



Journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines.

Actes de la 3^{ème} journée d'information et de sensibilisation :

« L'adolescence face aux mutilations sexuelles féminines »

3 février 2012



PREFECTURE DE LA REGION d'ILE-DE-FRANCE
PREFECTURE DE PARIS

Secrétariat Générale aux Affaires Régionales
*Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité
d'Ile-de-France.*

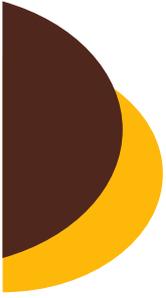
CE DOCUMENT PEUT ÊTRE REPRODUIT À CONDITION D'INDIQUER L'ORIGINE



SOMMAIRE

Pourquoi une demi-journée de réflexion sur la prévention des mutilations sexuelles féminines ?	2
Programme :	3
La politique de l'Etat contre les mutilations sexuelles féminines	4
Dr Marie Pierre Ménager, Pôle prévention et promotion de la santé, ARS Ile-de-France.....	4
Présentation du programme de la journée	7
L'adolescence en quête de réponses : comment aborder la thématique avec les adolescentes ?	8
Véronique Martin, pédiatre et médecin PMI (Direction des Familles et de la Petite Enfance, Paris)	8
Sokhna Fall, psychothérapeute au CHI de Montreuil (unité de prise en charge des femmes mutilées).....	12
Questions :	15
Comment accompagner les adolescentes victimes de mutilations sexuelles féminines ?	17
Dr. Pierre Vazquez (pédiatre, gynécologue, expert près de la. Cour d'Appels de Paris, praticien hospitalier attaché auprès de l'hôpital A.Trousseau. Paris).....	17
Dr. Mathilde Piketty (chirurgienne, gynécologue, Hôpital A. Trousseau, Paris).....	17
Questions :	25
La prévention auprès des jeunes filles et garçons	27
Isabelle GILLETTE FAYE, sociologue et directrice Fédération nationale GAMS	27
Anne GUILBERTEAU, coordinatrice de l'Atelier santé Ville Paris 20 ^{ème}	31
Isabelle DOMERC, membre du Planning familial de l'Essonne (association MFPF 91).	33
Présentation de la plaquette « mutilations sexuelles féminines : parlons-en »	36
Aurélié Latourès, chargée de mission, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité.....	36
Emmanuelle Piet, PMI 93.....	38
Conclusion :	39
Jocelyne MONGELLAZ, Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité.....	39
Annexes :	42
Contacts utiles en Ile-de-France.	42
Liste des centres pour prise en charge des femmes mutilées.	1
Ressources :	1

Colloque retranscrit par Chloé Chambraud.



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.

Le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 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 et reprise depuis par de nombreux pays en Afrique, 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.

La 3ème édition de cette journée a pour objectif d'informer les professionnels 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 porteurs) déjà menées en Ile-de-France.

Pourquoi s'intéresser cette année à l'adolescence face aux mutilations sexuelles féminines ?

Après plusieurs dizaines d'années de prévention menée avec succès dans le cadre du suivi pédiatrique des enfants, notamment pour les familles primo-arrivantes qui doivent être sensibilisées, suivies et soutenues dans l'abandon de la pratique de l'excision, plusieurs raisons poussent à s'intéresser aussi à la période adolescente :

- La majorité des jeunes femmes socialisées en France ont découvert à l'adolescence ou à l'âge adulte, lors d'une consultation gynécologique, qu'elles avaient subi une excision, souvent sans qu'aucune parole ni aucune explication n'ait été prononcée dans la famille ou l'entourage.
- La prise en charge des jeunes filles excisées d'un point de vue chirurgical (au-delà de la réparation, la désinfibulation). C'est aussi le plus souvent à cette période que les conséquences de l'excision peuvent se faire ressentir (douleurs, appréhension des relations sexuelles...).
- Le risque, repéré par les associations, de mutilations plus tardives, à l'adolescence notamment, ne doit pas être négligé même s'il ne concerne sans doute qu'une minorité de cas ; et le lien avec les situations de mariages forcés.
- La nécessité de la prévention auprès des jeunes pour leurs sœurs/cousines mais aussi en tant que futurs parents, et la nécessité d'inclure les garçons aussi dans cette prévention.



Programme :

13h 45-14h : Accueil des participant-es.

14h : **Ouverture : La politique de l'Etat contre les mutilations sexuelles féminines,** par **Evelyne Baillon Javon**, directrice, pôle prévention et promotion de la santé ARS Ile-de-France.

14h15-14h45 : L'adolescence en quête de réponses. Comment aborder la thématique avec les adolescentes ? Par **Sokhna Fall**, psychothérapeute (CHI Montreuil) et **Véronique Martin** pédiatre médecin PMI (Direction des Familles et de la Petite Enfance, Paris).

14h45-15h : Echanges avec la salle.

15h-15h20 : Comment accompagner les adolescentes victimes de mutilations sexuelles féminines ? Par **Pierre Vazquez** Pédiatre et Gynécologue, et **Mathilde Piketty**, Chirurgienne et Gynécologue (Hôpital Trousseau Paris).

15h20-15h50 : Echanges avec la salle.

15h50-16h15 : La prévention auprès des jeunes filles et garçons : par **Isabelle Gillette Faye** (Fédération nationale GAMS) et **Anne Guilberteau** (Atelier Santé Ville, Paris 20ème) et **Isabelle Domerc** (Mouvement Français pour le Planning Familial 91)

16h15-16h30 : Echanges avec la salle.

16h30-17h : Présentation de la nouvelle brochure « Mutilations sexuelles féminines : parlons-en » par **Aurélie Latourès** (Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité) et **Emmanuelle Piet** médecin PMI (Seine-Saint-Denis).

17h-17h15 : Echanges avec la salle.

17h15: Conclusion. Synthèse par **Jocelyne Mongellaz**, Déléguée Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Ile-de-France.



La politique de l'Etat contre les mutilations sexuelles féminines

Dr Marie Pierre Ménager, Pôle prévention et promotion de la santé, ARS Ile-de-France.

L'Agence Régionale de Santé a pour mission la définition des grandes orientations de la politique de santé de la région et la coordination de la mise en œuvre, en lien étroit avec les partenaires : à cet effet, un projet régional de santé est en cours d'élaboration, Il comprend trois schémas opérationnels dont le schéma régional de prévention en cours de finalisation. La problématique des violences faites aux femmes sera prise en compte dans le cadre de la périnatalité pour les violences conjugales, et dans le cadre de la santé des jeunes et des populations particulières. Un volet sur les violences sexistes sera également intégré aux actions concernant l'éducation sexuelle et de vie affective, en lien avec les conventions nous liant avec l'Education Nationale.

De quoi parlons-nous ? Que sont les « mutilations sexuelles féminines » (MSF) ? Qu'est-ce que l'excision ?

Cela consiste en l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres. La forme la plus fréquente est l'excision, la mutilation peut aller jusqu'à l'infibulation (c'est-à-dire une excision complétée la fermeture quasi-totale de l'orifice vulvaire).

Il existe 4 types classés par l'Organisation Mondiale de la Santé (1997) :

- Type I Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)
- Type II Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)
- Type III Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)
- Type IV Autres procédés de mutilation (scarifications, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...)

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

C'est une atteinte à la liberté et à la dignité de la femme, dont les conséquences sont multiples : physiques, sociales, psychologiques, etc.

Même si le phénomène recule, il importe de souligner que toutes les 15 secondes, une femme est excisée dans le monde. C'est une tradition ancienne apparue il y a presque 6000 ans en Egypte antique. De grands progrès ont été accomplis en France, et 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 santé.**

Avec l'immigration, ce phénomène de mutilations sexuelles qui concernait en particulier le continent africain s'est étendu un peu partout en Occident et dans tous les pays accueillant une communauté significative d'immigré-es. Il devient donc indispensable de mieux connaître les mutilations sexuelles féminines.

Une étude faite par l'INED sous la direction d'Armelle Andro¹ offre un socle inédit de connaissances sur cette pratique et sur son retentissement dans la vie des femmes (partie qualitative). L'étude « Excision et Handicap » permet d'avoir une idée quantitative et qualitative du phénomène. 53 000 femmes adultes seraient excisées en France. L'Île-de-France fait partie des régions les plus concernées.

Il en ressort que 9 femmes sur 10 ont été excisées avant l'âge de 10 ans, et 4 sur 10 sur le territoire français, le risque d'excision chez les fillettes est de 3 cas sur 10, témoignant d'une diminution nette dans les dernières générations du fait des campagnes d'information, de prévention, et de la pénalisation de la pratique.

Dans son volet qualitatif, l'étude a permis d'objectiver des difficultés : difficultés récurrentes dans la vie sexuelle ; besoin d'écoute et d'information sur ces questions ; risques spécifiques tels que les infections urinaires, gynécologiques, complications obstétricales ; et sur le plan de la santé psychique : état de mal-être, sentiment de tristesse et de découragement, ...

En ce qui concerne le cadre juridique : il n'y a pas de disposition spécifique dans le code pénal, mais poursuites et sanctions peuvent se faire au motif de « violences ayant entraîné mutilation ou infirmité permanente » ou « violences ayant entraîné la mort sans intentions de la donner ». Le délai de prescription est de 20 ans après la majorité de la victime. La loi concerne toutes les personnes victimes d'excision, quelle que soit leur nationalité et le lieu où a eu lieu l'excision, à condition de résider en France de façon régulière. Le législateur a prévu en 2006 la levée du secret professionnel et l'obligation de signalement pour les professionnels. Enfin, une interdiction de sortie du territoire peut être prononcée en cas de menace (depuis 2010).

La chirurgie réparatrice est désormais remboursée par la sécurité sociale. Selon l'enquête de l'INED, 5% des femmes interrogées y ont eu recours et 20% se disent intéressées. Leurs motivations sont d'améliorer leur sexualité et de retrouver leur intégrité physique mais ce n'est pas la panacée pour

¹ « 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/

ces femmes. Souvent ces mutilations s'inscrivent dans un contexte de violences. Cela n'efface pas le traumatisme. Il faut faire veiller à ne pas imposer un discours normalisateur de remède : ce n'est pas parce que le physique est réparé que le reste va bien. La prise en charge ne saurait être que multidisciplinaire (psychologue, sexologue, gynécologue, chirurgien).

Le développement d'actions d'informations et de communication est primordial : que ce soit à travers des campagnes d'affichage, des colloques nationaux ou régionaux ; et le développement de partenariats locaux. On se rend compte que des avancées importantes ont eu lieu ces dernières années avec un réel travail interinstitutionnel dans les régions et sur les territoires mobilisant les professionnels des différents secteurs.

En effet, des associations sont très engagées. Les professionnels de santé (PMI, ateliers Santé Ville, centres de planification et tous les professionnels de santé libéraux ou hospitaliers)², mais aussi les professionnels du travail social et de la jeunesse³ sont concernés.

Pourquoi ce phénomène est-il encore d'actualité ? Comment renforcer les actions de prévention ? Quel est le rôle des professionnels ? Voici quelques pistes :

- Encourager l'expression d'une parole libre de la part des femmes : la politique doit s'adapter à leurs besoins
- Identifier des lieux où les jeunes filles peuvent parler et demander protection car il peut y avoir des mutilations tardives et une prise de conscience est nécessaire
- Revoir le contenu de l'organisation de certaines actions d'éducation sexuelle : il faut intégrer la partie « violences sexistes » pour sensibiliser filles ET garçons
- Trouver les moyens de diffuser l'information aux femmes adultes « relais » dans les communautés afin d'adapter les messages de prévention.
- Sensibiliser les jeunes qui sont des futurs parents
- Pouvoir proposer une prise en charge adaptée aux femmes excisées
- Rester vigilant-e aux risques de mutilation tardive

² 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>

³ Un guide-ressource a été élaboré pour les collèges et lycées sur les comportements sexistes et les violences sexuelles – Prévenir, comprendre, agir. Disponible en ligne : <http://eduscol.education.fr/cid53898/-comportements-sexistes-violences-sexuelles.html>



Présentation du programme de la journée

Aurélié Latourès, chargée de mission « prévention et lutte contre les violences sexistes » Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France.

