données et des modalités d'action.

- > Données épidémiologiques et résultats de « Excision et Handicap » par Armelle Andro, Maîtresse de conférences Paris 1 et chercheuse associée à l'INED.
- > Les MSF et le dispositif légal et judiciaire, par Linda Weil Curiel (CAMS)
- > Les évolutions de la pratique des MSF en France : enjeux en terme de prévention, par Isabelle Gillette Faye (GAMS).

15 h15 - 16 h 15 : Le rôle et l'implication des professionnel-le-s dans la prévention.

- >Le travail de prévention réalisé en PMI : ses résultats et ses perspectives, par Marcelle Delour, Médecin chef du service de PMI de Paris, Direction des Familles et de la Petite Enfance.
- >Le travail de prévention dans les établissements scolaires, par Eve Belin, Proviseure du Lycée Etienne Dolet (Paris, 20ème), et Anne Guilberteaud (coordinatrice Atelier Santé Ville Paris 20ème).
- > Expériences dans les départements franciliens : Fanta Sangaré (Direction Femmes Relais de Bobigny), et Adolé Ankrah (FIA ISM).

16h 15-17h 30 : La mise en réseau des initiatives d'ici et d'ailleurs :

- > Comment s'inspirer des « bonnes pratiques » identifiées au niveau international pour l'abandon de la pratique de l'« E/MGF » ? par Gabriella De Vita (consultante, ancienne fonctionnaire UNICEF)
- > L'engagement des communautés ailleurs. Projection d'extraits du film « L'appel de Diégoune » (Tostan/ Respect) : introduction par Seydou Niang (Tostan).
- > La complémentarité des actions en France, en Europe et en Afrique, par Sabine Panet (Tostan) et Isabelle Gillette Faye (GAMS).

17h 30: Conclusion.

Synthèse et perspectives d'actions en Ile-de-France par Jocelyne Mongellaz, Déléguée régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France.



2. Les interventions et les échanges lors de la demi-journée de réflexion.

OUVERTURE :

La politique de l'Etat contre les mutilations sexuelles féminines.

Par Marie-Pierre MENAGER, cheffe de projet à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France (DRASS-IF), représentant Carole Crétin, directrice adjointe, pôle santé – DRASS Ile-de-France.

« La DRASS organise la politique de santé publique dans le cadre d'un programme régional qui définit les objectifs prioritaires et qui vise à réduire les inégalités sociales de santé, à mobiliser les partenaires et à coordonner les intervenant-e-s. Un vif intérêt est porté à cette demi-journée sur ce thème de santé publique concernant la prévention des mutilations sexuelles féminines. Le 6 février est proche, journée internationale de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines; et l'année 2010, décrétée « Grande Cause Nationale » contre les violences faites aux femmes démarre.

Les mutilations sexuelles féminines : une histoire ancienne, presque paradoxalement, toujours d'actualité ! Une atteinte à la dignité, à la liberté, une discrimination en droit, une violence physique intolérable aux conséquences multiples et dramatiques.

Ces violences ont des conséquences psychologiques, des conséquences sociales et bien sûr des conséquences sur la santé.

L'estimation actuelle est de 53 000 cas en France¹ ; et de 130 millions dans le monde², ce fléau est mondialisé, nous le savons, il existe en Afrique, en Asie, au Moyen-Orient et en Europe.

Les mutilations sexuelles consistent en l'ablation partielle ou totale des organes sexuels externes des fillettes et des jeunes femmes ; la forme la plus fréquente est l'excision, mais la mutilation peut aller jusqu'à l'infibulation (c'est-à-dire une excision complétée de la fermeture quasi-totale de l'orifice vulvaire).

De grands progrès ont été accomplis en France, mais aussi en Afrique où cette pratique recule. Nous verrons également, au cours de cette journée, l'évolution **des pratiques nous incitant à l'adaptation de la politique de santé**. D'où l'intérêt de cette demi-journée, organisée par la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France et à laquelle la DRASS s'associe.

¹ Nombre de femmes adultes excisées en France (Source : enquête INED 2007). Voir en annexes.

² Source : UNICEF, 2005.

Il reste encore du chemin à parcourir pour porter le défi de l'éradication de ces mutilations en 2015, comme l'affirmait Xavier Bertrand dans une intervention-programme en 2006.

La France, dès 1970, a été pionnière dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, du fait du regroupement familial, et de la mobilisation de nombreux acteurs et actrices (la PMI, les associations, l'Education Nationale, la Justice, et les médias). Les médias ont eu une place importante, en 1980 le décès d'une fillette, ayant subi une excision en Ile-de-France, a eu des retentissements médiatiques colossaux. Les pouvoirs publics se sont mobilisés en créant des groupes de travail, et un certain nombre de propositions et de mesures ont émergé pour l'élaboration d'une politique de prévention.

La première période de mesures, durant les années 1980-90, correspond à **l'élaboration de la politique de prévention, autour de quatre axes** :

- **Implication de tous les professionnel-le-s concerné-e-s** avec un rappel aux équipes médicales de l'interdiction de pratiquer toute forme de mutilation.
- **Information des populations concernées** sur les droits des petites filles à l'intégrité physique et psychique mais aussi sur les risques pénaux avec une actualisation des textes relatifs à l'accueil des populations migrantes.
- **Renforcement et aide, par des subventions, des associations françaises et africaines** pour que ces mesures d'information, d'éducation, de soutien des familles et des victimes puissent se développer.
- **Connaissance et application de la législation** de la protection de l'enfance (loi de 1989 sur l'obligation de signalement des violences faites aux mineur-e-s, et la réforme de 2007 ; rôle du Conseil Général comme chef de file de la cellule de recueil des informations préoccupantes). Répression à l'encontre des auteurs et des complices. On constate des saisines de justice, non seulement pour des mutilations ayant entraîné le décès de l'enfant, mais également pour celles qui n'ont pas entraîné la mort.

Une autre mesure s'est développée au cours de ces années : la possibilité d'interventions chirurgicales pour les femmes qui le souhaitent, et qui sont remboursées par la Sécurité Sociale depuis 2003.

Cette lutte contre les mutilations sexuelles nécessite un travail interministériel et intersectoriel. Un Accord-Cadre a été préparé et signé par six délégations différentes, concernant les femmes immigrées ou issues de l'immigration (renommé en 2007) qui a pour objet de les informer sur leurs droits et leurs devoirs. Il formalise cette nécessité de transversalité.

En 2006, une impulsion nouvelle est donnée par le rapport *Genre et Violence*, dans lequel les mutilations sexuelles féminines ont une place importante et qui remobilise, ré-informe et redonne des pistes.

2006 est aussi l'année où se sont déroulés deux colloques : un colloque national et un régionale, en Ile-de-France.

Les grands axes du programme de lutte sont les suivants :

Dans un premier axe il s'agit de **mieux connaître pour mieux agir** avec le lancement d'une étude cofinancée par le ministère de la Santé qui s'appelle « Excision et Handicap » (Armelle Andro, chercheuse à Paris 1 et INED) ;

Dans le deuxième axe, il s'agit de **prévenir toute mutilation sexuelle chez les jeunes filles vivant en France** en informant les personnes potentiellement concernées du caractère illégal et criminel de l'excision. Nous sommes là dans le domaine du signalement d'intentions, c'est-à-dire des personnes potentiellement concernées par cette pratique. La loi du 4 avril 2006 permet d'allonger le délai de prescription (20 ans à compter de la majorité). Cette loi donne aussi la possibilité de lever le secret professionnel et de réprimer les pratiques lorsqu'elles sont commises à l'étranger sur des jeunes filles résidant en France.

Le troisième axe, consiste à donner les moyens pour repérer et protéger les jeunes filles menacées d'excision.

Concernant les outils, deux exemples concrets: la formation des professionnel-le-s : des sages-femmes, des puéricultrices, des infirmier-ère-s et des étudiant-e-s en médecine (deux circulaires 2006 et 2007) ; et la production d'un guide juridique « De l'égalité entre les femmes et les hommes de l'immigration » mentionnant les dispositions légales contre les mutilations sexuelles féminines, et faisant l'objet d'une diffusion en 2007 auprès des personnels de l'ANAEM, des associations spécifiques populations migrantes.

Le quatrième axe est celui de la prise en charge adéquate des personnes excisées. Citons également le développement de la coopération internationale, et en Europe.

En 2008, le Secrétariat à la Solidarité met en place un deuxième Plan Global Triennal « Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes » : les mutilations sexuelles féminines y sont incluses comme violences spécifiques. Une campagne d'information et de communication est ainsi lancée en 2008 sur les violences faites aux femmes avec un site internet : www.stop.violence-femmes.gouv.fr , comprenant des réponses pour les témoins et pour les victimes, et le rappel du numéro national dédié « 3919 ».

La même année, un colloque a été organisé à l'Académie de Médecine, sous le parrainage du Ministère de la Santé : il renforce les mesures et les réadapte selon les premiers résultats de l'étude de l'INED - toujours en cours – pour mieux connaître l'impact des mutilations sexuelles féminines sur la vie des femmes. Ce colloque permet une meilleure information avec le guide destiné aux praticien-ne-s élaboré par la DGS, et l'annonce d'un guide pour tous les professionnel-le-s de santé dont la rédaction est confiée à Gynécologie Sans Frontières (à paraître en 2010).

En 2009 une brochure nationale de prévention, intitulée « Combattre l'excision », a été diffusée.

L'action de l'Etat concerne également le soutien aux associations, avec par exemple la mise en place de dispositifs d'accueil et d'écoute, la structuration d'un site internet pour en faire un support d'animation de la Fédération nationale GAMS, l'organisation de l'activité du Centre ressources (accueil des personnes au siège), mais aussi la définition des modalités de mise en œuvre d'un observatoire des pratiques traditionnelles néfastes pour la santé des femmes.

Après la présentation des différents engagements politiques de l'Etat de 1970 à 2010, la réflexion s'ouvre à de nouvelles mobilisations pour poursuivre cette politique de prévention et de prise en charge. La DRASS, les DDASS, l'ARH et certains services de l'Assurance Maladie vont fusionner et rejoindre l'ARS (Agence Régionale de Santé), pour la poursuite d'une politique globale coordonnée pour des enjeux d'approche de santé, territoriale et partenariale. De nouvelles orientations politiques vont être définies, un nouveau plan va succéder au Plan Régional de Santé Publique, et nous formulerons des vœux pour que **la santé des femmes, et notamment la violence à leur rencontre, y occupe une place importante.** »



PARTIE 1 : ETAT DES LIEUX DES DONNEES ET DES MODALITES D'ACTION.

Données épidémiologiques et résultats de « Excision et Handicap ».

Par Armelle ANDRO, Maîtresse de conférence Paris 1 et chercheuse associée à l'INED.

« Il s'agit de la première enquête quantitative sociodémographique et de santé publique sur le sujet des mutilations sexuelles féminines menée en France.³ Il s'agit ici de présenter quelques résultats de cette enquête de grande envergure. Cette enquête a mobilisé deux organismes de recherche, elle est soutenue et financée par plusieurs agences et s'est déroulée dans cinq régions volontaires pour participer à l'étude : en Ile-de-France, Haute-Normandie, Pays de Loire, Nord-Pas-de-Calais, et la région PACA. Six chercheuses ont travaillé pendant plusieurs années, dont 24 mois pour collecter toutes ces données, avec l'aide de 29 enquêtrices pour interroger les femmes qui ont accepté de répondre à nos questions, sur 74 sites de santé, essentiellement des centres de protection maternelle et infantile (PMI) et des services hospitaliers en gynécologie obstétrique.

Pour donner un cadrage sur l'ampleur de cette enquête : nous avons sollicité 3869 femmes, dont 80% ont accepté de répondre à notre questionnaire, qui était relativement long et précis sur un sujet plutôt difficile à aborder avec des femmes qui, pour une grande partie d'entre elles, n'en avaient jamais parlé à personne auparavant. Nous leur proposons donc de passer une demi-heure / trois quarts d'heure avec nous pour décrire, de manière précise un certain nombre d'expériences vécues, de difficultés qu'elles pouvaient rencontrer et qu'elles considéraient comme étant associées au fait que certaines d'entre elles aient subi une mutilation sexuelle féminine. Nous avons donc obtenu un taux de réponse très important pour une enquête de ce type sur un sujet sensible. D'autant plus, que toutes les femmes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire ont pour la très grande majorité d'entre elles, même si parfois elles ont été choquées par nos questions, répondu jusqu'au bout en ayant l'impression de nous confier un témoignage, des expériences. Certaines ont insisté sur le fait qu'elles comptaient beaucoup sur l'enquête pour qu'enfin on parle d'elles « comme il faut » (selon les propres mots des enquêtées). Au total, **notre échantillon contient 2882 femmes enquêtées, parmi elles 685 étaient excisées**, et une grande partie de cet échantillon a été collecté **dans la région Ile-de-France, qui est clairement l'une des régions les plus concernées par ce phénomène en France.**

Dans ce travail, la première question que nous avons voulu aborder était de voir dans quelles mesures les femmes excisées présentaient des caractéristiques différentes des femmes non-excisées. Nous avons construit un questionnaire dans lequel nous posons les mêmes questions à des femmes qui n'avaient pas connu une mutilation sexuelle et à des femmes qui les avaient subies, en essayant de comparer les réponses aux différentes questions pour savoir ce qui caractérisait l'expérience de la mutilation sexuelle au quotidien.

³ Voir les deux fiches synthétiques de présentation des résultats de l'enquête quantitative et qualitative, en annexes de ce document.

Les femmes excisées qui vivent en France présentent des profils sociaux spécifiques par rapport à la population générale et même à la population migrante : elles sont souvent moins instruites que les autres femmes migrantes (22% d'entre elles n'ont jamais été scolarisées), elles ont un nombre d'enfants plus élevé, elles sont plus nombreuses à n'avoir jamais travaillé, et surtout elles sont plus souvent en union avec des conjoints qui sont beaucoup plus âgés qu'elles. Ces données de cadrage sont importantes pour rappeler que l'excision s'inscrit dans un cadre social, familial, et conjugal qui peut avoir des particularités. Les femmes que nous avons interrogées, pour 9 sur 10, ont été excisées avant l'âge de 10 ans. Ce chiffre est relativement constant dans les différentes générations, c'est-à-dire que les femmes les plus âgées –celles nées avant 1970 – ont des taux d'excision avant l'âge de 10 ans qui sont équivalents à ceux des femmes nées dans les années 80. L'excision est donc **une expérience qui arrive quasi systématiquement dans l'enfance**.

Concernant le lieu où est pratiquée l'excision, **parmi les femmes qui ont grandi en France, 4 sur 10 dans notre échantillon ont été excisées sur le territoire français, 6 sur 10 l'ont été dans le pays d'origine**. Si l'on regarde de manière plus détaillée l'évolution dans les générations, on observe que celles qui ont été excisées sur le territoire français sont plutôt les femmes les plus âgées, c'est donc **un phénomène qui a clairement diminué sur le territoire français**. Tous les femmes que nous avons interrogées étaient majeures, autrement dit toutes les informations présentées ici relatent la situation observée en France chez des femmes adultes ou jeunes adultes, et ne décrit pas la situation des petites filles qui sont en France aujourd'hui.

En ce qui concerne les souvenirs liés à cet évènement dramatique, de manière assez attendue, les jeunes filles qui ont été excisées précocement ont très peu de souvenirs de ce moment ; le peu de souvenirs qui resurgit est de l'ordre du traumatisme et de la douleur, c'est aussi le cas des jeunes filles qui ont été excisées plus tardivement. Nous pouvons même nous étonner de voir que 10 % des jeunes filles excisées après l'âge de 5 ans ont déclaré n'avoir aucun souvenir. À propos des circonstances de l'excision, dans notre échantillon, le fait d'avoir été excisée sur le territoire français est une expérience qui reste peu fréquente (22 femmes de notre échantillon). Les femmes qui ont restituées cette expérience nous ont toutes décrit un moment où elles étaient seules avec plusieurs femmes présentes, qu'aucune fête n'y a été associée, et que l'acte était réalisé, de leur point de vue, par une exciseuse traditionnelle. Alors que les jeunes filles qui ont été excisées dans le pays d'origine, rapporte plus souvent des moments vécus à plusieurs – elles étaient plusieurs à subir cette mutilation en même temps – et qu'elles ont plus été souvent confrontées à des ambiances festives autour de ce moment, ce qui rendait l'expérience encore plus incompréhensible.

Au sujet des conditions dans lesquelles ces excisions ont eu lieu, d'après leurs déclarations, un tiers affirme ne pas savoir qui a été à l'initiative de leur excision. Pour les deux tiers restant, il apparaît clairement qu'il s'agit souvent de la mère qui semble être à l'origine de cette initiative. Le rôle du père est minimisé, ou perçu comme indirect, et c'est souvent les jeunes filles qui ont subi des mutilations en France qui considèrent que leur père était clairement acteur de cette décision.

Nous avons également recueilli beaucoup de données concernant les conséquences en matière de santé reproductive et sexuelle pour les femmes excisées vivant en France aujourd'hui. Et globalement, on a pu montrer que **l'excision est associée à des risques de santé spécifiques: infections urinaires et gynécologiques, un sentiment de mal être fréquemment déclaré, des douleurs et des gênes quotidiennes, et des complications obstétricales**. Ces complications obstétricales sont beaucoup moins fréquentes en France que dans les pays d'origine, où le système de prise en charge et de suivi des grossesses est généralement de moins bonne qualité.

