

**COMBATTRE**  
**L'EXCISION**



---

# **COMBATTRE L'EXCISION**

---

**LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES  
EVALUATION DES CONNAISSANCES  
DES MEDECINS GENERALISTES D'ILE DE FRANCE**

Docteur Claire Tantet  
Professeur Albert Faye



---

# TABLE DES MATIÈRES

---

Table des matières .....	p.3
Abréviations .....	p.5
<b>INTRODUCTION</b> .....	p.7
<b>PARTIE I LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES, RAPPEL DES CONNAISSANCES</b> .....	<b>p.10</b>
<b>A. Définition et historique</b> .....	p.10
Définition et terminologie .....	p.10
Historique .....	p.12
La position des religions .....	p.15
<b>B. Différents types d'excision</b> .....	p.18
Anatomie de la vulve et du clitoris .....	p.18
Les différents types de mutilations sexuelles féminines .....	p.20
<b>C. Épidémiologie</b> .....	p.26
En Afrique .....	p.26
En France .....	p.36
Dans le reste du monde .....	p.38
<b>D. Circonstances de l'excision</b> .....	p.39
Le témoignage de Mme C .....	p.40
Pour quelles raisons excise-t-on ? .....	p.41
Les exciseuses professionnelles et la médicalisation .....	p.44
Le lieu .....	p.49
L'âge de l'excision .....	p.49
<b>E. Conséquences de l'excision</b> .....	p.51
Les conséquences somatiques .....	p.51
Les conséquences psychologiques .....	p.55
Le retentissement sur la sexualité .....	p.56

<b>F. Cadre légal</b> .....	p.57
Législation internationale.....	p.57
Législation nationale.....	p.59
En France.....	p.61
<b>G. Prise en charge de la femme excisée</b> .....	p.65
La première étape : faire le diagnostic d'excision .....	p.65
Comprendre la demande de la patiente .....	p.66
La prise en charge chirurgicale.....	p.67
Les équipes de soins multidisciplinaires.....	p.72
<b>PARTIE II ÉTUDE SUR LA CONNAISSANCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES</b>	
<b>À PROPOS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES EN ÎLE-DE-FRANCE..... p.74</b>	
<b>A. Objectif</b> .....	p.74
<b>B. Matériel et méthodes</b> .....	p.76
Population de l'étude.....	p.76
Méthodes .....	p.76
Données collectées.....	p.77
Analyse statistique .....	p.78
<b>C. Résultats</b> .....	p.78
Caractéristiques de la population.....	p.78
Connaissances générales sur les MSF.....	p.80
Degré d'implication des praticiens et confrontation à la problématique des MSF au cours de leurs consultations.....	p.85
Prise en charge chirurgicale et administrative .....	p.86
Cas cliniques.....	p.89
<b>D. Discussion</b> .....	p.92
<b>CONCLUSION</b> .....	p.103
Bibliographie.....	p.105
Annexes.....	p.107
Remerciements.....	p.117

---

# ABRÉVIATIONS

---

**CEDAW** Convention on the Elimination of Discrimination Against Women (Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes)

**CI-AF** Comité Inter-Africain

**CRIP** Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

**CVI** Centre de Vaccinations Internationales

**DCEM** Deuxième Cycle des Études Médicales

**EDS** Études Démographiques et de Santé

**GAMS** Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

**GPTrop** Groupe de Pédiatrie Tropicale

**ITT** Incapacité Totale de Travail

**MGF** Mutilations Génitales Féminines

**MICS** Multiple Indicator Cluster Surveys  
(enquêtes en grappes à indicateurs multiples)

**MSF** Mutilations Sexuelles Féminines ou Médecins Sans Frontières

**OGE** Organes Génitaux Externes

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**ONU** Organisation des Nations Unies

**PMI** Protection Maternelle et Infantile

**RR** Risque Relatif

**SMV** Société de Médecine des Voyages

**TCEM** Troisième Cycle des Études Médicales

**UNFPA** United Nations Fund for Population Activities  
(Fonds des Nations Unies pour la population)

**UNICEF** United Nations Children's Emergency Fund  
(Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

**USAID** United States Agency for International Development  
(Agence des Etats-Unis pour le développement international)

**VEF** Violence à l'Égard des Femmes

**WHO** World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)



---

# INTRODUCTION

---

Les mutilations sexuelles féminines sont une pratique traditionnelle ancestrale. Ce sont des lésions volontaires des organes génitaux externes de la femme pratiquées pour des raisons non médicales (1). Mais plus que les lésions anatomiques, c'est l'ensemble de l'histoire de la petite fille et de la femme à venir qui est bouleversé, tant dans sa sexualité, sa maternité, son image du corps et sa position dans la société.

Les mutilations sexuelles féminines représentent une violation des droits de l'Homme. Elles sont le reflet d'une inégalité entre les sexes profondément enracinée, et constituent une forme extrême de discrimination à l'encontre des femmes. Elles sont presque toujours pratiquées sur des mineures et sont par conséquent une violation des droits de l'Enfant. Elles violent également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique de la personne, le droit à être protégé contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants, et le droit à la vie lorsque l'intervention entraîne la mort.

Et pourtant, elles concernent aujourd'hui 126 millions de femmes dans le monde (2). Deux à trois millions de femmes et de fillettes par an risquent d'être soumises à cette mutilation. Pratiquée dans 29 pays africains, elle concerne plus de 85% des Maliennes, Égyptiennes, Somaliennes et Guinéennes. Une femme africaine sur trois a été excisée.

En raison des flux migratoires, cette pratique s'est étendue à l'Europe Occidentale mais aussi aux États-Unis, en Australie et au

Canada. Elle est exercée dans certaines régions d'Inde, d'Indonésie, du Pérou et en Australie. Les dernières estimations évaluent à 53 000 le nombre de femmes excisées vivant en France (3).

Les mutilations sexuelles féminines n'ont aucun avantage pour la santé. Douloureuses et traumatisantes, elles sont préjudiciables à bien des égards aux filles et aux femmes. L'ablation des tissus génitaux normaux et sains entrave le fonctionnement naturel de l'organisme et est responsable de diverses conséquences immédiates et durables sur la santé. Hémorragies conduisant parfois au décès, infections locales ou systémiques, dysuries, fistules vaginales, complications obstétricales, douleurs chroniques, dyspareunies, etc. À court terme comme à long terme, les complications somatiques sont nombreuses.

Il existe aussi des complications psychologiques importantes : syndromes de stress post-traumatique, difficultés émotionnelles, sexuelles et troubles anxieux (3).

Les professionnels de santé ont une place privilégiée pour venir en aide à ces femmes. Généralistes, gynécologues-obstétriciens, infectiologues, psychiatres et pédiatres sont plus particulièrement concernés. Notamment lorsqu'ils exercent dans des régions fortement concernées en raison de la présence d'une grande concentration de femmes originaires de pays où sont pratiquées les mutilations comme c'est le cas en Île-de-France.

La thèse du Dr Doucoure en 2011 a mis en évidence le peu de connaissance des internes de médecine générale sur le sujet et le manque d'enseignement reçu (4). Celle réalisée par le Dr Poulain en 2007 a montré que les patientes interrogées en post-partum n'avaient que très peu conscience des conséquences psychiques et physiques de l'excision et qu'elles étaient mal informées sur le sujet (5).

L'objectif de cette thèse est donc de faire le point sur les connaissances des médecins généralistes en Île-de-France sur les mutilations sexuelles féminines. Nous dresserons dans un premier temps un état des lieux de cette pratique, de son histoire, de ses conséquences, de sa répartition sur le globe et de la législation. Puis nous présenterons les résultats de notre étude visant à évaluer les connaissances des médecins généralistes, leur formation et leur volonté de s'impliquer dans la prévention et la réparation des mutilations.

---

# PARTIE 1 LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES, RAPPEL DES CONNAISSANCES

---

## A. DÉFINITION & HISTORIQUE

### Définition et terminologie

Les mutilations sexuelles féminines, également connues sous le nom d'« excision » ou d'« ablation génitale féminine » désignent « toutes les interventions aboutissant à une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non médicales ». La terminologie utilisée pour définir ces pratiques peut être offensante et fait donc l'objet d'un débat.

Tout d'abord, le terme de « circoncision féminine » a été utilisé. Il est vrai que dans certaines sociétés, les mutilations sexuelles font partie des rites d'initiation pour les hommes comme pour les femmes. Différentes langues africaines utilisent donc le même terme pour désigner l'excision et la circoncision masculine. Néanmoins, depuis les années 1970, certains militants s'opposèrent à l'utilisation de ce terme, arguant qu'il suggérerait à tort

que l'excision était comparable à la circoncision masculine. Le prépuce n'est pas un organe nécessaire à la jouissance et ne sert pas au plaisir. En revanche, le clitoris est le principal organe de la jouissance féminine. Son ablation n'est donc pas comparable à celle du prépuce mais à celle, si elle était pratiquée, de tout ou d'une partie du pénis. Pour créer une distinction linguistique et souligner la nature spécifique de l'excision, le terme de « Mutilations Génitales Féminines » (MGF) a été dans un premier temps préféré. L'excision privant la femme d'un de ses organes, c'est bien d'une mutilation qu'il s'agit.

Le terme de « Mutilations Génitales Féminines » a ainsi été adopté en 1990 par la Troisième Conférence du Comité Inter Africain (CI-AF) sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, à Addis-Abeba (Éthiopie). Le Comité Inter Africain est une organisation africaine et internationale de lutte pour l'élimination des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF). Il possède des antennes dans 29 pays africains et 19 pays affiliés non africains.

En 1991, l'OMS a recommandé l'utilisation du même terme au sein des Nations Unies. Il a par la suite été largement utilisé dans les documents des Nations Unies et ailleurs, et c'est le terme employé par l'OMS.

À la fin des années 90, le terme « Female Genital Mutilation/ Cutting » a été utilisé par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). Certains estimant que le terme « mutilation » était une forme de jugement ou de condamnation des pratiques communautaires ancestrales, ils ajoutèrent le mot « Cutting » permettant de recentrer sur l'acte et non pas son jugement.

En Juin 2004, l'Académie Nationale de Médecine a choisi d'adopter le terme « Mutilations Sexuelles Féminines » (MSF) (6).

Ce terme devient l'expression choisie par toutes les institutions des Nations Unies dans la Déclaration inter-institutions de l'OMS en 2013 (7). Le terme « génital » était effectivement trop médical, tandis que le terme « sexuel » intègre en plus de l'atteinte physique, toutes les dimensions de la sexualité.

Cependant, on peut noter que les dénominations africaines anciennes sont nombreuses : « Nè korossi » ou « Bolo Koli » au Mali qui signifie « asseoir sous le fer » ou « laver les mains » ; « Kodjigui » signifie en Guinée « aller à la rivière » ; en Somalie « Gudniin Fircooni », « enlever selon le pharaon d'Égypte » ; au Soudan, « Khifad », « Khitan Elbanat », « purifier ». Comme évoqué par le Dr Morissandé dans son discours à l'ONU, chaque pays africain, voire communauté africaine a une appellation locale propre et significative (Annexe 1). Nous choisirons le terme de « Mutilations Sexuelles Féminines » au cours de cet exposé.

## Historique

L'Égypte ancienne apparaît être le berceau des MSF dès 5000 à 6000 avant notre ère. La découverte de deux momies féminines en 1915 et 1920 présentant des cicatrices génitales évocatrices d'infibulation (ablation et accolement des petites lèvres ou des grandes lèvres conduisant à un rétrécissement de l'orifice vaginal) en Allemagne du Nord (pour une raison indéterminée) confirma cette hypothèse. Il semble que le but était d'éviter que cet organe proche d'un pénis masculin ne se développe trop. Il était bon alors d'amputer cette partie du corps avant qu'elle ne déborde au moment où les filles commençaient à se marier.

Dans « L'Enquête », Hérodote (historien grec 484 avant JC) mentionnait le premier l'excision. Il écrivait que les Égyptiens,

les Éthiopiens, les Colchidiens et les Phéniciens effectuaient des infibulations ou « circoncision pharaonique ». L'excision a également été évoquée dans des papyrus datant de Ptolémée (II<sup>ème</sup> siècle avant notre ère). L'origine géographique aurait été la région du Haut-Nil puis la pratique se serait répandue en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient. On retrouve tout au long de l'histoire des mutilations sexuelles dans différents peuples. Celles-ci étaient pratiquées à but esthétique, pour préserver la fidélité, pour empêcher les femmes d'avoir des rapports sexuels ou pour les guérir de leur histrionisme et de leur hyperexcitabilité sexuelle. Voici une liste non exhaustive d'exemples:

■ Dans la Rome Antique, les esclaves féminines devaient porter des anneaux à travers les grandes lèvres pour ne pas avoir de rapports sexuels. Les esclaves masculins, dont les gladiateurs, avaient le prépuce transpercé par une agrafe en forme d'anneau. Les maîtres les empêchaient ainsi de se disperser avec les femmes et de perdre de l'énergie.

■ De nombreuses sources médicales arabo-byzantines rapportent les différentes techniques d'excision. Le premier des grands auteurs médicaux byzantins ayant traité de la question fut Aetius d'Aemida (VI<sup>ème</sup> siècle), qui reprenait les détails de l'opération de Soranos d'Éphèse (médecin à Rome au II<sup>ème</sup> siècle), dans un chapitre de ses œuvres (Chapitre XVI. 103) intitulée « De Nympha Sectione » : « La Nympe est un organe musculaire ou d'aspect cutané situé au dessus des commissures des lèvres, et juste là où se trouve le méat urinaire. Dans certains cas, la nymphe est si grosse qu'elle présente une difformité honteuse, de telle manière que, irritée par le contact avec les vêtements de la patiente, celle-ci est poussée vers l'acte charnel. La coutume égyptienne consiste à l'amputer avant qu'il ne grossisse trop, principalement à la période où la fille est apte au mariage. »

- Cet héritage gréco-byzantin fut repris par la médecine arabe au début du Moyen-Âge. Avicenne notamment s'inspira de Soranos pour décrire les organes génitaux féminins et l'ablation du clitoris.
- À la fin du Moyen-Âge, l'Occident chrétien fut confronté à des cultures inconnues grâce aux grandes découvertes maritimes. Le développement de la médecine était dominé par l'essor de l'Anatomie. L'état des connaissances en gynécologie était inchangé depuis Galien. Ambroise Paré décrit l'anatomie génitale féminine et notamment les nymphes (entendre les grandes lèvres) qui gonflaient pendant le coït « comme le fait la creste d'un coq » ce qui rendaient les femmes honteuses. Il proposait alors de « couper ce qui est superflu, parce qu'elles peuvent en abuser » (extrait de Malgaigne, 1840, I, p.168).
- Bonet en 1703 évoqua une controverse entre Fallope et Vesale sur la véritable nature du clitoris : pour le premier, cet organe naturel devait être conservé, alors que pour le second il constituait une anomalie ou une maladie justifiant son ablation.
- L'excision était ensuite préconisée pour vaincre la masturbation féminine et la nymphomanie au XIX<sup>ème</sup> siècle. En Europe, et principalement en France et en Angleterre, la clitoridectomie, les cautérisations génitales et l'infibulation étaient pratiquées au XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles pour guérir des maux féminins tels que l'histrionisme, la masturbation et autres troubles psychiques. On peut citer par exemple Thésée Pouillet (1849-1923) ou Paul Broca (1824-1880). Aux États Unis, la pratique de l'excision du prépuce clitoridien comme traitement de la frigidité et des problèmes psychologiques qui en résultent a été proposé dans les années 1940.

L'excision, comme la circoncision, s'est donc répandue en Afrique et aussi en Europe depuis le début de l'histoire de l'humanité.

## La position des religions

Certains avancent le motif religieux pour perpétuer les MSF. Celles-ci existaient avant l'arrivée du Christianisme et de l'Islam et leur pratique a évolué plus en fonction du territoire que de la religion. Ainsi, des femmes appartenant aux trois religions monothéistes et certaines femmes animistes sont encore mutilées.

### ISLAM

L'expansion des MSF en Afrique s'est faite avant la propagation de l'Islam, mais celui-ci s'est étendu sur les régions où elles étaient pratiquées. C'est pourquoi, beaucoup d'hommes et de femmes assimilent cette pratique à la religion. Elle est ainsi appelée « Tuhara » au Soudan, « Tahara » en Égypte ou « Sili-ji » au Mali pour être reliée à des pratiques ou à des normes religieuses.