Après ces propos introductifs qui sont essentiels pour comprendre le contexte, les éléments juridiques, voici quelques éléments sur le thème retenu cette année par le groupe de travail régional pour la 3^{ème} édition de la journée de sensibilisation et d'information sur les mutilations sexuelles féminines.

Pourquoi un colloque sur les adolescentes face à l'excision ? L'implication des PMI dès les années 1980 a centré l'intervention en prévention et sur les petites filles, avec le succès que l'on connaît, puisque la pratique recule aujourd'hui (enquête INED). Mais on parle peu des adolescentes, or des problèmes particuliers sont associés à cette période de la vie :

C'est en effet une période au cours de laquelle elles peuvent découvrir qu'elles ont été excisées, alors qu'elles ne le savaient pas, lors d'une consultation pour l'accès à un contraceptif par exemple.

C'est aussi une période où les conséquences de l'excision peuvent se faire sentir avec les premières relations sexuelles.

C'est une période où il peut encore y avoir un risque (du fait d'excisions tardives) même si ce sont surtout les petites filles pré-pubères qui sont concernées (par exemple à travers des excisions après 15 ans dans un contexte de mariage forcé) : il convient donc de conserver la vigilance des professionnels pour les âges plus avancés.

Enfin, les jeunes sont les acteurs du changement donc il faut centrer la prévention sur ce public-là, filles et garçons.

L'après-midi sera organisée autour de deux grands thèmes :

- **L'information, le conseil et la prise en charge des jeunes filles mutilées** (3 premières interventions)
- **La prévention** qui implique les filles et les garçons : à travers un partage d'expériences de différentes associations, et la présentation d'un nouvel outil à destination des adolescents en fin d'après-midi.



L'adolescence en quête de réponses : comment aborder la thématique avec les adolescentes ?

Véronique Martin, pédiatre et médecin PMI (Direction des Familles et de la Petite Enfance, Paris)

Je tiens à excuser (faute de disponibilité) mes collègues Malika Amellou ou Martine Beauplet qui travaillent de longue date sur la prévention et prise en charge des jeunes femmes mutilées sur Paris. Nous avons préparé cette intervention ensemble.

Comment la question des mutilations sexuelles féminines est-elle abordée par nos différents services, notamment en direction des adolescentes ?

Nous menons tout d'abord des **actions d'information collectives** :

- Auprès des jeunes filles et garçons scolarisés et hors milieu scolaire : en lien avec des associations, des foyers, des missions locales ...
- Au cours des interventions sur la sexualité, la contraception, les conduites à risque, toutes les violences ...
- Auprès de femmes issues des communautés concernées et des professionnels en contact avec ces populations : foyers d'hébergement, associations de réfugiés par exemple ...
- En partenariat avec les associations de quartier, les « Ateliers Santé Ville » en particulier.

Nous menons également des **actions de sensibilisation** :

- Sensibiliser les jeunes filles originaires de pays pratiquant les MSF sur le risque d'excision tardive (autant pour elles que pour leurs petites sœurs) organisée au moment d'un mariage arrangé ou forcé
- Se préoccuper du risque d'excision et/ou de mariage forcé des filles des femmes, excisées ou non, issues des communautés concernées par ces pratiques qui fréquentent les CPEF : les mamans qui viennent consulter peuvent se poser des questions en cas de retour au pays.
- Les informer des mesures de protection et d'accompagnement possibles pour les jeunes filles à risque et leurs parents

Comment prendre en charge les adolescentes plus particulièrement ?



- **Etre à l'écoute :**
 - Pouvoir répondre à des demandes d'informations sur les MSF et leurs conséquences que ces demandes soient explicites ou implicites
 - Elles peuvent venir « au secret » : personne ne sait que ces jeunes filles ont poussé la porte de ces centres
 - Accompagner les jeunes filles qui souhaitent savoir si elles sont excisées et qui craignent le 1^{er} examen gynécologique
 - Savoir prendre en compte une demande d'aide qui ne peut pas concerner la personne qui consulte mais une sœur, une cousine ou une amie
- **Faire un constat d'excision ou de risque d'excision :**
 - Si la jeune fille vient pour un examen, il faut intégrer l'examen de la vulve lors de tout examen gynécologique de routine : si moindre doute sur la vulve il faut absolument être sûr-e-avant de dire à la jeune fille qu'elle a été excisée.⁴
 - Face au moindre doute, solliciter un avis expérimenté avant toute annonce d'excision à la patiente et avant de déclencher une information préoccupante
 - Inscrire dans le dossier médical tout constat d'excision : récent / ancien / sa typologie, etc.
- **Evaluer une situation dans sa globalité :**
 - Faire un signalement⁵ : concernant une jeune fille mineure excisée ou en situation à risque d'excision et/ou de mariage forcé
 - En respectant le respect d'une « demande de secret » formulée ou confirmée par la consultante : protéger la jeune fille sans que ses parents ne soient informés de sa sexualité ou de sa venue au centre de planification
 - En travaillant les modalités du signalement en équipe pluridisciplinaire PMI : tant qu'il n'y a pas une urgence imminente à risque d'excision il faut se poser et réfléchir avec l'équipe du centre

⁴ Parfois anomalies de constitution de la vulve, ce n'est pas parce que la jeune fille est originaire d'un pays à risque qu'elle a été excisée.

⁵ Loi remaniée en 2010 avant elle concernait les mineurs de moins de 15 ans, dorénavant elle concerne tout enfant qui a subi une maltraitance

de planification / médecins de PMI pour savoir dans quelles conditions on va effectuer le signalement

- **Proposer un accompagnement adapté :**

- Pour entamer une démarche de plainte : certaines jeunes filles peuvent être accompagnées pour déposer plainte en collaboration avec le GAMS ou la CAMS
- Organiser une prise en charge médicale et /ou psychologique : consultations spécialisées, centre de psychotrauma ...
- L'orienter vers une réparation chirurgicale (qui implique une prise en charge pluridisciplinaire) : vers des services référents Trousseau, Montreuil⁶

La Direction des Familles et de la Petite Enfance de Paris a **réactualisé en 2011 la procédure de saisine de l'autorité judiciaire** ⁷ autour des principes suivants :

- **Constatation d'excision :**

- Il faut évaluer les situations avec précision pour engager la procédure de saisine de la CRIP dans des conditions sécurisées pour la jeune fille (la CRIP saisit elle-même le Parquet)
- Les consultantes ayant demandé expressément le secret doivent faire l'objet d'une attention particulière.
- Les situations les plus délicates devront être examinées conjointement avec la hiérarchie du service de PMI et la CRIP pour en mesurer toutes les implications.

- **En cas de risque d'excision important pour une jeune fille mineure :**

- Le risque d'excision, révélé par la famille (qui craint la pression familiale au pays) ou évalué par les professionnels, doit faire l'objet d'une information préoccupante à la CRIP qui saisira le Parquet pour la mise en place de mesures autoritaires de protection préventive⁸.
- L'autorité judiciaire dispose de plusieurs mesures graduées pour protéger les mineures. En fonction des situations, rappel à loi faite aux parents, saisine d'un juge pour enfants, mise à l'abri d'une mineure, interdiction de sortie de territoire en cas de voyage à risque (ressources mobilisables par le Parquet et les services de police).

- **En cas de risque imminent :**

- Evaluer le degré d'urgence pour la mise en place des mesures de protection : en partenariat avec le service social scolaire et polyvalent (en respectant la confiance de la jeune fille)
- Transmettre le rapport à la CRIP pour une saisine urgente du Parquet (si le départ est prévu dans les 7 jours) la Brigade de protection des mineurs convoque la famille dans les 48h pour l'informer des conditions du voyage : la jeune fille peut même être placée en foyer.⁹

⁶ L'unité spécialisée à Montreuil est désormais installée à l'hôpital du Kremlin Bicêtre (voir contacts dans les annexes de ce document) depuis septembre 2012.

⁷ Circulaire du 8 mars 2000 réactualisée le 6 février 2011 pour répondre aux nouveaux besoins

⁸ Attention à la terminologie, on parle de « sortie de territoire » et non de « retour au pays »

⁹ La saisine directe du Parquet par un signalement, conjointement à la CRIP, est possible si nécessaire.

- **Après le signalement :**

- Il convient de s'assurer des suites données par l'autorité judiciaire et de maintenir une vigilance active sur la situation de l'enfant ou de la jeune fille. Attention : en ce moment il y a une nouvelle « mode » : les départs à Noël car les services semblent être moins vigilants à cette période. Il faut s'assurer que le partenariat mis en œuvre continue à l'épauler dans ses démarches.
- Il reste important d'ouvrir ou de poursuivre avec la famille les démarches de dialogue pour leur information et la recherche de leur conviction pour pérenniser la protection de l'enfant ou de la jeune fille par sa famille. Maintenir un dialogue ouvert avec la famille sans critiquer les coutumes.

En conclusion, le rôle des centres de planification et d'éducation familiale dans la prévention des MSF est primordial :

- Informer et sensibiliser la population face aux risques des MSF et mariages forcés et leurs conséquences sur la sexualité et la santé
- Repérer et proposer aux jeunes filles et aux femmes excisées un accompagnement adapté d'après ce qu'elles en disent pour améliorer la qualité de vie
- Élaborer les signalements à la CRIP dans le cadre des procédures du service de PMI et prévoir la collaboration des services de santé scolaire
- Repérer et prévenir les situations à risque d'excision et / ou de mariage forcé pour organiser les mesures de protection et d'accompagnement nécessaires
- Préserver le rapport de confiance des jeunes filles qui fréquentent les centres de planification qu'elles aient demandé ou non le secret
- Importance des temps d'échanges avec les professionnels et les personnes qui peuvent être au contact des jeunes filles

Sokhna Fall, psychothérapeute au CHI de Montreuil¹⁰ (unité de prise en charge des femmes mutilées)

Le contexte où j'interviens fait que je vois peu d'adolescentes mais toutes les jeunes femmes que je vois savent qu'elles sont excisées. Je vais parler de la façon dont elles vivent l'excision. Je n'ai jamais été en position de leur annoncer leur excision. Elles viennent me voir parce qu'elles sont excisées.

Il est relativement peu fréquent que ces femmes apprennent leur excision chez le gynécologue, ce qui ne veut pas dire qu'elles n'ont jamais vu le gynécologue. Il n'est pas rare de voir des femmes qui ont consulté plusieurs fois un gynécologue sans qu'on leur dise qu'elles ont été excisées.

Quand un professionnel fait un examen clinique (sage-femme par exemple), la première chose – que vient d'évoquer également Véronique Martin – est de parler avant cet examen : **il faut oser parler des origines**. Notre pays est mal à l'aise avec son multiculturalisme. Mais les origines font partie de l'identité ce n'est ni choquant, ni agressif. Il vaut mieux demander cela plutôt que de se dire « elle est africaine donc elle est excisée », ce qui peut aboutir à des abominations dans la communication. C'est quand même plus complexe que cela. Et raisonner comme cela, c'est les empêcher de parler. Or il faut leur permettre de parler. Il faut oser poser des questions sur les origines et ce qu'elles savent de leurs origines.