Un autre élément très important de notre enquête est d'avoir posé de manière très précise les questions sur le vécu de la sexualité. Une des hypothèses de la recherche était de dire que les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles ont des difficultés récurrentes dans leur vie sexuelle, et ces difficultés sont très rarement

formulées. Nous avons donc vraiment construit un questionnaire qui essayait d'aborder, de manière assez explicite, précise et approfondie, ces questions. 44% des femmes excisées, que nous avons interrogées, qualifiaient leur vie sexuelle soit d'« indifférente », soit de « supportable » ou de « désagréable ». Ce sont aussi des femmes qui déclarent une fréquence de rapports sexuels beaucoup plus faible que dans la population générale, et globalement **des femmes qui rapportent des expériences de sexualité beaucoup plus souvent problématiques** : les difficultés à éprouver du désir, l'absence totale de désir, les douleurs pendant les rapports sexuels ou les brûlures vaginales sont plus fréquentes voire systématiques pour les femmes excisées par rapport aux femmes non-excisées.

Dans un deuxième temps, à propos de l'analyse de ce que nous avons qualifié de « risques de perpétuation de la pratique de l'excision », nous avons essayé de voir quelles étaient les intentions vis-à-vis de leurs propres filles des femmes vivant en France aujourd'hui et qui ont été elles-mêmes victimes de mutilations sexuelles. Ce questionnement était assez difficile à mettre en place, car même si cette question intervenait à la fin du questionnaire, à un moment où les femmes avaient bien compris que nous n'étions pas là pour les juger mais vraiment recevoir un témoignage le plus objectif possible, nous pouvons penser que certaines femmes ont sous-déclaré des intentions. Nous avons néanmoins construit des questions qui permettaient aux femmes d'émettre la possibilité de survenue de cette pratique sans forcément qu'elles en prennent la responsabilité. Nous leur demandions : est-ce que leur fille était excisée ? Est-ce qu'elle avait l'intention de le faire ? Est-ce que leur mari avait l'intention de le faire ? Est-ce que la famille, restée au pays d'origine, pouvait avoir l'intention de le faire ? A partir de là, nous avons identifié, d'après les déclarations des mères, les filles qui avaient déjà subi une excision, et nous avons essayé de mesurer le risque d'excision pour celles qui ne l'étaient pas, en différenciant une intention déclarée des parents (risque important) d'une intention liée à la famille restée dans le pays d'origine (risque réel qu'en cas de retour dans le pays d'origine), et enfin un certain nombre de cas de femmes qui ont dit qu'il n'y avait aucune intention d'aucune part d'exciser leurs petites filles (risque quasi nul).

Dans notre enquête, **11% des petites filles, dont les mères sont excisées, ont déjà été excisées**. Ces 11% se répartissent de manière très différente en fonction du lieu de naissance : c'est seulement 3% des filles nées en France, et par contre 45 % des filles qui sont nées dans les pays d'origine. On note également des évolutions dans le temps : les 3 % de filles qui sont née en France et ont subi une excision sont clairement les plus âgées, nées dans les années 1980. C'est nettement moins fréquent pour celles nées dans les années 1990, et dans notre échantillon il n'y en avait aucune nées dans les années 2000 : ce qui n'exclut pas totalement qu'elles le soient plus tard car elles sont encore jeunes, mais on note une progression assez nette. Enfin, il faut remarquer également que la prévalence baisse aussi pour les fillettes nées dans les pays à risques, **ce qui laisse penser que les pratiques évoluent aussi dans les pays d'origine des populations migrantes**. Si l'on considère toutes les petites filles qui vivent en France aujourd'hui, qui sont issues de familles où la mère a été excisée et qui n'ont pas subi à l'enquête de mutilation sexuelle féminine (89% des filles), dans 7 cas sur 10 le risque apparaît quasi-nul, mais par contre, **dans 3 cas sur 10, il y a un risque d'excision, réparti par moitié, (1) en cas de retour au pays d'origine ou (2) directement à cause d'un projet explicite de la part des parents**.

L'enquête ExH montre donc qu'il y a des progrès indéniables : un nombre important de familles abandonne ces pratiques mais c'est encore loin d'être la totalité. Il convient donc de rester extrêmement vigilant-e dans le suivi de ces petites filles tout en tenant compte du fait que toutes les familles ne sont plus forcément à risque.»

Les mutilations sexuelles féminines et le dispositif légal et judiciaire.

Par Linda WEIL CURIEL, avocate et présidente de la CAMS (Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles).

« Cet exposé s'attachera à présenter les règles juridiques qui s'appliquent aux mutilations sexuelles féminines. En France, il n'y a **pas de loi spécifique sur l'excision, les sanctions judiciaires proviennent donc de constructions jurisprudentielles depuis 1982**, à la suite du cas d'une petite fille excisée morte d'une hémorragie. Par la suite, les signalements se sont multipliés pour des cas non-mortels. Effectivement, il n'y a pas de texte qui vise directement l'excision, et il n'y a **pas besoin d'un texte pour sanctionner l'excision, car c'est une atteinte incontestable à l'intégrité physique, que le code pénal sanctionne**.

Il existe trois juridictions différentes : le Tribunal de Police qui sanctionne les contraventions, le Tribunal Correctionnel pour les délits, et la Cour d'Assises qui est seule habilitée à juger les crimes. Mon combat judiciaire a donc été de montrer que l'excision, étant une mutilation, devait être jugée par la Cour d'Assises. Il me paraissait important que cette atteinte soit jugée à sa véritable mesure, et en même temps, cela donnait une autre audience aux affaires d'excision, cela permettait un meilleur écho médiatique et par là servait aussi la prévention. Petit à petit, toutes les affaires d'excision ont été dirigées vers les Cours d'assises. On a pu constater que la combinaison entre la prévention mise en place par les PMI, les associations (et notamment le GAMS), et la répression judiciaire, c'est-à-dire la crainte des peines qui ont été infligées, a permis **une diminution sensible des excisions sur le territoire français**.

Les articles sur lesquels se fondent jusqu'à présent les poursuites sont **les articles 222-9 et 222-10 du code pénal punissent la mutilation mais aussi les articles 222-1 et 222-3 qui répriment les actes de torture et de barbarie**.

L'obstacle majeur que nous avons rencontré était le secret professionnel, car la plupart des intervenant-e-s, médecins de PMI, assistantes sociales etc., se sont posé-e-s la question du secret médical. Pour mettre un terme à ces hésitations, bien que la combinaison d'un certain nombre d'articles du code pénal permettaient et obligeaient à signaler ces faits, la loi du 4 avril 2006 a modifié l'article 226-14 du code pénal en y inscrivant la **levée du secret professionnel, notamment du secret médical**, en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. En d'autres termes, c'est la protection de la mineure, dans le cas des mutilations sexuelles, qui prévaut sur le secret professionnel.

Nous avons rapidement été confrontés à une nouvelle stratégie des parents qui, pour éviter un contrôle de la PMI et contourner la loi française, vont **envoyer les petites filles à l'étranger, dans le pays d'origine, pour qu'elles soient excisées**. On constate deux stratégies de la part des parents : dans le premier cas, la mère part avec la petite fille dans le pays d'origine. Au retour, la PMI constate que l'enfant a été excisée et fait un signalement. Les parents vont alors affirmer qu'ils sont contre l'excision et qu'elle s'est faite à leur insu. Le Parquet de Paris fait parfois état de la présomption d'innocence pour ne pas engager de poursuites, sans rechercher les éléments objectifs de complicité des parents. Dans le deuxième cas de figure, les jeunes filles entre 13 et 15 ans qui n'ont pas été excisées sur le territoire français, sont envoyées en vacances dans le village d'origine, où elles sont excisées, et parfois même violées et « mariées » de force. Au retour, en général après l'âge de 16 ans, où elles n'ont plus après d'obligation scolaire elles n'ont pas d'autres ressources que de retourner chez leurs parents. Lorsque certaines vont se plaindre à la PMI ou à la police, elles se ravisent

généralement au moment où elles réalisent que leurs parents vont être jugés. Il y a donc beaucoup de victimes dont on ignore l'existence, par ce biais **d'autocensure de la victime**. Ceci est réellement un problème car il devient alors difficile de leur venir en aide.

Pour les faits commis à l'étranger, la loi s'est adaptée. Auparavant, seules les mutilations sexuelles commises sur une personne de nationalité française pouvaient donner lieu à des poursuites judiciaires. La loi du 4 avril 2006 étend la possibilité de poursuites lorsque la victime a sa résidence en France, même si elle est de nationalité étrangère. Il est important de connaître cette modification afin de **rappeler aux familles qu'elles ne sont pas à l'abri de poursuites pénales même si l'excision a eu lieu à l'étranger**.

Grâce à cette même loi du 4 avril 2006, le délai de prescription, qui était de 10 ans, a été allongé à 20 ans à compter de la majorité de la victime.

Les peines qui ont été prononcées jusqu'à présent sont loin d'être suffisamment dissuasives. Les premières affaires d'excision auraient dû être assorties de condamnations à de la prison ferme, de sorte que ce soit un réel avertissement et poser que c'est un crime qui sera puni à la hauteur de l'atteinte à son intégrité portée à l'enfant. Au lieu de cela, des peines avec sursis ont été données, ce qui déclenche une certaine incompréhension car si une famille sort libre de la Cour d'Assises elle est considérée comme innocente par la population concernée. Des peines de prison ferme ont été rapidement données pour des exciseuses. Les premières peines de prison ferme pour des parents ont été prononcées à partir de 1993, mais cela est très fluctuant depuis, en fonction notamment des jurés.

Pour conclure, il est important de rappeler que désormais les Cours d'Assises accordent des dommages et intérêts aux victimes de mutilations sexuelles, allant de 10 000 à 25 000 euros par enfant. »

Les évolutions de la pratique des mutilations sexuelles féminines en France : enjeux en termes de prévention.

Par Isabelle GILLETTE FAYE, sociologue et directrice de la Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines et des Mariages Forcés).

« Notre action, au GAMS, s'est toujours située sous l'angle de la prévention, de la sensibilisation et de la formation des professionnel-le-s. Notre travail consiste en **l'accompagnement des personnes qui sont, soit victimes, soit potentiellement victimes de mutilations sexuelles féminines, soit des mères qui souhaitent protéger leurs enfants**. Nous recevons à peu près 1500 personnes chaque année.

Nous travaillons également avec un grand nombre de partenaires : des représentants de l'Etat des collectivités territoriales, et d'autres partenaires associatifs. Nous animons des sensibilisations dans les établissements scolaires, dans les PMI, les centres sociaux et parfois les centres de planification et d'éducation familiale. Nous participons à la formation initiale ou continue auprès des professionnel-le-s sociaux et médico-sociaux (écoles d'infirmières, sages-femmes, travailleurs sociaux...). Dans le cadre d'un partenariat avec le Ministère de la Santé, nous sommes en train de créer un site internet pour mettre en commun et partager nos connaissances. Les professionnel-le-s vont pouvoir y trouver des informations pour réaliser un travail de sensibilisation et d'animation en direction des populations concernées.

Concernant la mondialisation de la pratique, et ses répercussions en France dans la prévention et la prise en charge. **L'Egypte** est le pays avec un taux de prévalence des mutilations sexuelles féminines parmi les plus importants au monde (entre 95 et 98 % des femmes sont touchées). Ces pratiques sont présentes dans toutes les communautés : les coptes orthodoxes, les musulmans, athées... L'autre particularité de l'Egypte est que ces mutilations sont commises pour plus de la moitié par des professionnel-le-s de la santé. Cela rend le travail de lutte contre les MSF très difficile dans ce pays car il y a un enjeu économique très fort, ces opérations étant facturées et donc rémunératrices.

Un autre exemple montre que l'on recense des mutilations sexuelles féminines dans **la communauté kurde d'Irak**. Nous avons également eu deux signalements de petites filles d'origine indienne dans deux départements franciliens différents qui risquaient de subir une excision à Londres. Nous avons aussi eu le cas d'une jeune femme d'origine marocaine qui a subi une infibulation⁴. **Tous ces exemples montrent que les populations changent et qu'il faut avoir en tête d'effectuer l'examen de tous les enfants, et pas seulement les enfants d'origine africaine sub-saharienne**. Il y a beaucoup de fillettes qui peuvent être concernées et qui n'ont pas les caractéristiques attendues. Il faut donc être méfiant-e à l'égard des représentations que l'on peut avoir sur une population ou une ethnie donnée.

La notion d'âge évolue également, nous devons tenir compte des filles âgées de plus de 6 ans, âge à partir duquel elles ne sont plus prises en charge par les PMI. Et pour l'instant, nous n'avons pas trouvé un bon moyen de **suivi pour les plus de 6 ans**, sans compter les pré-adolescentes et adolescentes qui reviennent en France enceintes, avec une enfant en bas âge qui a été excisée avant le départ d'Afrique. Donc même si l'on doit

⁴ L'infibulation étant surtout pratiquée en Afrique de l'Est, et notamment en Somalie.

continuer à orienter notre action sur la protection maternelle et infantile, il faut également assurer un suivi dans les centres de planification et d'éducation familiale, du fait d'une **plus grande diversité des populations concernées et des âges concernés**.

Il convient également de rappeler le rôle des professionnel-le-s, quelque soit leur statut, leur importance dans la prévention, et notamment par les « **signalements préventifs** ». Un travail de suivi et d'accompagnement des familles se développe de plus en plus notamment par l'information, la discussion et le dialogue. »

*** Echanges avec la salle ***

Conseillère municipale à Créteil : « Je suis originaire du Congo belge, où l'excision n'est pas pratiquée, j'ai donc découvert le problème de l'excision et de l'infibulation en France. Depuis l'âge de 17 ans, je m'occupe de ces problèmes des mutilations sexuelles féminines. J'ai travaillé avec les associations féminines africaines, on se rend compte que l'information est présente chez les femmes contrairement ce que vous dites dans l'enquête, les femmes en parlent entre elles, et c'est comme ça que j'ai pu comprendre sans bien sûr les accuser. C'est pour ça qu'avec ces chiffres, vous n'avez là qu'une partie de l'iceberg. Et ce qu'il faut faire c'est protéger, dans le sens où nous avons à l'heure actuelle les mariages où l'on ne se rend pas compte les croisements qui peuvent se faire. Et c'est dangereux car on s'attend à ce que se soit une malienne ou sénégalaise qui revienne en France excisée, alors que la population où l'on retrouve le plus de femmes excisées (en chiffre) se trouve en Inde. Pour le cas de l'Egypte, je le savais également mais on est toujours concentré sur l'Afrique sub-saharienne. Par rapport à l'intervention de l'avocate, comme vous dites, lorsque la sanction ne vient pas, je peux vous assurer que si la force de la loi n'est pas en face, de l'autre côté cela veut tout simplement dire « on peut y aller ». Surtout qu'un immigré connaît beaucoup plus la loi que vous ne l'imaginez, il connaît la loi et surtout la « faille » de la loi. Ce ne sont pas des illettrés ni des imbéciles ».

Un participant : « Est-ce qu'il y a un lien entre excision et religion ? Et quelles religions ? »

Réponse de Isabelle Gillette-Faye (GAMS): « Je ne souhaiterai pas que mes propos vous induisent en erreur. Même s'il est vrai qu'il existe des foyers d'excision se trouvant en Amazonie péruvienne, en Indonésie et dans une communauté marginale en Inde (les Borah)... La prévalence demeure la plus élevée en Afrique subsaharienne. Je souhaitais seulement signaler que de nombreuses fillettes pouvaient être concernées, d'où l'importance d'une vigilance permanente. Par ailleurs, quand j'ai pris l'exemple de l'Egypte, j'ai souligné que l'excision était pratiquée quelque soit l'appartenance religieuse. Et c'est vrai que l'excision traverse toute les religions révélées que ce soit la Chrétienté, l'Islam, les juifs falashas d'Ethiopie...car de toutes façons, ce sont des pratiques qui sont antérieures au moins de 6 siècles aux religions révélées. On sait très bien que ce n'est pas la religion qui est à l'origine de cette pratique car cela n'aurait pas pu se déclencher dans des régions et des époques si différentes, s'il n'y avait pas eu une autre volonté qui est celle, notamment, du contrôle de la sexualité féminine. Et il y a eu deux fatwa : une de l'Université du Caire (la plus grande université sunnites au monde), qui a bien précisé que l'excision n'était pas une pratique recommandée par l'Islam, et une plus récemment en Mauritanie pour rappeler que l'excision n'est en aucun cas un commandement de l'Islam. »

Bintou Sissoko-Griponne, Présidente de l'association Benkadi et médiatrice de l'association des femmes relais du 20^{ème} : « Je veux témoigner. Notre association, Benkadi, organise chaque année un séjour au Mali avec les jeunes de différents quartiers. En 2007, quand on a organisé le voyage au Mali, la majorité était des jeunes filles. Nous avons donc fait une formation d'une matinée, avec le Ministère de la famille et de l'enfance, une partie de la formation portait sur l'excision. Il y a eu une vidéo montrée aux jeunes, suivi d'un débat. Il y avait à peu près 27 jeunes, et selon moi, plus de 16 jeunes filles de 9 à 17 ans. Après le débat, il y a eu une remise de cassette audio enregistrée par le même ministère, distribuée à tous les enfants, avec des chansons enregistrées par des artistes maliens. Cette formation a servi à beaucoup de ces jeunes, car beaucoup en ont parlé autour d'eux, dans les associations, les centres de loisirs... Et ces cassettes sont à l'association Benkadi pour toutes celles et tous ceux qui les veulent. C'est donc important pour les associations qui organisent les séjours avec les jeunes filles, qu'elles aient accès à ce type d'outils. »



PARTIE 2 : LE ROLE ET L'IMPLICATION DES PROFESSIONNEL-LE-S DANS LA PREVENTION.