L'Islam est apparu en Arabie. Mahomet, son prophète, est né à la Mecque et mort à Médine en 632. Le Coran, livre sacré, compte 144 chapitres appelés sourates. À côté du Coran, existent les recueils de la Sunna (« tradition » en arabe) qui comportent les paroles et gestes de Mahomet (ou « hadiths »). Ces recueils sont complétés par les « fatwas », avis écrits ou oraux, émis par les autorités religieuses. Les fatwas indiquent le comportement à suivre pour se conformer à la volonté divine. Les règles de vie musulmanes forment la « Charia ». Rien dans le Coran ne concerne les MSF. Or, beaucoup de femmes et d'hommes pratiquent ces mutilations pour l'honorer.

C'est pourquoi les chefs religieux qui luttent contre cette pratique ont montré que les hadiths citant l'excision étaient tous des hadiths faibles, c'est à dire que leur base, peu solide, les rendant non crédibles. Les principaux théologiens islamiques ont donc réfuté l'argument fondé sur la doctrine religieuse de l'excision.

D'ailleurs, rien ne prouve que les filles de Mahomet aient été excisées.

En 1998, des chercheurs de plus de 35 pays musulmans se sont réunis à Al-Azhar au Caire pour conclure que les MSF sont une coutume et qu'elles ne sont pas obligatoires dans l'Islam (8). En 2013, des professeurs en gynécologie et des hommes politiques égyptiens se sont réunis et ont rédigé un rapport intitulé « Excision (MGF) : Entre utilisation incorrecte de la science et compréhension erronée de la doctrine » (9). Ils démontrent que le Prophète n'a jamais ordonné l'excision. Voici quelques exemples :

■ Dans un haddith, Um Atiyya al-Ansariyyah parle d'une femme utilisée pour effectuer une excision à Médine. Le Prophète lui dit « ô Oum Atiya, ne coupe qu'une petite partie et n'excise pas, car ceci sera plus agréable à la femme et plus apprécié du mari ». (الزواج عند أم عطية للوجه الذي أمر به النبي، تنان ووالا أم عطية : عطية أم أي).

Ce hadith est connu pour être faible car il ne remplit pas les critères stricts pour être considéré comme authentique.

■ Une autre citation du Prophète Mahomet souvent citée est : « Ô épouses d'Al-Ansar, excisez sans abuser car cela est plus agréable pour vos maris, et méfiez-vous d'être ingrates envers Celui qui vous comble de ses bienfaits ».

وأيها نساء أزواجكم عند أم عطية هذا من تنان، ولما وافقتموهن فليسوا يستغنون من أن يرضوا منهن ما (الدين عام والغدران).

Cet autre hadith a aussi été rapporté par un rapporteur peu fiable et donc faible.

■ L'Islam ordonne que toute activité sexuelle ait lieu dans le cadre du mariage et décrit ces actes comme une récompense pour chacun des conjoints. Avant le rapport sexuel, il recommande le badinage, la tendresse et la stimulation sexuelle, et il ordonne aux maris et aux épouses d'attendre l'atteinte de leur orgasme respectif. Mahomet a dit :

الرسول وما : قِيلَ رَسُولٌ بَيْنَهُمَا وَلَيْكُنْ ، «البخيري يروي عنهما ابراته على انهم لا يقرعان  
والانهم القبلية : قال ؟

«Aucun d'entre vous ne devrait avoir de relation sexuelle avec son épouse comme une bête ; il devrait y avoir un messenger entre eux». Ils dirent «Qui est ce messenger?». Le prophète répondit : «des baisers et des mots tendres».

Ainsi, le Coran, Mahomet et l'Islam ne recommandent pas la pratique de l'excision.

## **JUDAÏSME**

Les juifs de l'ancienne Abyssinie (actuelle Éthiopie) pratiquaient les MSF comme coutume. Leur immigration massive en Israël vers 1970 les y a fait renoncer.

## **CHRISTIANISME**

L'Église catholique est traditionnellement opposée aux MSF prônant que toute modification de l'être humain est un péché vis-à-vis de la création de Dieu. Cependant, pendant la colonisation, les MSF ne firent pas polémique en Europe. L'Église préférait ne pas perdre de nouveaux convertis en Afrique. Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, certains missionnaires jésuites essayèrent d'interdire la pratique chez leurs ouailles. L'Église perdit alors de nombreux membres, et les hommes refusèrent d'épouser des femmes indemnes. Le Vatican décida alors de « préférer leurs âmes à leurs sexes », et valida les mutilations en tant que pratique médicalement nécessaire aux vues de « l'hypertrophie des sexes des négresses ».

Par ailleurs, les chrétiens africains, notamment éthiopiens, la pratiquent toujours.

L'excision était donc pratiquée avant la naissance des religions monothéistes. Aucune d'entre elles n'encourage cette pratique.

## B. DIFFÉRENTS TYPES D'EXCISION

### Anatomie de la vulve et du clitoris

#### LA VULVE

La vulve est un organe étendu, comprenant le mont du pubis, les grandes et les petites lèvres, le vestibule, les corps érectiles et les glandes vulvaires ❶.

En avant, la vulve est limitée par le mont du pubis, qui est en continuité avec l'abdomen et les grandes lèvres. Elle est constituée essentiellement d'une couche adipeuse.

Sous le mont du pubis, se trouvent les grandes lèvres qui sont deux replis cutanés. Elles limitent la fente vulvaire. Leurs extrémités se réunissent en arrière pour constituer la commissure postérieure, distante de 2,5cm de l'anus, et en avant pour former la commissure antérieure. À la surface, elles sont constituées de fibres musculaires lisses.

En profondeur, le corps adipeux labial est une formation fibro-graisseuse très vascularisée, et un organe semi-érectile renforcé par les fibres élastiques qui l'amarrent aux structures anatomiques adjacentes.

Les petites lèvres délimitent le vestibule. Elles se réunissent en avant autour du capuchon du clitoris pour former le prépuce clitoridien, en se dédoublant et en arrière, le frein clitoridien. Ce sont des fibres musculaires lisses avec des capacités érectiles.

Entre les grandes et les petites lèvres se situe le sillon interlabial, dans lequel on peut palper dans sa partie antérieure le coude du clitoris.

La fente vulvaire est un espace virtuel comprenant le méat urétral (bordé par les orifices des glandes para urétrales), le

vestibule et l'orifice inférieur du vagin (fermé par l'hymen chez la vierge).

## LES CORPS ÉRECTILES ET LE CLITORIS

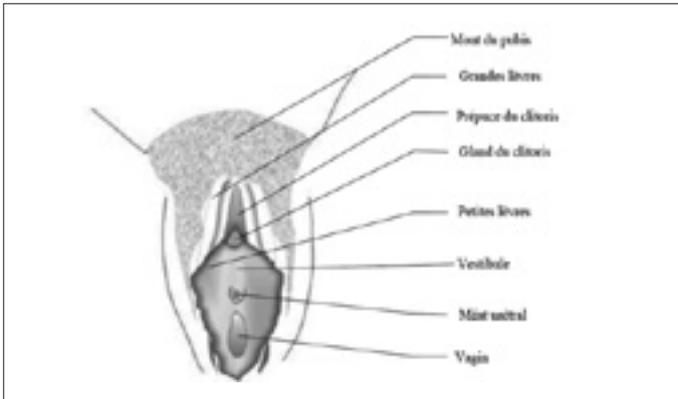
La description du clitoris est une découverte récente et réalisée par les travaux du Dr Pierre Foldès et du Dr Odile Buisson en 2009 (4,10).

Les corps érectiles de la femme se composent du clitoris et des bulbes vestibulaires **2** **3**. Le clitoris est formé d'arrière en avant par :

**I Les corps caverneux ou piliers du clitoris.** Ils sont peu mobiles et longent les bords inférieurs du bassin osseux.

**I** Le corps du clitoris, réunion des piliers sur la ligne médiane en avant de l'urètre. Il suit la direction des piliers puis se coude à 90°C sous la symphyse pubienne pour former le genou du clitoris. À son extrémité se situe le gland du clitoris.

### 1 ANATOMIE DE LA VULVE



Ce coude est suspendu à la symphyse pubienne par le ligament suspenseur.

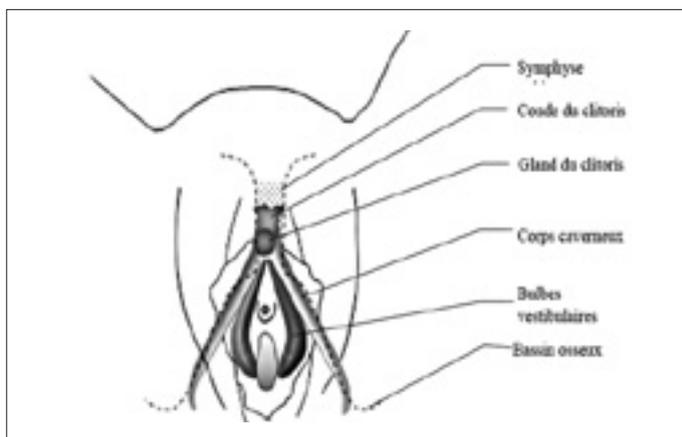
- Le gland est la seule partie du clitoris visible à l'œil nu. C'est une structure conique de 6mm de longueur pour un diamètre de 7mm.
- Les bulbes ensèrent de chaque côté les parois latérales du vagin. Ce sont deux corps spongieux qui sont en contact dans leur partie postérieure avec les glandes de Bartholin. Ils ont une longueur variable, arrivant au moins jusqu'au niveau du milieu du vagin et parfois jusqu'au périnée postérieur. Leur extrémité antérieure, mince, s'unit sur la ligne médiane où ils sont en communication avec la face dorsale du clitoris par l'intermédiaire d'un plexus veineux. Ce plexus solidarise la circulation veineuse des corps érectiles. Lors des rapports, les corps spongieux se gonflent et ensèrent le vagin.

## Les différents types de mutilations sexuelles féminines

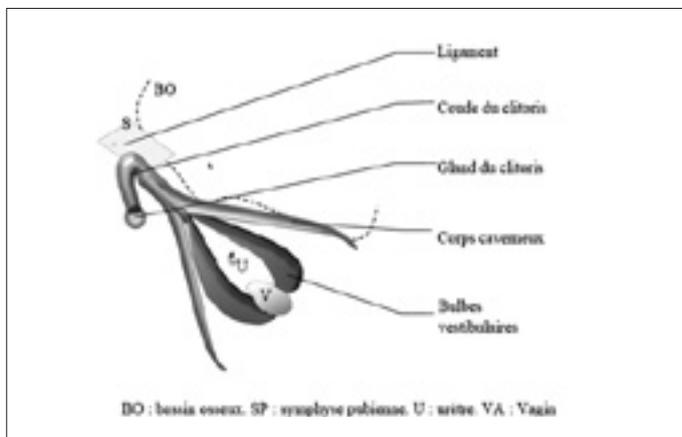
Ils ont été définis par l'OMS, en partie pour uniformiser notamment les études. Plusieurs définitions ont été éditées, la première le fût en 1995. La dernière version, la plus précise, est celle de la Déclaration commune OMS/UNICEF/UNFPA de 2007 <sup>4</sup>.

**Type I :** l'excision du clitoris et/ou du prépuce. La circoncision féminine appelée « sunna » c'est-à-dire « tradition » en arabe, consiste en la résection du seul capuchon ou prépuce clitoridien. Elle est en fait très rare car la petitesse des organes génitaux des bébés et des filles sur lesquelles elle est pratiquée fait que le clitoris est toujours lésé.

2 ANATOMIE DES CORPS ÉRECTILES - SECTION CORONALE (O. BUISSON)



3 ANATOMIE DES CORPS ÉRECTILES - SECTION SAGITTALE (O. BUISSON)



**Type II :** c'est l'excision des petites lèvres (IIa), du clitoris et des petites lèvres (IIb), du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres (IIc).

**Type III :** c'est l'infibulation ou la « circoncision pharaonique » ou « soudanaise ». La plus radicale des MSF : c'est l'ablation et l'accolement (et donc l'adhérence) des petites lèvres ou des grandes lèvres conduisant à un rétrécissement de l'orifice vaginal.

Une précision importante : dans la définition de 1995, on parlait de « suture/rétrécissement de l'orifice vaginal ». Dans la nouvelle définition de 2007, on définit l'infibulation par « le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par accolement des petites et/ou des grandes lèvres ». Ce n'est donc pas le vagin lui-même qui est suturé. Il est en fait couvert par un capuchon de peau créé par les tissus cicatriciels qui sont le résultat de l'adhérence des lèvres. Ces tissus cicatriciels couvrent également le clitoris et l'urètre. En fait, la suture n'est qu'un des moyens permettant de créer l'adhérence entre les lèvres (avec des épines ou des points). L'accolement des jambes et les pâtes végétales sont d'autres moyens pour créer le tissu cicatriciel.

Il existe de nombreuses variations dans les types III. Dans la plupart des cas, aucun tissu clitoridien n'est enlevé (11).

Une autre MSF de type III est la réinfibulation. Au moment de l'accouchement, la cicatrice d'infibulation peut être une gêne au passage du bébé. Une désinfibulation est alors pratiquée. Après l'accouchement, la cicatrice est refermée afin de recréer une apparence « virginale » des organes génitaux. Cela entraîne un rétrécissement plus important, la réinfibulation.

Les directives de l'OMS recommandent une désinfibulation systématique par les médecins et les sages femmes lors de

Typologie modifiées de l'OMS, 2007	Typologie de l'OMS, 1995
<p><b>Type I :</b> Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutation de type I, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <p><b>Type Ia</b>, ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; <b>Type Ib</b>, ablation du clitoris et du prépuce.</p>	<p><b>Type I :</b> Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.</p>
<p><b>Type II :</b> Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <p><b>Type IIa</b>, ablation des petites lèvres uniquement ; <b>Type IIb</b>, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; <b>Type IIc</b>, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.</p> <p>Notez également qu'en français le terme « excision » est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines.</p>	<p><b>Type II :</b> Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.</p>
<p><b>Type III :</b> 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). Lorsqu'il est important de distinguer entre différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci-après sont proposées : <b>Type IIIa</b>, ablation et accolement des petites lèvres ; <b>Type IIIb</b>, ablation et accolement des grandes lèvres.</p>	<p><b>Type III :</b> Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).</p>
<p><b>Type IV :</b> Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le perçement, l'incision, la scarification et la cautérisation.</p>	<p><b>Type IV :</b> Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le perçement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres ; l'étiement du clitoris et/ou des lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ; la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal (« angurya ») ou l'incision du vagin (« gishiri ») ; l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer ; et toute autre pratique entrant dans la définition générale des mutilations sexuelles féminines.</p>

l'accouchement. Cela comprend une suture des membranes à vif séparément afin d'assurer une ouverture vaginale permanente et d'empêcher l'adhérence. Ceci évite dans le futur les complications liées à l'infibulation (12,13). Et cela permet aussi à la femme de retrouver des sensations : le clitoris, enfoui sous la cicatrice, est parfois indemne. Dans la majorité des cas, l'ablation des tissus génitaux est plus importante lorsque l'on passe du type I au type III. Il existe néanmoins des exceptions car la quantité de tissus enlevée peut varier d'un type à l'autre : par exemple, les mutilations de type I incluent généralement l'ablation du clitoris (Ib). Les mutilations de type II incluent l'ablation du clitoris et des petites lèvres (IIb). Dans ce cas, les mutilations de type II sont plus graves que celles de type I. Mais dans le cas de certaines formes de type II, seules les petites lèvres sont sectionnées et non le clitoris. Les risques d'hémorragie seront donc moindres.

De même, les mutilations de type III génèrent souvent plus de complications, notamment obstétricales, que celles des types II.

Concernant l'infertilité, le facteur majeur est l'étendue de l'ablation et notamment si elle inclut les grandes lèvres ou non plutôt que le recouvrement lui-même. Donc les types II qui incluent une ablation des grandes lèvres (IIc) sont associées à de plus grands risques d'infertilité que le type IIIa pratiqué uniquement sur les petites lèvres (14).

Par ailleurs, les types I diminuent la sensibilité davantage que les types III au cours desquels le clitoris est laissé intact (11).