Les adolescentes que je reçois savent peu de choses sur leurs origines. Parfois les jeunes femmes ont 25 ans, elles ont quitté le pays enfants (entre 0 et 4 ans) et n'y ont pas remis les pieds : elles ne connaissent pas la langue ni la culture et elles sont excisées. Il est important que les professionnels aient une idée des lieux et ethnies qui excisent. On peut faire des hypothèses plus fiables (on sait qu'elle appartient ou non à une culture qui excise ou a excisé dans le passé). On peut lui demander aussi ce qu'elle sait de l'excision et ensuite on peut lui demander si elle sait ou pas si elle est excisée. C'est à ce moment-là qu'on peut envisager un examen clinique.

Beaucoup de femmes disent qu'elles découvrent qu'elles ont été excisées sur la table du gynécologue : « ah mais on vous a tout enlevé », dit comme ça, ce n'est pas terrible. Il vaut mieux en parler avant l'examen. Il vaut mieux que le personnel propose de regarder (« est-ce que vous êtes d'accord pour que je regarde ? et que je vous dise ? »). Ces femmes sont privées de leur histoire et ne peuvent penser leur histoire, ce qui est handicapant.

On a évoqué la question des excisions tardives dans le cadre de mariages forcés. Dans le contexte d'aujourd'hui, où, partout dans le monde, l'excision recule, cela nous amène à faire l'hypothèse d'autres violences face à des adolescentes excisées après la loi en France criminalisant l'excision. On peut penser qu'elles sont dans des familles où il y a d'autres violences : la violence « rituelle » est récupérée par la violence familiale pour infliger d'autres violences à la jeune fille. On voit des situations

¹⁰ L'unité spécialisée à Montreuil est désormais installée à l'hôpital du Kremlin Bicêtre (voir contacts dans les annexes de ce document) depuis septembre 2012.

où pour se protéger de la loi française on n'a pas excisé la jeune fille ni pendant l'enfance, ni pendant l'adolescence (car il y a encore quelques interventions périscolaire ou autres qui pourraient révéler ce qui s'est passé) mais on excise après la majorité dans le contexte d'un mariage forcé. On est dans un processus où la violence à l'intérieur de la famille s'exerce depuis très longtemps même si c'est plus souvent une violence « psychologique » ou « de conditionnement ».

On peut prendre l'exemple d'une patiente qui n'a pas été excisée par sa famille mais par celle du mari, elle est allée en vacances du pays, elle a été littéralement enlevée par 4 personnes qui l'ont saisie et l'ont emmenée pour l'exciser. Pour les jeunes femmes non excisées à l'adolescence, il est d'autant plus important d'évaluer la dimension des violences à l'intérieur de la famille comme on le fait de toute façon pour les mariages forcés et ce qui pourrait affecter la vie des adolescentes. **Dans ces contextes là l'excision est une instrumentalisation de la violence rituelle par la violence familiale** et n'a plus rien à voir avec des pratiques rituelles.

Ces jeunes femmes ont des traumatismes emboîtés, comme des poupées russes, la plus grosse poupée généralement très visible, c'est celle que notre société occidentale a fabriquée à savoir la honte d'être excisée. Dans notre unité, beaucoup de femmes arrivent surtout car elles ont honte d'être excisées. Quand on discute avec elles, elles n'ont pas de problèmes sexuels, elles n'ont pas de complications médicales qui rendent les rapports sexuels compliqués, cela n'a pas d'impact concret dans leur vie mais elles ont honte d'être excisées. Elles n'osent pas se dénuder devant leur amoureux ou futur amoureux et elles viennent chez nous pour qu'on les répare avant de se montrer à l'amoureux : le choc de l'excision est de l'ordre du trauma (le choc de la découverte de l'excision).

Le silence sur l'excision témoigne de la dynamique familiale : toutes ces jeunes femmes ou 99,999% de ces femmes me disent « de toute façon chez nous on en parle pas c'est tabou ». Pour moi c'est du baratin pour touristes car il y a 100 ans cette pratique n'était pas secrète : c'est une pratique reconnue et ritualisée. C'était tabou pour les hommes et les garçons qui ne savaient pas ce qui se passait mais les femmes en parlaient entre elles. C'est devenu tabou en France entre mères et filles du fait des interdictions bénéfiques de l'excision. Cela a des effets pervers, ces filles sont plus que jamais privées de ce que pourrait leur apporter leur mère sur leur devenir de femme. Elles sont doublement pénalisées : mutilés et mutiques (mutilation et mutisme). Silence absolu sur leur devenir de femme.

Pour les plus jeunes quand elles ont des petites sœurs qui ne se font pas exciser on ne parle jamais de ça. Il y a plein de questions : pourquoi j'ai été excisée et pas mes sœurs ? Pourquoi j'ai été excisée ? Elles ne savent pas. Quand on arrive à lever ces verrous, on découvre que l'histoire n'est pas si abominable que ça : l'excision est due à la grand-mère paternelle qui avait insisté, plus d'excision à cause des lois. Cela permet de renouer le dialogue entre mères et filles (réhumanisation de la mère). L'excision de la mère n'est pas pensable alors qu'elles sont excisées dans la majorité des cas. Mère wolof au Sénégal (pas excisée) qui a épousé un homme peul : la famille du mari a obtenu que la petite fille soit excisée.

Honte d'être excisée : pour celles qui ont été excisées après deux ans et qui ont des souvenirs, il peut y avoir un choc traumatique lié proprement à l'excision et qui n'a pas été intégré. Et puis, il y a un autre noyau traumatique qu'on retrouve souvent chez les patientes excisées et qui s'en plaignent voire font une demande de chirurgie : les traumas sexuels infantiles qu'il faut quand même avoir en tête par

rapport aux plaintes sexuelles. Cela m'amène à évoquer les idées fausses dont on a nous-mêmes été convaincues.

Il faut pouvoir dire à ces adolescentes que ce n'est pas parce qu'elles ont été excisées qu'elles n'auront pas de vie sexuelle satisfaisante. Il y eu un petit biais dans l'étude de l'INED que vous avez citées : à propos de la satisfaction sexuelle, la population échantillon n'a pas été départagée entre les femmes qui étaient dans un mariage forcé et celles qui étaient avec un mari aimé et choisi, ça peut quand même faire la différence. A Montreuil, il y a un cas d'école c'est la femme qui arrive pour se faire réparer car elle n'a pas de plaisir avec son mari. Quand on lui demande si elle a choisi son mari, elle répond non, quand on lui demande si elle a connu un autre homme avant ou fait l'amour dans d'autres conditions, elle répond non. Elle pense que c'est automatiquement lié à l'excision.

Il y a des femmes excisées de plus de 40 ans qui ont quand même du plaisir. Beaucoup de jeunes filles ont honte de leur sexe et sont convaincues que ça va être la catastrophe, les mêmes idées reçues proviennent des garçons si la jeune fille lui dit qu'elle est malienne par exemple : « t'es excisée ? ah bah ça va être la galère ». Il faut en finir avec cette histoire. L'excision ne veut pas dire privation de plaisir, ce n'est pas automatique et dire cela a des effets secondaires néfastes.

En ce qui concerne l'accouchement, on sait que l'excision et l'infibulation ont des conséquences catastrophiques dans des contextes non médicalisés, heureusement dans les contextes médicalisés, il n'y a pas de catastrophes au moment de l'accouchement. Une fois, une femme a accouché, la préoccupation de la famille était qu'elle accouche par voix basse (idée véhiculée qu'en étant excisée ça ne pourrait être que la césarienne etc.). **Il faut toujours partir de la difficulté exprimée par la femme.** Il n'y a pas de difficultés auxquelles elles soient condamnées ! Il y a autant de difficultés que de femmes.

En ce qui concerne l'examen clinique, il faut parler, il faut expliquer ce qui va être fait. On peut leur montrer avec un miroir si elles le veulent bien (c'est ce que fait le Dr Antonetti-Ndiaye, ma collègue). Il faut interpréter leurs réactions : le refus de l'examen clinique peut être le résultat de la honte, des souvenirs traumatiques de l'excision et la possibilité qu'il y ait d'autres traumatismes sexuels derrière la plainte par rapport à l'excision.



Questions :

Question : *Je voudrai vous exposer le cas clinique d'une femme qui a décidé de se faire reconstruire pour retrouver son anatomie : avant elle disait qu'elle avait une expérience sexuelle satisfaisante puis elle s'est fait reconstruire et a eu beaucoup plus de plaisir.*

Mathilde Piketty : Je vais vous parler de cela juste après.

Sokhna Fall : La sexualité c'est très complexe, très surprenant j'avais une patiente qui est venue parce que ça n'allait pas. Je découvre qu'avant elle avait une expérience sexuelle satisfaisante jusqu'au jour où elle est tombée enceinte et où on lui a dit qu'elle avait été excisée depuis ce moment elle n'en a plus eu.

Question : *Est-ce que le fait de minimiser l'excision et ses conséquences n'est pas un risque ? D'un côté on dit aux parents : si vous faites exciser vos filles, il va y avoir des problèmes médicaux, etc. et si on dit que beaucoup de jeunes femmes s'en accommodent, est-ce que ce n'est pas un problème ?*

Sokhna Fall : ça ne l'est que pour les familles maltraitantes qui de toute façon s'en fichent. Le 1^{er} risque c'est l'atteinte à l'intégrité physique, le 2^{ème} risque de l'excision, c'est la douleur mais ça n'enlève pas l'atteinte à l'intégrité physique. L'excision, c'est comme tous les autres traumatismes et atteintes, c'est une violence et comme tous les traumatismes ça peut être intégré (comme un viol). On n'est pas condamné toute sa vie à être détruite par cet événement. On peut l'être mais ce n'est pas obligatoire, et heureusement. Ce qui n'enlève rien à la gravité et à la violence d'un viol.

Véronique Martin : L'une des premières possibilités de l'excision c'est la mort de l'enfant et si ça ne doit arriver qu'une fois sur des millions d'excisions, c'est une fois de trop. Même si une fois que la personne en a réchappé (pas de problèmes urinaires, pas de complications médicales etc.) et va bien, le risque est là. La prévention dans la santé c'est d'avancer sur les risques de tel ou tel acte ou de tel ou tel non-acte.

Mathilde Piketty : Et il ne faut pas perdre de vue qu'il n'y a aucun bénéfice. C'est ça le discours qu'on tient aux familles.

Question : Je voudrai vous raconter une expérience avec une patiente « j'ai été excisée je voudrais savoir comment » c'était une jeune fille de 16 ans qui, a priori, n'a pas eu de rapports sexuels, elle est avant sa sexualité, elle voulait savoir comment elle avait été excisée parce qu'elle avait entendu parler de la réparation mais ... il ne lui manquait rien ! Elle avait deux déchirures de l'hymen anciennes, à 3h et à 6h. Elle me dit « mais mon hymen ? » « oui il y a deux petites déchirures.. » A ce moment, elle fond en larmes. Ma collègue, conseillère conjugale a pris le relais et a reçu la jeune fille avant et après la consultation : elles ont parlé des origines et de son histoire et quelque chose est ressorti au fur et à mesure du temps, l'émergence d'un trauma sexuel infantile, à l'âge de 8-9 ans dans la famille ou par la famille élargie, au pays. Je crois que quand elle est venue au centre de planification, elle a pu remettre les choses à leur place, c'est tout le corps entier, c'est tout l'esprit entier, c'est toute une personne, et ça c'est très important pour l'encadrement thérapeutique.



Comment accompagner les adolescentes victimes de mutilations sexuelles féminines ?

Dr. Pierre Vazquez (pédiatre, gynécologue, expert près de la Cour d'Appels de Paris, praticien hospitalier attaché auprès de l'hôpital A.Trousseau. Paris)

Je suis pédiatre et gynécologue à l'Hôpital Trousseau depuis de nombreuses années. J'ai créé un pôle pour enfants maltraités :

- pôle pour l'évaluation des maltraitances
- et pôle pour la consultation pour la gynécologie de l'enfance et de l'adolescence.