Repères : la politique de la région Ile-de-France contre les mutilations sexuelles féminines.

Par Aurélie LATOURES, chargée de mission « droits personnels et sociaux » à la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France.

« En Ile-de-France, et compte tenu de la densité de la population concernée, une série d'initiatives a été lancée depuis les années 1980 en terme de prévention des mutilations sexuelles féminines, pour accompagner l'action répressive par une action complémentaire d'éducation sur le terrain qui recoupe les axes suivants :

(1) Informer les populations concernées (les parents, les futures mères, les adolescent-e-s, les jeunes hommes) sur les droits des petites filles à l'intégrité physique et psychique, et aussi sur les conséquences médicales et pénales des mutilations sexuelles féminines. Donner aux parents des arguments en faveur de l'abandon, afin de faire en sorte que ces familles deviennent les actrices des décisions concernant la santé de leurs enfants. Les PMI ont été des lieux privilégiés pour diffuser cette information et pour instaurer le dialogue. On peut souligner, notamment, le travail réalisé dans les centres de PMI de Seine-Saint-Denis depuis 1984 sous l'impulsion du médecin Emmanuelle Piet, dans lesquels tout le personnel a été formé, informé, et encouragé à signaler systématiquement les cas d'excision, et aussi où une information systématique a été mise en place pour les mères sur les conséquences de l'excision. Cette expérience a montré des résultats très satisfaisants puis qu'aujourd'hui on observe une disparition quasi complète des mutilations pour les enfants de moins de 6 ans, c'est-à-dire dans le champ des compétences des PMI.

(2) Former les professionnel-le-s qui interviennent auprès des populations concernées dans le secteur médical, social, éducatif, socioculturel et sportif. Il s'agissait de donner à ces professionnel-le-s des connaissances de base médicales, judiciaires, sociales, psychologiques, ethnologiques... pour appréhender ces pratiques, pour pouvoir en discuter avec leurs patient-e-s, avec leurs élèves... pour pouvoir aussi repérer des cas et pour éventuellement les signaler, et les orienter vers une prise en charge adaptée. Plusieurs initiatives de formation se sont développées depuis les années 1980, et notamment la formation mise en place par la Direction de l'Action Sociale, d'Enfance et de la Santé à Paris (DASES) qui chaque année organise une journée de formation sur le thème des mariages forcés et des mutilations sexuelles féminines, à destination des travailleurs sociaux des services départementaux et du centre d'action sociale de la ville de Paris avec une liste d'attente assez importante, ce qui montre l'intérêt suscité par cette formation. Il existe également, par exemple, la formation d'adultes relais organisée ces dernières années dans plusieurs départements, notamment dans les

Yvelines, les Hauts-de-Seine, en partenariat avec les préfectures et le GAMS. On peut aussi souligner qu'en Seine-Saint-Denis une journée d'information et de formation sur les MSF est organisée chaque année à destination des professionnel-le-s.

(3) Produire des outils adaptés pour les professionnel-le-s afin de susciter le débat et de sensibiliser sur cette question. Dès le début des années 1990, la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France a réuni un groupe d'experts régionaux (comprenant notamment le GAMS, la CAMS, le MFPPF, les médecins de PMI, et la CIMADE) pour réaliser une plaquette d'information : « Nous protégeons nos petites filles » en 1993, qui a depuis été reprise au niveau national et actualisée régulièrement. Les professionnel-le-s ont exprimé le besoin d'un autre outil qui permettrait de mieux connaître la marche à suivre pour protéger les petites filles, ce qui a donné lieu à une autre plaquette d'information à l'usage des professionnels : « Agir face aux mutilations sexuelles féminines », qui va être actualisée au cours de cette année.

(4) Nouer des partenariats avec l'ensemble des professionnel-le-s de tous les secteurs. On peut souligner le travail qui est mené dans chaque département dans les commissions départementales d'actions contre les violences faites aux femmes qui rassemblent l'ensemble des institutions de l'Etat : Justice, Police, Action Sociale, Education, ainsi que les collectivités territoriales et les associations, qui permettent de réfléchir collectivement et de mettre en place les formations, de diffuser de l'information dans les départements. A titre d'exemple, dans les Yvelines, la sous-commission « Information et prévention » est actuellement en train de préparer un colloque sur les violences intrafamiliales et sexistes avec un volet sur la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Aujourd'hui, nous avons choisi de vous présenter plusieurs exemples concrets de pratique de prévention dans les départements, impliquant les professionnel-le-s de plusieurs secteurs, notamment les PMI, dans les établissements scolaires et avec les femmes relais comme médiatrices entre les jeunes, les familles et les professionnel-le-s. »

Le travail de prévention réalisé en PMI : ses résultats et ses perspectives.

Par Marcelle DELOUR, médecin, Chef du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Paris, Direction des Familles et de la Petite Enfance.

« La mobilisation des équipes de PMI à Paris sur ce sujet remonte à 1998 avec la rencontre avec Linda Weil Curiel lors des procès des exciseuses, qui nous a amené à approfondir la question de l'information des familles puisque nous avons constaté que l'une des lignes de défense des familles dans le cadre des procès était de dire « On ne savait pas, on ne nous a pas dit ». En 2000, nous avons organisé une journée pédagogique pour l'ensemble du service, avec l'aide du GAMS, qui a débouché sur une position commune de service : l'absolue nécessité d'informer les familles - à l'époque nous étions ciblés sur les familles originaires d'Afrique subsaharienne -, la **démarche de prévention** en indiquant **l'examen clinique systématique des petites filles et en informant les familles sur les risques et l'interdiction de l'excision, l'inscription dans le dossier de l'état des organes génitaux externes des enfants, le caractère systématique du signalement de toute excision constatée en explicitant très clairement aux parents le but de la démarche** en indiquant que ce signalement était préventif pour protéger les enfants suivants.

Nous avons également mis en place le principe de « **signalement préventif** » en accord avec le Tribunal pour enfants et le Parquet, pour les enfants pour lesquels nous avons une crainte d'excision lors d'un voyage dans le pays d'origine. En 2005, à l'occasion de la journée de l'Académie de Médecine, nous avons fait un premier bilan des suites de cette procédure : on s'était rendu compte qu'elle était bien comprise et bien appliquée mais les suites judiciaires à ces signalements avaient été peu explicites.

Actuellement cette procédure est toujours en vigueur mais de nouvelles approches ont émergé ainsi que de nouveaux cas de figure comme la demande de certificat d'excision de la mère pour une demande d'asile destinée à protéger l'enfant, un usage à la fois légitime et détourné du droit d'asile. Nous avons convenu avec l'aide du GAMS qu'il n'appartenait pas aux PMI, ni aux centres de planification de délivrer ce type de certificat, et le GAMS a développé des modes de réponses différents à ces demandes.

Nous avons également vu émerger **la question de l'information et de la prévention au moment de la grossesse de femmes** dont l'excision a été relevée par les sages-femmes des PMI, pour les informer sur la prise en charge, et notamment les réparations chirurgicales récentes, avec une démarche de prévention renforcée si l'enfant attendu est une petite fille et l'implication du père dans ce cadre là.

De la même manière, émerge en PMI **la question de l'excision chez des jeunes filles plus âgées fréquentant les centres de planifications et d'éducation familiale**, liée aux questions du mariage forcé, à des questions sur la connaissance de soi : « Suis-je excisée ? », éventuellement l'accompagnement d'une démarche de plainte, et l'information sur la réparation chirurgicale.

Nous constatons aussi des contournements, et notamment **le retardement de l'âge de l'excision** (après l'âge maximum de prise en charge par les PMI). Aujourd'hui à Paris, en 2009-2010, nous avons pu identifier 6 signalements d'excisions, toutes concernant de nouveaux arrivants.

Beaucoup de professionnel-le-s ont été formé-e-s et la collaboration avec le GAMS est inscrite dans nos pratiques. On commence à diffuser l'information concernant la chirurgie réparatrice. Les adultes relais et les interprètes interviennent aussi en PMI et ils peuvent être de bons appuis dans certaines situations. On s'aperçoit aussi d'une plus grande collaboration entre plusieurs secteurs de la protection infantile, de la protection

maternelle et de la planification familiale. On peut donc se réjouir de succès de ces procédures, même si la problématique s'est parfois déplacée et que les mesures de prévention ont été contournées, ce qui pose la question de la réactualisation de nos référentiels de services, avec notamment les nouveaux circuits de la protection de l'enfance, mais aussi l'actualisation des informations disponibles sur les populations et les aires culturelles concernées ainsi que sur les outils de communication. »

Le travail de prévention dans les établissements scolaires.

Par Eve Belin, proviseure du lycée Etienne Dolet (Paris, 20^{ème}).

« Le CESC, Comité d'Education à la Santé et la Citoyenneté, est une instance mise en place dans un établissement scolaire pour animer les actions de prévention concernant la santé et la citoyenneté. Dans notre établissement scolaire, au lycée Etienne Dolet, le CESC est animé sous la forme d'une journée pendant laquelle un grand nombre de partenaires sont invités à participer.

Et c'est à l'occasion de cette journée, où nous avons fait **un atelier sur les mariages forcés et un atelier sur les mutilations sexuelles féminines**, que nous avons constaté un nombre inattendu de jeunes qui se sont inscrit-e-s et qui avaient vraiment envie d'en parler.

Je voulais ainsi vous livrer quelques remarques des jeunes, avec leurs propres mots, qui sont en classe de BEP et CAP de carrières sanitaires et sociales et petite enfance ainsi qu'en BAC Pro service de proximité et vie locale. Les motifs invoqués par les élèves pour le choix de ces deux ateliers sont les suivants : « Le sujet m'intéresse, je me sens concerné » ; « j'en ai entendu parler, je voudrais savoir de quoi il s'agit » ; « on en a parlé entre nous » ; « sujet tabou alors pour une fois qu'on en parle » ; « l'attrait du témoignage, je suis curieuse »...

Le GAMS et une femme bénévole sont intervenus. Nous avons réalisé une petite enquête d'opinion : les thèmes abordés ont retenu l'attention des élèves : ils ont apprécié d'abord le témoignage de l'intervenante bénévole, les définitions sur les pratiques des mutilations sexuelles féminines, les conséquences pour les filles (santé, souffrance morale, accouchement...), les explications, même crues, de l'intervenante du GAMS, les luttes engagées pour réduire les pratiques et la loi en France. Ce qu'ils ont le plus apprécié : la parole libre, les réponses sans faux-fuyants, les témoignages et l'action de l'association. Nous avons posé la question aux élèves des retombées qu'elles imaginaient sur leur future vie professionnelle ou personnelle : « une façon différente de voir les gens » ; « l'importance de la liberté et des relations femmes/hommes » ; « évoluer dans ma façon de penser » ; « aider une amie ». Voilà dans quel état d'esprit, nos élèves reçoivent une telle intervention, ce qui nous donne des raisons d'espérer que le changement est à portée de main.

L'infirmière scolaire de notre établissement reçoit des jeunes filles, souvent à l'occasion d'un souci de santé (gynécologique....) ou d'un début de grossesse, et c'est donc **pendant les entretiens avec l'infirmière que certaines abordent le sujet** : parfois elles ont déjà consulté ou elles ne savent pas, elles ont un doute, elles voudraient avoir une confirmation, soit elles viennent de l'apprendre et sont bouleversées ou émues par cette nouvelle. **Les points abordés par l'infirmière ou le médecin scolaire sont les suivants : explications sur l'anatomie et la sexualité, rassurer en terme de culpabilité, évoquer un caractère réversible (une réparation chirurgicale), et dissuader ces jeunes filles de perpétrer cette pratique [sur leurs enfants].** On les encourage aussi à en parler avec leur petit-ami pour favoriser l'entente sexuelle et envisager éventuellement la problématique en cas de grossesse, les préparer à résister aux pressions familiales. Dans ces différents axes, l'infirmière a des ressources personnelles et professionnelles, elle a à sa disposition des documents pédagogiques : les films, les plaquettes... mais elle a surtout la volonté d'aborder le sujet, avec ses compétences professionnelles, dont l'accueil de la parole du jeune, dans une relation de confiance qu'elle instaure dans le temps et au rythme de la demande.

Enfin, il convient également de noter le rôle déterminant de nos partenaires, nous travaillons avec beaucoup d'associations, notamment du 20^e arrondissement. Cette thématique des mutilations sexuelles féminines croise naturellement d'autres violences : violence intrafamiliale, économique, conjugale, sexiste... ».

Anne GUILBERTEAU, coordinatrice Atelier Santé Ville (Paris, 20^{ème}).

« L'Atelier Santé Ville est un outil de la Politique de la Ville, financé par le département de Paris, la DASES et la préfecture (ACSé), qui a le projet ambitieux de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ce projet est assez récent à Paris, les quatre Ateliers Santé Ville des 18^e, 20^e, 13^e et 14^e arrondissements ont vu le jour en 2008-2009, mais il y en a 53 en Ile-de-France qui concernent 64 communes.

Nous avons travaillé en partenariat avec le lycée Etienne Dolet autour de deux actions. La démarche de l'Atelier consiste à élaborer des actions autour de la santé, et surtout de la prévention avec des partenaires locaux qui ne proviennent pas forcément du domaine sanitaire. L'une des plus-values est un diagnostic local partagé par différents acteurs du social, de l'insertion, du domaine sanitaire, institutionnel, associatif... qui concerne à la fois les besoins du territoire et les ressources. C'est dans ce cadre de travail d'identification que nous avons été amenés à travailler autour des déterminants de la santé.

Et il est intéressant de voir que concernant les mutilations sexuelles féminines, notamment l'excision, les déterminants suivants : éducation des parents et « insertion » sociale (connaissance et utilisation des ressources) sont aussi des facteurs d'importance.

Suite au diagnostic local qui a été fait sur le 20^e arrondissement, l'un des axes prioritaire qui a émergé, était la santé des femmes. L'objectif était d'identifier à la fois les freins et les leviers, les comportements favorables ou défavorables à l'accès à la santé des femmes. Dans cette dynamique inter-partenaire, l'Atelier Santé Ville a proposé un **groupe de travail qui a choisi de travailler dans un premier temps sur les rapports de genre** (un concept qui se réfère à la répartition des rôles masculins et féminins dans une société donnée, à un moment donné) comme freins à l'accès à la santé pour les femmes.

L'excision, en inscrivant dans le corps une identité de genre, confine les femmes dans des rôles de mère et d'épouse et participe à la reproduction des rapports sociaux de sexes en tant que rapports de domination.

L'Observatoire de l'Egalité Femmes/Hommes de la Ville de Paris participe à ce groupe de travail sur la santé des femmes. Le 20^e arrondissement est également très impliqué dans cette Grande Cause Nationale [Contre les Violences Faites aux Femmes] : un guide y a été présenté autour des violences conjugales, et ce guide souligne l'importance du travail en réseaux avec des partenaires du domaine social, juridique, sanitaire.

Il est essentiel de sensibiliser les partenaires locaux, les acteurs de terrain : des éducateur-riche-s, des animateur-riche-s, des travailleur-euse-s sociaux, des médiateur-riche-s... des centres sociaux, d'animation, les antennes jeunes, les clubs de prévention etc., afin de développer un maillage local plus fin, avoir une démarche globale de prévention avec un travail de proximité.

Une approche globale, une démarche de prévention, une veille permanente et un travail de proximité à long terme avec les jeunes (filles et garçons), les frères et sœurs, la famille, les pairs sont indispensables. Tout comme la dernière campagne de l'INPES sur la contraception, il ne faut pas oublier de sensibiliser également les garçons. »

Expériences dans les départements franciliens.

Zahoua IDJERI, médiatrice socioculturelle auprès de l'association Femmes-Relais de Bobigny (Seine-Saint-Denis) [représentant Fanta Sangaré, Directrice de l'association].

« Notre association, spécialisée dans la médiation sociale et culturelle, a choisi de s'engager dans le domaine de la prévention des mutilations sexuelles féminines, la directrice de l'association [Fanta Sangaré] ayant vécu cette douloureuse expérience a ainsi décidé à l'âge adulte de s'engager pleinement dans cette lutte.

L'une des actions qu'elle a proposé au sein de l'association est de centrer le travail sur **des interventions que nous organisons auprès de certains établissements scolaires de la ville de Bobigny**, dans l'objectif de sensibiliser les collégiennes et les collégiens sur les pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé mentale et physique des jeunes filles. Nous évoquons donc au cours de ces interventions la question de l'excision, des mariages forcés, de la polygamie... Nous intervenons dans ces établissements depuis la fin des années 1990. Lors de ces interventions, nous utilisons des supports audiovisuels : des cd-rom, des cassettes vidéo... Malheureusement nous nous sommes rendus compte que lors de voyages estivaux, ces pratiques persistent, et les jeunes filles continuent à subir les séquelles et les traumatismes émanant de ces pratiques. Après la diffusion de ces cassettes, nous animons des débats dans les classes, nous donnons des informations pertinentes sur la définition des mutilations sexuelles féminines et sur leurs conséquences néfastes. Nous leur donnons aussi des indications sur les recours possibles à entreprendre en cas d'éventuelles menaces.