Enfin, la gravité et la prévalence des risques psychologiques/ psychosexuels peuvent varier en fonction de caractéristiques autres que l'ampleur de l'ablation comme l'âge et la situation sociale. Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'il existe une discordance majeure dans les études entre le type de mutilations

sexuelles observé par le clinicien et les descriptions et les souffrances exprimées par la femme (15,16).

**Type IV :** ce sont toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux des filles ou des femmes. Elles sont moins connues et moins décrites. En voici quelques exemples :

■ Ponction, percement, incision et scarification : les ponctions et percements sont réalisés avec un objet tranchant qui perce la peau. Au moment de la classification, ils ont failli ne pas être inclus dans les MSF car il n'y avait pas d'ablation au sens propre de tissu et ils étaient considérés comme moins nocifs. Certains ont même suggéré de remplacer d'autres d'interventions plus invasives par ces ponctions ou percements. Une étude de l'OMS en Somalie en 2002 a été montrée qu'ils cachaient en fait souvent d'autres types de MSF : lorsque les femmes disaient avoir été victimes de ponction, elles avaient en réalité été victimes de mutilations diverses allant du stade I à III. De ce fait, ils ont été considérés comme appartenant aux mutilations de type IV.

■ Etirement ou élongation : cette MSF est pratiquée majoritairement en Afrique du Sud et dans des sociétés où les femmes jouissent d'un statut correct. Elle consiste à étirer les lèvres en utilisant des produits ou des huiles. Elle est réalisée dans le but de recouvrir le vagin et d'améliorer le plaisir des deux partenaires. Cette MSF cause des douleurs et des lacérations mais aucune complication à long terme n'est actuellement décrite. Cependant, elle appartient à une convention sociale avec une pression exercée sur les jeunes filles afin qu'elles modifient leurs organes génitaux. C'est pourquoi elle fait partie des MSF.

■ Cautérisation : c'est la destruction des tissus par une brûlure au fer chaud. Il existe peu de données sur cette pratique. Elle est utilisée soit pour soigner de nombreux maux, soit comme moyen

de « contre irritation ». Il s'agit ici d'irriter au niveau des organes génitaux externes (OGE) dans le but de soulager une autre zone de douleur ou d'inflammation.

■ Introduction de substances nocives : généralement, elle est pratiquée par les femmes sur elles-mêmes afin de nettoyer leur vagin avant ou après un rapport ou de resserrer leur vagin juste avant un rapport pour augmenter leur plaisir ou celui de l'homme. C'est une forme de mutilation sexuelle puisqu'elle s'accompagne de risque pour la santé et qu'elle résulte de pressions sociales importantes. Les mutilations de type IV sont sujettes à débat. Elles sont moins fréquentes que les types I à III. Certaines pratiques, telles que la chirurgie cosmétique ou la chirurgie de réfection de l'hymen, légalement acceptées dans de nombreux pays ne sont pas considérées comme des types IV alors qu'elles répondent à la même définition.

## C. ÉPIDÉMIOLOGIE

### En Afrique

Plus de 125 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi des MSF dans les 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où se concentrent ces pratiques selon l'OMS (17). Près d'un cinquième d'entre elles vivent en Égypte. Trente millions d'autres filles risquent d'en être victimes dans les 10 prochaines années. 91,5 millions de filles et de femmes de plus de 9 ans vivent actuellement en subissant les conséquences des mutilations sexuelles féminines (18).

En 2013, l'UNICEF a rédigé un rapport nommé « MGF/E : Bilan statistique et examen des dynamiques du changement » (2). Les données épidémiologiques de ce rapport se basent sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS) financées par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) financées par l'UNICEF. Les femmes en âge de procréer sont interrogées sur les conditions dans lesquelles elles ont subi des MSF, sur les conditions dans lesquelles leurs filles ont subi des MSF, sur l'âge de leur excision ainsi que sur l'auteur de cette excision. Nous nous basons dans ce chapitre principalement sur les données rapportées par ce document. Ce sont les données les plus récentes disponibles dans les 29 pays d'Afrique où se concentrent ces pratiques : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Irak, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo et Yémen.

## **PRÉVALENCE NATIONALE**

Il existe deux principaux indicateurs pour évaluer la prévalence nationale : le pourcentage de filles et de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ayant subi des MSF et la prévalence chez les filles âgées de 0 à 14 ans, selon les informations fournies par leurs mères. Cette prévalence reflète leur situation actuelle mais pas leur situation définitive puisqu'il est possible que certaines d'entre elles n'aient pas encore atteint l'âge traditionnel de l'excision. Dans cette étude, les pays ont été répartis par groupe de prévalence ⑤ :

**I Groupe 1 :** pays à très haute prévalence. Huit pays dans lesquels plus de 80% des filles et des femmes en âge de procréer sont excisées : Somalie (98%), Guinée (96%), Djibouti (93%), Égypte (91%), Érythrée (89%), Mali (89%), Sierra Leone (88%), Soudan (88%).

**I Groupe 2 :** pays à prévalence modérément élevée. Cinq pays dans lesquels la prévalence des MSF est comprise entre 51 et 80% : Gambie (76%), Burkina Faso (76%), Éthiopie (74%), Mauritanie (69%) et Libéria (66%).

**I Groupe 3 :** pays à prévalence modérée. Six pays dans lesquels la prévalence des MSF est comprise entre 26 et 50% : la Guinée-Bissau (50%), le Tchad (44%), la Côte d'Ivoire (38%), le Kenya (27%), le Nigéria (27%) et le Sénégal (26%).

**I Groupe 4 :** pays à faible prévalence. Quatre pays dans lesquels la prévalence des MSF est comprise entre 10 et 25% : la République centrafricaine (24%), le Yémen (23%), la République Unie de Tanzanie (15%) et le Bénin (13%).

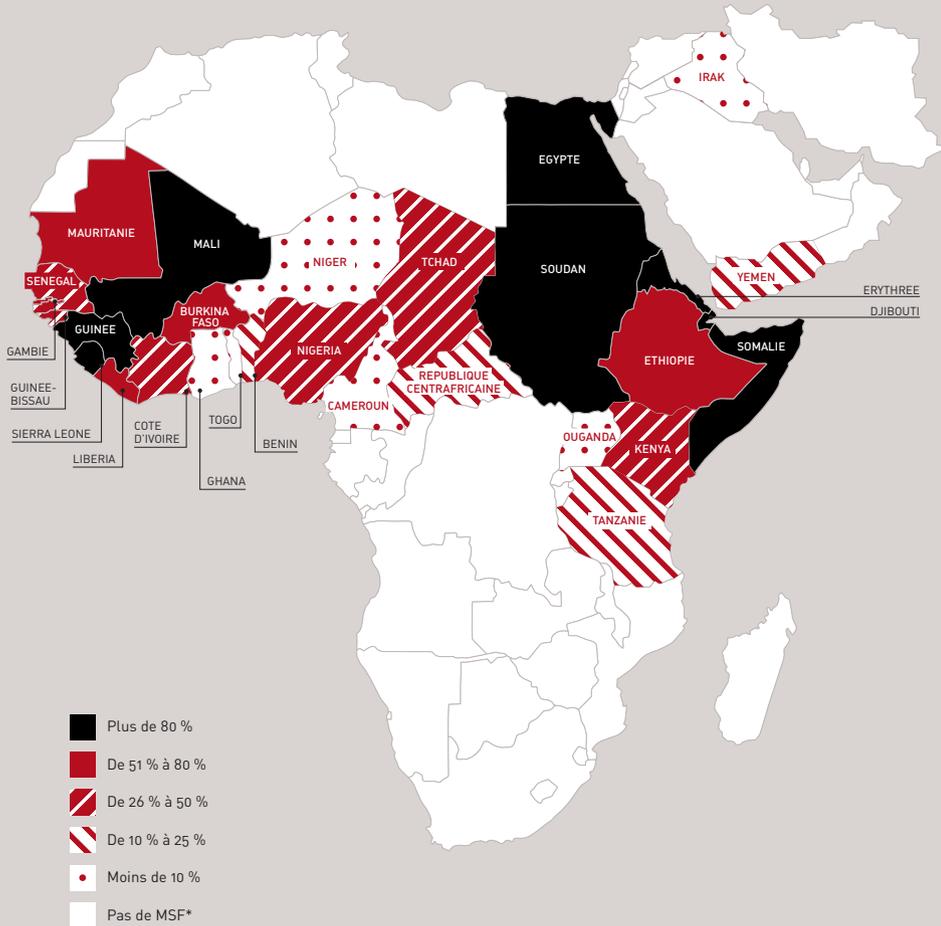
**I Groupe 5 :** pays à très faible prévalence. Six pays dans lesquels moins de 10% des filles et des femmes sont excisées : l'Irak (8%), le Ghana (4%), le Togo (4%), le Niger (2%), le Cameroun (1%) et l'Ouganda (1%).

## **PRÉVALENCE INFRANATIONALE**

Souvent la prévalence nationale masque les différences entre les régions d'un même pays.

Dans les pays du groupe 1, il n'y a pas beaucoup d'écart de prévalence, la pratique de l'excision étant généralisée. En Guinée par exemple, la prévalence est élevée dans tout le pays puisqu'elle atteint 94% ou plus dans quatre des cinq régions du pays. Dans les pays du groupe 2, la prévalence varie aussi peu. Il existe cependant quelques contre-exemples comme le

LA PRATIQUE DES MSF\* EST CONCENTRÉE  
DANS UNE POIGNÉE ALLANT DE LA CÔTE ATLANTIQUE  
À LA CORNE DE L'AFRIQUE  
(SOURCE UNICEF, 2013)



\* MSF: Mutilations Sexuelles Féminines

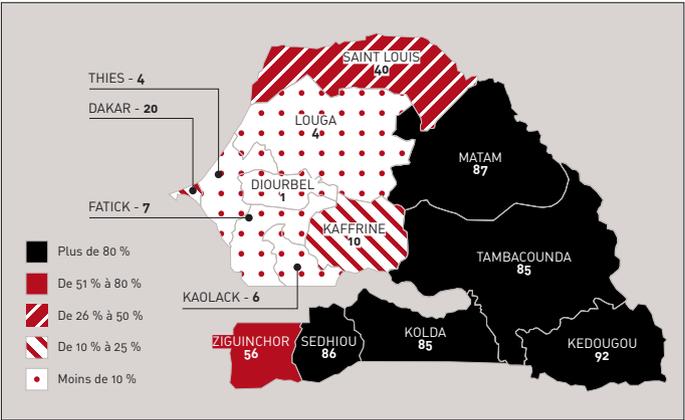
Burkina Faso où la prévalence est comprise entre 55 et 90% selon les régions. Dans les trois autres groupes, la prévalence varie énormément selon les régions. Le Sénégal, pays du groupe 3, est un excellent exemple **6 7**.

En comparant la répartition géographique de prévalence des MSF et la répartition ethnique, on constate que cette prévalence dépend de l'ethnie. Chez les Toucouleurs et les Peuls, l'excision est très répandue à l'inverse des Wolofs.

Un autre exemple de ce type est celui du Bénin. Les régions où la prévalence est élevée sont Borgou (59%), Atibori (48%), Donga (48%) et Atakora (18%). Ces régions sont peuplées par les Baribas (prévalence : 74%), les Yoa et Lokpa (53%) et les Peuls (72%).

Bien souvent, les membres d'un groupe ethnique donné respectent les mêmes normes sociales, notamment en matière d'excision, quelque soit l'endroit où elles vivent.

**6** POURCENTAGE DE FILLES ET DE FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS AYANT SUBI DES MSF AU SÉNÉGAL, PAR RÉGION (SOURCE UNICEF, 2013)



7 LES DIFFÉRENTES ETHNIES SÉNÉGALAISES (SOURCE UNICEF, 2013)



Comme on le sait, les frontières nationales séparent souvent les groupes ethniques. Prenons l'exemple de la Somalie : la pratique de l'excision y est uniformément répandue.

La prévalence chez les Somalis vivant en Ethiopie et au Kenya est plus proche de la prévalence nationale en Somalie que dans ces pays voisins **8**. Dans certains cas, les membres d'un groupe ethnique donné ont tendance à suivre différentes normes sociales, notamment en matière d'excision, en fonction de l'endroit où ils vivent. Les Peuls (ou Poulars, Fulas, Foulanis ou Foulbés) forment un groupe disséminé dans plusieurs pays,

principalement en Afrique de l'Ouest. Les taux de prévalence sont très différents en fonction des pays de résidence <sup>9</sup>. Cependant, la classification ethnique est très complexe et est loin d'être statique. Il existe des flux de migrations constants, des brassages, des changements politiques, économiques et sociaux etc. Ces classifications sont donc soumises à de nombreux biais.

Ces explications peuvent donc paraître paradoxales. Elles le sont en réalité en raison des attentes sociales qui s'exercent sur un groupe ethnique. Lorsqu'un groupe ethnique à forte prévalence se retrouve dans une zone à faible prévalence, il ressent par conséquent moins la nécessité de se plier à cette pratique. Et l'inverse est vrai.

### **PRÉVALENCE CHEZ LES FILLES DE 0 À 14 ANS**

Cette information est donnée par les mères. Elle varie de 1% au Togo à plus de 50% en Mauritanie et en Gambie. Ces chiffres ne prennent pas en compte les filles non encore excisées compte tenu de leur âge mais qui risquent de l'être le moment venu.

Les groupes qui pratiquent les MSF le font souvent depuis des générations. Ceux qui ne l'ont jamais fait n'adoptent généralement pas ces pratiques. Le risque pour une fille d'être excisée augmente donc énormément si sa mère est excisée <sup>10</sup>.

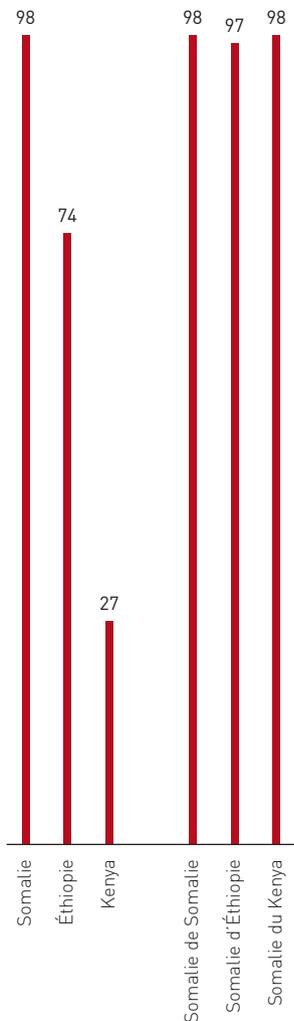
### **MSF ET AUTRES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES**

D'autres facteurs influent sur la répartition des MSF au sein d'un même pays :

**Le lieu de résidence.** On suppose souvent que les MSF sont plus présentes en zone rurale qu'urbaine, compte tenu du cercle culturel plus restreint. Dans certains pays comme le Kenya, la prévalence est effectivement quatre fois plus élevée dans les zones rurales.