J'ai établi des certificats de non-mutilation (pour les droits d'asile) ou au contraire un examen d'enfants mutilés envoyés par les PMI. En cas de problème d'incontinence, les enfants étaient adressés à des chirurgiens. Il y a de nombreuses années à l'Hôpital Trousseau, des adolescents et des enfants qui avaient des problèmes étaient opérés puis ça s'est arrêté. On s'est posé la question d'opérer des enfants ? La réponse est oui s'il y a des problèmes fonctionnels graves.

Dr. Mathilde Piketty (chirurgienne, gynécologue, Hôpital A. Trousseau, Paris)

Je vais vous raconter l'anecdote d'une jeune fille qui est venue me voir parce qu'elle avait une sexualité « déplorable » et elle pensait avoir été excisée, mais elle ne l'était pas du coup elle était très « déçue ». C'est un aspect à prendre en compte dans la prise en charge psychologique et sexologique de l'excision.

Je vois peu d'adolescentes excisées mais je les prends parfois en charge. Comment accompagner ces adolescentes ? Comment prendre en charge des adultes ? Comment les prend-on en charge à Trousseau ?

I- Consultations et mutilations sexuelles féminines :

Motifs de consultation :

- Consultation banale : frottis, etc.

- Conseils
- Evitement du gynécologue par sentiment de *honte* et par peur d'être jugée
- Gêne, douleur, complications liées à l'excision :
 - Urinaires: incontinence urinaire, cystites
 - Sexuelles: fermeture vulvaire, dyspareunies, IST, refus de la sexualité
 - Infections locorégionales, kystes, névromes cicatriciels
 - Hématocolpos, dysménorrhées, fistules
 - Infertilité, problèmes obstétricaux
 - Anxiété, état de stress post-traumatique

Adolescence et puberté :

Le terme adolescence vient du latin « adolescere » datant de la fin du 13ème siècle, qui signifie grandir. Un adolescent doit continuer d'exister en changeant et en grandissant, en ayant un corps qui change. Des jeunes filles excisées font face à des problématiques exacerbées : l'adolescent se demande toujours « est-ce que je suis normal(e) ? », l'adolescente excisée se pose d'autant plus la question. Selon le Pr. Marcelli (Poitiers): l'une des nécessités pour l'adolescent est de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans un corps en changement, d'où des interrogations sur l'identité.

Questionnements sur :

- Le corps
- La normalité et ses variantes
- La sexualité
- Les futures grossesses

Adolescence et excision :

Que savent-elles de leur état ?

- Spontanément elles sont au courant (intuition ou vécu¹¹ plus ou moins refoulés, stress posttraumatique, tabous, réalité des complications)
- Comparaison aux copines, sœurs, cousines (début des jeux sur l'intimité)
- Normalité. Cela dévie quand les années passent, interrogations sur l'identité

Est-ce que je suis normale ? Intérêt des examens systématiques en PMI pour dépister, prévenir et informer.

Quand évoquer l'excision ?

- Enfance : intérêt des examens systématiques en PMI
- Adolescence et âge adulte : ne JAMAIS éluder le sujet !
 - Attention à l'annonce : éviter « ah merde elle est excisée ça va encore se déchirer » (infirmière lors d'un accouchement).
 - Besoin de reconnaissance : il faut essayer d'aborder le sujet même par des questions détournées (douleurs lors des rapports sexuels par exemple)

¹¹ Pour les jeunes filles qui ont été excisées entre 4 et 10 ans.

- Ouvrir la porte au dialogue pour les adolescentes: il faut qu'elles sentent qu'il y a une place pour le dialogue. Il faut qu'elles sachent qu'elles ont une oreille attentive quelque part
- Examen clinique à l'adolescence : il faut une discussion au préalable

Différents cas de figures :

- **Conduit à tenir devant découverte d'une MSF chez une mineure:**
 - Signalement au Parquet
 - Examiner les sœurs
 - Relais pour prise en charge
- **Conduite à tenir devant menace de MSF chez une mineure:**
 - Examen avant le départ
 - Information et rappel des risques
 - Certificat médical mentionnant l'absence de mutilation sexuelle
 - Cas particulier du refus d'examen gynécologique à l'adolescence
 - Indice fort de violences subies
 - Entretien en tête à tête
- **Cas particulier du refus d'examen gynécologique à l'adolescence (excision ou pas !)**
 - Indice fort de violences subies
 - Entretien en tête à tête : il faut expliquer le but de l'examen, ce que l'on va chercher, etc. Le refus de l'examen doit mettre la puce à l'oreille, il faut savoir respecter le refus et ne pas forcer mais tout de même avoir un œil là-dessus.

Pratiques sexuelles :

- **Anatomie :**
 - Adolescentes adultes et femmes excisées
 - Manque de connaissances de l'anatomie « normale » et de ses variantes : une patiente excisée accouche, le bébé ne se présente pas la tête en bas mais les fesses en bas : « Madame ne vous inquiétez pas le bébé arrive par les fesses », la femme a cru qu'elle accouchait par le rectum. Il faut expliquer les choses et reprendre l'anatomie.
- **Idées reçues :**
 - Les femmes excisées ont beaucoup d'idées reçues et sont persuadés que les « femmes blanches » (femmes non-excisées) ont des sexualités très épanouissantes et parfaites ! On peut ne pas être excisée et avoir une sexualité nulle et le contraire. Il faut lever ces idées reçues : les vulves sont toutes différentes comme les visages. Cela rejoint le questionnement sur la normalité.
 - Excision : pas un obstacle au désir mais à l'obtention de l'orgasme selon Karim et Ammar, étude sur 600 égyptiennes, 1965. Ce n'est pas en stigmatisant les choses qu'on peut avancer.

- Pensées populaires : « la quête du bouton sacré », « la plus belle fleur du jardin des délices », « on le surnomme haricot, bouton du plaisir ou berlingot ». Certaines femmes ont une image tellement dégradée d'elles-mêmes qu'elles se refusent toute sexualité.
- Selon le Pr. Daniel Raudrant: « La plupart de ces femmes ont une image très dégradée d'elles-mêmes. Certaines ont peur que soit révélée leur mutilation et préfèrent couper court à toute relation, se refusant à une vie sexuelle, voire à la notion même de plaisir sexuel »

Demande(s) de réparation chez les adolescentes :

- **Indications chirurgicales incontournables**
 - Fermeture vulvaire
 - Complications
- **Démarche volontaire** : elle ne doit pas être conseillée ou poussée par qui que ce soit, il faut que cela vienne d'elle-même
- **Résister au côté « tout et tout de suite » de l'adolescente** : il faut y résister, parfois long parcours de réflexion derrière elle mais il faut quand même prendre le temps chez les adolescentes en particulier.

II- La prise en charge de femmes victimes d'excision à l'hôpital Trousseau : quelles étapes ?

- 1) **Rôle de la sage-femme, Dominique Louboutin** :
 - Histoire personnelle, épidémiologie, motivations
 - Examen clinique et explication de la prise en charge
- 2) **Rôle de la psychologue**
 - Motivations, maturité, contexte psycho-social
 - Evaluer sa fragilité
- 3) **Rôle de la sexologue**
 - Elle reprend l'anatomie, évalue les motivations, tabous, parle de la sexualité individuelle (masturbation et jeux sexuels) et en couple.
 - Il faut inciter la femme à aller de l'avant sur le plan individuel et en couple
- 4) **Rôle de la chirurgien-ne**
 - Examen clinique / faisabilité de la chirurgie et résultats attendus.
- 5) **Staff multidisciplinaire : réunion générale de tous les professionnels de santé pour prendre une décision:**

On prend assez souvent la décision de différer la réparation pour permettre à la patiente de revoir la personne de son choix (psychologue ou sexologue le plus souvent) et pour enrichir sa réflexion quant à sa demande de réparation.

Il s'écoule 5 mois entre le moment où elles viennent pour la 1^{ère} fois et le moment où elles sont éventuellement opérées. .

III- Prise en charge de femmes victimes d'excision : expériences à partir des résultats étude menée à l'hôpital Trousseau

Cohorte de 253 personnes en 4 ans :

- 142 femmes ont renoncé à la demande de chirurgie d'elles-mêmes¹² (56%) car elles ont trouvé une solution autre que la chirurgie
- 111 interventions → sur ces 111 interventions, 57 sont suivies pour l'étude sur 17 mois, 48 ont été perdues de vue, 6 femmes ont été « exclues » participant à une autre étude multicentrique

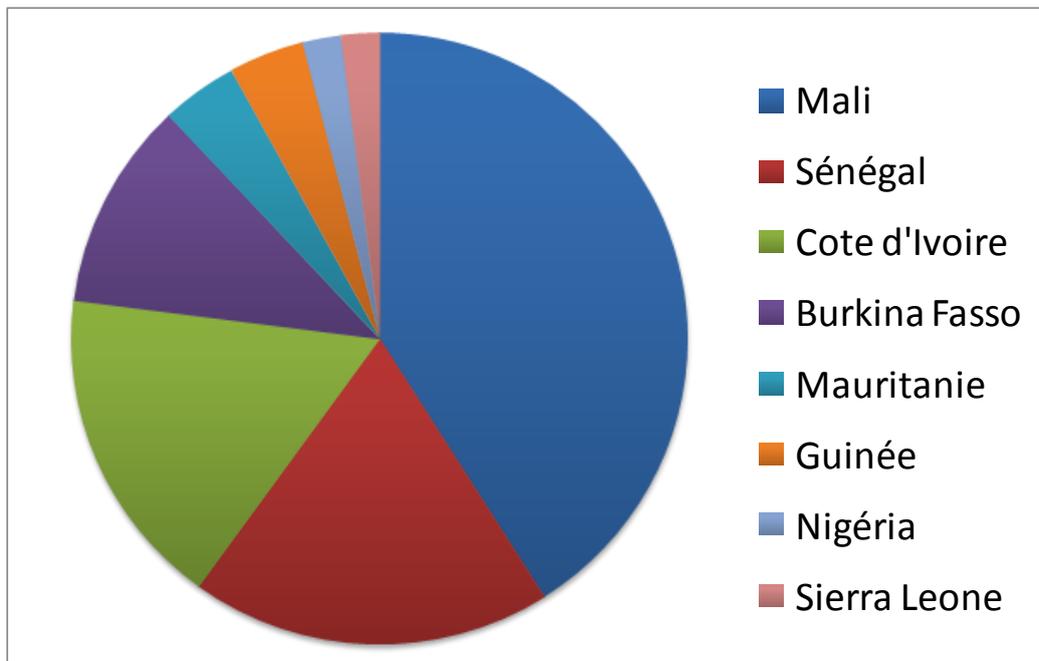
⇒ Délai médian de suivi: 17 mois [3; 36]

⇒ Age médian au moment de l'intervention: 31 ans [16; 47]

L'intervention chirurgicale

L'intervention a été importée en France par le docteur Foldès dans les années 1980. L'idée est d'aller récupérer le clitoris pour le remettre en position anatomique un petit peu plus bas. Il faut sectionner un ligament pour ramener et fixer le clitoris en position anatomique près de l'orifice vulvaire. Les patientes sont hospitalisées pendant 24h, elles ont ensuite des petits soins à faire chez elles¹³ et sont revues très régulièrement pour évaluer la douleur, l'absence de complications, etc. (J10, J17, M1). La cicatrisation du clitoris prend entre 4 et 6 semaines

Pays d'origine des femmes excisées :