En parallèle à ces interventions, nous organisons chaque année avant la période estivale, entre mai et juin, **dans le cadre des Ateliers de Savoirs Sociolinguistiques (ASL), des séances thématiques portant essentiellement sur l'excision**. Ces ASL, anciennement « Ateliers d'Alphabétisation », sont destinés à informer les participantes sur le fonctionnement institutionnel du pays d'accueil pour qu'elles puissent réussir leur insertion sociale. Après la diffusion des films auprès des mères de famille, nous avons pu remarquer qu'il y a des mères qui sont complètement choquées, et d'autres qui savent qu'il est strictement interdit en France de pratiquer l'excision mais qui estiment que c'est une tradition à perpétuer, et en même temps, elles affirment qu'elles ne peuvent rien faire, car une fois arriver dans le pays d'origine, elles disent que « c'est la communauté qui commande ». Donc, de notre côté, nous faisons un rappel à la loi, c'est-à-dire que nous rappelons que l'excision est un crime aux yeux de la loi française, passible de la cour d'assises. Nous les informons également sur les effets néfastes générés par l'excision que ce soit sur les fillettes, les adolescentes ou les femmes adultes : infections, hémorragies, les difficultés d'accouchement, les décès... Après chaque intervention, nous distribuons une plaquette contenant les adresses des associations en France qui militent contre les mutilations sexuelles féminines, telles que le GAMS, la CAMS...ainsi que les contacts des associations qui sont situées dans les pays d'origine.

Par ailleurs, suite à une convention signée avec l'Aide Sociale à l'Enfance depuis 1996, **nous intervenons au domicile des familles en difficulté**, des familles qui proviennent essentiellement d'Afrique Sub-saharienne, et nous sensibilisons chaque membre de la famille par rapport à la question de l'excision, y compris les pères. Nous avons été sollicités par l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) pour sensibiliser les parents après leur condamnation aux Assises.

Par rapport à l'excision, nombreux sont ceux qui considèrent que c'est une question exclusivement féminine, or certains pères sont persuadés que les filles n'ayant pas été excisées ne parviendront jamais à trouver un mari,

et seront considérées comme des femmes « impures ». La question de l'excision concerne tout le monde, les mères et les pères, les grands-parents, les tantes et oncles...etc. Pour conclure, des avancées en termes de lutte contre l'excision ont été réalisées notamment sur les volets législatif et médical, néanmoins cette pratique ancestrale persiste dans certaines familles. »

Adolé ANKRAH, directrice de l'association Femmes Inter Associations Inter Services Migrants - FIA-ISM (Essonne).

« Je vais vous relater notre expérience dans le 91 (Essonne), notamment avec le GAMS, dans le cadre de nos actions de sensibilisation et de prévention. Nous travaillons beaucoup avec des professionnel-le-s : des enseignant-e-s, des infirmier-e-s... Il est important de former les professionnel-le-s pour se mettre d'accord sur des actions et des attitudes communes envers ces pratiques de mutilations sexuelles féminines.

Nous avons organisé [en 2008] **deux journées de formation pour les professionnel-le-s sur les mutilations sexuelles féminines et les mariages forcés**, et beaucoup de questionnements de la part des professionnel-le-s ont montré l'intérêt de cette formation, notamment concernant **l'attitude adéquate à adopter envers les familles, car certain-e-s jeunes peuvent recevoir certains conseils et remarques comme des atteintes à leur famille, leur culture ou leur nationalité d'origine**. On s'en rend compte en discutant avec les enfants que la manière la plus pertinente de lutter contre ces pratiques n'est pas d'aborder la question avec agressivité ou de stigmatiser une culture en particulier, car les familles concernées ont avant tout **besoin d'informations, de soutien, d'écoute et de dialogue**. Il est nécessaire de dépassionner le débat et surtout d'informer les familles afin que la communication s'installe et que les jeunes puissent se confier plus facilement. Le GAMS a notamment beaucoup évolué dans cette perspective.

C'est pourquoi il est important de rappeler qu'il y a d'autres pays, en dehors de l'Afrique Sub-saharienne, où des mutilations sexuelles féminines existent. »

*** Echanges avec la salle ***

Une médecin : « J'ai une question un peu provocatrice : est ce que vous faites un lien entre la circoncision masculine et les mutilations sexuelles féminines ? Je vous demande cela parce qu'il y a quelques temps en consultation, j'ai eu un enfant qui avait été circoncis probablement dans de mauvaises conditions, et c'était épouvantable. Je voudrais savoir quel est votre point de vue sur ce sujet. »

Réponse de Linda WEIL-CURIEL : « Je suis radicalement hostile à la circoncision qui est une atteinte intolérable et extrêmement douloureuse qui a des conséquences sur le corps de l'enfant, mais les recours sont plus difficiles car il n'y a pas de mutilation médicalement reconnue car l'organe continue de fonctionner, à la différence de l'excision. »

Mr Chabal, Président de l'association Femmes-Relais du 20^e arrondissement de Paris : « J'aimerais rebondir sur l'intervention du Docteur Delour dans la mesure où notre association travaille sur les violences faites aux femmes, sur l'excision... Nous sommes engagés, depuis de nombreuses années, dans des actions avec les PMI, et je pense que la présence des femmes-relais/médiatrices voulue et souhaitée par nos collègues des PMI permettrait d'échanger sur ce thème, notamment pour que le dialogue puisse se faire dans la langue du pays d'origine des familles concernées. Sur un autre point, la question de chirurgie réparatrice est abordée de manière allusive, pourquoi vous n'en parlez pas plus précisément ? »

Réponse de Jocelyne Mongellaz, Déléguée régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France : « Nous n'avons pas prévu d'aborder le sujet de manière plus complète, parce que cette question mériterait, nous en avons débattu dans le groupe de travail, une demi-journée à part entière avec des médecins et des personnes appartenant au corps médical. Et ceci est prévu dans nos perspectives l'année à venir. »



PARTIE 3 : LA MISE EN RESEAU DES INITIATIVES D'ICI ET D'AILLEURS

Repères sur la mise en réseau.

Aurélie LATOURES, chargée de mission « droits personnels et sociaux » à la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France.

« Nous avons choisi de nous interroger sur la mise en réseau des initiatives en France et à l'étranger, car la question des mutilations sexuelles féminines est **un problème qui dépasse les frontières nationales**. Comme nous l'avons vu des populations concernées entretiennent des liens étroits avec leur famille en France, en Europe, en Afrique... L'interdiction en France ne s'est pas nécessairement accompagnée de changements au niveau global, et on observe aujourd'hui un déplacement hors-frontière de la problématique où, comme le montre l'étude « Excision et Handicap » de l'INED, le risque demeure important notamment lors d'un retour au pays d'origine pendant les vacances. D'où la nécessité d'une vigilance particulière par rapport aux jeunes filles qui risquent d'être excisée dans le pays d'origine. Il semble ainsi important d'inclure dans cette réflexion une **approche globale de la lutte contre mutilations sexuelles féminines qui soit cohérente dans les actions mises en place entre le Nord et le Sud**.

Cela peut prendre des formes diverses. Il s'agit de **favoriser une mutualisation des stratégies mises en place d'un pays à l'autre, repérer les acteur-ric-e-s institutionnel-le-s et associatif-ve-s qui peuvent être des relais ici et ailleurs, harmoniser les politiques européennes et informer les migrant-e-s** qui sont installé-e-s depuis longtemps en France sur les évolutions et les mobilisations qui ont pu avoir lieu dans leur pays d'origine à propos des mutilations sexuelles féminines.

Nous donc choisi de présenter trois pistes de réflexion sur cet axe de mise en réseau d'ici et ailleurs : à travers une **mutualisation des stratégies au niveau international**, une **réflexion sur l'importance de développer une bonne connaissance aussi ici des mobilisations sociales et politiques qui ont lieu dans les pays d'origine**, et notamment prendre en compte les mouvements d'abandon des mutilations sexuelles féminines qui se développent dans certaines régions d'Afrique comme argument pour encourager l'abandon de cette pratique ici. En effet, il s'agit de faire de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, non pas un combat d'une culture contre une autre mais la promotion de valeurs universelles concernant l'intégrité et la santé des femmes quelques soient leurs origines. Enfin, nous verrons les exemples de **quelques expériences au niveau européen et international dans cette perspective, notamment avec Tostan et le GAMS**. »

Comment s'inspirer des « bonnes pratiques » identifiées au niveau international pour l'abandon de la pratique des mutilations sexuelles féminines ?

Par Gabriella DE VITA, consultante, ancienne fonctionnaire de l'UNICEF.

« Je vais vous exposer les grandes lignes des actions au niveau international sur les cinq dernières années. Les Nations Unies ont une position sur les « mutilations génitales féminines/excision »⁵: une première résolution en 2001 a été émise précisément sur les pratiques traditionnelles néfastes, et en particulier sur les mutilations sexuelles féminines.⁶ **Selon le rapport du Secrétaire Général des Nations Unies d'octobre 2009,⁷ « les mutilations génitales et sexuelles féminines sont considérées comme des pratiques nuisibles et une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes. Cette pratique est le reflet d'une discrimination profonde à l'encontre des filles et des femmes enracinée dans une culture sociale, économique et politique ».**

Le 27 février 2008, à New-York, une Déclaration inter-institutions sur l'élimination des mutilations génitales féminines a été lancée aux Nations Unies et signées par dix agences des Nations Unies.⁸ Cette déclaration donne une esquisse des grandes stratégies que l'on pourrait employer au niveau international pour l'abandon de l'excision, et propose aussi un objectif international : **parvenir à l'abandon total des mutilations sexuelles féminines en une génération**. Une génération représente une période de 23 à 25 ans en Afrique Sub-saharienne. Nous savons que dans certains pays africains, il est possible d'arriver à l'abandon de l'excision avant 2015.

Je vous rapporte également ici l'étude de l'OMS « Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical »⁹ qui montre que **les femmes qui ont subi une mutilation génitale ont une probabilité nettement plus élevée de complications obstétricales** (césariennes, hémorragies post-partum, allongement des temps d'hospitalisation...), par rapport à celles qui n'en ont pas subi. Concernant les effets sur les nouveau-nés, on observe **22% de décès périnataux d'enfants nés de femmes ayant subi des mutilations sexuelles**.

La prévalence des mutilations sexuelles féminines ne se localise pas nationalement, car **le déterminant majeur pour les mutilations est l'appartenance à une certaine ethnie**. On observe deux grandes zones de forte prévalence (de 80%) qui ne sont pas liées aux frontières étatiques ; en Afrique de l'Ouest : le sud du Mali, le sud de la Mauritanie, la Guinée, une petite partie du Sénégal, certaines régions du Burkina. En Afrique de l'Est, la zone de prévalence (entre 75 et 90%) se trouve en Egypte, dans le nord du Soudan, en Erythrée, en Somalie, dans une région de l'Ethiopie, et dans la région somalienne du Kenya. Dans les régions où l'on constate une

⁵ Terminologie retenue par l'UNICEF notamment, et diverses agences des Nations Unies, en français (en anglais « *female genital mutilation/cutting* »)

⁶ Résolution A/RES/56/128 (19 Décembre 2001) sur les pratiques traditionnelles ou coutumes affectant la santé des femmes et des filles. La plus récente résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la question date de 2007 (A/RES/62/140 of 18 Décembre 2007).

⁷ Rapport du SG des Nations Unies d'octobre 2009 sur « *La situation des petites filles dans le monde* ».

⁸ *Eliminer les Mutilations Sexuelles Féminines* : Déclaration inter-institutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, 2008.

⁹ *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical* Étude prospective concertée dans six pays africains OMS, 2006

moindre prévalence, il faut savoir qu'à l'intérieur d'une même région des groupes de population pratiquent l'excision alors que d'autres pas du tout. Mais dans le cas des groupes qui les perpétuent, l'excision concerne la totalité des petites filles du groupe.

Parmi les femmes excisées qui ont une fille, un nombre de plus en plus important ne soutient plus cette pratique. Par exemple, en Erythrée, nous avons une prévalence de plus de 80%, mais seulement 51% de mères soutiennent cette pratique.

La pratique est également présente en **Indonésie**, où le Ministère de la santé a récemment émis un décret qui interdit l'excision dans les hôpitaux. Elle se pratique également en Malaisie. Nous n'avons pas de chiffres car les grandes enquêtes de démographie et de santé n'ont pas pris en compte les mutilations sexuelles féminines dans ce pays. Mais nous savons que cette pratique existe, et que dans certaines régions la prévalence est très élevée. On observe aussi une incidence limitée en **Jordanie**, **Oman**, en **République islamique d'Iran**, dans les **territoires palestiniens occupés** (Gaza) ainsi que dans certaines communautés **Kurdes d'Irak**. Dans ces régions, la prévalence se situe autour de 60 %. Un groupe de religion musulmane, les Borah, pratique les mutilations sexuelles féminines dans la région de Bombay en **Inde**. La pratique s'est aussi répandue au sein des populations immigrées provenant des pays de prévalence, aux **USA**, **Canada**, **Europe**, **Australie** et en **Nouvelle Zélande**.

Il est désormais largement reconnu que les mutilations sexuelles féminines fonctionnent comme une convention ou une norme sociale auto-imposée. En raison de la pression sociale (honte, exclusion sociale...), **un individu seul ne peut décider d'abandonner cette pratique. Les sanctions sociales sont très fortes. L'abandon de la pratique à grande échelle nécessite une approche collective de l'abandon.** Cette approche est reconnue par la Déclaration inter-institutions des Nations Unies (2008) : du fait de la nature conventionnelle des mutilations sexuelles féminines, l'abandon doit se faire de manière collective et coordonnée. Les choix doivent se faire aux yeux de toutes et tous, idéalement à travers un engagement public. L'exemple du bandage des pieds des petites filles en Chine montre que cette pratique handicapante fut abandonnée par une stratégie de délibérations publiques successives.

Dans un groupe (social) où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées, si une famille veut mettre fin à cette pratique, elle sera confrontée à la pression sociale du groupe. **Les mutilations sexuelles sont une pratique sociale qui constitue une pré-condition au mariage des jeunes filles. Dans ces sociétés, la jeune fille qui n'est pas excisée est considérée comme impure, elle sera ostracisée, et elle ne pourra pas se marier.** La menace d'exclusion du groupe (par l'impossibilité de se marier) apparaît ainsi comme plus grave selon les parents que la mutilation, nocive pour la santé des filles. C'est pour cela que la pratique est si importante, et que l'abandon doit se faire collectivement. Les mouvements d'abandon que l'on observe dans plusieurs zones se développent groupe par groupe, d'abord au sein des communautés qui se marient entre elles, en se diffusant comme une boule de neige d'un groupe à l'autre. L'exemple du film « *L'appel de Diégoune* », montre l'efficacité de la décision collective d'abandon de la communauté.

De la même manière, des normes sociales fonctionnant à l'identique sont à l'origine d'autres discriminations envers les femmes. L'inégalité basée sur le genre est en effet très souvent sanctionnée par des normes sociales qui s'« auto-imposent ». Pour d'autres discriminations comme les crimes dit « d'honneurs », le système de dote, les mariages forcés... la stratégie d'abandon collectif et coordonné est donc applicable.

L'expérience nous montre que les programmes d'éducation informelle qui ciblent toute la communauté et qui amènent des concepts de droits fondamentaux et de responsabilité, provoquent des moments de réflexion favorisant le changement collectif de mentalités et de comportements. »

L'engagement des communautés ailleurs. Projection d'extraits du film « L'appel de Diégoune » (Tostan/Respect)

Introduction par Seydou NIANG, animateur à Tostan France.

« Je tiens à rappeler que ce débat n'est pas seulement féminin, mais il concerne tout le monde. Je viens d'une famille où toutes les femmes ont été excisées, à l'intérieur d'une ethnie qui pratique l'excision, et qui a heureusement compris, grâce aux associations (dont Tostan), l'importance de la sensibilisation.

Nous allons voir les extraits du film qui s'appelle « *L'appel de Diégoune* », qui a été tourné entre mai et octobre 2008 dans un village, Diégoune, au Sud du Sénégal, dans la région de la Casamance. Le film représente le processus du programme d'éducation que l'ONG Tostan a mis en œuvre au sein de la communauté Diola. Nous allons donc voir la stratégie utilisée par village pour réussir à déclarer publiquement l'abandon de l'excision. Ce film a été conçu à la demande de la population Diola de ce village, après avoir compris, analysé et pris une décision commune à partir du programme [de Tostan], et qui a voulu s'adresser aux autres membres de la communauté Diola, et au-delà.

Aujourd'hui le film est devenu un outil pédagogique qui permet d'aborder la thématique de l'excision, de manière sensible et respectueuse, sans braquer les gens qui écoutent et qui y participent. Des projections ont été organisées en Casamance en 2009 et 2010, qui étaient à chaque fois suivies de débats. Les évaluations montrent que les personnes ont apprécié cette initiative, et qu'elle a permis aux populations de s'impliquer davantage dans le processus d'abandon de l'excision dans cette zone du Sénégal.

L'Unicef, Tostan, et le gouvernement du Sénégal pensent ainsi que les Diola pourrait être la première ethnie, grâce à cette stratégie et à ce film, à abandonner définitivement l'excision au niveau du Sénégal. »

**** Projection d'extraits du film ****

"L'appel de Diégoune" (Tostan/ Respect) :

Film documentaire de 45 minutes.

Consultable directement en suivant le lien suivant :

<http://www.tostanfrance.com/l-appel-de-diegoune/nos-campagnes-pour-tostan/lappel-de-diegoune.html>

(Version française)

La complémentarité des actions en France, en Europe et en Afrique

Sabine PANET, coordinatrice de Tostan en France.

«Tostan est un mot wolof qui signifie « éclosion » dans sens de la diffusion et du partage. C'est une vision du développement qui vient de l'intérieur qui est née des réflexions des années 1970-80 à Dakar, et inspiré par Cheikh Anta Diop, historien et anthropologue sénégalais, qui pensait que pour le développement, il fallait des solutions qui ne soient pas imposées de l'extérieur mais qui viennent de l'intérieur, du cœur de la communauté.