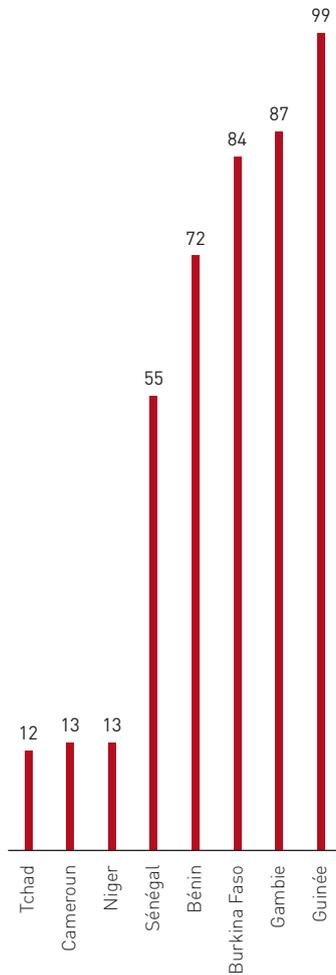
**8 LA PRÉVALENCE CHEZ LES SOMALIS EST ÉLEVÉE, QUELQUE SOIT LEUR PAYS DE RÉSIDENCE (SOURCE UNICEF, 2013)**

Filles & femmes peules âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MSF, dans différents pays [%]



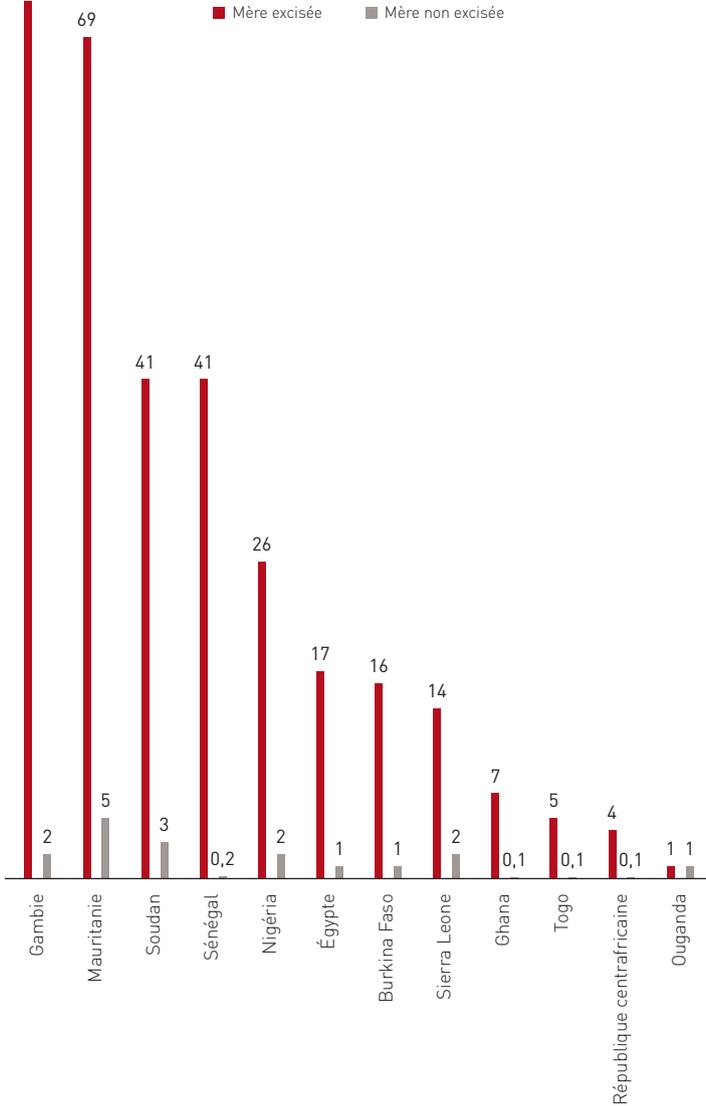
**9 LA PRÉVALENCE DES MSF VARIE ENTRE LES DIFFÉRENTS GROUPES ETHNIQUES PEULS SELON LEUR LIEU DE RÉSIDENCE (SOURCE UNICEF, 2013)**

Filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MSF (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction de la situation de leurs mères [%]



## LE RISQUE POUR UNE FILLE DE SUBIR UNE MSF EST PLUS ÉLEVÉ SI SA MÈRE EST EXCISÉE (SOURCE UNICEF, 2013)

Filles âgées de 0 à 14 ans ayant subi des MSF (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction de la situation de leurs mères [%]



**La richesse des ménages** est un autre facteur. Dans la plupart des cas, le taux de prévalence est plus faible au sein des ménages relativement plus aisés. L'amélioration du statut économique entraîne une diminution des pratiques.

**Le niveau d'éducation.** Les MSF sont pratiquées bien avant que les filles ne terminent leurs études. Leur niveau d'éducation n'a aucune influence sur le fait qu'elles soient excisées ou non. D'ailleurs, elles ne participent pas à la prise de décision concernant leur excision. En revanche, les filles de femmes instruites sont moins excisées que les filles de femmes non instruites.

Appartenance ethnique, lieu de résidence, richesse et éducation : la prévalence des MSF est multifactorielle. Beaucoup de pays ont interdit ces pratiques. Les chefs religieux ont passé des messages et les associations se mobilisent pour lutter contre ces pratiques.

## **ÉVOLUTION DES PRATIQUES**

La proportion de filles et de femmes favorables à l'excision diminue nettement, y compris dans des pays du groupe 1. Cela est également vrai dans les pays des groupes 2 et 3. La Guinée-Bissau et le Sénégal font en revanche figure d'exception. Parmi les pays à faible ou très faible prévalence, on observe une très forte baisse du soutien aux MSF, notamment en République centrafricaine (30 à 11% en 15ans) et au Niger (32 à 3% entre 1998 et 2006).

Aucun changement significatif dans le temps n'a été observé au Togo et en République Unie de Tanzanie.

Parmi les 29 pays où se concentrent les MSF, 23 ont fait l'objet de plusieurs enquêtes, ce qui permet de comparer la prévalence à différentes périodes. On observe globalement une baisse de la pratique dans les pays de faible et très faible prévalence. La baisse la plus spectaculaire a eu lieu en République Centrafricaine :

la prévalence est passée de 43% en 1994-1995 à 24% en 2010. Au Kenya, la prévalence déclarée a diminué de 38% en 1998 à 26% en 2008-2009. En revanche, la prévalence est restée stable dans des pays tels que l'Égypte, la Gambie, le Sénégal ou le Soudan.

Comparer la prévalence chez les filles de 15 à 19 ans au lieu de s'intéresser à la totalité des filles et des femmes en âge de procréer permet de mieux comprendre l'évolution des dernières années. On observe alors une diminution plus marquée au sein de ce groupe, notamment en Érythrée et Sierra Leone.

On peut également comparer le taux de prévalence chez les filles de 0 à 14 ans. On a des données uniquement pour l'Égypte et le Soudan où l'on n'observe aucun changement significatif. Enfin, une bonne manière de comprendre l'évolution des pratiques est de comparer le groupe « 15-19ans » au groupe « 45-49ans ». On observe alors une légère diminution globale des MSF **11**.

### **TYPES DE MSF PRATIQUÉS**

Dans la plupart des pays où l'on a des données, les mères indiquent généralement que leurs filles ont subi une excision avec ablation de tissus. Plus d'une sur cinq a subi un type III en Somalie, en Érythrée, au Niger, à Djibouti et au Sénégal. Dans au moins 10% des cas en Sierra Leone, en Mauritanie et au Mali, le type de MSF n'a pas pu être identifié. Les données relatives aux filles montrent également que le type d'intervention pratiquée est lié à l'origine ethnique.

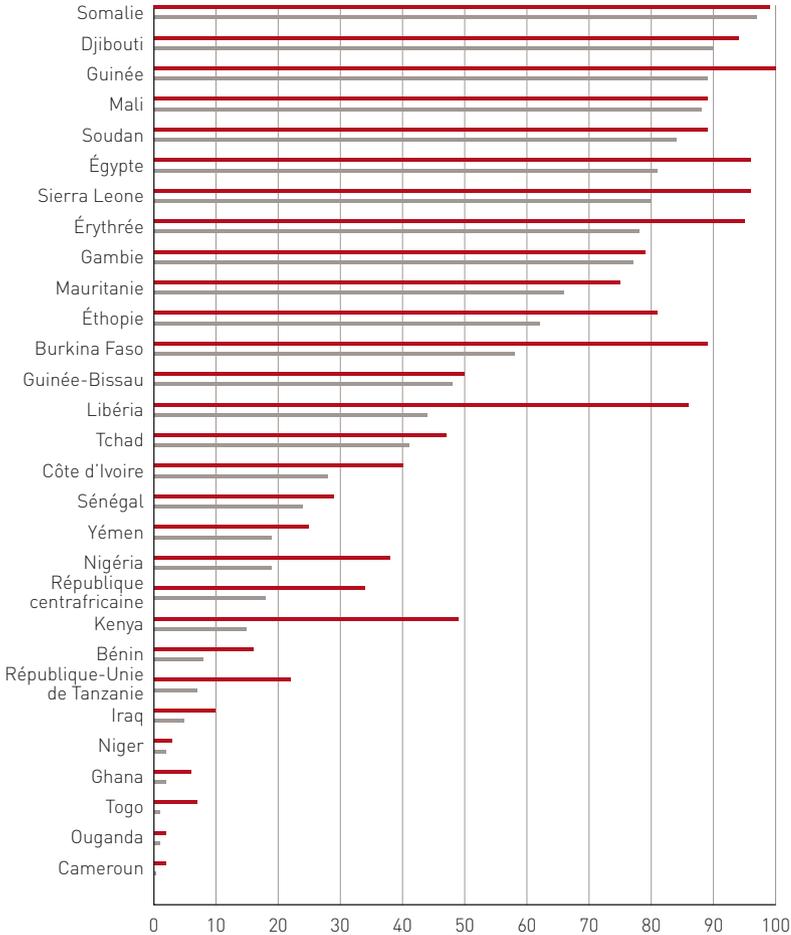
## **En France**

L'immigration africaine vers la France s'est féminisée dans les années 1960. Les femmes sont désormais majoritaires chez

## DANS LA PLUPART DES 29 PAYS ÉTUDIÉS, LES MSF SONT MOINS COURANTES CHEZ LES ADOLESCENTES QUE CHEZ LEURS AÎNÉES

Fillles âgées de 15 à 19 ans et femmes âgées de 45 à 49 ans ayant subi des MSF [%]

■ Femmes âgées de 45 à 49 ans ■ Filles âgées de 15 à 19 ans



les nouveaux entrants d'Afrique sub-saharienne. Comme nous le verrons dans le chapitre 6, dès le début des années 1980, la pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics. L'estimation nationale du nombre de femmes excisées en France reste mal connue. C'est grâce à Andro, Lesclingand et leur équipe qu'on a pu avoir un état des lieux de la situation des MSF en France en 2009.

Elles ont réalisé une étude importante sur les mutilations sexuelles féminines en France, en interrogeant les patientes pour évaluer les traumatismes et les autres conséquences liées à ces pratiques (3). Elles estimaient le nombre de femmes majeures excisées vivant en France à 53 000 en 2009. Elles ont aussi interrogé ces femmes sur la situation de leurs propres filles et leurs intentions à leur égard. Elles ont distingué le cas des filles nées en France et les filles nées à l'étranger. Au total, 394 sur 635 mères excisées avaient au moins une fille (en moyenne 2 filles par mère) soit 787 filles. 80% sont nées en France. Comme le montre le tableau 2, seulement 11% des filles ont été, selon la déclaration de leur mère, excisées. Il y a des écarts importants selon le pays de naissance de la fille : chez les filles nées en France, seulement 3% ont été excisées alors que le pourcentage monte à 45% pour les filles nées dans un pays à risque. Les pratiques des MSF semblaient donc en régression en France.

## **Dans le reste du monde**

Certains groupes minoritaires et certaines communautés d'immigrants perpétuent ces pratiques dans d'autres pays : en Europe (Grande Bretagne et Belgique notamment), en Amérique du Nord et en Australie.

**12** CHEZ LES FILLES DE FEMMES EXCISÉES NÉES EN FRANCE, LE RISQUE DE MSF EST MOINDRE QUE CHEZ CELLES NÉES DANS UN PAYS À RISQUE

<b>Statut des filles des femmes excisées enquêtées</b>					
<b>Lieu de naissance de la fille</b>	<b>Non excisée</b>	<b>Excisée</b>	<b>Ne sait pas</b>	<b>Non réponse</b>	<b>Ensemble</b>
France	93	3	3	1	100
Pays à risque	51	45	1	3	100
Ensemble	85	11	3	2	100

Champ : ensemble des filles des femmes excisées enquêtées (n=787)  
 Volet quantitatif du projet *Excision et Handicap* (ExH) : Andro, Cambois (2009)

Cependant, il est difficile de donner un chiffre exact, car il existe peu de données fiables. On estime généralement qu'environ 5% des femmes vivent dans les pays du nord soit 6,5 millions de filles et femmes.

Bien qu'il n'existe aucune donnée représentative de la situation nationale dans des pays tels que la Jordanie, l'Oman, l'Arabie Saoudite, l'Inde ou certaines régions d'Indonésie ou de Malaisie, des signes indiquent que les MSF y sont pratiquées. Certaines tribus indiennes d'Amazonie, au Pérou, au Brésil, en Colombie et au Mexique pratiqueraient des excisions.

## **D. CIRCONSTANCES DE L'EXCISION**

Nous essaierons de comprendre dans ce chapitre quelles sont les raisons pour lesquelles des hommes, des femmes, des parents, des groupes et des ethnies continuent de pratiquer l'excision.

Nous avons étudié les régions les plus touchées. Nous allons maintenant essayer de nous projeter dans ces régions et d'imaginer le contexte et les personnes clés intervenant dans ce type de mutilations. Les références de ce paragraphe sont issues du rapport UNICEF 2013 (2) ainsi que des témoignages que j'ai pu lire ou des patientes que j'ai rencontrées.

## **Le témoignage de Mme C.**

Mme C. est hospitalisée à Paris pour une découverte de VIH au cours d'une grossesse à 24 semaines. Elle a 30 ans et est originaire de Guinée-Bissau. Elle a grandi dans un village avec sa famille.

Elle me raconte qu'à l'âge de cinq ans, elle se trouve chez sa grand-mère avec sa sœur. La grand-mère les réveille au lever du jour. Sans leur expliquer, elle les dirige vers la sortie du village. Là, elles découvrent dix autres petites filles, alignées devant une grande tente. La grand-mère leur ordonne de suivre les autres fillettes. Une à une, elles entrent dans la tente.

Quand vient leur tour, la grand-mère est partie. La petite C. découvre une femme vêtue d'une tunique rouge qui lui demande de se laver dans une grande bassine d'eau posée. Deux autres femmes apparaissent et l'attrapent avec force afin de la maintenir à terre. La femme en tunique rouge, l'exciseuse, la « coupe » à l'aide d'un couteau emballé dans un tissu de la même couleur. Mme C. se souvient d'une douleur atroce. Parce qu'elle perd beaucoup de sang, les femmes lui renversent un bac d'eau brûlante sur les cuisses. Alors qu'elle me raconte son histoire, Mme C. soulève sa robe et me montre les cicatrices sur les cuisses, traces encore visibles des brûlures.

Elle me confie que l'exciseuse lui a fait promettre de ne parler jamais à personne de cette scène. Elle lui a dit que c'était un secret, qu'elle venait d'être purifiée, qu'elle pouvait être une femme désormais. Après l'excision, sa soeur et elle ont été ramenées au village. Il n'y a pas eu de cérémonie. Elles n'en ont jamais rediscuté entre elles.

Les cicatrices de Mme C. lui font toujours mal aujourd'hui. Elle n'a jamais eu de plaisir lors des rapports sexuels.

Elle poursuit son récit, et me dit qu'une fois mariée en Guinée, elle a eu une petite fille. Une fillette qu'elle a laissé à sa belle-soeur pendant les vacances. Infirmière, la belle-soeur en a profité pour exciser l'enfant, perpétuant ainsi la tradition. Sauf que l'excision a tourné au drame : l'hémorragie qui en a découlé fut si importante que la petite en est morte. Elle avait 7 ans. Alors quand Mme C. est tombée à nouveau enceinte, elle a préféré fuir la Guinée.

Direction la France, où elle est arrivée après un long périple. Quitter son pays, c'était pour elle le seul moyen pour que ses futures filles échappent à l'excision.

## **Pour quelles raisons excise-t-on ?**

Lorsque les MSF sont largement répandues dans un pays, elles sont soutenues à la fois par les hommes et par les femmes. Toute personne qui s'écarte de la norme risque la condamnation, le harcèlement et l'ostracisme de la communauté. L'excision est avant tout une convention sociale.

Les membres de la famille au sens large participent à la prise de décision. Ce n'est pas une affaire de femmes. L'excision est le plus généralement soutenue par les deux parents.

En revanche, ce sont les femmes qui sont généralement responsables des dispositions pratiques relatives à la cérémonie. De plus, la femme seule n'est pas en mesure de s'opposer à l'excision de sa fille, compte tenu de sa condition dans le cercle familial. Elle est souvent imposée par la belle-famille et notamment les grands parents. Exciser sa fille c'est avant tout lui garantir un bon mariage. L'excision est considérée nécessaire pour qu'une jeune fille soit « bien élevée » et pour la préparer à l'âge adulte et au mariage. La croyance selon laquelle les hommes n'épouseront que des femmes excisées est largement répandue. La volonté d'un mariage conforme aux convenances peut expliquer la persistance de la pratique. Si les mères perpétuent cette pratique chez leurs filles, malgré les douleurs et les complications qu'elles ont pu elles-mêmes subir, c'est qu'elles pensent que c'est le mieux pour leurs filles et que grâce à cela elles vont trouver un mari qui les rendra heureuses.