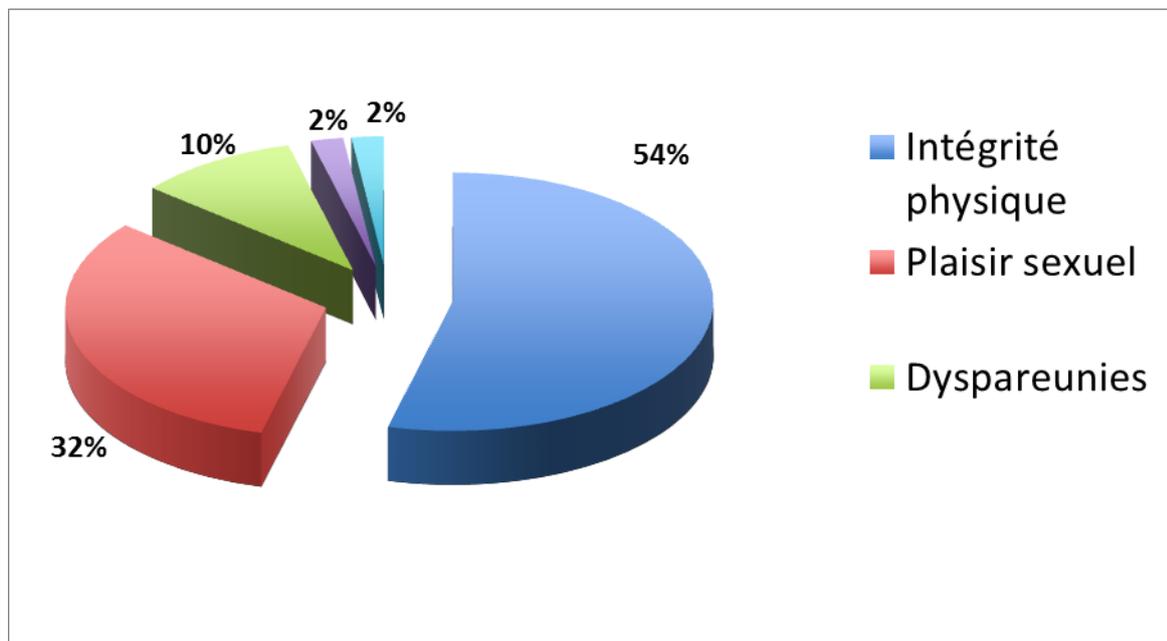
¹² Elles ont peut-être trouvé le parcours fastidieux et sont allées voir ailleurs.

¹³ Soins postopératoires : TOBREX® 10 jours, Saugella antiseptique, Saugella Poligyn Antalgiques palier II puis I

Ces femmes proviennent essentiellement d'Afrique subsaharienne, très peu de patientes viennent de la Corne d'Afrique, aucune ne vient d'Indonésie ou d'Amérique du Sud.

→ Résultats : motivation principale

Elles viennent en grande partie pour récupérer une intégrité physique et augmenter leur plaisir sexuel.



Résultats : suites et complications

- **Délai de cicatrisation:**
 - Cicatrisation: 4 à 6 semaines
 - Epidémisation: 6 à 10 semaines
- **Complications**
 - [Précoces (< 2 semaines)]**
 - 2 abcès (4%) dont un drainé chirurgicalement
 - 4 hématomes (7%) sans reprise
 - 4 douleurs (7%) rappelant l'excision
 - [Moyen terme (< 3 mois)]**
 - 11 « décharges électriques » (17%)¹⁴

¹⁴ Plutôt de bons pronostics car cela indique une réinervation.

- 1 cystite (2%)

[Long terme (> 3 mois)]

- 7 ré-enfouissements (12%)

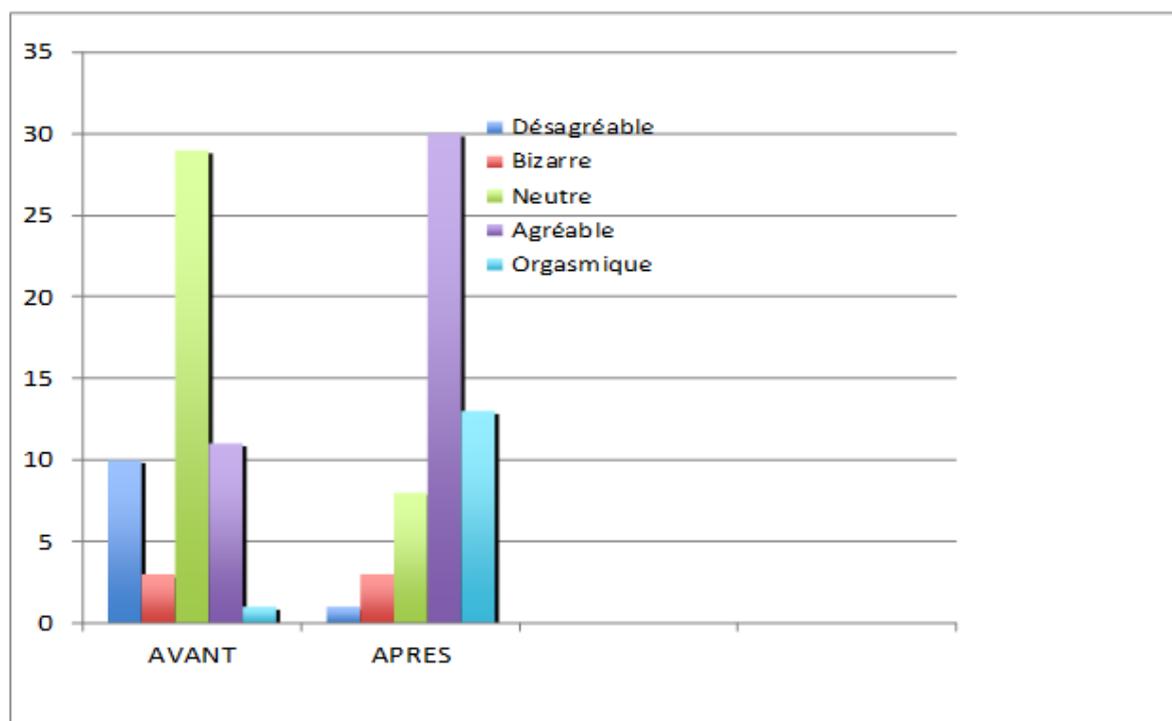
Résultats : sexualité

- Reprise des rapports sexuels: 2 mois [1 ; 3]
- Régression des dyspareunies d'intromission / saignements de l'introit: 100 %
- Régression de la sécheresse vaginale: 60%

PLAISIR SEXUEL	N = 50	%
Augmenté	41	82
Inchangé	9	18
Diminué	0	0

LIBIDO	N = 57	%
Augmentée	32	56
Inchangée	17	30
Diminuée	5	9
Ne se prononce pas	3	5

On constate une augmentation du plaisir et de la libido, une amélioration des sensations clitoridiennes.



Résultats : esthétique

- **Satisfaction esthétique:**
- Mieux: 61%
- Inchangé : 26%
- Pire: 13%
- 4 *patientes auraient souhaité un plus gros clitoris...*

- **Sentiment de féminité:**
- Mieux: 60%
- Inchangé: 38%
- Pire: 2%

Conclusion :

Accompagner signifie :

- Prévenir, former et informer
- Dépister
- Annoncer : il faut y faire extrêmement attention et toujours ouvrir la porte au dialogue, clé de la prise en charge de ces jeunes femmes.
- Dialoguer
- Prendre en charge et / ou orienter

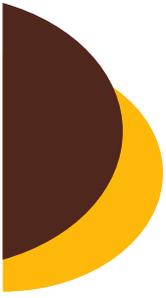
Winnicott (1896 – 1971) : « le meilleur traitement de l'adolescence, c'est le temps ». Il faut prendre son temps chez une adolescente et chez une excisée.

Prise en charge à l'hôpital Armand Trousseau : bilan

- Etude difficile à mener: perdues de vue, tabous, barrière de langue
- Biais: peu de patiente mécontente acceptant l'étude ?
- Résultats encourageants.
- La majorité des femmes (91%) recommanderait l'intervention à une amie malgré un parcours vécu à priori comme fastidieux, mais très apprécié à postériori dans 77% des cas.
- Prise en charge psychologique et sexologique nécessaires et parfois suffisantes

Prise en charge à l'hôpital Armand Trousseau: perspectives

- Service de gynécologie adulte (2007)
- Service de chirurgie viscérale pédiatrique
- Unité de prise en charge de l'adolescent (2011)



Questions :

Question : *les 10 ou 15% de personnes satisfaites et les décharges électriques sont très fréquemment rencontrés. Vous êtes optimiste sur celles-là. Je serais peut-être un peu moins optimiste à long terme. Elles redécouvrent une zone qu'elles ne connaissent pas sensible, donc elles ont une réaction de recul. Je pense qu'il faut réexpliquer à long terme que toute la sexualité n'est pas dans le clitoris mais dans la zone sous-clitoridienne, entre l'urètre et le clitoris, qui est une zone très sensible et érogène et toutes les autres zones. Appuyer sur le fait que les zones érogènes ne sont pas seulement sur le clitoris, leur apprendre qu'il est possible d'avoir un plaisir différent, cela peut venir en post-opération.*

Mathilde Piketty : Il faut reprendre tout à la base en préopératoire et c'est souvent largement suffisant (leur suggérer la masturbation par exemple). Dans les patientes que j'ai vues moi, toutes les décharges électriques ont disparu en soi, après se réapproprier cette vulve demande un certain apprentissage.

Question : *Sur la liste des professionnels qui peuvent intervenir on ne parle pas assez des conseillères familiales qui jouent un rôle très important par rapport à ça alors que leur diplôme n'est pas reconnu et pourtant elles font vraiment des formations et beaucoup de choses intéressantes.*

Mathilde Piketty : En ce qui concerne les conseillères familiales, si vous pouvez trouver les crédits pour une vacation, vient qui veut. Après il ne faut pas non plus multiplier ces intervenants et obliger les femmes à répéter tout le temps la même chose, à mon sens.

Question : *Quels arguments pourraient convaincre les chirurgiens à se former à la chirurgie réparatrice ? Moi je viens de province et quand les patientes me demandent s'il y a une chirurgie.... Les CHU sont très loin et cela implique beaucoup d'aller-retour avec les consultations pré-op et au niveau national on n'a pas beaucoup de lieux de réparations.*

Pierre Vasquez : La rentabilité et la qualité des soins fait qu'on a de plus en plus besoin de centres référents, et que ces centres référents ne peuvent pas être partout. Et comme ça arrive pour les cours de justice et les tribunaux d'instance, ils sont regroupés dans des grandes villes, c'est pareil pour les hôpitaux. Il y aura des centres référents beaucoup plus éloignés et beaucoup plus évolués parce que spécialisés. Pour les urgences médico-judiciaires, on avait réussi jusqu'à présent à ce qu'elles soient dans chaque département mais par faute de moyens ou pour amélioration de la rentabilité ils sont maintenant regroupés par régions.

Question : *Comment motiver les gens à ne plus pratiquer l'excision ? L'excision est une violence en soi, c'est une question d'humanité. Ce n'est pas seulement un risque, la violence qui est faite me semble une raison suffisante. Sinon je vais faire une autre remarque, moi je m'intéresse à cela depuis 7 ans à peu près et je trouve que la façon de percevoir la sexualité a évolué. Au départ il y a avait des chirurgies qui prétendaient pouvoir résoudre les problèmes sexuels des femmes, qu'il y avait aussi des tas d'autres idées, que l'excision provoquait des problèmes sexuels et je trouve qu'on en a énormément parlé aujourd'hui. Ça n'a pas été le cas dans d'autres réunions où j'ai assisté auparavant. Il y a un lien évident entre sexualité et excision mais ce n'est pas nécessairement l'un la conséquence de l'autre. Beaucoup de femmes demandent à être prises en charge sur le plan sexuel. Je suis sexologue et en réfléchissant je me disais que beaucoup de sexologues ne s'intéressent pas à ça. Il y a certainement un travail à faire. Analyser la sexualité n'est pas si simple que ça : confusion entre excitation et satisfaction sexuelle, entre le ressenti et ce qu'on peut sentir ou pas réellement. On gagnerait à développer ces réseaux-là pour ces femmes qui sortent de la chirurgie, elles sont devenues avec une demande sexuelle, est-ce qu'après des réseaux de sexologues les prennent en charge ?*

Sokhna Fall: Les services sont construits comme ça. Les patients rencontrent systématiquement la psychologue et la sexologue. En post-opératoire des consultations privées avec la sexologue sont prévues, plus tard que les autres, car il faut attendre que ce soit cicatrisé. Des rendez-vous sont fixés six mois après la réparation. Chez nous, de toute façon, il y a deux entrées : soit elles viennent parce qu'elles ont une question et elles voient qui elles veulent, soit elles rencontrent tout le monde dans le cas d'une chirurgie. Elles peuvent revenir voir les professionnels dès qu'elles veulent.