Nous sommes une ONG internationale, depuis 1991, basée à Dakar, au Sénégal. Nous intervenons en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est. Nous mettons en **œuvre un programme de renforcement des capacités communautaires qui dure 3 ans. Il s'agit d'une méthode appelée « empowerment »**, c'est-à-dire un processus de renforcement des capacités, d'autonomisation des populations, qui passe par une éducation non-formelle à la fois pour les individus et pour les communautés dans leur ensemble - pour adultes qui va de l'apprentissage des droits humains de la démocratie au calcul, à la gestion, à l'alphabétisation, de manière collective. Nous travaillons toujours dans plusieurs villages, en milieu rural principalement, qui ont du sens les uns pour les autres, des villages qui sont influents et qui sont des relais dans un maillage social qui a du sens pour les communautés. Nous avons une philosophie très respectueuse qui part du principe que **l'héritage culturel n'est pas un obstacle, et peut être au contraire un outil pour le développement**, comme le montre le film « *L'appel de Diégoune* », où l'on peut voir comment les personnes sont fières de leur culture. Cette approche et toutes les spécificités du programme ont mené à un mouvement massif, en particulier au Sénégal, en faveur de l'abandon de l'excision, qui n'était pas un objectif initial du programme mais qui est venu comme un impact de ce programme de renforcement des capacités communautaires. Le premier village au Sénégal qui a abandonné publiquement l'excision s'appelle Malicounda Bambara. Aujourd'hui, au Sénégal, **4121 villages et plus de 300 villages en Guinée et en Gambie, qui ont participé au programme, ont déclaré avoir abandonné l'excision.**

On a reconnu maintenant au niveau international l'excision comme une convention sociale, comme l'a rappelé Mme De Vita [cf. *supra*], et que l'abandon de l'excision à grande échelle est l'aboutissement d'un processus d'évolution sociale positive. **L'importance du collectif dans les mécanismes qui soutiennent l'abandon ont bien été soulignés dans ce film, ce modèle - qui passe à la fois par le renforcement des capacités, l'éducation aux droits humains, le partage organisé à travers tous les réseaux sociaux qui permettent ensuite l'abandon collectif, public et simultané- a été évalué, et cela fonctionne.** Il y eu, entre autres, une évaluation du programme de Tostan à long terme, 10 ans après sa mise en œuvre, pour mesurer les abandons et les résistances. Nous sommes rendus compte que dans les zones qui ont été évaluées quantitativement, il y a des taux d'abandon de l'excision qui vont jusqu'à 77 % au Sénégal. Nous savons donc que c'est un modèle qui marche, en Ethiopie avec le KMG (association de défense des droits des femmes en Ethiopie), au Soudan...et dans d'autres pays. Le gouvernement du Sénégal va bientôt annoncer son nouveau plan d'action dans lequel il s'engage à accélérer pour l'abandon de l'excision avec la conviction que cela va être possible en moins d'une génération. Je rappelle que la pratique du bandage des pieds des femmes en Chine, qui a perduré pendant plus de 1000 ans, a été abandonnée en moins d'une génération. L'optimisme est donc tout à fait possible. Je voulais donc d'abord souligner **l'importance de la prise en compte des réalités sociales et culturelles dans la réussite de ce programme** pour montrer qu'il y a également des **résistances**, qui sont entre autres à l'origine de la création de ce bureau en France.

Ce dont nous nous sommes rendus compte au Sénégal, c'est que les ressortissant-e-s des communautés avec lesquelles nous travaillons peuvent constituer, dans d'autres pays Africains ou en Europe, parfois une force conservatrice, quand elles/ils sont mal informé-e-s de l'évolution des pratiques traditionnelles dans leur pays d'origine, quand elles/ils sont peu sensibilisé-e-s aux questions de droits humains et de santé. **Les membres de la diaspora peuvent alors freiner le changement qui est en train de survenir en Afrique,** car ils n'avaient pas été inclus dans le dialogue intra-communautaire qui avait conduit à la construction du consensus en faveur de l'abandon de l'excision, dans ces grandes discussions soulevées par l'apprentissage des droits humains et par la réflexion critique sur la justice sociale, la place des femmes dans la communauté... En outre, dans les situations où le processus d'intégration est difficile, les communautés en situation de migrations peuvent avoir tendance à se replier sur elles-mêmes, et appliquer parfois de manière plus stricte leurs pratiques culturelles. Dans ce cas, la préservation de ce qui est devenu de l'ordre de l'identité est en fait utilisée pour marquer aussi une différence avec la société d'accueil, surtout quand les sociétés d'accueil ont des normes sociales très différentes. Au Sénégal, du fait du prestige social dont les migrant-e-s bénéficient au sein de leur communauté et du fait de l'importance de leur contribution à la vie de leur communauté, nous avons dû prendre en compte l'impact négatif potentiel de la diaspora sur le processus d'abandon de l'excision.

Mais, nous nous sommes rendus compte, dans un même temps, que les **migrant-e-s peuvent constituer des vecteurs extrêmement puissants de changement social**, de nombreuses associations de la diaspora sont très impliquées en faveur de l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes. L'influence positive de la diaspora peut aussi permettre le dialogue sur les pratiques au sein de leur communauté.

Les communautés, où Tostan a développé son programme, invoquent de plus en plus la nécessité d'inclure leur diaspora dans les décisions et dans les actions qui sont prises au niveau communautaire. Nous avons ouvert il y a deux ans un bureau à Paris pour répondre à ce besoin d'inclure la diaspora dans les actions qui sont menées en Afrique. C'est une étape indispensable du dialogue pour l'amélioration de la santé des femmes et des filles en Afrique. Nous avons pris conscience que nous ne pouvions pas faire l'économie du travail d'implication de la diaspora des zones avec lesquelles nous travaillons en Afrique.

Avec notre expérience, nous pouvons donc **mettre à disposition de toutes les organisations qui travaillent ici en France nos réseaux communautaires**. Il y a beaucoup de zones, particulièrement au Sénégal mais aussi dans d'autres pays, où l'excision a été majoritairement abandonnée par la population, la norme a changé publiquement. Ce sont ces communautés là qui sont les plus qualifiées pour faire respecter la norme qu'elles-mêmes ont décidé d'établir à présent. Dans les cas (occasionnels) où nous avons été confrontés à des demandes de la part de professionnel-le-s qui sont en France et qui sont face des risques d'excision : si nous pouvons connaître la région, le village d'origine des familles, et nous savons que c'est là que tout se passe et que c'est là les choses vont se régler. Si nous avons le nom du village, de la communauté rurale, du département, de la région, et si nous avons des relais locaux au niveau des communautés ou des responsables de Tostan dans le cadre de villages où la norme a changé, où les communautés ont pris elles-mêmes la décision d'abandonner la pratique, alors nous pouvons transmettre l'information aux communautés et au comité de pilotage de surveillance de cette nouvelle norme de non-excision qui elles-mêmes font le travail de sensibilisation de la famille et du village dont vient la jeune fille. Il y a beaucoup d'expériences positives d'abandon des mutilations sexuelles féminines en Afrique, et ces exemples peuvent nous aider ici dans des situations difficiles où l'on préfère privilégier **le dialogue et la négociation**. »

Isabelle GILLETTE-FAYE, sociologue et directrice de la Fédération nationale GAMS :

« Nous avons eu effectivement à protéger de façon transnationale des enfants qui pouvaient partir en Afrique. Il y a notamment le **Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants** qui a été créé en 1984 à Dakar, et le GAMS l'un des cofondateurs de ce comité africain. Ce comité a 28 relais dans 28 pays africains et des antennes au niveau européen, et en Australie, Canada, Etats-Unis.

Il y a également deux **réseaux européens (Euronet FGM et celui initié par Amnesty international Irlande)** qui réunissent toutes les associations œuvrant pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines, en Europe.

Nous pouvons donc assurer, lorsque c'est possible, la **protection transnationale des jeunes filles** avec des difficultés non-négligeables. Nos collègues des comités nationaux ont peu de moyens, nous sommes dans des pays dont on connaît mal les problèmes d'électricité, d'internet ou d'autres moyens matériels du quotidien. L'été dernier, nous nous sommes constitués en caravane internationale de femmes et d'hommes pour se rendre dans les régions d'origine des migrant-e-s qui sont majoritaires en France, côté malien, avec des conditions difficiles de transports...Tout ça pour vous dire que nos collègues travaillent sur place dans des conditions très difficiles. Donc parfois, nous n'avons pas la réactivité souhaitable, et c'est pour ça que la prévention, qui peut être faite *avant*, est importante.

A l'occasion du 6 février, journée internationale de lutte contre les mutilations sexuelles féminines depuis 2003¹⁰, il va y avoir dans 15 pays européens des actions identiques à celle-ci, de manière à montrer l'engagement qu'il y a à avoir au niveau des Etats par rapport à cette thématique. La France, dans ce domaine, est d'ailleurs très en avance par rapport aux autres pays européens.

Un deuxième problème apparaît désormais : régulièrement nous avons de cas de petites filles qui partent en Grande-Bretagne, en Belgique, au Portugal, en Espagne, en Italie...pour y être excisées. Dans ce cas, la petite fille qui part dans le village d'origine où Tostan a mis en place son programme est moins en danger que celle qui **part dans d'autres pays européens moins vigilants et où il y a moins de procès sur cette question qu'en France**. Nous sommes amenés à travailler de plus en plus à l'échelle européenne, et l'on s'aperçoit que malheureusement il y a des difficultés très importantes. Nous espérons ainsi une collaboration avec EUROPOL (Office européen de police) et EUROJUST (Agence européenne pour la coopération judiciaire entre les Etats), afin qu'il y ait une coopération européenne au niveau de la justice sur cette question.

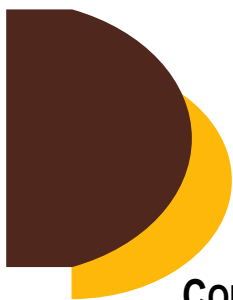
Enfin, lors du séminaire organisé par FIA-ISM (Femmes Inter Associations - Inter Service Migrants) dans l'Essonne dont il a été fait mention précédemment [cf. *supra*], une étudiante originaire du Val-de-Marne est venue me voir et m'a raconté son histoire, et elle m'a dit « Je me rends compte que même aujourd'hui en fonction de l'endroit où l'on est né sur le territoire français, on n'en parle pas de la même manière ou l'on n'en parle pas ». D'où l'importance du **travail de sensibilisation qui est effectué dans les lycées** car plus nous étendrons ce type d'initiative et plus les filles et les garçons auront des espaces où ils pourront discuter de cette question. »

¹⁰ Proposition du Comité Inter-africain retenue par l'ONU.

*** Echanges avec la salle ***

Une participante : « Je suis du Val de Marne, et je trouve que ces actions n'ont pas un grand retentissement dans mon département, or nous avons de fortes communautés sénégalaises, maliennes... Nous avons des réunions entre femmes, mais ces problèmes là ne sont jamais abordés. L'exemple donc de cette jeune fille sur les inégalités de territoire est une réalité. Nous avons surtout parlé du 93, mais le 94 n'était pas cité. Malgré notre travail sur les droits des femmes, le problème de l'excision et de l'infibulation dans Val de Marne n'est pas abordé. Et c'est vrai que nous devons donc faire un travail de coopération entre les départements, inter-banlieue. Et où peut-on trouver le film ? »

Réponse de Sabine Panet : « Pour répondre à la question où se trouve le film, il est disponible sur internet, et pour avoir une copie dvd il faut m'envoyer un mail. »



CONCLUSION.

Par Jocelyne MONGELLAZ, Déléguée Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France.

« Je tiens à remercier l'ensemble des intervenant-e-s de cet après-midi, pour vos exposés et les échanges riches d'enseignement qui nous ont permis de développer une meilleure connaissance du phénomène, de mettre en évidence les changements dans la pratique, la nécessité de rendre effective la répression de ces pratiques et de **poursuivre la prévention en renforçant et en développant de nouvelles actions et aussi la nécessité d'avoir une appréhension de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines qui soit conjointe dans les pays du Nord et du Sud.**

Les mutilations sexuelles féminines constituent une forme de violence sexuelle extrême qui porte gravement atteinte à l'intégrité physique et à la dignité des femmes. Le respect de la dignité de la personne qui inclut l'intégrité physique impose de combattre toutes les formes de violences sans exclusion. Ni la tradition, ni la coutume ne peuvent justifier une telle remise en cause des droits fondamentaux.

Comme l'a rappelé Madame Ménager, en ouverture de cette journée, le Gouvernement a fait de la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes une priorité, qu'il s'agisse des violences conjugales, des agressions sexuelles, des violences psychologiques, des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés.

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics s'emploient à combattre avec force les violences faites aux femmes, notamment à travers la mise en place de plans triennaux. Le dernier Plan triennal (2008-2010) inclut la prévention des mutilations sexuelles féminines comme violence spécifique, et met l'accent sur la prévention, la formation des professionnel-le-s, la répression de ces pratiques. La priorité sur les mutilations sexuelles a été mise en 2009 dans la campagne de communication accompagnant ce plan, lancée par la Secrétaire d'Etat à la Solidarité avec l'édition d'une nouvelle brochure intitulée « Combattre l'excision ». Le site Internet gouvernemental dédié aux violences faites aux femmes, « Stop-violences.femmes.gouv.fr » du Ministère du Travail, intègre cette forme de violence. Suite à la mobilisation des associations, le Premier Ministre a annoncé le 25 novembre dernier que la « Grande Cause Nationale 2010 » serait bien la lutte contre les violences faites aux femmes. A cette occasion une nouvelle impulsion a été donnée au plan de lutte 2008-2010. Concernant la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des victimes de nouvelles formations seront développées auprès des professionnel-le-s (de la santé, de la plateforme du 39 19...). Le « Guide de l'égalité entre les femmes et les hommes issus de l'immigration » qui accorde une place toute particulière à cette question sera diffusé aux familles primo arrivantes.

Ce n'est qu'en conjuguant nos efforts, en développant un partenariat constructif que nous réussirons à protéger les fillettes, les jeunes filles et les femmes exposées à ces violences. C'est ce qu'il ressort de cet après-midi de réflexion. Ce travail interministériel est au cœur du plan triennal pour une meilleure cohérence des interventions.

Ce n'est que par une **prise en charge globale et des réponses adaptées aux besoins et aux attentes que nous réussirons à éradiquer ces violences**. Au niveau local cette action interministérielle est conduite au sein des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes qui réunissent l'ensemble des partenaires concerné-e-s, et plus particulièrement dans les sous commissions thématiques.

Au cours de notre après-midi, un certain nombre d'initiatives ont été valorisées et en cette année où la lutte contre les violences faites aux femmes est une Grande Cause Nationale nous nous devons d'agir avec détermination pour assurer aux fillettes et aux femmes le respect de leur intégrité physique, sexuelle, et psychique.

C'est pourquoi la Délégation régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité, avec ses partenaires se proposent de poursuivre en 2010 le comité de pilotage régional afin de renforcer la réflexion et dégager des modalités d'action concrètes. Parmi les axes de travail identifiés figurent : (1) la réalisation d'un guide à destination des professionnel-le-s comprenant des éléments de connaissance (chiffres – données socioculturelles de base), des repères en termes de signalement de répression pénale et de prévention (outils, contacts...) ; (2) la réactualisation de la plaquette régionale « Agir contre les mutilations sexuelles féminines » qui viendrait en complément du guide des professionnel-le-s ; (3) la production d'une affiche ; (4) la mise à jour d'un site internet répertoriant toutes les informations, les ressources et les contacts pour les professionnel-le-s concerné-e-s.

Et d'ores et déjà, nous vous proposons de **pérenniser au niveau régional, chaque année à l'occasion de la journée internationale de lutte contre l'excision une demi journée (ou une journée) de mobilisation, d'information et de formation** de ce type, comme cela se fait d'ailleurs en Seine-Saint-Denis.

Les échanges de cet après midi ont montré qu'il reste beaucoup à faire dans le cadre du repérage des mutilations sexuelles féminines, en pratique médicale courante notamment, plus spécialement par les gynécologues obstétricien-ne-s et les sages femmes. Aussi le comité de pilotage se propose de travailler sur un programme d'action qui pourrait être intégré au programme régional de santé.

Je remercie enfin l'ensemble des participant-e-s présent-e-s aujourd'hui qui se sont mobilisé-e-s. C'est toutes et tous ensemble que nous arriverons à progresser dans la réponse à apporter à ces violences spécifiques. »



3. Bibliographie et liens utiles

A. DES OUTILS DE PREVENTION

- **Une plaquette régionale d'information et prévention** (en cours d'actualisation 2010).

« **Agir face aux mutilations sexuelles féminines** ». Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France.

<http://www.idf.pref.gouv.fr/actu/breves/2010/prevention-mutilations-sexuelles.html>

- **Une plaquette nationale d'information et prévention (2009)**

« **Combattre l'excision** » (2009). Disponible en ligne sur le site du Service des Droits des Femmes et à l'Egalité.

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_combattre_l_excision-2-2.pdf

- **Des guides :**

Guide « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines ». Direction Générale de la Santé, 2008
[Disponible en ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/documentation,1654.html>]

Guide pratique « Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes », Guide pratique protection de l'enfance, Ministère de la Santé. [Disponible en ligne : travail-solidarite.gouv.fr/documentation-publications-videotheque/editions-du-ministere/coeditions-avec-documentation-francaise/collection-5-guides-pratique-protection-enfance.html]

Guide COMEDE « Prise en charge médico-psychosociale des migrants/étrangers en situation précaire »:
[Disponible en ligne : http://www.inpes.sante.fr/guide_comede ou : www.lequideducomede.org (page 275 et suivantes)]

CD-ROM « Mutilations Sexuelles Féminines : Agir, Prévenir, Accompagner et Réparer ... Pour en finir ». (Supports pédagogiques) Gynécologie Sans Frontière, 2008. A commander en remplissant le bon suivant :
<http://www.gynsf.org/MSF/CDROM.pdf>

- **Des vidéos et documents pour des séances de prévention :**

«Femmes assises sous le couteau ». Manuel destiné à l'animation de réunions ayant pour thème la prévention des mutilations sexuelles féminines », GAMS (extraits prochainement disponibles en ligne sur le site de la Fédération nationale GAMS : <http://www.federationgams.org/>)

« Femmes assises sous le couteau », film documentaire, disponible à l'achat en DVD sur <http://www.cine3mondes.com> en partenariat avec le GAMS.