Dans certaines sociétés, la pratique est intégrée aux rites de passage à l'âge adulte, parfois aux rites d'entrée dans les sociétés secrètes de femmes. Les filles peuvent craindre le rejet de la communauté si elles ne suivent pas la tradition. Ainsi, les MSF font partie de l'identité culturelle de la femme. Elles représentent le passage à l'âge adulte et donnent le sentiment d'appartenir à la communauté. Les femmes savent depuis l'enfance qu'elles doivent être excisées sans pour autant savoir précisément à quoi correspond cette pratique. La communication autour de l'excision, comme autour de ce qui a trait à la sexualité, relève d'un interdit dans les familles.

D'autres croyances existent autour de cette pratique : elle permettrait d'assurer et de préserver la virginité d'une jeune fille, elle atténuerait le désir sexuel assurant ainsi la fidélité dans le mariage, elle rendrait les filles plus propres et plus belles.

L'ablation du clitoris, pénis minuscule porterait ombrage à la virilité de l'homme. Certaines femmes pensent qu'elle accroît le plaisir sexuel masculin. Certaines croyances disent que le clitoris porte malheur à l'enfant qui naît quand sa tête vient en contact avec le sexe de la mère pendant l'accouchement. D'autres disent que l'excision augmente la fertilité.

Comme nous l'avons étudié plus haut, la pratique peut être maintenue du fait de croyances associées à la religion. Être salindé, c'est être purifiée et donc apte à la prière. Bien que cette pratique n'existe dans aucun texte religieux, beaucoup de femmes pensent qu'elle fait partie des obligations religieuses. C'est ce qu'explique Khady Koita, femme sénégalaise engagée dans la lutte contre les MSF, dans son livre « Mutilée » (Annexe 2). Le rôle des leaders religieux varie. Ceux qui soutiennent la pratique tendent soit à la considérer comme un acte religieux soit à percevoir les efforts visant à éliminer la pratique comme une menace pour la culture et la religion. D'autres soutiennent les efforts pour la lutte contre cette pratique.

Quand on analyse l'écart entre la prévalence des MSF et le soutien apporté à ces pratiques, on peut savoir si elles sont perçues comme une obligation sociale. Certaines familles pratiquent les MSF sans y être favorables. Cet écart laisse entendre que les attitudes de chaque famille restent dans la sphère privée, sans être connues de la plupart des autres familles. Alors certaines familles, pensant être exclues du groupe social si elles n'excisent pas leurs filles, les mutilent malgré le fait qu'elles ne sont pas pour. En poussant ce phénomène à l'extrême, tous les membres d'une communauté pourraient être personnellement opposés aux MSF mais croire que les autres y sont favorables, du fait qu'ils la perpétuent. Ce phénomène appelé « ignorance pluraliste » pourrait être une des réalités sociales participant à la persistance de cette pratique.

## Les exciseuses professionnelles et la médicalisation

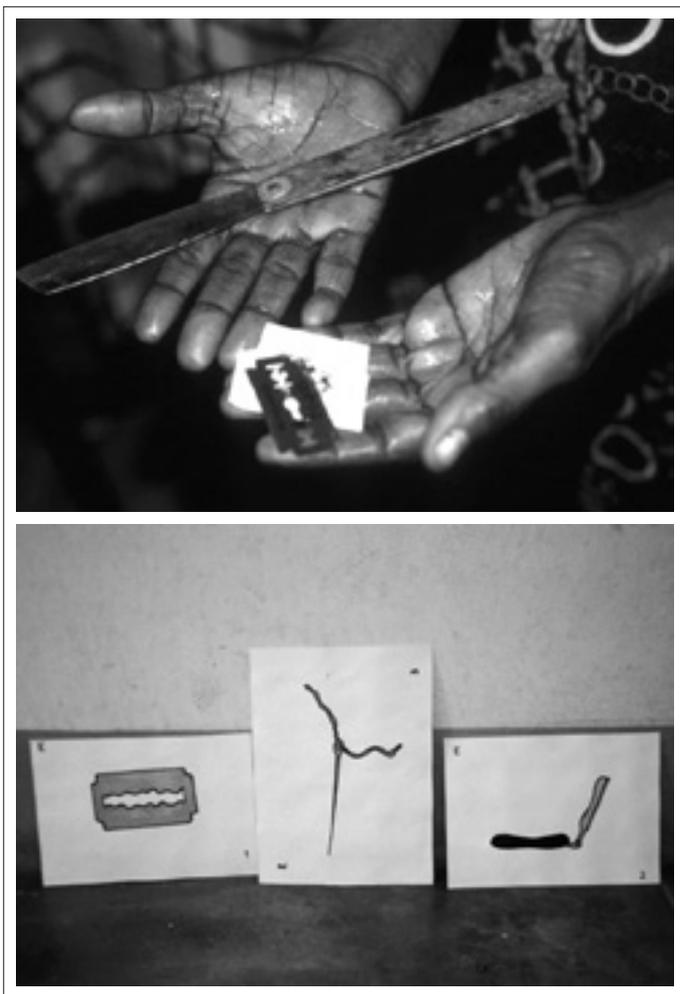
Dans de nombreuses sociétés, les femmes les plus âgées qui ont elles-mêmes été mutilées deviennent les gardiennes de la pratique, considérant celle-ci comme essentielle à l'identité des femmes et des filles. Elles sont plus enclines à soutenir la pratique car elles perçoivent les efforts tentant de lutter contre celles-ci comme une attaque à l'encontre de leur identité et de leur culture. Les exciseuses traditionnelles sont souvent les femmes des forgerons, qui eux circonscivent les garçons. Elles sont une ou plusieurs dans le village et sont des personnes importantes et respectées.

Comme dans l'histoire de Mme C. ou dans celle de Khady Koita (Annexe 9), l'exciseuse traditionnelle effectue un rituel avant l'excision. Elle ne fait pas d'anesthésie et utilise parfois le même matériel pour toutes les filles. Ce matériel peut être une lame de rasoir, un couteau, un ciseau ou des substances corrosives. La suture est faite avec des épines. Après la mutilation, des solutions à base de plantes sont utilisées pour la cicatrisation. Les jambes des filles sont parfois attachées pendant 15 jours pour créer l'accolement entre les parties génitales <sup>13</sup>. C'est le cas de la majorité des pays <sup>14</sup>.

Puis une tendance nouvelle est apparue : la médicalisation de la pratique. C'est le cas principalement en Égypte, au Soudan et au Kenya. L'intervention est pratiquée par des professionnels de santé : médecins, infirmiers, sages-femmes ou autres agents de santé.

C'est un effet pervers de la lutte contre les MSF qui était axée initialement surtout sur les risques sanitaires et médicaux. Dans les années 70-80, pour lutter contre le manque d'hygiène, l'absence d'anesthésie et les risques d'hémorragie, les agents

13 LES OUTILS DES EXCISEUSES PROFESSIONNELLES



de santé ont donc proposé d'effectuer l'excision par des professionnels. Cette dernière a lieu soit dans un dispensaire ou une structure médicalisée soit au domicile de la famille.

Dans certains pays comme au Soudan, un tiers des femmes ont fait pratiquer l'intervention sur leurs filles par un professionnel de santé (19). En Égypte, les mères indiquent que trois filles sur quatre ont été excisées par un professionnel de santé, le plus souvent un médecin (15). C'est un cas unique : dans la plupart des pays ce sont les infirmiers, les sages-femmes ou d'autres agents de santé. La réinfibulation après l'accouchement est aussi pratiquée dans certains pays.

Les professionnels de santé comme certaines exciseuses traditionnelles sont rémunérés pour réaliser les MSF. Seulement, médicaliser la pratique ne diminue pas les risques de complications à long terme notamment obstétricaux. Elle rend légitime une mutilation : les professionnels qui pratiquent les MSF violent le droit des filles et des femmes à la vie, ainsi que leur droit à l'intégrité physique. Ils violent aussi le principe fondamental de ne pas porter préjudice. On peut se demander ce qui pousse ces professionnels à réaliser des excisions : le gain économique, le devoir moral de répondre aux demandes de la communauté ? Dans les pays où des populations qui pratiquent des MSF ont émigré, certains membres du personnel médical interprètent à tort les principes des droits de l'Homme en pratiquant la réinfibulation au nom de la préservation de la culture du patient.

Le Comité Inter Africain (CI-AF) a développé une stratégie spécifique de lutte contre la médicalisation des MSF. Les autorités de réglementation médicale et les associations professionnelles se sont jointes aux organisations des Nations Unies pour condamner cette médicalisation.

## DANS LA PLUPART DES PAYS, LES PRATICIENNES TRADITIONNELLES SE CHARGENT DES MSF (UNICEF, 2013)

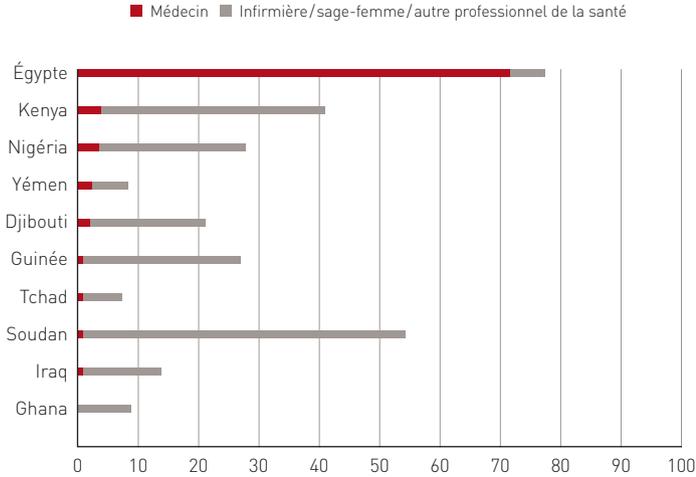
Répartition des filles ayant subi des MSF (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction de la personne ayant pratiqué l'intervention [%]

■ Le personnel de santé ■ Les praticiennes traditionnelles ■ Autres ■ Inconnu/manquant



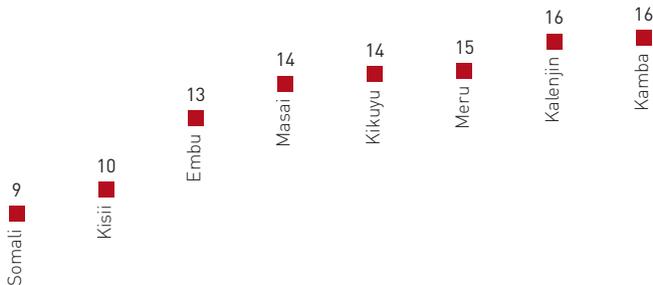
## EN ÉGYPTE, LES MÉDECINS PRATIQUENT PLUS LES MSF QUE LES AUTRES AGENTS DE SANTÉ (UNICEF, 2013)

Filles ayant subi des MSF (selon les informations fournies par leurs mères), en fonction de l'agent de santé ayant pratiqué l'intervention [%]



## AU KENYA, L'ÂGE MOYEN AU MOMENT DE L'EXCISION VARIE ENTRE 9 ET 16 ANS D'UN GROUPE ETHNIQUE À L'AUTRE (UNICEF, 2013)

Âge moyen au moment de l'excision chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans au Kenya, en fonction de l'origine ethnique



## Le lieu

Concernant le lieu, la procédure est menée le plus souvent au domicile. En Égypte, environ un tiers des interventions ont eu lieu dans le cabinet d'un médecin, à l'hôpital ou dans une clinique. Dans les autres pays, on constate que la moitié des interventions pratiquées par un agent de santé l'ont été en dehors de tout établissement de santé, plus précisément à domicile.

## L'âge de l'excision

Il varie d'un pays à l'autre : au moins 80% des filles excisées l'ont été entre 5 et 14 ans en Somalie, en Égypte, au Tchad et en République centrafricaine. En revanche, 80% des filles excisées l'ont été avant cinq ans dans des pays comme le Nigéria, le Mali, l'Érythrée, le Ghana ou la Mauritanie. On peut retenir que dans la moitié des pays où l'on a des données, la majorité des filles est excisée avant l'âge de 5 ans <sup>17</sup>.

Il varie aussi entre les groupes ethniques d'un même pays. Au Kenya par exemple, l'âge moyen est de 9 ans pour les Somalies et de 16 ans pour les Kambas et les Kalenjines <sup>16</sup>. En Guinée, 6% des filles du peuple Toma ont été excisées avant l'âge de 5ans contre 39% des Malinkés.

## DANS LA MOITIÉ DES PAYS DISPOSANT DE DONNÉES, LA MAJORITÉ DES FILLES SONT EXCISÉES AVANT L'ÂGE DE 5 ANS (UNICEF, 2013)

Répartition des filles ayant subi des MGF/E (selon les informations fournies par leurs mères),  
par âge auquel l'excision a été pratiquée [%]



# E. CONSÉQUENCES DE L'EXCISION

## Les conséquences somatiques

### LES CONSÉQUENCES IMMÉDIATES ET À MOYEN TERME

La première conséquence est la douleur extrême que représente une excision (Annexe 3) compte tenu de l'ablation des terminaisons nerveuses et des tissus des organes génitaux.

L'anesthésie est rarement utilisée et cela pose le problème de la médicalisation. Le geste est réalisé avec une lame de rasoir le plus souvent, et l'opérateur doit la plupart du temps s'y reprendre à plusieurs fois car l'enfant se débat. Cela peut engendrer des lésions des structures anatomiques adjacentes : plaie de l'urètre, du vagin, du rectum.

Si les deux artères caverneuses ou l'artère dorsale du clitoris sont lésées, cela engendre une hémorragie très abondante conduisant parfois à un choc hémorragique et pouvant entraîner le décès. Il est fréquent que l'enfant se mette en globe vésical compte tenu de la douleur qu'engendre le passage de l'urine sur les plaies. La plaie peut s'infecter localement ou conduire à un sepsis. Si la lame de rasoir est la même pour toutes les petites filles, elle est un agent de transmission bactérienne et virale. Des cas de tétanos et de transmission du VIH ont été décrits (20).

La cicatrisation est, elle aussi, douloureuse et longue. Elle peut devenir chéloïde, un névrome du nerf dorsal du clitoris peut se développer et entraîner une hyperesthésie de la zone clitoridienne, rendant parfois impossible la position assise jambes croisées.

Enfin, les MSF répétées semblent être relativement fréquentes dans les types III, généralement du fait de l'échec de la cicatrisation.

Par ailleurs, lors du mariage, le mari désinfibule sa femme infibulée, ce qui ravive les douleurs.

### **LES CONSÉQUENCES À LONG TERME**

Il existe différents types de complications : **les complications urinaires** : sténoses de l'urètre, infections urinaires récidivantes, méatites et obstructions méatiques. Les patientes se plaignent de rétention urinaire et de dysurie ; **les complications de cicatrice** : cicatrices chéloïdes, fibroses, kystes dermoïdes, abcès de la vulve, hémato-colpos, fusions partielles ou totales des lèvres. Cela peut conduire à des douleurs chroniques et des complications esthétiques ; **les douleurs chroniques** : les douleurs vaginales et vulvaires sont fréquentes, pendant ou en dehors des rapports, de même que les douleurs pelviennes et les dysménorrhées. Foldès a montré que plus l'excision avait été pratiquée tard, plus les dyspareunies étaient fréquentes (10) ; **les infections** : les MSF augmentent la fréquence des mycoses et des infections vaginales bactériennes (15,20) ; **les fistules** : rectovaginales ou vésicovaginales, surtout dans les MSF de type III qui entraînent des lésions des structures anatomiques adjacentes.

### **LES COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES**

L'excision est une cause d'infertilité primaire. Cela a été décrit dans une étude parue dans le Lancet en 2005 (14). Cette étude n'avait pas de résultat significatif mais elle témoignait d'une tendance : il y avait une association entre MSF avec résection des grandes lèvres et infertilité primaire secondaire à une obstruction tubaire uni ou bilatérale.

Les autres complications obstétricales ont été étudiées dans l'étude OMS parue en 2006 dans le Lancet (21) qui a porté sur 6 pays africains (Burkina Faso, Ghana, Soudan, Nigéria, Sénégal et Kenya).