Question : *comment peut-on faire un suivi uniquement sur une vacation ?*

Sokhna Fall : On fait notre possible se rendre disponible.

Mathilde Piketty : Il y a eu une évolution sur les façons de prendre en charge les femmes excisées avant c'était surtout basé sur la chirurgie maintenant on a une prise en charge pluridisciplinaire en amont.

Aurélié Latoures : Certaines femmes ne choisissent pas la voie chirurgicale peut-être qu'elles ont trouvé des réponses grâce à ces entretiens préalables, c'est très important.



La prévention auprès des jeunes filles et garçons

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

La Fédération nationale GAMS propose des séances de sensibilisations dans les établissements scolaires (Collèges et Lycées) :

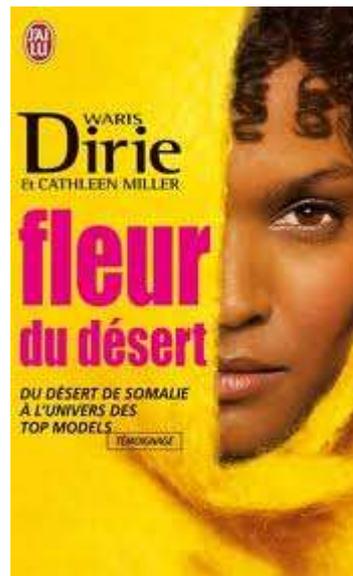
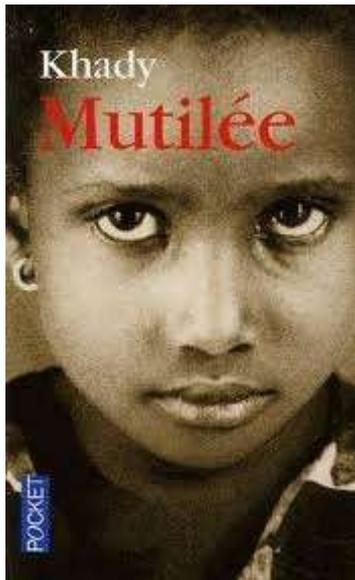
- pour une ou plusieurs classes
- pour un groupe d'élèves, par exemple dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ;
- pour tout l'établissement, lors d'un Forum Santé, etc. sur la thématique des mutilations sexuelles féminines.

Quelques règles importantes :

- **L'âge** : à partir du collège, classe de 4ème : il est important de tenir compte des âges.
- **La mixité** : il faut mélanger filles et garçons. Nous sommes très attachés à la mixité filles-garçons. Le partenaire peut être concerné, grand frère ou petit frère de jeunes filles exposées à ces pratiques et futurs parents. Parfois certains garçons n'hésitent pas à stigmatiser les filles, cela permet de déconstruire les représentations et autres stéréotypes.
- **L'interculturalité** : neutraliser le risque de discrimination et/ou de relativisme culturel : l'ensemble des violences faites aux femmes et enfants traverse toutes les cultures
- **L'importance de l'identification à un (des) modèle(s)** : cela valorise, en particulier, les femmes qui ont refusé d'exciser leurs filles ou des « survivantes » qui ont accepté de témoigner comme les tops modèles Waris Dirie ou Katoucha.

Différentes approches :

- **Via les SVT** (Sciences et Vie de la Terre) intégrée au module sur la santé reproductive et sexuelle, approche santé.
- **Via les sensibilisations** dans le cadre de l'éducation à la vie affective et sexuelle du type Planning Familial, Centre d'Education et de Planification familiale, CIDFF, Ateliers Santé Ville, associations spécialisées, etc.
- **Via l'histoire- géographie**, intégrée au module instruction civique/approche droits humains, en particulier la Convention Internationale des Droits de l'Enfant
- **Via la littérature** : lecture de témoignages (Khady « Mutilée » ou Waris Dirie « Fleur du désert »).



► **Via les bandes dessinées :**

- « En en chemin, elle rencontre », Ouvrage collectif, Editions Des Ronds dans l'Ô (volume 1) <http://www.desronds danslo.com/EnChemin.html>
- « Bintou » (à télécharger sur le site de l'association CAMS <http://www.cams-fgm.net/>)

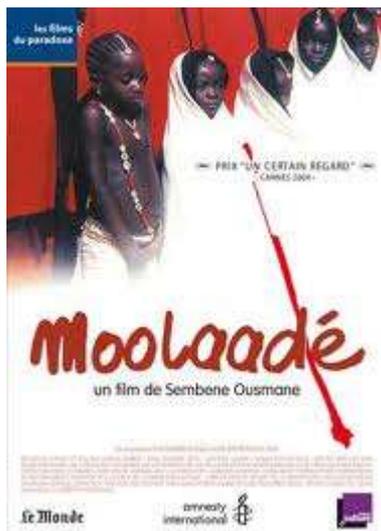


- « Diaratou face à la tradition » (Téléchargeable sur le site du GAMS Belgique <http://www.gams.be/>)



➤ **Via les films :**

- « **Moolaadé** » de Sembène Ousmane (2h), qui n'est pas le format idéal pour une intervention sur des heures de classe.



- « **Fleur du désert** », de Sherry Horman, 2010.

- « L'Appel de Diégoune, le film de tout un village pour l'abandon de l'excision » (TOSTAN) avec une image valorisante de l'Afrique. <http://www.tostanfrance.com/>
Tostan propose une vision non-misérabiliste de l'Afrique, c'est déjà une souffrance pour certaines d'avoir été excisées, il faut donc essayer d'être positif autrement. Accompagné de son Livret, à commander gratuitement sur le site de l'association TOSTAN : <http://www.tostanfrance.com/>



Conclusion :

- D'autres outils et partenaires vont vous être également présentés dans la suite de cet après-midi de travail...
- Autrement dit, j'espère que nous réussirons à vous donner l'envie d'intervenir en direction de ce public adolescent, qui peut être victime directe ou indirecte des mutilations sexuelles féminines ; et qui quoiqu'il en soit demeure un maillon indispensable pour lutter contre les violences à caractère sexuelles et sexistes ; ainsi que pour garantir leur propre intégrité tant physique, que psychologique.
- Les adolescentes peuvent être les actrices de leur propre protection et, filles comme garçons peuvent contribuer à celles de leurs petites sœurs, cousines, nièces, etc. voire de leur futur enfant, à venir
- De plus, le dialogue avec les garçons est nécessaire pour empêcher la stigmatisation et/ou les discriminations à l'égard de leurs futur-es partenaires, compagnes ou épouses.

Anne GUILBERTEAU, coordinatrice de l'Atelier santé Ville Paris 20^{ème}.



L'Atelier Santé Ville (ASV) est un outil de la politique de la Ville, financé par Département Paris (DASES) et Préfecture (ACSé, DDCS) pour réduire inégalités sociales et territoriales de santé. Il vient renforcer le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale et il a vocation à améliorer la coordination des actions et acteurs dans les politiques de la ville :

- 6 ASV dans Paris
- et 60 ASV en Ile-de-France (dont 4 en Essonne).

On essaie d'avoir une approche transversale de la santé. L'objectif étant de diminuer les inégalités en termes de santé. On travaille avec des partenaires issus de différents domaines, du social, de l'insertion, de l'éducation, de la culture, du logement (déterminants de la santé).

Les axes de travail sont issus de diagnostics locaux partagés sur le territoire qui font émerger différentes thématiques. Sur différents arrondissements de Paris dont le 20^{ème}, cette thématique demande à être coordonnée pour améliorer la santé des femmes.

L'ASV Paris 20^{ème} a proposé en 2009 (dans une dynamique inter partenariale et intersectorielle) un **groupe de travail sur les rapports de genre comme frein à l'accès à la santé**. L'objectif est d'identifier les freins et les leviers, les comportements favorables et défavorables à l'accès à la santé. Dans ce cadre les problèmes liés aux violences faites aux femmes ont été abordés, et le lien avec le groupe de travail régional piloté par la Préfecture de région/DRDFE sur les MSF a pu être établi. Il rassemble des éducateurs, animateurs, structures ressources, partenaires associatifs, institutionnels, et acteurs locaux qui souhaitent travailler sur la santé d'un point de vue différent, c'est-à-dire dans une approche plus globale et positive.

A l'issue de ces échanges, deux structures étaient intéressées (antennes-jeunes) pour travailler sur le sujet des violences faites aux femmes et plus particulièrement les MSF. Il y a une vraie légitimité à aborder ce sujet, quelle que soit la structure, dès qu'il y a une demande et qu'une information peut être transmise. On est encore dans un programme d'approche. On s'est réunis avec TOSTAN pour réfléchir.

La proposition a été faite d'organiser des « **goûters-santé** » avec un groupe de jeunes filles et de mamans (dans un esprit de convivialité). Ils ont rassemblé entre 10 et 15 femmes entre 10 et 15 ans et des mamans d'origine maghrébine ou d'Afrique subsaharienne, pour échanger sur la santé, informer sur la santé, au-delà de la maladie (accès aux soins, accès au droit à la santé, prendre soin de soi à l'extérieur et dedans). La 4^{ème} session a été organisée récemment. Les supports sont des jeux ludiques : photo-langages, jeux, socio-esthéticienne (pour le « prendre soin de soi »).

On essaie aussi de ne pas présumer des connaissances des personnes : on est souvent étonné de la méconnaissance de leur corps (par exemple, on m'a demandé si l'utérus était dedans ou dehors). Il

faut remettre les connaissances bien à plat. Au-delà de l'échange, il s'agit aussi de faire connaître les structures-ressources sur le territoire, parfois elles en sont éloignées. Des démarches de proximité sont nécessaires en amont pour familiariser les jeunes avec ces structures.

La prochaine session sera sur la vie affective et la santé sexuelle : « câlin malin »¹⁵ avec le Centre de Planification. Soulignons l'importance de la prise en compte des garçons dans ces actions de prévention. Il sera proposé aussi une visite au centre de planification. On va essayer de partir du principe que le droit à la sexualité épanouie peut être un argument pour échanger sur différents sujets, maintenant qu'une relation de confiance a été établie, et amener le groupe à aborder ce sujet-là.

Les jeunes filles déclarent en général, avoir acquis des connaissances plus précises sur ce thème au cours de leur adolescence et à l'âge adulte. L'importance des médias comme sources d'informations est soulignée et semble combler une absence de communication au sein de la famille autour de sujets associés à la sexualité et à l'intimité.

On constate dans nos actions, que **la communication autour de la pratique de l'excision est défailante au sein des familles** dans lesquelles des femmes et des filles ont pourtant subi cette mutilation.

Parallèlement à cette carence de dialogue dans les familles, les acteurs de santé – gynécologues, médecins, etc... – se montrent souvent moins informés sur cette pratique et inaptes ou mal préparés à aborder la question avec leurs patientes.