"L'appel de Diégoune" (Tostan/ Respect) : film documentaire de 45 minutes.
<http://www.tostanfrance.com/l-appel-de-diegoune/nos-campagnes-pour-tostan/lappel-de-diegoune.html> (version française)

« Le pari de Bintou », film de 17 minutes, CAMS

"Moolaade" 2004, Film de Ousmane Sembene, Prix "Un certain regard" Festival de Cannes, avec Fatoumata Coulibaly, Maïmouna Héléne Diarra , Sénégal, 2002 117 min . Disponible à l'achat sur : <http://www.boutique.amnesty.fr/librairie/dvd-moolade.html>

"Bilakoro", film documentaire de Johanna Bedeau, Château Rouge Production, 52 min.

« Nos filles ne seront pas excisées », ouvrage collectif, GAMS, 2006.

« Le pacte d'AWA. Pour en finir avec les mutilations sexuelles », A. Boussuge et E. Thiébaut, Syros, 2006.

B. DES DONNES SUR LA PRATIQUE EN FRANCE

« Les mutilations sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Excision et handicap » Fiche d'Actualité décembre 2009, INED, fiche 10. [Disponible en ligne sur : http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite/mutilations_sexuelles_feminines_france/]

« Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », Populations et sociétés, n° 438, 2007. [Disponible en ligne sur http://www.ined.fr/fr/publications/pop_soc/bdd/publication/1333/]

C. DISPOSITIFS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Article 14 de la loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. Une fiche récapitulative rédigée par le Service des Droits des Femmes et à l'Egalité, Disponible en ligne sur : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_loi_mutilations.pdf

Circulaire N° 2006/529 du 13 décembre 2006 : Formation des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dans le cadre de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_MS_F_SF_PM.pdf

Circulaire N° 2007/98 du 8 mars 2007 : Formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_formation_medicale_mutilations_sexuelles.pdf

D. DES TEXTES DE REFERENCES INTERNATIONAUX

La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle dispose dans son article 24 que : "Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants". Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains, comme le Bénin ou le Mali.

La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984. Elle dispose dans son article 2 que : "Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes."

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Elle dispose dans son article 4 que : "La personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit". Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte.

La Charte Africaine des droits et du bien être de l'enfant. Elle dispose, dans son article 21.1, que : " Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier : a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ; b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons. "

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, ou Protocole de Maputo, adopté le 11 juillet 2003, lors du second sommet de l'Union africaine à Maputo, au Mozambique.(Disponible en ligne :

http://genre.francophonie.org/IMG/pdf/PROTOCOLEALACHARTEAFRICAINEDESDROITSDEL_HOMMEETDES_PEUPLESRELATIFAUXDROITSDESFEMMES.pdf)

- **Des déclarations internationales et rapports internationaux récents :**

Eliminer les Mutilations Sexuelles Féminines : Déclaration Interinstitutions (HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, 2008)

Disponible en ligne sur http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/fgm/fgm_statement_2008_fr.pdf

Rapport «La situation des petites filles dans le monde» du Secrétaire Général des Nations Unies (octobre 2010) Disponible en ligne sur :

<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ac9ac712>

- **Evaluations des programmes mis en œuvre (Afrique) :**

Stratégie Coordonnée pour l'Abandon de l'Excision/Mutilation Génitale Féminine en l'Espace d'une Génération (UNICEF)

Disponible en ligne sur

http://www.childinfo.org/files/fgmc_Coordinated_Strategy_to_Abandon_FGMC_in_One_Generation_fren.pdf

L'Abandon des Mutilations Génitales Féminines et de l'Excision (Population Reference Bureau)

Disponible en ligne sur http://www.prb.org/pdf07/FGM-C_Report_FR.pdf

Changer une Convention Sociale Néfaste : La Pratique de l'Excision/Mutilation Génitale Féminine (UNICEF Innocenti Research Centre - 2005)

Disponible en ligne sur http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_fr.pdf

Evaluation à Long Terme du Programme de Tostan au Sénégal : Régions de Kolda, Thiès et Fatick (UNICEF, Macro International et Population Council, Septembre 2008)

Disponible en ligne sur http://www.childinfo.org/files/fgmc_tostan_fr.pdf

E. POUR ALLER PLUS LOIN. QUELQUES TEXTES POUR REFLECHIR, ET DES ETUDES POUR APPROFONDIR

- **Les rapports des enquêtes qualitative et quantitative « Excision et Handicap » en France,**
(Disponible en intégralité en ligne :

<http://www.univ-paris1.fr/ufr/idup-institut-de-demographie-de-luniversite-paris-1/cridup/projets-de-recherche/enquete-exh-excision-et-handicap/>

- **Des données comparées sur la prévalence à l'échelle internationale,**

Voir le document de l'UNICEF 2005 (en anglais) :

Female Genital Mutilation/Cutting : A Statistical Exploration

http://www.childinfo.org/files/fgmc_U83FGM_9_web_Finalversionprinted.pdf

Voir le site ressources de l'UNICEF « Child Info », et notamment la page suivante pour les données en Afrique:

http://www.childinfo.org/fqmc_tables.php

Les données des enquêtes démographiques (EDS et MICS) en Afrique de l'Ouest et Centrale, accessibles depuis le site UNICEF Afrique de l'Ouest et du Centre

http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2413.html

- **Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical. Étude prospective concertée dans six pays africains OMS, 2006** (Disponible en ligne : http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/index.html)
- **Abandon Collectif de l'Excision: Le Début de la Fin** (Gerry Mackie, 2000)

Disponible en ligne sur http://www.tostanfrance.com/images/stories/ressources/mackie_fr_2000.pdf

- **Persécutions des femmes. Savoirs, mobilisations et protections**, Terra / Editions du Croquant, 2007. Quelques articles en ligne sur le site Terra : <http://www.reseau-terra.eu/rubrique102.html7>

- **Des ouvrages, des témoignages :**

La coupure : l'excision ou les identités douloureuses, Christine Bellas Cabane, La Dispute, 2008.

Exciseuse, Natacha Henry. Linda Weil-Curiel. Entretien avec Hawa Gréou, City Editions, 2007.

Victoire sur l'excision, Hubert Prolongeau, Paris : Albin Michel, 2006.

Mutilée, Khady Koïta et Marie-Thérèse Cuny, Pocket, 2006.

NB : De nombreux **mémoires de recherche** réalisés par des étudiant-e-s (médecins, infirmières, assistante sociale, etc) traitent de la problématique d'un point de vue pratique. Vous pouvez en trouver plusieurs sur le site <http://www.gynsf.org/msf.php>

Ou bien dans la bibliographie de l'enquête « Excision et Handicap » (*cf. supra*) et aussi en libre accès au centre de documentations du GAMS sur Paris (*cf. infra*).

F. LIENS UTILES

La section sur les mutilations sexuelles féminines sur le site du Gouvernement dédié aux violences faites aux femmes :

<http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>

La page d'information sur les mutilations sexuelles féminines sur le site du Service des Droits des Femmes et à l'Egalité :

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/femmes-egalite/lutte-contre-violences-mutilations-sexuelles-feminines.html>

La page d'information sur les mutilations sexuelles féminines sur le site du Ministère de la Santé :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/mutilations-sexuelles-feminines,1648.html>

Les réseaux en Europe, et en Afrique :

Comité Inter Africain

<http://www.iac-ciaf.net/>

Réseau Euronet FGM

<http://www.euronet-fgm.org/index.php>

Campagne européenne « End FGM » (Amnesty International Irlande)

<http://www.endfgm.org>



4. Contacts associatifs utiles en Ile-de-France

La Fédération nationale GAMS :

Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines et des Mariages Forcés) 67 rue des Maraîchers 75020 PARIS Tel 01.43.48.10.87 <http://www.federationgams.org/>

Les femmes africaines et françaises qui le composent peuvent apporter leur soutien pour :

- Mieux connaître ces pratiques et les prévenir ;
- Obtenir un soutien pour mieux faire face à une situation d'excision, de polygamie, de mariage précoce ou forcé
- Organiser des actions de prévention et de sensibilisation ;
- Insérer dans votre programme de formation professionnelle la thématique des pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants (mutilations sexuelles féminines, etc.) ;
- Centre Ressources est ouvert du lundi au vendredi (9h30 à 12 h 30 & 14 h 30 à 16 h 30) et l'on peut venir y consulter la documentation ; mais il est préférable de téléphoner avant.

La CAMS :

Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles 6, place St Germain des Près 75006 PARIS Tél : 01.45.49.04.00

Créée en 1982 par Awa Thiam, l'association apporte un appui juridique, et peut se porter partie civile pour des procès.

Le Mouvement Français pour le Planning Familial:

Mouvement français pour le planning familial (MFPF) <http://www.planning-familial.org>

Accueille et informe les femmes sur leur sexualité. Peut former les professionnels concernés. Plusieurs associations départementales :

Paris : 01 42 60 93 20 **Val de Marne** : 01 43 76 65 87

Seine Saint Denis : 01 55 84 04 04 **Hauts-de-Seine** : 0 47 98 44 11

Essonne : 01 64 54 05 99 **Val d'Oise** : 01 30 30 26 26.

TOSTAN France :

8 bis cité d'Hauteville 75 010 Paris <http://www.tostanfrance.com/>

Installé récemment en France, ce bureau de l'ONG internationale Tostan implanté dans de nombreux pays en Afrique de l'Ouest et de l'Est, mène un travail d'information sur les droits humains et la santé auprès des migrant-e-s en France.



NB : La question de la prise en charge des femmes mutilées n'a pas été abordée lors de cette demi-journée, par manque de temps. Elle fera l'objet d'une prochaine journée de réflexion, en 2011. Voici cependant ici réunies quelques informations de base.

5. Addenda : la prise en charge des femmes mutilées.

Depuis une vingtaine d'années des progrès considérables ont été faits du point de vue de la prise en charge chirurgicale des femmes mutilées, à partir des travaux pionniers du Dr Pierre FOLDES.

Aujourd'hui, une réparation clitoridienne peut être proposée aux femmes (majeures) qui le souhaitent, le plus souvent dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire (qui associe chirurgien, psychologue, sexologue, ou encore sage-femme).

Depuis 2003, cette opération est prise en charge par la Sécurité Sociale en France.

Précautions :

Les résultats de la chirurgie atténuent les douleurs à moyen terme, et améliorent l'aspect esthétique de la vulve. L'évaluation de cette technique est en cours, notamment sur le plan fonctionnel.

D'où l'importance d'une information et d'une assistance préopératoire, d'un accompagnement postopératoire et d'une évaluation.

En Ile-de-France, plusieurs centres proposent l'intervention chirurgicale de réparation clitoridienne, et/ou un accompagnement pluridisciplinaire complet (prise en charge psychologique et sexuelle, qu'elles décident ou non de s'engager dans un processus de réparation chirurgicale).

Vous pouvez prendre contact avec eux afin d'avoir plus d'informations.

Des consultations spécialisées en chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles féminines (Ile-de-France)

PARIS 12 (75) Hôpital Armand Trousseau

Pr Jean-Louis Benifla

Contact : Mme Dominique Louboutin (sage-femme)

T : 01 44 73 51 42

PARIS 18 (75) Hôpital Bichat

Dr Agnès Bourgeois-Moigne et Pr Philippe Faucher.

Contact : Secrétariat

T : 01 40 25 70 19

ST GERMAIN EN LAYE (78)

Clinique Louis XIV

Centre hospitalier de St Germain en Laye

Dr Pierre Foldès

Contact : Secrétariat

T : 01 39 10 26 03

MONTREUIL (93)

CHI André Grégoire

Dr Emmanuelle Antonetti-Ndiaye

Contact : Secrétariat

T : 01 49 20 31 05

CRETEIL (94)

CHI de Créteil

Pr Bernard-Jean Paniel

Contact : Secrétariat

T : 01 45 17 55 51

AULNAY (93) CHI Robert Ballanger

Dr Stéphane Saint-Léger

T : 01 49 36 71 23

POUR ALLER PLUS LOIN

Peu de documents traitent de façon claire et synthétique de la réparation clitoridienne (d'un point de vue technique), et de la prise en charge des femmes mutilées – qui reste encore une discipline et un champ d'intervention socio-médical récent :

Vous pourrez cependant trouver des **informations** en consultant les documents suivants :

- **Le CD Rom réalisé par Gynécologies Sans Frontières** (2008- actuellement épuisé mais devrait être réédité courant 2010, mais consultable en ligne), qui détaille les techniques chirurgicales de réparation et présente les modalités d'une prise en charge pluridisciplinaire.

<http://www.gynsf.org/msf.php>

- **Colloque violences faites aux femmes du 5 février 2010 – Nancy sur « Violences conjugales et mutilations sexuelles féminines » organisé par Gynécologie Sans Frontières**

Vous trouverez notamment en ligne (vidéothèque numérique de l'enseignement supérieur, rubrique « médecine »), l'enregistrement vidéo du colloque, et notamment une présentation power point sur la réparation chirurgicale « *Conséquences médicales et prise en charge pluridisciplinaire. Réparation chirurgicale* » par le Pr Bernard-Jean PANIEL du C.H.I. de Créteil, qui rappelle les principales mutilations sexuelles et donne des indications de chirurgie réparatrices.

http://www.canalu.tv/producteurs/canal_u_medecine/dossier_programmes/gynecologie_obstetrique/colloque_et_evenement/gsf_2010_violences_faites_aux_femmes/gsf_2010_16_mutilations_sexuelles_feminines_reparation_chirurgicale

- **Le compte rendu du Colloque organisé à l'Académie de Médecine en 2008, « Mutilations sexuelles féminines : la France en action »** ; avec une intervention du Dr Pierre Foldès et du Pr Henri-Jean Philippe sur la réparation chirurgicale et la prise en charge (pp 39-42).



6. Annexes : documents de références.

- Fiche repère sur la loi du 4 avril 2006
- Recommandations de l'Académie de Médecine sur les mutilations sexuelles féminines (2004).
- « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », Populations et sociétés, n° 438, 2007.
- « Les mutilations sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Excision et handicap » Fiche d'Actualité décembre 2009, INED, fiche 10.

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

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

- de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de quinze ans.

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

Les modifications qui suivent, introduites par la loi, ont précisément vocation à rendre plus effective la répression de ces pratiques sans que soit instaurée pour autant de qualification juridique spécifique.

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

Comme c'est déjà le cas pour l'inceste, le délai de prescription en matière d'action publique, article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

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

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

Le nouvel article 222-16-2, inséré dans le code pénal, a pour objectif d'étendre l'application de la loi française, sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles.

Très précisément, l'article 222-16-2 prévoit que « *dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12* » - soit respectivement des violences ayant entraîné la mort, une mutilation ou une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours (ce qui correspond aux qualifications pouvant être retenues pour sanctionner les cas de mutilations sexuelles) - « *sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7* » de ce même code, qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Les dispositions générales, visées à l'article 113-8 du code pénal qui prévoit que, préalablement à l'engagement de toute poursuite d'un délit commis à l'étranger, une plainte, soit de la victime, soit de ses ayants droit, ou une dénonciation de l'Etat étranger est nécessaire, ne sont pas applicables pour l'infraction prévue par l'article 222-12 de ce même code, à savoir les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

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

Le code pénal prévoyait déjà, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, notamment du secret médical, en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (point 1 de l'article 226-14 du même code). C'est dans un souci de clarification, afin de lever toute ambiguïté possible quant à la définition des termes, et de favoriser la dénonciation des cas de mutilations sexuelles, qu'il a été décidé de les viser expressément dans l'article 226-14 du code pénal.

Recommandations de l'Académie nationale de médecine visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines (MSF)

Améliorer les connaissances

- Sur l'ampleur et les caractéristiques des mutilations sexuelles féminines (MSF) constatées en France (observations médicales, sociales, judiciaires).
- Favoriser les recherches et enquêtes dans les différents pays sur les MSF
- Inscrire les MSF dans la nomenclature internationale des maladies de l'OMS (CIM).
- Inscrire les conséquences des MSF au programme des études médicales, de la FMC et, plus généralement, de l'enseignement de tous les personnels de santé.

Favoriser la diffusion des connaissances au sein du corps social

- Notamment auprès des professionnels appartenant aux secteurs concernés : santé, éducation, action sociale, justice, médias.
- Développer la publicité autour des décisions de justice : sanctions pénales et dommages et intérêts.
- Faire connaître les mesures éducatives et répressives prises dans les pays d'origine pour éradiquer les MSF.
- Impliquer dans cette lutte les personnalités influentes au sein des communautés.
- Faire connaître les structures sociales et associatives menant une action dans ce domaine.

Renforcer et améliorer les pratiques médicales

- Conformément aux directives de l'OMS aucun professionnel de santé ne doit pratiquer une forme de mutilation sexuelle féminine quelle qu'elle soit.
- Toujours penser à la possibilité d'une MSF lors d'une consultation pour troubles urinaires ou gynécologiques lorsque la patiente est originaire d'un pays à risque.