28 393 femmes se présentant pour une naissance unique entre Novembre 2001 et Mars 2003 dans 28 centres d'obstétrique de ces pays ont été examinées avant l'accouchement pour vérifier si elles avaient subi ou non une mutilation sexuelle et ont été classées selon la classification OMS. Les centres d'étude présentaient une grande diversité, allant d'hôpitaux ruraux relativement isolés à des grands établissements universitaires de niveau 3 dans les capitales. De nombreuses informations ont été recueillies et les participantes et leurs nouveau-nés ont été suivis jusqu'à la sortie de la mère de l'hôpital.

Les résultats de cette étude étaient les suivants :

- Les femmes mutilées avaient un risque relatif (RR) plus grand que les femmes non mutilées d'hémorragie du post-partum pour les types II et III (respectivement 1,21 [1,01-1,43] et 1,69 [1,34-2,12]).
- Les femmes mutilées avaient un RR plus grand que les femmes non mutilées de césarienne pour les types II et III (respectivement 1,29 [1,09-1,52] et 1,31 [1,01-1,7]).
- Les femmes mutilées avaient un RR plus grand que les femmes non mutilées d'être hospitalisées plus longtemps pour les types II et III (respectivement 1,51 [1,29-1,76] et 1,98 [1,54-2,54]).
- Le nouveau-né était plus souvent réanimé quand leurs mères avaient subi une excision de type II ou III que quand elles n'en avaient pas subi (respectivement 1,28 [1,10-1,49], 1,66 [1,31-2,10]).
- Le RR d'avoir un enfant mort-né ou un décès néonatal précoce chez les femmes mutilées de type II ou III était plus élevé que chez les femmes indemnes de mutilation (respectivement 1,32 [1,08-1,62] et 1,55 [1,12-2,16]).

Des tendances similaires avaient été montrées pour les MSF de type I sans signification statistique. Il semble que le risque de complications augmentait avec l'ampleur de la mutilation. Cependant, il faut retenir que toutes les MSF peuvent entraîner des complications (22).

Les auteurs estimaient que les MSF entraînaient une surmortalité périnatale de un ou de deux décès pour 100 accouchements.

Rigmor et coll ont réalisé une méta-analyse, incluant 44 articles jusqu'à 2012, qui vient confirmer certains résultats de cette précédente étude. Il en ressort de manière significative que les patientes excisées avaient une durée de travail obstétrical augmentée, plus de déchirures périnéales, nécessitaient plus souvent des accouchements instrumentalisés, souffraient plus fréquemment d'hémorragie du post-partum et de dystocie que les femmes non excisées (23). Cependant, ils ne retrouvaient pas de risque plus élevé d'épisiotomie ni de césarienne, ce qui était contradictoire avec beaucoup d'autres études.

Les mécanismes pouvant expliquer ces résultats sont peu connus. Une des hypothèses est que la mutilation entraîne la formation d'un tissu cicatriciel plus ou moins épais qui pourrait provoquer différents degrés d'obstruction, de déchirures ou rendre nécessaire des épisiotomies. La prolongation de la deuxième phase de travail ainsi que des effets sur le périnée pourraient augmenter le risque de lésions périnéales, d'hémorragie du post-partum, de souffrance néonatale nécessitant une réanimation néonatale ou entraînant un décès précoce du fœtus. Les infections génito-urinaires, plus fréquentes chez les femmes mutilées, pourraient avoir aussi une répercussion sur le travail obstétrical et seraient une cause d'infertilité primaire en entraînant une obstruction tubaire inflammatoire.

Le deuxième volet de l'étude OMS de 2006 estimait le coût pour les systèmes de santé des complications obstétricales liées aux MSF (24). Le coût annuel dans les six pays africains étudiés représenterait 0,1 à 1% des dépenses publiques pour la santé des femmes âgées de 15 à 45 ans. Parmi les 2,8 millions de jeunes filles âgées de 15 ans au moment de l'étude dans ces pays, on s'attendait à une perte de 130 000 années de vie du fait des hémorragies obstétricales liées aux MSF, ce qui équivaut à amputer chaque durée de vie d'un demi-mois.

Les auteurs concluaient alors que le coût des efforts des états pour prévenir ces mutilations serait compensé par les économies résultant des complications obstétricales évitées.

## **Les conséquences psychologiques**

L'excision, au même titre que la sexualité, est un tabou, un secret. Il est ordonné à l'enfant ne jamais en parler.

Le geste constitue un traumatisme psychologique compte tenu du choc, de la douleur et de l'utilisation de la force physique par celles qui pratiquent l'intervention.

C'est aussi un traumatisme à long terme et la scène est alors revécue à travers des flashbacks tout au long de la vie de la femme. Elles présentent un syndrome de stress posttraumatique.

Dans l'étude « Post traumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation » (25), le groupe d'étude démontrait que les femmes excisées avaient une prévalence significativement plus élevée que les femmes non excisées de syndrome de stress post-traumatique (30,4%) et autres syndromes psychiatriques (47,9%) tels que troubles affectifs et troubles anxieux.

Il arrive parfois, quand les femmes ont été excisées bébés, qu'elles ne se souviennent pas de leur excision et qu'elles la découvrent plus tard à l'âge adulte, soit en se comparant à d'autres femmes, soit au cours d'une consultation médicale, au moment d'une grossesse, par les médias...Elles comprennent alors leurs différences et cela engendre une modification de l'image de soi.

## **Le retentissement sur la sexualité**

Il est multifactoriel, à la fois anatomique et psychologique.

Les douleurs chroniques et les cicatrices entraînent des dyspareunies, voire des apareunies si l'orifice vaginal est complètement obstrué. Dans les mutilations de type I et II, le gland du clitoris est réséqué la plupart du temps. Elles présentent alors une anorgasmie. L'excision peut donc indirectement altérer le désir ainsi que l'excitation. À noter que dans les mutilations de type III, il est fréquent qu'il soit enfoui sous la peau, permettant alors aux femmes de connaître l'orgasme clitoridien (11). C'est un message important à faire connaître aux patientes.

En dehors de ces raisons anatomiques, le retentissement sexuel est complexe. Au moment du traumatisme, la petite fille n'a pas encore d'identité sexuelle et n'a aucun cadre de référence personnel de ce qu'est un fonctionnement sexuel normal. Mais la sexualité s'inscrit en premier lieu dans la douleur et la violence physique : il s'agit d'une agression sexuelle. Lors du premier rapport, le mari doit ré-ouvrir les cicatrices d'excision, notamment dans les excisions de type III.

Comme nous le verrons, la prise en charge de la femme excisée doit donc être multidisciplinaire, chirurgicale si possible mais aussi et surtout médicale et psychologique.

## F. CADRE LÉGAL

### Législation internationale

Les premières initiatives de l'ONU remontent au début des années 1950, où la question fut abordée au sein de la commission des droits de l'Homme.

C'est dans les années 1960 et 1970 qu'il y a eu une prise de conscience croissante des droits des femmes dans de nombreuses parties du monde avec la création d'associations de femmes et de campagnes de prévention contre les MSF.

En 1979, lors du séminaire de Khartoum au Soudan, les MSF figurent pour la première fois à l'ordre du jour international du séminaire de l'OMS sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, également connu sous le nom de séminaire de Khartoum. L'UNICEF publie sa première déclaration sur les MSF et lance un appel historique pour condamner la pratique.

La même année, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), qui reconnaît explicitement les pratiques préjudiciables aux femmes, notamment les MSF comme une violation des droits de l'homme. Elle demande aux états membres dans son article 2 f de s'engager à «prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes.». Cette convention a été ratifiée par tous les pays africains où se pratiquent les MSF sauf la Mauritanie, l'Ouganda, la Somalie, le Soudan et le Tchad.

En 1984, le comité inter-africain est créé à Dakar. L'objectif de ce comité est l'élimination des pratiques traditionnelles nuisibles à la santé des femmes et des enfants.

La question des MSF dans la perspective des droits humains fut reprise par la suite dans le cadre de plusieurs conférences internationales :

**1986 :** entrée en vigueur de la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples qui stipule dans son article 4 : « la personne humaine est inviolable ; tout être humain a le 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 ». Tous les pays où se pratiquent les MSF ont ratifié ce texte.

**1990 :** l'Organisation de l'unité africaine (désormais union africaine) adopte la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, qui rentre en vigueur en 1999. Cette charte appelle les états à prendre des mesures appropriées pour éliminer les pratiques sociales et culturelles néfastes.

**1993 :** la conférence mondiale sur les droits de l'homme organisée à Vienne reconnaît les MSF comme une violation des droits de l'Homme. Les « mutilations génitales féminines » ont été classifiées comme une forme de violence à l'égard des femmes (VEF). Et la question des VEF a pour la première fois été intégrée dans le champ du droit international des droits de l'Homme.

**1995 :** le programme d'action de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Pékin demande l'élimination des pratiques culturelles néfastes, en faisant spécifiquement référence aux MSF.

**1997** : l’OMS, l’UNICEF et l’UNFPA publient une déclaration conjointe contre les MSF (1).

**Le Protocole à la Charte africaine des droits de l’Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique ou Protocole de Maputo**, entre en vigueur en 2003. C’est un document juridique adopté par consensus par les chefs d’état d’Union Africaine. Il rend illégal la pratique de l’excision, accorde le droit de vote aux femmes à tous les scrutins, fixe l’âge minimum du mariage à 18 ans et garantit aux femmes le droit de propriété et de bénéficiaire d’héritage. L’article 5 interdit et condamne explicitement la pratique des MSF. Il demande aux états d’introduire une législation qui interdise et sanctionne les MSF, la scarification, la médicalisation et paramédicalisation des MSF et toutes autres pratiques néfastes.

À ce jour, le Protocole de Maputo a été signé par 45 des 53 états membres de l’Union Africaine et ratifié par 25 d’entre eux. La commission des Nations-Unies, l’UNICEF, l’UNFPA lancent régulièrement de nouvelles résolutions pour mettre fin aux MSF (2007, 2010, 2008, 2012).

## Législation nationale

Vingt-six pays d’Afrique et du Moyen-Orient ont déjà interdit les MSF par un décret constitutionnel ou une loi. Deux d’entre eux, l’Afrique du Sud et la Zambie ne font pas partie des 29 pays où se concentrent ces pratiques <sup>18</sup>. En dehors de la Guinée et de la République Centrafricaine, l’application de lois ou de décrets est relativement récente. Par ailleurs, leur champ d’application varie : en Mauritanie par exemple, la loi interdit ces pratiques

seulement aux établissements de santé et au personnel soignant. La loi ne protège d'ailleurs que les mineures (comme en République Unie de Tanzanie, mais aussi au Canada et aux Etats Unis). Dans la plupart des autres pays, la loi s'applique à tout âge. Au Burkina Faso, elle s'applique à ceux ou celles qui ont pratiqué l'excision mais aussi à ceux qui sont au courant de l'intervention et qui ne l'ont pas signalée.

Malgré cela, les seuls pays africains à ce jour ayant attenté des procès contre des personnes ayant pratiqué des excisions sont le Burkina Faso, l'Égypte, le Ghana et le Sénégal. Ces réglementations doivent s'accompagner de mesures et d'action sur le terrain car sinon la législation est peu efficace. Le Comité Inter-Africain joue un rôle important pour la sensibilisation des autorités judiciaires à l'application des lois existantes. Des lois interdisant la pratique des MSF ont été promulguées par plusieurs pays confrontés à cette pratique dans les communautés d'immigrés, notamment l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis ainsi que de nombreux pays européens (Norvège, Suède, Finlande, Royaume-Uni, Belgique, Danemark, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Italie, Espagne, France, Allemagne, Portugal, Grèce et Suisse). Ils ont soit établi une loi spécifique, soit modifié une législation préexistante. Plusieurs d'entre eux ont intégré le principe d'extraterritorialité dans leur législation pour éviter que l'interdiction juridique n'incite les familles à renvoyer leurs femmes et leurs filles dans leur pays d'origine pour y subir les MSF. Là encore, l'existence d'une législation n'entraîne pas forcément de poursuite.

Beaucoup de pays prône la prévention et l'information et ne font intervenir l'autorité judiciaire qu'en dernier recours.

On recense qu'un procès en Suède à ce jour en Europe, en excluant la France, cas particulier traité au prochain paragraphe.

## En France

### LA LÉGISLATION FRANÇAISE

Les MSF sont reconnues depuis les années 1980 comme une mutilation, donc un crime, jugées par la Cour d'Assises. Il n'existe pas d'article particulier aux MSF dans la loi mais elles peuvent être poursuivies et sanctionnées à différents titres, d'après le Code Pénal:

**Article 222-9 :** violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente. Infraction punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

**Article 222-10 :** les peines encourues, lorsque l'infraction est commise à l'encontre d'un mineur de moins de quinze ans sont 15 ans de réclusion criminelle ou 20 ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur le mineur.

**18** 24 DES 29 PAYS OÙ SE CONCENTRENT CES PRATIQUES ONT ADOPTÉ DES DÉCRETS OU DES LOIS CONCERNANT LES MSF (UNICEF, 2013)

<b>Bénin</b>	2003	<b>Mauritanie</b>	2005
<b>Burkina Faso</b>	1996	<b>Niger</b>	2003
<b>Côte d'Ivoire</b>	1998	<b>Nigéria (certains États)</b>	1999-2006
<b>Djibouti</b>	1995, 2009	<b>Ouganda</b>	2010
<b>Égypte</b>	2008	<b>République centrafricaine</b>	1966, 1996
<b>Érythrée</b>	2007	<b>République-Unis de Tanzanie</b>	1998
<b>Éthiopie</b>	2004	<b>Sénégal</b>	1999
<b>Ghana</b>	1994, 2007	<b>Somalie</b>	2012
<b>Guinée</b>	1965, 2000	<b>Soudan (certains États)</b>	2008-2009
<b>Guinée-Bissau</b>	2011	<b>Tchad</b>	2003
<b>Irak (région du Kurdistan)</b>	2011	<b>Togo</b>	1998
<b>Kenya</b>	2001, 2011	<b>Yémen</b>	2001

**Articles 222-7 et 8 :** les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies par 15 ans de réclusion criminelle et 20 ans lorsqu'elle concerne des mineurs.

**Article 222-12 :** une action en justice peut également être engagée au titre de violences ayant entraîné une Incapacité Totale de Travail (ITT) supérieure à 8 jours, condamnant à une sanction de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15ans.

**Articles 113-7, 113-5 et 222-16 :** la loi s'applique quand la mutilation est commise en France mais aussi lorsqu'elle est commise à l'étranger. L'auteur (français ou non) sera poursuivi, si la victime est soit de nationalité française ou qu'elle réside en France. Les parents peuvent être poursuivis en tant que complices et encourent les mêmes peines que l'exciseuse.

Certaines femmes sont demandeuses d'asile pour échapper aux MSF. Elles sont considérées par la Convention de Genève comme persécutées au motif de leur « appartenance à un certain groupe social » sur le statut des réfugiés. C'est ainsi que ce statut a été reconnu à des femmes au motif qu'elles appartiennent au groupe social des femmes « entendant se soustraire aux MGF » puis « entendant soustraire leurs filles aux MGF ». Donc cette demande doit être honorée. Il existe peu de cas en France, principalement des femmes originaires du Mali, de Côte d'Ivoire et de Guinée.

## **LES PROCÈS EN FRANCE**

Le premier procès a eu lieu en 1979 contre une exciseuse ayant entraîné le décès de la petite fille. L'exciseuse a été condamnée à un an de prison avec sursis pour homicide involontaire.

En 1986, un couple responsable de la mutilation de six petites filles a été jugé pour « coups et blessures » en correctionnel, le

parquet les estimant « victimes de l’empreinte de leur culture ancestrale ». Maître Weil Curiel démontra qu’il s’agissait bien d’un crime l’année suivante en appel, obtenant la rectification de la qualification.

En 1988, ce fut la première vraie condamnation aux assises, à trois ans d’emprisonnement (avec sursis) à l’encontre d’un homme et de ses deux épouses.

En 1991, a eu lieu la première condamnation d’une exciseuse avec cinq ans de prison ferme suite au décès d’une enfant et à la découverte de 17 autres excisions. Puis en 1993, la condamnation d’une mère et 1996, celle d’un père ayant fait exciser ses filles en Afrique contre la volonté de leur mère.

En 1999, pour la première fois, une jeune fille malienne, Mariatou Koita, accusa une exciseuse, Hawa Gréou et ses propres parents. Elle avait 24 ans et était étudiante en droit.