Le risque, repéré par les associations ou les structures scolaires, de mutilations plus tardives, à l'adolescence notamment, ne doit pas être négligé même s'il ne concerne sans doute qu'une minorité de cas.

Les difficultés dans les rapports entre parents et enfants (particulièrement dans le cas des filles) inhérentes à l'adolescence et exacerbées dans des familles confrontées à des conflits de normes, peuvent conduire des parents à envisager un retour au pays et à assumer le risque d'une excision.

Professionnels du social, les AJ, les équipes de prévention.....vous êtes totalement autorisés et pertinent en tant qu'acteurs de prévention et repérage sur ce sujet.

Et c'est parfois le cas, dans une approche plus globale en terme notamment de santé, des droits humains, etc.

Il est nécessaire également de **développer des formes d'accompagnement des parents dans le passage à l'âge adulte de leurs enfants**, notamment les filles, de réfléchir à une préparation des parents à l'adolescence de leurs enfants, sous des formes se rapprochant de l'école des parents par exemple : via des actions de soutien à la parentalité ...

¹⁵ Sorte de jeu de l'oie

Isabelle DOMERC, membre du Planning familial de l'Essonne (association MFPP 91).

Avant d'être au Mouvement français pour le Planning familial de l'Essonne (MFPP 91), j'ai travaillé pendant de longues années à Montreuil avec un groupe de femmes venues d'Algérie, du Maroc, d'Égypte, du Mali, de Côte d'Ivoire, d'Angola, d'Inde, du Sri Lanka, de Tunisie, de Mauritanie, du Nigéria, d'Italie, du Cap Vert, de Syrie, du Liban... Ce que nous faisons ensemble peut se rapprocher de ce qui se passe dans les groupes de parole.

Un grand nombre de ces femmes avaient des vies marquées par la violence : pas d'accès à l'école parce que nées filles, vendues enfant, mariées de force... J'ai été frappée de constater que c'est le traumatisme de l'excision, quand elles l'avaient vécu, qui était l'un des plus profondément enfoui.

J'ai souvent eu l'occasion d'orienter des femmes vers le service de l'hôpital de Montreuil où travaille Mme Sokhna Fall que vous venez d'écouter.¹⁶

Donc maintenant je suis au Planning de l'Essonne. J'y ai retrouvé la force de la solidarité entre les femmes et c'est important pour moi de travailler au sein d'un mouvement qui se positionne clairement pour le droit des femmes.

Le Planning Familial est une association féministe « généraliste ». Historiquement, il s'est beaucoup battu pour l'accès à la contraception et à l'IVG et peu à peu en écoutant les femmes, ont émergé de nouveaux sujets de lutte: en particulier, les violences faites aux femmes, dont font partie les mutilations sexuelles.

Dans l'Essonne nous travaillons, entre autre, au sein du **CDCSS (Comité Départemental de Coordination des actions d'Éducation à la Santé et à la Sexualité)**. Ce comité est piloté par Véronique Leralle, chargée de mission en Éducation à la sexualité, à la direction de la PMI au Pôle santé au Conseil Général de l'Essonne. Ce comité rassemble : l'Éducation Nationale, l'ARS, le Codes et le Planning Familial du 91.

C'est une instance de réflexion, de formation, d'analyse de la pratique et de construction de projets.

Dans ce cadre, nous sommes invitées, en tant que Planning Familial à participer à la formation des personnes qui interviennent auprès des jeunes sur les questions d'éducation à la vie affective et sexuelle: ce sont des enseignant-es de collège, des CPE, des infirmier-es, des personnes qui travaillent dans les centres de Planification ou dans des maisons de quartier...

Il y est systématiquement réservé un temps de formation d'au moins 3 heures sur les mutilations sexuelles féminines, le plus souvent animées par le Planning Familial du 91.

Le but de ces temps de formation est avant tout que les personnes formées aient le réflexe de contacter le GAMS lorsqu'elles se trouvent confrontées à des risques de mutilations ou à des mutilations avérées.

Si on n'a pas suffisamment d'informations, on peut passer à côté, ne pas avoir la vigilance, ne pas avoir le réflexe de protéger.

¹⁶ Désormais à l'hôpital du Kremlin Bicêtre (voir contacts dans les annexes de ce document).

Ces formations mettent en évidence une connaissance parcellaire de cette question, et un grand besoin d'information, sur les pays d'origine « à risque » (ex. Égypte), les recours, la loi, le signalement, mais aussi sur ce que sont concrètement les mutilations et les raisons avancées par ceux qui la pratiquent encore...

Au cours de ces sessions de formation, nous avons pu constater une grande inquiétude des participant-es: ils /elles ont peur ne pas savoir comment agir, envers la jeune fille, envers les parents, par rapport à la loi, de faire une fausse manœuvre...

Ces formations existent depuis 10 ans, date de création du CDCESS, et 130 personnes intervenant auprès de jeunes ont ainsi été sensibilisées à la question des mutilations sexuelles féminines.

D'autre part, dans l'Essonne, le Planning familial du 91 a été à l'origine d'un dispositif particulier : **l'Infobus.**



Ce bus sillonne le département et est accueilli dans les collèges pour organiser des plages d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les classes de 4^{ème}. Ce dispositif est maintenant pris en charge complètement par le Conseil Général, mais le planning continue à en être partenaire.

J'interviens moi-même régulièrement dans l'Infobus en binôme avec une conseillère conjugale d'un des centres de planification du 91. Nous sommes là pour créer un espace de parole et d'écoute et l'Infobus y est très propice, avec ses petits salons et l'exposition conçue par le Planning Familial.

Il est important également que les élèves sortent de la séance de 2 heures en ayant des personnes et des lieux ressources : infirmière scolaire, quand il y en a une...centres de planification...

Nous sommes là, avant tout, pour leur souhaiter une belle vie amoureuse. Les thèmes pouvant être abordés sont très vastes : l'amour, le désir, les premières fois, les peurs, le plaisir, l'intimité, la relation, les règles, l'homosexualité masculine et féminine, la contraception, la contraception d'urgence, l'IVG, les IST ...et aussi les violences.

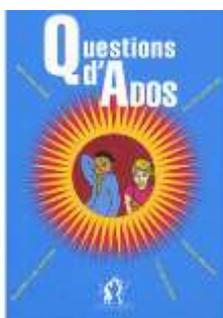
J'ai dû répondre lors de ces séances à des questions sur les mutilations sexuelles. Si l'intervenant-e, n'est pas sensibilisé-e à cette question, l'adolescente ou l'adolescent ne trouvera pas l'espace pour la poser.

Cela pose aussi cette autre question : Que se passe-t-il dans la tête d'une jeune fille si on est amené à présenter une planche représentant les organes sexuels féminins, et si elle pressent qu'elle n'est plus comme sur le dessin ? Il est important de travailler ses propres zones d'ombre, d'essayer d'avoir dans un coin de la tête le plus de pages du « dictionnaire » possibles.

Lors de ces interventions, j'essaie toujours de prendre un moment pour expliquer le fonctionnement d'un système violent¹⁷ : l'isolement de la victime, l'emprise, le processus d'inversion...

J'essaie de faire passer le message : le meilleur moyen de lutter contre la violence, quelle qu'elle soit, est de sortir de la solitude, de la loi du silence, de chercher du secours. Le principe : face à la violence, il ne faut pas rester seul-e, cela vaut pour les victimes mais aussi pour les personnes à qui elles demandent de l'aide. C'est pourquoi le travail en réseau est si fondamental.

Le livret *Questions d'Ados*



Pour finir sur ce bref aperçu non exhaustif : cette année, il sera distribué par le Conseil Général, à chaque collégienne et collégien de quatrième un recueil « Questions d'ados » dans lequel une page est consacrée à la question des mutilations sexuelles féminines, avec les adresses utiles.

Et pour information, au niveau régional, le Planning familial tient une plateforme téléphonique¹⁸ sur toutes les questions de sexualité, de contraception d'accès à l'IVG, mais aussi de violences, c'est un outil qui peut être très utile également pour l'orientation des femmes et des jeunes filles vers les associations plus spécialisées. Nous tenons à votre disposition des biographies et filmographies sur la question des mutilations sexuelles féminines de tout ce qui est disponible au centre de documentation du Planning Familial.¹⁹

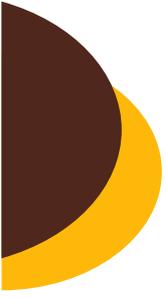
Le film « L'appel de Diegoune » n'y est pas encore référencé, mais il y sera très prochainement. Et je vous le recommande tout particulièrement car il parle d'espoir. Pour conclure et laisser la parole aux questions et aux interrogations : Une phrase que j'aime beaucoup et que j'ai emprunté à Julos Beaucarne, un homme féministe:

« Il s'agit de transformer en arrosoirs les noirs fusils du désespoir » c'est ce que ce film fait.

¹⁷ Cf. Alice Miller « C'est pour ton bien », Éditions Albin Michel Bernard Lempert, « Critique de la pensée sacrificielle » La couleur des idées, Éditions du Seuil

¹⁸ Sexualité, contraception, Avortement, un droit, mon choix, notre liberté. Parlons-en : 01 47 00 18 66

¹⁹ Mouvement Français pour le Planning Familial, 4 square Saint-Irénée, 75011 Paris



Présentation de la plaquette « mutilations sexuelles féminines : parlons-en ».



Aurélie Latourès, chargée de mission, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité.

Cette nouvelle plaquette d'information et sensibilisation est **spécifiquement à destination des jeunes filles et garçons**.

Elle a été conçue en complément des outils existants sur les mutilations sexuelles féminines, spécifiquement pour les jeunes, par un groupe de travail multi-partenarial régional sur la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Composition de cette brochure :

- 1) une série de questions, et des pistes de réponses : « *qu'en pensez-vous ?* » / « *ce que nous en pensons* »
- 2) des repères (définition, cadre juridique,...)
- 3) des contacts

Quels objectifs ?

- sensibiliser et informer les jeunes aux enjeux des MSF
- **questionner et déconstruire les représentations des jeunes associées aux MSF**, en partant des questions des jeunes eux-mêmes sans tabous (sexualité, religions...)
- réfléchir sur les conséquences sans dramatiser
- **informer sur la loi**, et les **ressources** existantes en proximité
- diffuser de **bons réflexes pour se protéger** soi-même, ou son entourage (sœur, cousine, amie)

Pourquoi ce format ?

- Format ludique, sous forme de quizz
- Impliquer les jeunes, partir de leurs propres questions sans tabous
- Faire des jeunes les acteur-rices du changement (pas de réponses directes à chaque question, encourager la réflexion: « *ce que nous en pensons* »).

Comment l'utiliser ?

- Libre accès dans des lieux spécifiques de passage des jeunes pour susciter la réflexion individuelle (et collective)
- Diffusion par les professionnels afin de susciter, amorcer un dialogue (individuel)
- Support d'animation en groupes

Les contacts et repères en font un outil qui ne nécessite pas obligatoirement un accompagnement.

Quelques messages clefs ?

- **Pour les sœurs, cousines, amies à risque:** les réflexes à avoir, l'information à diffuser (question 1) et rappel de la loi (question 5)
- **Pour les jeunes filles excisées:** osez en parler avec votre médecin ou professionnels, (question 2) des services de prise en charge adaptés existent, votre sexualité peut-être satisfaisante (question 3) et vous n'êtes pas « anormale » (question 10), et le rappel de la loi (question 4) qui protège et punit.
- **Rappel de la loi :** protéger et punir (questions 4 et 5)
- **La tradition, la religion:** aucune religion n'impose de mutilation des filles, et les traditions, la culture sont mouvantes (il y a des mobilisations sociales et politiques en Afrique et ailleurs, page 15) puis questions 6 et 7
- **Sexualité:** l'excision n'assure pas la pureté (virginité) (question 8) ; conséquences sur la santé sexuelle - mais sans pour autant impossibilité de relations (question 3) ou « anormalité » (question 10)
- **Lien avec mariages forcés:** excision peut arriver à l'étranger, après 16 ans le plus souvent dans contexte mariage forcés (question 9).