- Lors de la consultation d'une femme ayant subi une mutilation :
 - l'informer de l'existence de la mutilation et en évoquer avec elle les divers aspects (risques, interdit légal, protection des enfants à naître, évolution dans les pays d'origine vers l'abolition),
 - rechercher les séquelles : douleurs, infection, troubles de la sexualité,
 - l'informer sur la possibilité d'envisager une réparation chirurgicale.
- Lorsque la consultante est enceinte ou vient d'accoucher d'une fille rappeler les dispositions légales concernant les MSF.
- À l'occasion de tout examen médical dans une famille exposée à ce risque informer les parents des procédures de protection de l'enfant (signalement à la justice) en insistant sur les risques et les séquelles des MSF :
 - Ne pas omettre l'examen de la vulve.
 - Rappeler aux parents l'interdiction légale et les conséquences judiciaires de la mutilation.
 - Rappeler ses effets délétères sur la santé.
- La constatation d'une MSF chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement auprès du Procureur de la République (articles 434.3, 113.7, 226.14 du Code pénal).

Améliorer les conditions de prise en charge des femmes excisées et/ou infibulées

- En renforçant la recherche et la promotion des connaissances anatomiques et des techniques chirurgicales de réparation.
- En obtenant l'inscription à la nomenclature CCAM de tous les actes de correction des MSF.

Inciter les autorités nationales à mettre en œuvre des politiques efficaces de prévention

- Rappeler aux pouvoirs publics qu'ils doivent informer les migrants à l'arrivée et à la sortie du territoire national, en particulier sur l'interdit et les conséquences judiciaires des MSF.
- Obtenir une harmonisation européenne en matière d'information et de prévention des MSF.

*
* *

Projet mis au point par la Commission IX le 5 mai 2004, accepté par le Conseil d'Administration le 7 juin 2004. L'Académie, saisie dans sa séance du 15 juin 2004, a adopté ce texte à l'unanimité.

POPULATION & SOCIÉTÉS

Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France

Armelle Andro* et Marie Lesclingand**

Pour lutter contre l'excision en France, il importe de mieux connaître la population de femmes concernées et les pratiques dans les pays d'origine, africains principalement. Armelle Andro et Marie Lesclingand nous expliquent que la situation varie d'un pays d'Afrique à l'autre, ceci indépendamment de la religion. Concernant la France, elles tentent une évaluation du nombre de femmes ayant déjà subi cette mutilation sexuelle et annoncent une enquête pour mieux connaître les conséquences de cette pratique, afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes.

Dans le monde, 100 à 140 millions de filles et de femmes ont subi une mutilation sexuelle. Ces mutilations entraînent de nombreux problèmes de santé, variables selon le type et la gravité de la lésion (encadré 1). Le phénomène est présent essentiellement en Afrique subsaharienne et dans quelques régions du Proche-Orient et de l'Asie du Sud-Est (Yémen, Indonésie et Malaisie). Près de 5 % des victimes vivent dans des pays du Nord, soit plus de 6,5 millions de filles et de femmes. Elles résident principalement dans les pays européens d'immigration africaine ainsi qu'en Amérique du Nord [1].

◆ Une trentaine de pays d'Afrique concernés

En Afrique, on recense 28 pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées. Le nombre de femmes excisées et la fréquence des différentes formes d'excision y sont mieux connues depuis le début des années 1990 grâce à des enquêtes nationales [2]. D'un pays à l'autre, la proportion de femmes excisées varie beaucoup, s'échelonnant de 1,4 % au Cameroun à 96 % en Guinée au début des années 2000 (carte). Trois groupes de pays se distinguent : les pays où la grande majorité des femmes sont excisées (plus de 85 %) ; ceux où la proportion varie selon l'ethnie, la

catégorie sociale et la génération, seules certaines fractions de la population étant touchées, et où, au total, entre 25 et 85 % des femmes sont excisées ; enfin, les pays où seules quelques minorités ethniques sont concernées et où la proportion d'excisées est inférieure à 25 %.

Les mutilations sexuelles ont généralement lieu sur les jeunes filles avant l'âge de 15 ans [1, 2]. Les plus fréquemment pratiquées sont de type I et II (encadré 1), les mutilations de type III étant plus rares et très localisées. La pratique des mutilations sexuelles féminines est souvent présentée comme la conséquence d'injonctions religieuses, notamment de l'islam. Pourtant, l'excision était pratiquée en Afrique bien avant l'arrivée des religions monothéistes et aucun texte religieux ne permet de la justifier (1). Il n'y a pas de relation entre la diffusion de l'islam dans un pays et la proportion de femmes qui y sont excisées et on rencontre tous les cas de figures en Afrique. En Éthiopie, par exemple, les trois quarts des femmes sont excisées alors qu'un tiers seulement de la population est musulmane. Dans l'autre sens, au Niger, seule une toute petite minorité de

(1) Les églises protestantes sont actives depuis plusieurs décennies dans la lutte contre les mutilations sexuelles alors que l'église catholique s'est rangée dans les années 1990 derrière les engagements pris par la communauté internationale. Récemment, lors d'une réunion internationale à l'Université d'al-Azhar du Caire en 2006, de hauts représentants religieux sunnites ont émis une fatwa déclarant que les mutilations sexuelles féminines étaient infondées en droit musulman et appelant à lutter contre ces pratiques.

* Université Paris 1 et Institut national d'études démographiques.

** Université de Nice et Institut national d'études démographiques.

femmes est excisée (2%) alors que le pays est presque entièrement musulman. En revanche, dans le pays voisin à l'Ouest, le Mali, également musulman, plus de 90% des femmes sont excisées. Quant aux pays voisins d'Afrique du Nord, l'Algérie, la Libye, mais aussi la Tunisie et le Maroc, l'excision n'y existe pas alors que la quasi-totalité de la population est de confession musulmane.

En réalité, le principal facteur du risque de mutilation est l'appartenance ethnique et non la religion, ces pratiques s'inscrivant traditionnellement dans les rites d'initiation associés à l'entrée dans l'âge adulte dans certains groupes ethniques. Ainsi, au Sénégal, musulman à 95%, et où un peu plus d'un quart seulement des femmes sont excisées, le groupe ethnique majoritaire, les Wolofs, ne pratique pas l'excision. Traditionnellement, elle n'existe que chez les minorités, notamment les Peuls, les Toucouleurs, les Soninkés et les Malinkés.

◆ Les mutilations en recul en Afrique

La pratique recule dans la plupart des pays depuis quelques années, même si les changements sont lents dans certains. Une façon de repérer les évolutions dans un pays est de comparer la proportion de femmes excisées parmi celles ayant entre 30 et 49 ans à la même proportion dans la génération plus jeune, ayant entre 15 et 29 ans (figure 1).

Dans la plupart des pays, les femmes les plus jeunes sont moins souvent victimes de mutilations que leurs aînées et ce décrochage générationnel est particulièrement visible dans les pays où l'excision est très répandue,

Encadré 1

Les différents types de mutilations sexuelles féminines et leurs conséquences sur la santé des femmes

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue quatre types de mutilations sexuelles féminines :

- type I : excision du capuchon, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris,
- type II : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres,
- type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation),
- type IV : autre (piqûre, perforation ou incision).

Les conséquences pour la santé des femmes sont liées au type de mutilation pratiquée. L'OMS les classe en trois catégories :

- les conséquences médicales à court terme, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'événement,
- les conséquences médicales à long terme, comme les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales), les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence,
- les conséquences psychologiques, mentales et sociales comme l'altération de la sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisses, dépression).

Source : OMS, 2006

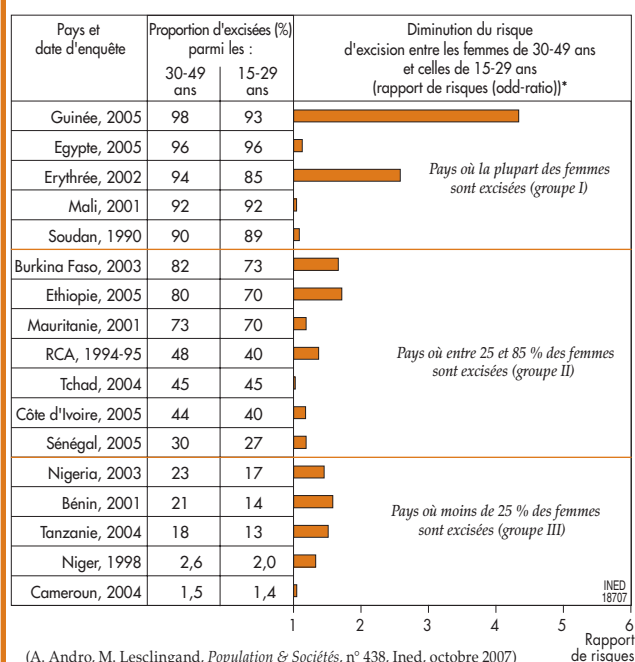
comme par exemple en Guinée ou en Érythrée. En outre, même dans les pays où l'excision était peu fréquente, la pratique touche encore moins les jeunes générations, à l'exception du Cameroun où il n'y a pas eu de changements jusqu'ici (figure 1).

Le recul dépend beaucoup du degré de mobilisation des États : si dès 1952, les mutilations sexuelles féminines apparaissent dans une résolution de la commission des droits de l'homme des Nations unies, ce n'est qu'à partir des années 1990 que des recommandations internationales explicites sont diffusées et il faut encore attendre 2003 pour que l'ensemble des pays membres de l'Union africaine signent un protocole condamnant officiellement les mutilations sexuelles et les interdisant. Des lois existent dans la plupart des pays mais sont encore rarement appliquées.

Par ailleurs, la scolarisation croissante des femmes a un effet favorable, l'instruction ayant un rôle protecteur : dans tous les pays, le risque de mutilation décroît avec l'augmentation du niveau d'instruction (2) (figure 2).

(2) Au Nigeria, les femmes instruites sont plus fréquemment excisées que celles qui ne le sont pas. Ce résultat étonnant vient de ce que seuls les Yoruba et les Igbo pratiquent l'excision dans ce pays. Or ces deux groupes ethniques sont localisés dans le sud du pays, région beaucoup plus urbanisée que le Nord, et où l'instruction est plus développée.

Figure 1 - Proportion de femmes excisées parmi les 30-49 et les 15-29 ans dans quelques pays d'Afrique



* Calcul du rapport de risques (odd-ratio) : dans un premier temps, le rapport entre l'effectif des femmes excisées et l'effectif des femmes non-excisées a été calculé pour chaque groupe d'âge. Le rapport pour les femmes de 30 à 49 ans a ensuite lui-même été rapporté à celui pour les femmes de 15 à 29 ans, le résultat étant un rapport de rapports. Celui-ci indique le sens des évolutions. S'il est égal à 1, le risque d'excision est identique pour les femmes de 15 à 29 ans et pour les femmes de 30 à 49 ans. S'il est supérieur à 1, le risque a diminué pour la génération plus jeune, le facteur de diminution étant indiqué par la figure.

Source : Enquêtes démographiques et de santé et calculs des auteurs.

◆ En France, une réalité liée à l'immigration des dernières décennies

Initiées dans les années 1960, les migrations africaines vers la France se sont peu à peu féminisées, et en 2004, les femmes sont majoritaires chez les nouveaux entrants [4]. Mais la présence de femmes excisées est un phénomène connu depuis près de 30 ans. Dès le début des années 1980, la pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et des associations. La première réponse apportée par l'État a pris la forme judiciaire (3), celle des associations étant avant tout préventive et informative [5].

Le nombre de femmes concernées en France reste pourtant mal connu (4). Les mutilations sexuelles touchent des migrantes mais aussi des femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée. Elle s'est très vraisemblablement perpétuée en France chez les filles de migrants jusqu'au début des années 1980. Elle a sans doute régressé ensuite, ou a même été abandonnée dans certaines familles, les générations les plus récentes ayant pu bénéficier des campagnes de prévention ciblées sur les petites filles. Mais on ne dispose pour l'instant d'aucune donnée nationale sur ces générations plus jeunes. Le seul chiiffrage possible concerne la population adulte, âgée de 18 ans ou plus. Moyennant quelques hypothèses, on peut estimer qu'il y a en France en 2004 environ 50 000 femmes adultes excisées (encadré 2).

Pour les femmes et les jeunes filles qui ont subi une mutilation et qui en supportent aujourd'hui les conséquences, une politique de prise en charge sanitaire reste à définir. Récemment, une étape marquante a été franchie avec la mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice remboursé par l'assurance maladie (5). Cette avancée médicale ouvre la voie à la réversibilité des lésions qu'entraîne l'excision et permet d'envisager les conséquences des mutilations sexuelles féminines comme un problème de santé publique.

(3) La France est le premier pays européen à avoir intenté des procès dès 1979 : les mutilations relèvent de l'article 222 du code pénal sur les violences. Les peines encourues par les parents et les personnes pratiquant la mutilation peuvent aller jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle. En outre, dans le cadre de la protection de l'enfance, les professionnels sont soumis à un devoir de signalement (article 223-6 du Code pénal).

(4) Les deux seules estimations du nombre de femmes excisées en France remontent à plus de quinze ans, à une époque où la population originaire d'Afrique sub-saharienne était moins importante qu'aujourd'hui. L'une, en 1982, estimait qu'«environ 24 000 femmes et fillettes étaient excisées ou menacées de l'être (pour les plus jeunes)» ; la seconde, en 1989, évaluait à «environ 27 000 la population féminine à risque» [5].

(5) Actuellement, une dizaine d'hôpitaux et de cliniques proposent l'opération, principalement en région Île-de-France.

Carte – Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations sexuelles selon le pays d'Afrique (situation au début des années 2000)

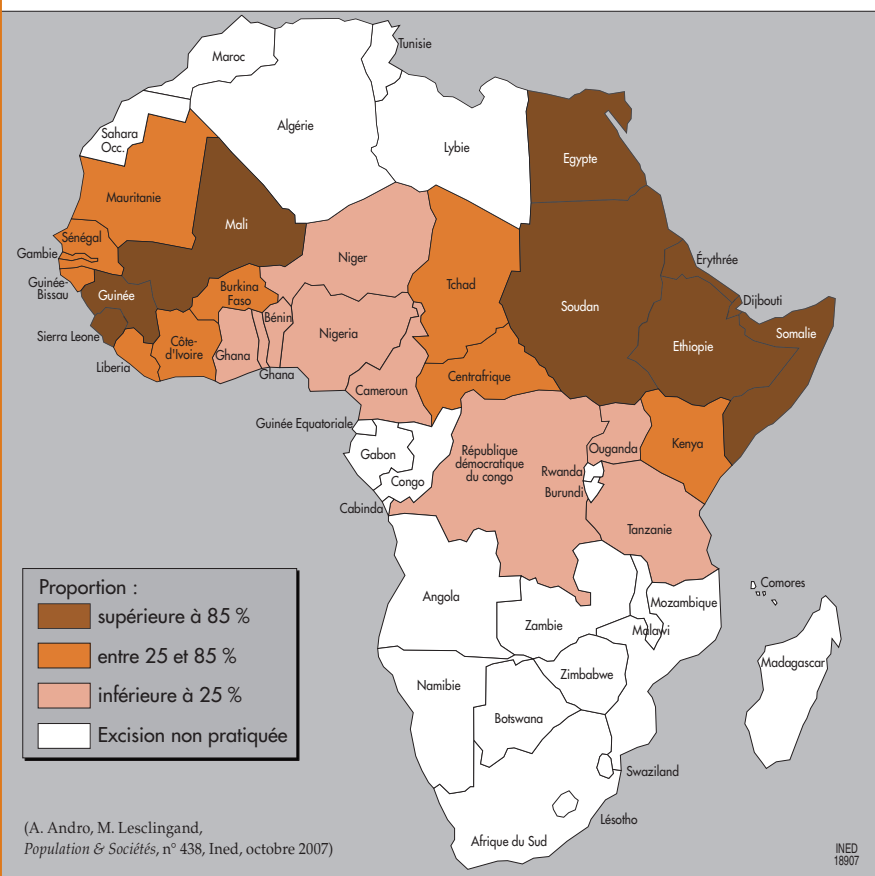
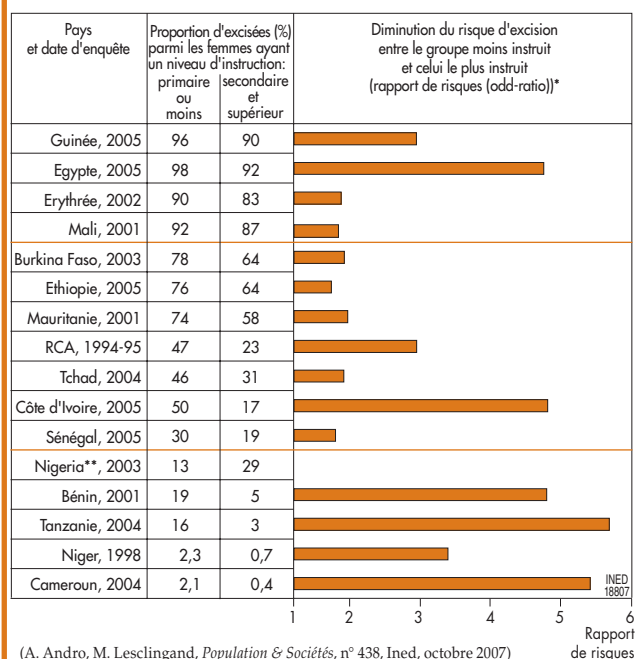


Figure 2 - Diminution du risque d'excision avec l'instruction des femmes



Lecture : en Côte d'Ivoire, en 2005, une femme ayant un niveau d'instruction primaire ou pas d'instruction a environ cinq fois plus de risques d'avoir été excisée qu'une femme ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

* Calcul : voir figure 1.