Elle a été excisée à l’âge de huit ans et se révolta contre la mutilation annoncée de sa sœur cadette. L’exciseuse, soninké, de l’ethnie des forgerons, avait déjà été condamnée en 1988 pour une peine avec sursis. Elle défendait sa pratique sous couvert « d’ignorer que la loi l’interdisait en France ». Un juge l’avait placé sous surveillance et avait découvert qu’elle pratiquait l’excision moyennant finance (entre 140 et 500 francs). L’accusation lui reprochait officiellement la mutilation de quarante-huit fillettes. Elle a été condamnée à huit ans de prison. La mère de Mariatou a été condamnée à deux ans de prison.

Il y a eu au total en France 36 procès en 25ans.

Dans un cadre juridique différent, en 2001, une famille malienne obtient le statut de réfugiés pour protéger leur fillette de l’excision ainsi qu’une mère somalienne qui avait fui avec sa fille pour lui éviter l’infibulation.

## **RÔLE DU PRATICIEN CONSTATANT UNE EXCISION**

Le rôle du praticien est bien défini dans la loi par le Code Pénal et le Code de Déontologie médicale :

**Obligation de signalement :** les professionnels de santé confrontés à un constat d'excision sur mineure sont tenus, sous peine de sanction, d'en informer les autorités judiciaires ou administratives (article 434-3 du Code Pénal). Dans ce cas, le secret professionnel est levé (article 226-14). Cet article vise particulièrement les MSF depuis sa modification en Avril 2006 qui a remplacé les « atteintes sexuelles » par « atteintes ou mutilations sexuelles ». Le signalement d'une mutilation aux autorités compétentes ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire à l'encontre du professionnel à l'origine du signalement (Loi du 2 Janvier 2004).

**Obligation d'assistance à personne en danger :** les professionnels informés d'un projet d'excision en France ou ailleurs doivent saisir le Procureur de la République, selon l'article 223-6 du Code Pénal qui stipule que « toute personne pouvant empêcher par son action la commission d'un crime est tenue de le faire sous peine de poursuites judiciaires pour non-assistance à personne en péril » (5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende).

Très peu de cas d'excision sont signalés, quasiment aucun. Signaler c'est protéger la petite fille si l'excision n'a pas encore eu lieu ou ses sœurs si elle l'a déjà été. La loi ne présente pas d'ambiguïté. Un médecin confronté à une telle situation doit réagir et signaler au Procureur de la République directement même en cas de suspicion. C'est ensuite le Procureur qui s'occupera de l'affaire soit lui-même soit par le biais de la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). En cas de suspicion, les parents seront convoqués le plus souvent à la Brigade des Mineurs pour rappel de la loi. On leur demandera

de faire pratiquer un examen clinique de leur enfant au retour du voyage par le médecin de PMI par exemple. Ce rappel à la loi est en général très dissuasif.

## **G. PRISE EN CHARGE DE LA FEMME EXCISÉE**

Le problème de l'excision est complexe et les complications qu'elle engendre sont nombreuses. Ces complications sont tant somatiques que psychologiques. Elles touchent à l'identité féminine et à la sexualité, à ce sujet tabou jamais abordé. La prise en charge de la femme qui a subi une mutilation est multidisciplinaire.

### **La première étape : faire le diagnostic d'excision**

Comme l'ont montré Andro et Pourette dans leur étude «Excision et Handicap», la plupart des patientes excisées vivant en France sont suivies par un médecin ou un gynécologue qui ne leur dit jamais qu'elles sont excisées (31). Soit parce qu'il ne le voit pas, puisqu'il n'est pas formé, soit parce que le sujet est difficile à aborder. Très souvent, les patientes se souviennent de leur excision. Mais il arrive qu'elles la découvrent par hasard en se comparant à des amies non excisées ou par les médias. Le rôle du médecin quand il constate une excision est de le signaler à la patiente. S'il s'agit d'une enfant, il doit le signaler au Procureur de la République. Quand le médecin ne l'a pas diagnostiquée, c'est la patiente qui peut se présenter avec différentes plaintes liées aux complications : infections urinaires à répétition, dyspareunie, douleur pelvienne. Il doit alors y penser.

Il se peut aussi que la patiente vienne avec son diagnostic et une demande de prise en charge.

## **Comprendre la demande de la patiente**

Il est très important de comprendre dans un second temps la demande de la patiente et sa plainte (26). La demande de chirurgie réparatrice cache souvent une demande de réparation d'autres traumatismes notamment sexuels. Elle peut aussi cacher une vie sexuelle non épanouissante, liée à des difficultés rencontrées par la patiente ou son conjoint et non liée à son excision.

Certaines femmes ont des interrogations autour de l'excision, sans nécessairement demander une réparation. Elles veulent savoir l'ampleur des dommages, les risques obstétricaux, si leur insatisfaction sexuelle est due à l'excision.

D'autres peuvent avoir une plainte d'origine sexologique : la demande est liée à l'apparence du sexe avec un sentiment de honte liée à leur mutilation. Elles se sentent différentes des autres femmes, surtout en cas de couple appartenant à des cultures différentes. Elles veulent donner et aussi recevoir du plaisir. Leur fonction sexuelle étant altérée, avec parfois des douleurs vulvaires associées, elles ont le sentiment de ne pas être performantes. La réparation est parfois perçue comme une partie de leur intégration, leur permettant d'ouvrir leur réseau sexuel à d'autres partenaires ne connaissant pas ces pratiques.

La plainte peut être psychologique. Il faut alors comprendre le parcours de la femme dans son ensemble. A-t-elle vécu d'autres violences ? Des mariages forcés ou des tortures ? Alors la prise en charge ne peut être que chirurgicale et nécessite un accompagnement psychologique.

La plainte peut être d'origine identitaire : elles veulent avoir un corps normal. Le plaisir sexuel, les douleurs, tout cela passe au second plan. Ce qu'elles désirent, c'est retrouver un sexe entier. Elles veulent faire réparer le préjudice dont elles ont été victimes.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, dans la majorité des excisions de type III, le clitoris est intact sous la peau. Or beaucoup de patientes sont tellement convaincues que l'excision les prive de tout accès au plaisir sexuel qu'elles n'ont rien exploré des capacités érotiques de leur corps. La solution chirurgicale à tendance à occulter à leurs yeux l'importance des représentations, des croyances et du contexte relationnel permettant d'accéder à une relation sexuelle gratifiante.

La prise en charge est donc avant tout médicale avec une écoute, un soutien, une discussion autour de la vie du couple, de la sexualité de la patiente dans toutes ses dimensions. Le médecin peut gérer ces échanges ou orienter sa patiente vers un psychologue ou un sexologue qui connaît le sujet. Il peut aussi l'orienter vers une équipe spécialisée.

Le médecin prend également en charge les complications somatiques liées à l'excision : orientation vers un chirurgien en cas de fistule, traitement antibiotique des infections, cystoscopie exploratrice et thérapeutique en cas de troubles urinaires.

## **La prise en charge chirurgicale**

Il y a deux axes dans la prise en charge chirurgicale : la désinfibulation et la reconstruction clitoridienne.

La désinfibulation est recommandée par l'OMS et a fait preuve dans plusieurs études de son effet bénéfique sur la sexualité féminine. Elle est pratiquée en général au moment ou avant

l'accouchement voie basse. La technique est une incision verticale dans la cicatrice d'infibulation (11). La suture des lèvres de part et d'autre du vagin est nécessaire pour qu'il n'y ait pas de nouvel accolement.

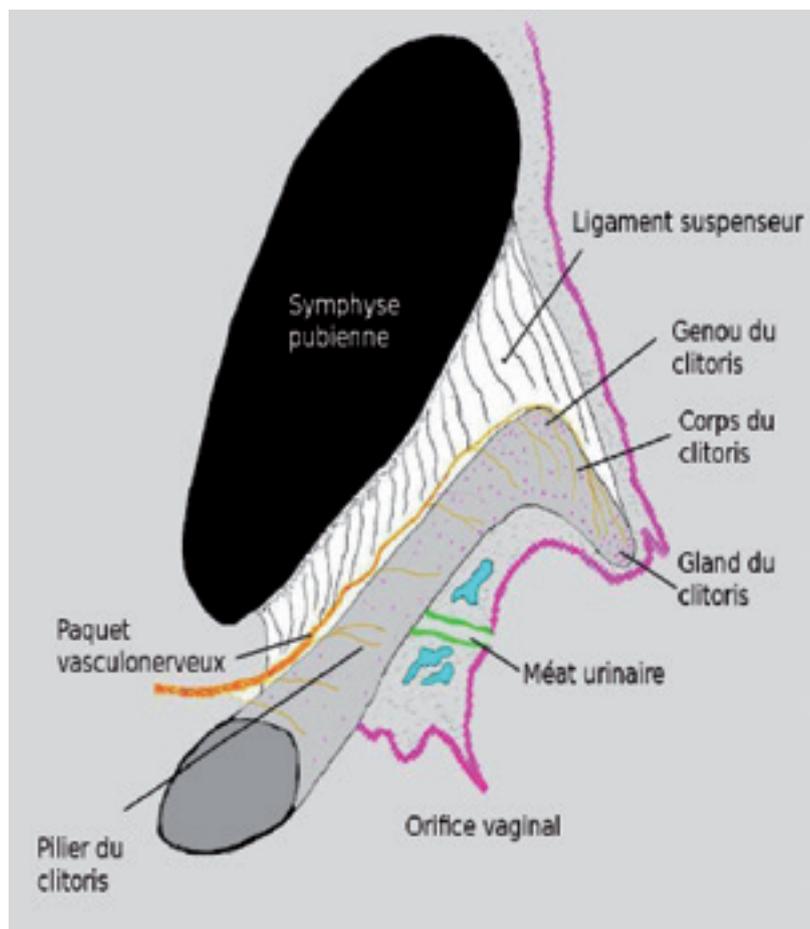
La reconstruction clitoridienne a été proposée pour la première fois par le Dr Pierre Foldès en 1998, chirurgien urologue à Saint Germain en Laye (27). C'est un procédé de reconstruction du clitoris qui repose sur le fait que le clitoris est beaucoup plus long qu'on ne le pense (il se prolonge de 10cm le long de l'os pubien). L'intervention consiste à mettre à jour la partie enfouie, à libérer les ligaments qui la retiennent au pubis et à la remettre à sa place pour former un nouveau gland sensible <sup>19</sup>.

Voici les différentes étapes :

**L'opération est réalisée sous anesthésie générale.** Elle dure environ trente minutes. Pour les patientes ayant subi une mutilation de type III, une désinfibulation est réalisée en premier temps opératoire. On réalise une incision cutanée vers le haut, après repérage du méat urinaire, en avant du moignon clitoridien. Ceci permet de dégager le bord supérieur du genou clitoridien et le ligament suspenseur. Ce repérage permet d'éviter une lésion du paquet vasculo-nerveux du clitoris situé sur la partie dorsale de ce dernier.

**On sectionne le ligament suspenseur** en longeant l'os jusqu'au genou clitoridien afin de créer un allongement de l'organe enfoui. On peut alors le mobiliser et l'abaisser dans sa position anatomique théorique. Si la perte de substance est importante, on peut disséquer le long des branches ischiopubiennes pour dégager les piliers clitoridiens ou corps caverneux (cf Figure 2 et 3 du paragraphe 2.a).

## SCHÉMA DES STRUCTURES ADJACENTES AU CLITORIS



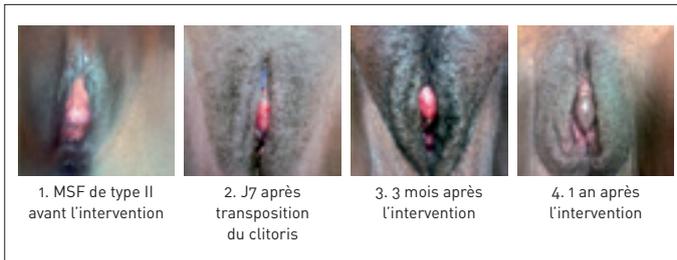
**On sectionne les tissus cicatriciels en avant du moignon du clitoris** pour retrouver une recoupe saine de corps caverneux innervés et vascularisés. Cela permet de reconstruire un néogland fonctionnel. L'extrémité du néogland est alors abaissée pour réaliser une saillie d'au moins 5mm en avant du plan vulvaire. Il est fixé aux tissus sous cutanés par des points.

La chirurgie est réalisée en ambulatoire ou en 48 heures d'hospitalisation. Les soins locaux sont une cicatrisation dirigée permettant la réépidermisation. Il est important de prendre en charge la douleur post-opératoire des patientes, le risque étant que pendant la période de guérison, les femmes revivent l'expérience traumatisante de l'excision. Des massages du clitoris sont recommandés en post-opératoire, afin que la femme redécouvre son corps et stimule les nouvelles fibres nerveuses désenfouies. Le nouveau clitoris se réépidermise progressivement et prend la couleur de la peau en un an environ (Figure 17).

Les complications sont rares : infection, douleur, recouvrement du néoclitoris, retard à la réépidermisation, cicatrice chéloïde, un abcès. Cette chirurgie est prise en charge dans son intégralité par la Sécurité Sociale depuis 2004.

Différentes études ont évalué les bénéfices de cette chirurgie. Foldès notamment a réalisé une étude descriptive incluant 2938 femmes consultant pour une chirurgie réparatrice. Ces femmes étaient âgées d'environ 30 ans et d'origine malienne, sénégalaise ou ivoirienne. Elles présentaient des mutilations de type II ou III. Il les a interrogées sur les douleurs et leur satisfaction sexuelle en pré opératoire. Il les a de nouveau interrogées à un an pour 866 d'entre elles (29%).

Il a conclu que 2933 soit 99% des 2938 femmes interrogées avaient eu une récupération identitaire (sensation de se sentir



entière et de retrouver une autonomie personnelle en rejetant la mutilation physique qui leur a été imposée), 2378 soit 81% des femmes ont eu une amélioration de leur vie sexuelle et 29% ont eu une réduction des douleurs (27). On notera cependant que 23% des patientes qui avaient régulièrement des orgasmes ont vu la fréquence de ceux-ci diminuer. Le biais principal de cette étude était que les échelles de satisfaction sexuelle n'étaient pas standardisées.

L'étude monocentrique rétrospective de Ouédaogro au Burkina Faso a permis d'évaluer les résultats de la chirurgie reconstructrice, selon la même méthode que Foldès, chez 94 patientes (28). Ces femmes avaient 32,3 ans en moyenne.

La moitié était mariée. 94,7% d'entre elles présentaient des mutilations de type II sinon de type III. 41,5% n'avaient jamais connu de désir sexuel, 54,3% n'avaient jamais connu de plaisir clitoridien, 39,4% présentaient des dyspareunies. Les motifs de recours à la chirurgie étaient à 40,6% pour la frigidité, 26,6% pour les dyspareunies et 25,8% pour la restauration de l'anatomie. 94,6% ont retrouvé un désir sexuel après l'intervention, 89,4% ont une amélioration de la sexualité. En revanche, il n'y a pas eu de différence significative sur la fréquence des orgasmes

avant et après la chirurgie. 100% des patientes étaient satisfaites quant à l'intégrité physique. Aussi, 98,9% recommanderaient l'intervention à leur entourage féminin victime de mutilation et 91,5% referaient l'intervention si elle était à refaire.

Donc, on peut conclure que la chirurgie reconstructive permet principalement une restauration de l'identité féminine. Elle permet de retrouver un désir sexuel et parfois un plaisir. La fréquence de l'orgasme clitoridien n'est pas toujours augmentée par la reconstruction.

Cependant, toutes les femmes qui ont réalisé une chirurgie la referaient si cela était à refaire.

On peut se demander si c'est la chirurgie en soit qui améliore leur sexualité ou déjà le fait d'en parler, d'avoir choisi de s'occuper de leur sexualité et d'avoir fait la démarche de rencontrer les équipes.

## **Les équipes de soins multidisciplinaires**

Les équipes de prise en charge des femmes excisées proposent une première consultation médicale avec diagnostic ou non d'excision, une définition du type d'excision, un bilan des complications, une information sur la vie sexuelle et sur la maternité.

Puis la patiente est vue en consultation par une psychologue pour exprimer la souffrance psychique qu'elle met en lien avec l'excision.