Emmanuelle Piet, PMI 93.



Il faut positiver: donner l'impression aux jeunes filles qu'elles sont novatrices si elles refusent que leurs enfants soient excisés.

Avant ces plaquettes s'appelaient « osons en parler » (prévention des violences dans les relations amoureuses). Mais avec les excisions c'est mieux de dire « parlons-en » les femmes ont honte de tout. Il y a aussi une brochure sur le mariage forcé : la prévention a commencé en 1997 : comment ne pas stigmatiser des catégories de population ? Un film a été fait par des lycéennes elles-mêmes. Jeunes filles de tous les pays. La prévention du mariage forcé est entrée dans le banal de la prévention.

Avec les trois autres brochures, on dispose ainsi **un kit complet pour le collège pour intervenir auprès des jeunes sur l'ensemble des violences**. Je les utilise par exemple lors de la journée banalisée pour tous les professeurs de l'école : j'essaie de travailler avec eux. Ils nous offrent la possibilité de travailler avec leurs classes en mai, à la fin de l'année scolaire.

Il faut retravailler avec les adultes. Il leur faut des outils pour permettre de jouer aux enfants : profs de langue qui le traduisent et lancent des débats en anglais, en espagnol etc.

Dans un mouvement comme celui-ci les enfants s'embarquent si on l'embraye comme ça. On peut avancer ensemble, à des vitesses différentes.

Conclusion :

Jocelyne MONGELLAZ, Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité.

En cette fin d'après- midi, je voudrais tout d'abord remercier les membres du groupe de travail piloté par Aurélie Latourès qui ont contribué, pour la 3ème année consécutive, à l'organisation de cette demi- journée. Je voudrais remercier également l'ensemble des intervenant-es, ainsi que le Conseil général de l'Essonne, ainsi que tou-tes les professionnel-les et les associations présentes et qui sur le terrain par leur engagement et leurs compétences jouent un rôle essentiel pour d'accélérer l'abandon des MSF.

Dans la lutte contre les MSF le rôle des professionnel-les sanitaires et sociaux est essentiel ainsi que celui des pouvoirs publics.

La politique conduite depuis les années 1980 en matière de lutte contre les mutilations sexuelles repose sur deux **axes complémentaires**:

- **le premier consiste en la mise en œuvre d'actions de prévention** à travers l'information et la sensibilisation du grand public, des personnes spécifiquement concernées, ainsi que des professionnels. La dernière campagne nationale de communication sur ce thème accompagnant le deuxième Plan de lutte contre les violences faites aux femmes date de 2009.
- **le second axe vise au renforcement de la répression** de ces pratiques notamment avec l'adoption dans le cadre de la loi du 4 avril 2006 et de la loi du 9 juillet 2010 de nouvelles dispositions.

Le **3ème Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes** (2011-2013), piloté par la Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale, réaffirme la priorité du gouvernement accordé à la lutte contre les violences faites aux femmes. Ce nouveau Plan comporte un volet spécifique sur les MSF avec **6 priorités spécifiques**:

1° AMELIORER LES CONNAISSANCES DU PHENOMENE POUR MIEUX PREVENIR ET MIEUX AGIR

Il s'agit d'assurer la diffusion et la promotion des résultats de l'étude « Excision et handicap » finalisée en 2009 par l'INED.

2° EVALUER LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE PAR LA LOI POUR MIEUX ORIENTER L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS

Il s'agit par exemple suivre et analyser les dispositifs mis en place par la loi du 9 juillet 2010.

3° PROMOUVOIR DES ACTIONS DE SENSIBILISATION DE L'ENSEMBLE DE LA SOCIETE

Il s'agit d'actualiser les documents d'information et les diffuser auprès des principaux acteurs ; mais aussi de sensibiliser les jeunes ; et d'assurer l'accès à l'information des femmes et des jeunes filles primo-arrivantes.

4° RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNEL-LES CONCERNE-ES :

Et ce tant au niveau de la formation initiale que de la formation continue

5° MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR UN MEILLEUR REPERAGE ET TRAITEMENT DES VIOLENCES

Notons que les médecins ont un rôle majeur à jouer dans le repérage des femmes victimes de MSF, dans la prévention et dans l'accompagnement ainsi que dans le respect de l'application de la loi. C'est l'un des objectifs du Guide « **Le praticien face aux MSF** » disponible sous forme de synthèse sur le site internet du Ministère de la Santé.²⁰

6° FACILITER L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES

Développer et systématiser l'accompagnement global et multidisciplinaire nécessaire aux personnes concernées afin d'assurer une prise en charge de qualité

Améliorer la protection des fillettes et jeunes filles bénéficiant de l'asile en France en raison des menaces de mutilations sexuelles qui pèsent sur elles.

L'Île de France, qui est une des régions les plus concernées par cette question en France, a été pionnière dans la lutte contre les MSF.

Dès les années 1980, **des actions de prévention** ont été réalisées pour accompagner l'action répressive mise en œuvre dès cette période : ces actions se déploient :

- sur **l'information des familles sur les droits des petites filles à l'intégrité physique** et psychique, mais aussi sur l'interdiction de ces pratiques et les risques encourus ; les PMI ont été des lieux privilégiés pour diffuser l'information et instaurer le dialogue.
- **la production et la diffusion d'outils d'information et de sensibilisation adaptés et régulièrement actualisée**
- la première campagne d'information institutionnelle « **Nous protégeons nos petites filles** » a été initiée en 1993 par la DRDFE en direction des publics et des professionnel-les. Cette campagne sous forme d'affiches et de plaquettes, conçus en partenariat avec les associations, notamment le GAMS et la CAMS, a été relayée dès 1994 par les principaux Ministères.

La campagne la plus récente est celle initiée en 2010 à nouveau par la Délégation Régionale aux Droits des Femmes d'Île-de-France en partenariat avec l'ACSE et les actrices de la société civile (CAMS, GAMS, MFPP, TOSTAN, etc.). Elle s'intitule « Agir face aux mutilations sexuelles féminines » et prend la forme de plaquettes et d'affiches.

Parallèlement à ces campagnes d'information, le travail de prévention passe également par l'implication et la **formation des professionnel-les concerné-es**

Plusieurs initiatives de formation se sont développées notamment la formation mise en place par la DASES de la ville de Paris à destination des travailleurs sociaux, la formation d'adultes relais dans plusieurs départements avec le GAMS. On peut citer en Seine-St-Denis, **la journée organisée par**

²⁰ Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf.

l'Observatoire départemental des violences faites aux femmes de la Seine-Saint-Denis, sur les MSF chaque année à l'occasion du 6 février.

De même l'école a un rôle à jouer dans la sensibilisation et la prévention des violences sexuelles et sexistes et des MSF. A cet égard la direction générale de la Cohésion sociale, la direction générale de l'enseignement scolaire ont travaillé à l'élaboration d'un **Guide ressources** pour les collèges et les lycées intitulé « *Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer et agir* »²¹ :

Ce guide rappelle la conduite à tenir en cas de risque ou de constatation de violences sexistes, sexuelles, de mariage forcé ou de MSF impliquant une élève.

Notons qu'en 2012 la prévention des mutilations sexuelles féminines a été intégrée dans le **Programme régional pour l'intégration des populations immigrées** (avec une fiche action spécifique sur le groupe de travail régional et ses actions) et dans les axes de la **Convention régionale pour l'égalité entre les Filles et les Garçons - 2010** (axe 2, éducation à l'égalité et lutte contre les comportements sexistes).

Enfin, cette politique se décline à travers le **développement de partenariats locaux** à travers l'intégration de la thématique dans les sous commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes, le plus souvent dans le cadre de l'information et prévention des comportements et violences sexistes. En Essonne, un répertoire des actions de prévention des violences et comportements sexistes, porté par la DDCS, le CG et l'IA 91 en lien avec le CRPVE qui comprend un volet sur les MSF, va paraître au troisième trimestre 2012.

Les échanges de cet après- midi ont permis de mettre en évidence l'importance de concentrer également les efforts de prévention sur l'adolescence,

Les interventions ont montré qu'il était important aussi de sensibiliser les jeunes garçons et d'aider les jeunes femmes à mieux connaître leurs droits, mais aussi mieux gérer le passage à l'âge adulte (vie sexuelle) pour les jeunes femmes excisées.

Des outils existent (l'exposition « *En chemin, elle rencontre* », la plaquette « Parlons-en , MSF ») que vous pouvez mobiliser.

Des partenaires spécialisés existent vers qui orienter les adolescentes, et des partenaires locaux en proximité comme relais pour monter des actions de prévention (comme l'a montré l'exemple de l'ASV Paris 20^{ème}).

En 2012 : nous allons diffuser ce nouvel outil, et nous allons également élargir nos échanges sur les mariages forcés.

C'est toutes et tous ensemble que nous arriverons à progresser dans la réponse à apporter à ces violences spécifiques.

²¹ Disponible sur : <http://eduscol.education.fr/pid23262-cid53898/-comportements-sexistes-violences-sexuelles-brochure.html>

Annexes :

Contacts utiles en Ile-de-France.

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 une étude sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ;

- Centre Ressources ouvert du lundi au vendredi (9h30 à 12h30 et 14h30 à 16h30) et l'on peut venir y consulter la documentation ; mais préférable de téléphoner avant.

La CAMS

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

6, place St Germain des Près 75006 PARIS
Téléphone : 01.45.49.04.00 <http://www.cams-fgm.org/>

Le Mouvement Français pour le Planning Familial, Paris :

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

Accueille et informe les femmes sur leur sexualité. Peut former les professionnels.

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.

Seine et Marne : 01 60 09 02 47.

TOSTAN France :

8 bis cité d'Hauteville 75 010 Paris.

Tel : 01 42 46 85 89.

<http://www.tostanfrance.org/>

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 migrantes en France.

Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France :

SGAR, Préfecture de région, Préfecture de Paris, 5 rue Leblanc, 75015 Paris. Tel : 01 82 52 43 29/ 25.

Contact : drdfe-idf@paris-idf.gouv.fr

Liste des principaux centres en Ile-de-France pour une prise en charge des femmes mutilées.

Rappel : cette prise en charge est gratuite (remboursée par la sécurité sociale)

PARIS 12 (75) Hôpital Armand Trousseau
Pr Jean-Louis Benifla
Contact : Mme Dominique Louboutin (sage-femme) Pierre Vazquez et Mathilde Piketty.
T : 01 44 73 51 42
Rencontre avec psychologue / sexologue

KREMLIN BICETRE (94) *ouverture sept 2012.*
Hôpital du Kremlin Bicêtre
Unité de Soins des Femmes Excisées
Service de gynécologie et obstétrique
Pr Fernandez.
Dr Emmanuelle Antonetti, gynécologue
Me Sokhna Fall, psychothérapeute
Me Laura Beltran, sexologue
T : 01 45 21 77 78

ST GERMAIN EN LAYE (78)
Clinique Louis XIV
Centre hospitalier de St Germain en Laye
Dr Pierre Foldès
Contact : Secrétariat du Dr Foldès
Rencontre avec psychologue sur demande
T : 01 39 10 26 03

PARIS 18 (75) Hôpital Bichat
Contact : Secrétariat
T : 01 40 25 70 19

COLOMBES (92) Hôpital Louis Mourier.
Dr Cyril Raiffort chirurgien gynécologue.
Martine Vervaeke. sage-femme.

T. : 01 47 60 61 00 pour une prise de RDV

NB : d'autres centres existent en province.