** Voir note 2 dans le texte.

Source : Enquêtes démographiques et de santé et calculs des auteurs..

L'État continue de s'engager dans la lutte contre les mutilations sexuelles à travers le renforcement de l'arsenal juridique [5] et par la prise en compte de cette question dans le plan national « Violences et Santé » (6). Dans le cadre de ce plan, une enquête nationale Excision et handicap (ExH) est en préparation : elle permettra une meilleure connaissance des conséquences sanitaires, sociales et psychologiques des mutilations

(6) Plan prévu par la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, visant à limiter l'impact des différentes formes de violence sur la santé.

sexuelles et débouchera sur des propositions pour la prise en charge des femmes mutilées vivant aujourd'hui en France.

La prévention de l'excision chez les fillettes et les jeunes filles vivant en France reste essentielle, et doit continuer à être soutenue par les pouvoirs publics. Les excisions sont désormais rarement pratiquées sur le sol français, les filles étant excisées lors de séjours temporaires dans le pays d'origine de la famille, ou suite à des reconduites. La prévention passe par une protection accrue lors de ces déplacements.

Encadré 2

Combien de femmes adultes excisées en France ?

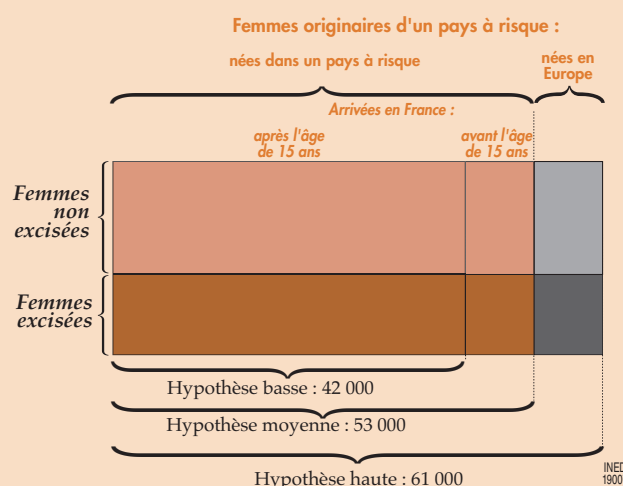
Nous avons estimé dans un premier temps l'effectif de femmes âgées de 18 ans et plus vivant en France et immigrées ou filles d'immigrés d'un pays à risque, où les mutilations sexuelles sont encore pratiquées (1). Nous avons utilisé pour cela l'« Étude de l'Histoire Familiale », enquête complémentaire au recensement de 1999, réalisée auprès de 380 000 hommes et femmes, en actualisant à la hausse l'effectif de 1999 avec les données publiées jusqu'à ce jour par l'Insee [4].

Le nombre de femmes excisées parmi elles a été estimé en faisant l'hypothèse que dans chaque sous-groupe de femmes originaires d'un même pays à risque, la proportion d'excisées était la même que dans le pays concerné (carte). On a cependant distingué les femmes nées au pays (8 sur 10) de celles nées en Europe (2 sur 10). Et, au sein des premières, celles arrivées en France après 15 ans de celles arrivées avant, pour tenir compte du fait que les mutilations sexuelles féminines sont essentiellement pratiquées avant l'âge de 15 ans.

Sous l'hypothèse haute, le risque de mutilation est le même quel que soit le lieu de naissance : on applique les taux de prévalence à toutes les femmes originaires d'un pays à risque. Sous l'hypothèse moyenne, on suppose que le risque de mutilation est nul pour les femmes nées en Europe : on applique les taux de prévalence uniquement aux femmes originaires et nées dans un pays à risque. Enfin, sous l'hypothèse basse, on considère que seules les femmes arrivées en France après l'âge de 15 ans ont été soumises au risque. Si l'on retient l'estimation moyenne, environ 53 000 femmes adultes vivant en France en 2004 auraient subies des mutilations sexuelles féminines (schéma).

(1) La définition retenue pour la population de femmes originaires d'un pays à risque est très restrictive : seules les femmes dont le père et la mère sont originaires d'un pays à risque sont comptabilisées.

Schéma - Estimation du nombre en 2004 de femmes adultes, vivant en France, victimes de mutilations sexuelles féminines



(A. Andro, M. Lesclingand, *Population & Sociétés*, n° 438, Ined, octobre 2007)

RÉFÉRENCES

- [1] OMS - « Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism », *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, n° 72, 2006, 8 p.
- [2] YODER P. Stanley, ABDERRAHIM Nouredine et ZHUZHUNI Arlinda - Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis, ORC Macro, Calverton, Maryland, (*DHS Comparative Reports n° 7*), 2004, 65 p.
- [3] UNICEF - *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*, New York, UNICEF, 2005, 58 p.
- [4] BORREL Catherine - « Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005, près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004 », *Insee Première*, n° 1098, août 2006, 4 p.
- [5] GILLETTE-FAYE Isabelle - *La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, thèse de doctorat en sociologie, Paris 7, 2002, 352 p.

RÉSUMÉ

Dans le monde, 100 à 140 millions de femmes ont subi une mutilation sexuelle. Habitant principalement en Afrique sub-saharienne, 5 % vivent dans les pays européens d'immigration africaine ainsi qu'en Amérique du Nord. Dans les pays d'origine, la situation varie, certains pays pratiquant massivement l'excision, comme la Guinée, où 96 % des femmes sont excisées, et d'autres, presque pas, comme le Niger, où seulement 2 % des femmes le sont. L'excision est par ailleurs en recul dans ces pays. La France compterait en 2004 autour de 50 000 femmes adultes excisées. Une enquête est en préparation pour mieux connaître les conséquences de ces mutilations afin d'améliorer la prise en charge sanitaire de ce problème.



LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES EN FRANCE : premiers résultats de l'enquête Excision et Handicap (ExH)

En 2004, on estimait à 53 000 environ le nombre de femmes adultes excisées résidant en France. Les mutilations sexuelles exposent les femmes à des problèmes de santé chroniques mais aussi à des difficultés quotidiennes dans leur vie sexuelle et affective. Les premiers sont connus mais rarement quantifiés ; les secondes sont beaucoup plus mal connues.

Dans ce contexte, l'excision pose deux problèmes de santé publique : la prévention de l'excision des filles soumises au risque et la prise en charge des femmes mutilées. L'enquête nationale ExH a permis de recueillir des données inédites sur les conséquences de l'excision et fournit un socle de connaissances à partir duquel il sera possible de mieux définir des prises en charge adaptées.

L'excision est une mutilation sexuelle pratiquée sur les filles dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne. Une partie des migrantes ou de leurs filles vivant en France en subissent les conséquences.

Des problèmes de santé spécifiques

L'excision expose les femmes à des problèmes de santé spécifiques et des complications au moment de l'accouchement comme le montrent des enquêtes réalisées dans des pays où cette pratique existe (OMS). Les difficultés dans la vie quotidienne, et notamment sexuelle, sont rarement abordées dans ces enquêtes alors qu'elles ont des conséquences fréquentes et parfois lourdes sur la vie des femmes. Face aux risques de santé encourus, cette pratique fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics. Pour autant, l'ampleur et la nature des besoins de prise en charge dans le contexte sanitaire français n'ont jusqu'à présent pas été évaluées.

Des douleurs et troubles fonctionnels

Dans l'enquête ExH, l'excision est associée à différents problèmes de santé tels que des infections urinaires et gynécologiques ou des déchirures à l'accouchement. Les femmes excisées sont aussi

plus nombreuses à déclarer des symptômes de mal-être (tristesse et découragement) à caractéristiques sociales égales. Elles souffrent de douleurs diverses plus intenses, entraînant plus fréquemment des gênes dans la vie quotidienne. Par exemple, une femme excisée sur 10 est gênée au quotidien pour uriner, marcher ou porter certains vêtements.

Encadré 1

L'enquête ExH, une enquête de longue haleine

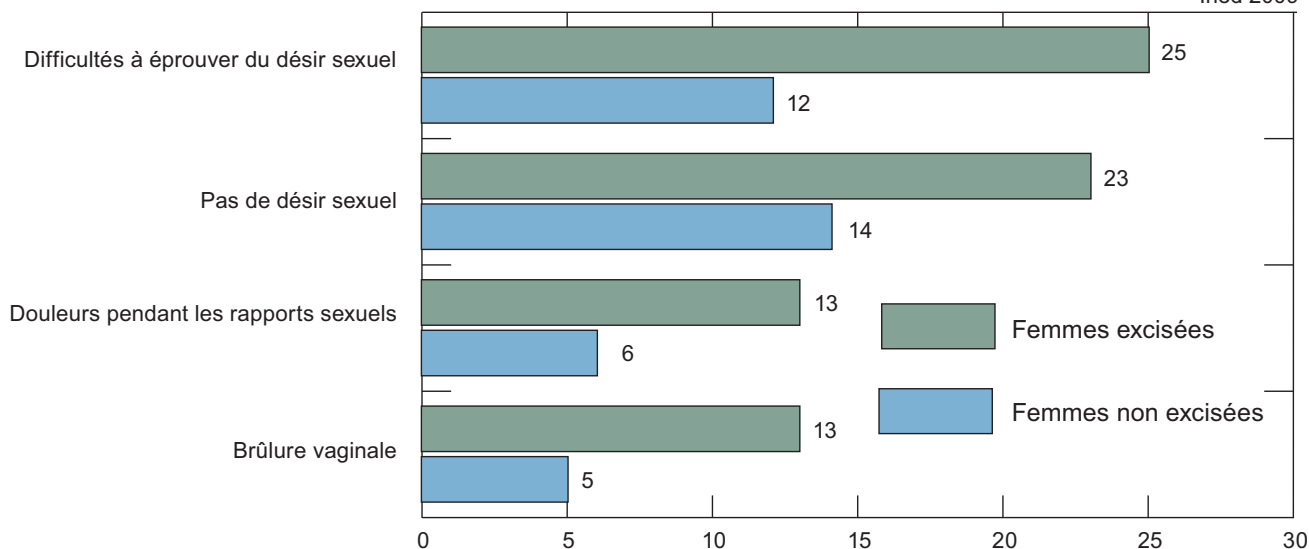
Cette enquête de type «cas-témoin» a été réalisée dans 5 régions françaises* entre 2007 et 2009 : 2 882 femmes adultes migrantes ou filles de migrants ont été enquêtées dans le cadre de consultations gynécologiques hospitalières ou en centres de Protection Maternelle et Infantile. Parmi elles, 685 ont été victimes d'une mutilation sexuelle. Les femmes étaient toutes majeures et 70 % d'entre elles avaient moins de 35 ans. L'échantillon est constitué pour les 2/3 de femmes migrantes et pour 1/3 de filles de migrants. La moitié d'entre elles étaient en couple au moment de l'enquête.

* L'enquête a été réalisée en Haute-Normandie, Île-de-France, PACA, Pays de la Loire et Nord-Pas-de-Calais.

DIFFICULTÉS DANS LA SEXUALITÉ

Avoir déclaré « souvent » ou « toujours » les gênes suivantes (%)

Ined 2009



Champ : Toutes les femmes enquêtées (femmes adultes migrantes ou filles de migrants vivant en France).

Source : Enquête ExH, 2007-2009.

Des difficultés dans la vie sexuelle

Mais c'est dans le domaine de la sexualité que les résultats sont les plus marquants. Les femmes excisées ont des difficultés récurrentes dans leur vie sexuelle : leur vécu est en effet plus souvent peu satisfaisant voire systématiquement douloureux. Elles sont nombreuses à faire spontanément le lien entre leur excision et les difficultés dans leur vie sexuelle. L'enquête montre que les femmes concernées sont en demande d'écoute et d'informations sur ces questions, même si parler de sa sexualité, et *a fortiori* de ses difficultés sexuelles, reste un sujet intime et délicat à aborder, particulièrement pour des femmes migrantes originaires de sociétés dans lesquelles la parole sur le sujet est rare.

La demande de chirurgie réparatrice

La mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice⁽¹⁾ offre la possibilité, pour les femmes qui en ressentent le besoin, de se faire « réparer ». Plus de la moitié des enquêtées connaissent l'existence de cette intervention, principalement par le biais des médias, puis par un professionnel de santé ou une personne de l'entourage. Parmi les femmes enquêtées, 5 % y ont eu recours ou sont en cours de démarche et 20 % se disent intéressées, principalement pour améliorer leur sexualité et, dans une moindre mesure, pour retrouver leur intégrité féminine ou pour des raisons de santé. Les femmes qui

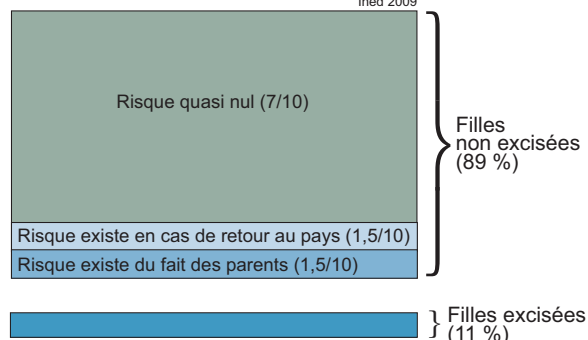
n'envisagent pas de recourir à l'opération déclarent « accepter leur état actuel » et « ne pas en ressentir le besoin ». L'intérêt pour l'opération est plus important parmi les femmes jeunes (moins de 35 ans) et qui ont grandi en France. Le recours à la chirurgie réparatrice est encore marginal et ne sera vraisemblablement pas systématique.

Le risque d'excision chez les fillettes

Parmi les filles des femmes excisées, 11 % sont elles-mêmes excisées. Ce chiffre est cependant bien plus faible parmi celles qui sont nées en France (3 %) où la pratique est illégale. Par ailleurs, elle diminue nettement dans les dernières générations, attestant de l'abandon progressif de l'excision en contexte

NIVEAUX DE RISQUE DE L'EXCISION CHEZ LES FILLES

Ined 2009



Champ : filles des femmes excisées de l'enquête ExH.

Source : Enquête ExH, 2007-2009.

migratoire, mais aussi dans les pays d'origine. Une partie des fillettes non excisées au moment de l'enquête peuvent encore l'être, notamment celles qui sont âgées de moins de 15 ans à l'enquête. Le questionnement des mères sur leurs intentions, sur celles du père ou de la famille restée au pays d'origine permet d'estimer des niveaux de risque pour les filles. Dans 7 cas sur 10, aucun des deux parents ni un proche n'a l'intention de faire exciser la fillette. Dans 3 cas sur 10, un risque persiste, soit en cas de retour au pays – et les parents en sont conscients –, soit directement lié à une intention plus ou moins formulée par l'un ou l'autre des parents.

Une telle enquête nécessite du temps, des professionnels conscients des enjeux éthiques qu'engage ce sujet ainsi qu'une volonté politique et institutionnelle de faire avancer les connaissances et l'expertise dans le domaine⁽²⁾. Elle doit aussi et surtout sa réussite à toutes les femmes qui ont accepté de répondre à ce questionnaire. Elle a mis en évidence des troubles spécifiques, même si le contexte de soins français permet de prévenir la plupart des complications rencontrées dans les pays d'origine : l'atteinte à la qualité de vie, notamment sexuelle, est néanmoins aussi importante que les risques de santé.

Armelle ANDRO (armelle.andro@univ-paris1.fr)

Marie LESCLINGAND (marie.lesclingand@unice.fr)

Emmanuelle CAMBOIS (cambois@ined.fr)

(1) L'opération, remboursée depuis 2003 par l'assurance maladie, est aujourd'hui pratiquée dans une quinzaine d'hôpitaux et de cliniques, principalement en Île-de-France mais aussi en régions.

(2) C'est le soutien de la Direction générale de la santé qui a permis de donner une dimension nationale à l'enquête. La mobilisation des professionnels de santé impliqués dans la collecte a été essentielle.

Encadré 2

Rappel

Le nombre de femmes concernées par l'excision en France a été estimé en 2004 à partir de données de l'Insee (recensement et enquête Famille) et d'enquêtes de prévalence menées dans les pays africains. En tenant compte des hypothèses sur les risques de perpétuation de l'excision en fonction de l'âge à l'arrivée en France et de l'âge à l'excision, le nombre de femmes excisées en France a été évalué entre 42 000 et 61 000 femmes adultes soit une hypothèse moyenne de 53 000 femmes.

Pour en savoir plus

OMS (WHO), 2000. – « A systematic review of the health implication of female genital mutilation including sequelae in childbirth ». http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_WMH_00.2.pdf

OMS (WHO), 2006. – « Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism », *Progress in sexual and reproductive health research*, n° 72. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/progress72_fgm.pdf

HCDH, ONUSIDA, OMS, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNiFEM, 2008. – « Éliminer les mutilations sexuelles féminines, déclaration interinstitutions ». http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf

Andro A., Lesclingand M., 2007. – « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », *Population et sociétés*, n° 438, 4 p. http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1333/

Andro A., Lesclingand M., Cambois E., Cirbeau C., 2009. – « Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice », Rapport de recherche pour la DGS, 87 p. http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf

Andro A., Lesclingand M., Pourette D., 2010. – « Excision et cheminement vers la réparation : une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales », *Sociétés contemporaines*, n° 78.

L'Ined organise un séminaire de valorisation sur ce thème, le jeudi 10 décembre 2009 de 14h à 18h. Le programme détaillé est en ligne : http://www.ined.fr/fichier/t_rendezvous/383/rendezvous_fichier_programme._10decembre2009.pdf