Enfin, la patiente est reçue par une sexologue pour évaluer sa satisfaction sexuelle et peut être la faire évoluer. Au décours de ces consultations espacées d'environ 15 jours, l'équipe se réunit et décide ou non de la chirurgie. Il s'agit donc d'une prise en charge pluridisciplinaire et pas seulement chirurgicale. Moins de

la moitié des patientes qui consultent sont finalement opérées. L'excision, les mutilations sexuelles féminines, « Female Genital Mutilation » ou « Cutting », peu importe la dénomination, c'est une pratique encore trop répandue. Elle concerne des femmes et des enfants. C'est une tradition ancestrale et elle n'est inscrite dans aucun texte religieux. Elle entraîne des complications à court et à long terme, d'ordre somatique et psychologique et n'a aucune justification médicale. Il ne s'agit pas de montrer du doigt les parents et les familles qui perpétuent cette pratique dans le but d'assurer un bon mariage à leur fille. Il s'agit de démontrer que l'abandon de cette pratique n'est pas un déni de l'héritage culturel mais une manière de protéger leurs enfants. Il faut convaincre les responsables légaux d'y mettre fin et soutenir ceux qui sont déjà convaincus en leur donnant les moyens de s'en tenir à leur décision. La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire. L'autre versant est la prévention. Les acteurs de cette prévention sont multiples : les chefs religieux, les hommes, les femmes et les associations mais aussi le personnel médical et paramédical. Elle passe aussi par la sanction de cette pratique : l'excision est interdite dans de nombreux pays africains ; en France, c'est un crime. Le rôle du médecin est multiple : prévenir, accompagner, soigner et signaler.

---

# **PARTIE 2 ÉTUDE SUR LA CONNAISSANCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PROPOS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES EN ÎLE-DE-FRANCE**

---

## **A. OBJECTIF**

Les médecins généralistes sont amenés à suivre des femmes pour le suivi gynécologique et le suivi initial de la grossesse. Ils suivent aussi le nourrisson, le bébé, l'enfant, en cabinet ou en PMI, jusqu'à l'âge de 6 ans. Ils sont parfois le médecin de la fille, de la mère et du père. Ils connaissent le noyau familial dans son contexte, son histoire. Les médecins généralistes en Île-de-France sont confrontés aux patients immigrés ou originaires de

différents pays et notamment du continent africain. Ils sont donc des acteurs centraux dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des MSF. Un des rôles des praticiens défini par le Code Pénal est de signaler les cas d'excision lorsqu'ils le constatent ou lorsqu'ils pensent qu'elle risque d'être réalisée sur une enfant. Toutefois on constate que malgré la gravité des MSF et leur fréquence, très peu de signalements sont réalisés.

Quels sont alors les freins qui expliquent le manque de communication entre le praticien et les populations exposées ?

On peut émettre l'hypothèse que cela est lié à la méconnaissance de la pratique du fait d'un défaut de formation. Une autre hypothèse serait le caractère punissable de l'excision qui rend difficile son abord en consultation car sujet à une situation de conflit médecin - patient. Enfin, ce sujet touchant à la sexualité peut être difficile à discuter.

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer les connaissances des médecins généralistes d'Île-de-France sur la pratique de l'excision (épidémiologie, circonstances, aspects juridiques) ainsi que leur implication dans cette problématique. Pour cela, nous comparerons cette population aux spécialistes de consultations du voyage. Les objectifs secondaires seront de comprendre les freins à l'abord verbal de l'excision par le médecin généraliste en consultation et les difficultés qu'il rencontre pour prévenir cette pratique.

## **B. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **Population de l'étude**

Cette étude observationnelle a été réalisée entre Mars et Septembre 2015. L'ensemble des maîtres de stage de médecine générale de l'UFR Paris VII Denis Diderot et les spécialistes de la consultation voyage participant soit au congrès du Groupe de Pédiatrie Tropicale (GPTrop) qui se tenait à Paris le 17 Mars 2015 soit au congrès de la Société de Médecine des Voyages (SMV) qui se tenait à Paris le 20 Mars 2015 ont été inclus dans cette étude.

### **Méthodes**

Tous les praticiens ont reçu par mail un lien internet qui menait à un questionnaire réalisé sur Google Doc®. Ce questionnaire a été transmis aux 247 maîtres de stage de Médecine Générale de l'UFR Paris VII sur leurs boîtes mail après accord de la commission Harmothèse du 26 Juin au 6 Septembre 2015 (Groupe 1) ainsi qu'aux professionnels de la SMV comportant 300 adhérents médecins ou soignants et aux professionnels du GPTrop comprenant 242 adhérents du 9 au 16 Mars 2015 (Groupe 2). Ils ne pouvaient répondre qu'une seule fois au questionnaire. Les critères d'exclusion étaient une réponse obtenue après le 6 Septembre 2015 pour le Groupe 1 et après le 16 Mars 2015 pour le Groupe 2.

## Données collectées

Le questionnaire comportait 26 questions obligatoires et 2 questions facultatives. Il s'agissait principalement de questions fermées avec des réponses à choix unique ou multiples.

**La première partie** du questionnaire portait sur le profil du professionnel de santé (sexe, âge, structure d'exercice, code postal professionnel, proportion d'enfants dans la patientèle).

**La deuxième partie** comportait des questions générales et épidémiologiques sur l'excision (sources d'information sur le sujet, connaissance du terme « mutilation sexuelle féminine/excision », des différents types d'excision, du nombre de femmes dans le monde concernées, de l'origine géographique de ces femmes, du nombre de femmes excisées vivant en France et de l'âge moyen de l'excision).

**La troisième partie** les interrogeait sur leur implication ou non sur le sujet ainsi que leur confrontation à cette problématique dans leur cabinet (pensaient-ils un rôle à jouer dans la prévention des MSF ? Avaient-ils déjà été confrontés à une situation à risque ? Avaient-ils déjà abordé le sujet en consultation ? Combien de fois y avaient-ils été confrontés ? Savaient-ils reconnaître une excision à l'examen clinique ? Examinaient-ils les organes génitaux externes des petites filles partant dans des régions où se pratique l'excision ?).

**La quatrième partie** concernait la prise en charge thérapeutique et administrative en France et les difficultés qu'elle représente : connaissaient-ils la chirurgie de reconstruction ? Savaient-ils qu'elle est prise en charge intégralement par la Sécurité Sociale en France ? L'excision constituait-elle un délit ou un crime ? Devait-elle être prise en charge par le Procureur ou la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ?

Quelles étaient les peines encourues ? Étaient-elles les mêmes lorsque l'excision avait été pratiquée à l'étranger ? Avaient-ils déjà signalé une excision ? Était-ce difficile ? Pourquoi ?

**Le questionnaire se terminait** par deux situations cliniques permettant d'étudier la prise en charge des médecins face à une situation à risque d'excision ou face à une enfant excisée.

## Analyse statistique

L'analyse univariée a été réalisée à l'aide du test de Chi 2 pour les variables qualitatives. Les logiciels utilisés pour l'analyse statistique étaient Excel et SPSS. Une valeur de  $p < 0.05$  a été considérée comme statistiquement significatif.

## C. RÉSULTATS

Dans la période étudiée, nous avons obtenu 60 réponses sur 247 maîtres de stage sollicités (Groupe 1) et 52 réponses dans le Groupe 2 (542 adhérents). Les taux de réponses étaient donc respectivement de 24,3% dans le Groupe 1 et de 9,6% dans le Groupe 2.

## Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des deux groupes sont décrites dans le Tableau 21.

Les deux groupes étaient composés d'une majorité de femmes (61,7% dans le Groupe 1 et 69,2% dans le Groupe 2). La répartition

21 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Caractéristiques	Groupe 1 (n=60)	Groupe 2 (n=52)	p
<b>Homme / Femmes n (%)</b>	23 (38,3) / 37 (61,7)	16 (30,8) / 36 (69,2)	0,402
<b>Âge n(%)</b>			<0,001
25 à 34 ans	29 (48,4)	4 (7,7)	
35 à 44 ans	14 (23,3)	17 (32,7)	
45 à 54 ans	7 (11,6)	15 (28,8)	
55 à 64 ans	10 (16,7)	13 (25)	
Plus de 65 ans	0 (0)	3 (5,8)	
<b>Votre profession n (%)</b>			0,024
Infirmier	0 (0)	6 (11,6)	
Interne	2 (3,3)	1 (1,9)	
Médecin	58 (96,7)	45 (86,5)	
<b>Votre structure principale d'exercice n (%)</b>			<0,001
Cabinet libéral	35 (58,3)	1 (1,9)	
Centre de santé / Maison de Santé / Centre municipal de santé	16 (26,7)	3 (5,8)	
PMI	4 (6,7)	7 (13,5)	
CVI	0 (0)	23 (44,2)	
Service hospitalier	5 (8,3)	9 (17,3)	
Autres	0 (0)	9 (17,3)	
<b>Zone d'exercice n (%)</b>			<0,001
Paris	21 (35)	14 (26,9)	
Île-de-France (sauf Paris)	38 (63,3)	18 (34,7)	
Autres	1 (1,7)	20 (38,4)	
<b>Proportion d'enfants dans votre patientèle n (%)</b>			<0,001
0 à 25%	43 (71,7)	30 (57,7)	
25 à 75%	15 (25)	1 (1,9)	
>75%	2 (3,3)	19 (36,6)	
Pas de réponse	0 (0)	2 (3,8)	

des classes d'âge était significativement différente entre les groupes ( $p < 0,001$ ) : la tranche d'âge 25 - 34 ans représentait 48,4% dans le Groupe 1 versus 7,7% dans le Groupe 2. Le lieu ainsi que les structures d'exercice étaient également différents entre les groupes: alors que le Groupe 1 travaillait majoritairement en cabinet libéral (58,3%), le Groupe 2 exerçait principalement dans des centres de vaccinations internationales (CVI) (44,2%). La répartition des lieux d'exercice de ce dernier groupe était plus hétérogène avec 38,4% de la population exerçant dans d'autres régions: Aquitaine, Bretagne, Centre, Franche Comté, Languedoc Roussillon, Mayotte, Midi Pyrénées, Nord Pas de Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire, Rhône Alpes.

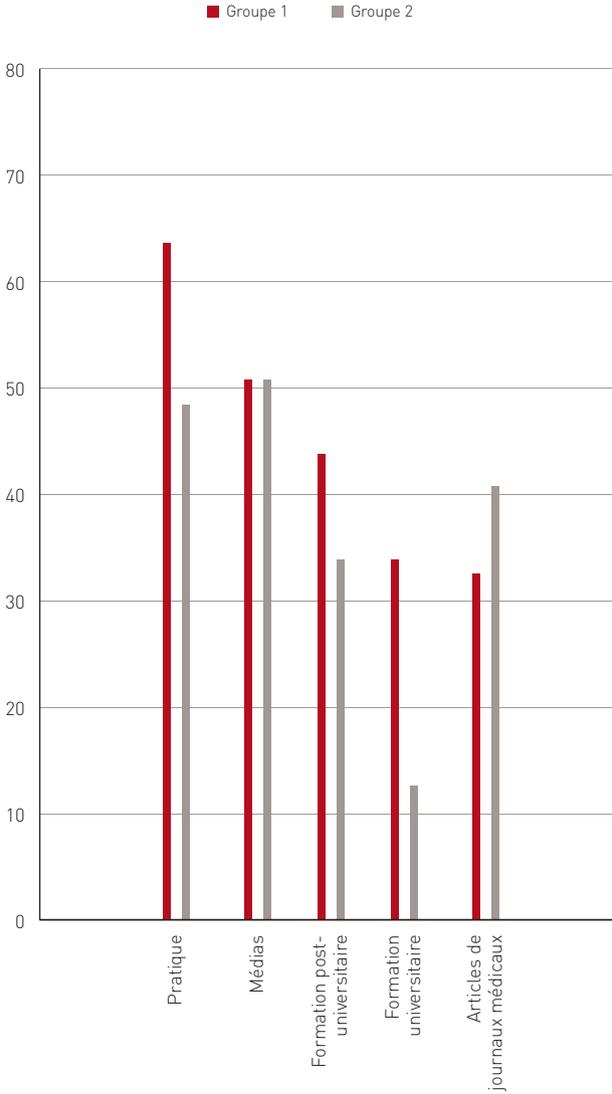
Enfin la proportion d'enfants dans la patientèle était significativement différente entre les groupes ( $p < 0,001$ ): 36.6% du Groupe 2 avait plus de 75% d'enfants en consultation versus 3.3% dans le Groupe 1.

## **Connaissances générales sur les MSF**

Tous les praticiens avaient déjà entendu le terme d'« excision » ou de « mutilations sexuelles féminines ». Les principales sources d'information du Groupe 1 étaient : (I) la pratique courante (confrères, associations ...) (38/60), (II) les médias (30/60), (III) la formation post-universitaire (congrès, DU, DIU...) (26/60), (IV) la formation universitaire (20/60), et (V) les articles de journaux médicaux (19/60). Pour le Groupe 2, la répartition des sources d'information étaient (I) les médias (26/52), (II) la pratique courante (25/52), (III) les articles de journaux médicaux (21/52), (IV) la formation post-universitaire (17/52) et (V) la formation universitaire (6/52). Il existait une différence statistiquement significative

## LES DIFFÉRENTES SOURCES D'INFORMATION DES PRATICIENS SUR LES MSF

Nombre de réponses positives de 0 à 80



entre les deux groupes pour la formation universitaire ( $p=0,006$ ). Les résultats sont exposés dans la Figure 22.

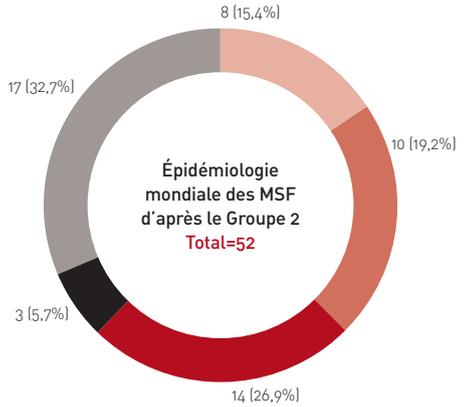
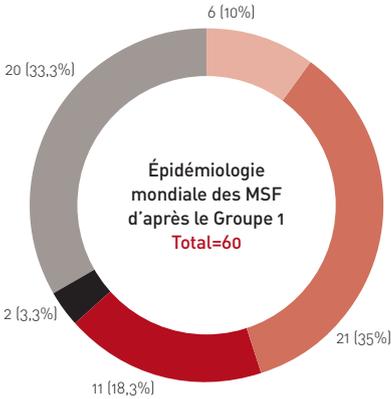
La majorité des praticiens des deux groupes savaient qu'il existait différents degrés d'excision : 43 dans le Groupe 1 (71,7%) et 38 dans le Groupe 2 (73,1%) ( $p=0,868$ ). Les praticiens étaient ensuite interrogés sur l'épidémiologie des MSF 23. Concernant l'épidémiologie mondiale, 18,3% du Groupe 1 ont donné la bonne réponse, 45% l'ont sous-estimée et un tiers ne savait pas répondre. Dans le Groupe 2, 26,9% des praticiens connaissaient la bonne réponse, 34,6% l'ont sous-estimée et 32,7% ne savaient pas répondre. Les réponses n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes ( $p=0,349$ ). Concernant l'épidémiologie française des MSF (Figure 19), 55% du Groupe 1 ont donné la bonne réponse, 15% l'ont sous-estimée et un 21,7% ne savaient pas répondre. Dans le Groupe 2, 36,5% des praticiens connaissaient la bonne réponse, 32,7% l'ont sous-estimée et 23,1% ne savaient pas répondre. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,211$ ).

Une question était posée sur les origines des femmes concernées. Toutes les réponses proposées étaient bonnes (Afrique du Nord, Afrique sub-saharienne et centrale, Moyen- Orient, Asie du Sud Est) sauf la réponse «ne sait pas». Elle était alors peu discriminante : 59 praticiens du Groupe 1 (98,3%) et 50 du Groupe 2 (96,1%) connaissaient les origines géographiques des femmes concernées.

Concernant l'âge de l'excision, il y avait deux bonnes réponses possibles : «moins de 2 ans» ou «entre 2 et 5 ans». Les autres réponses étaient fausses («entre 5 et 10 ans», «entre 10 et 15 ans», «plus de 15 ans»). Ils pouvaient aussi répondre «je ne sais pas». Dans le Groupe 1, 32/60 ont donné la bonne réponse (53,3%) et 28/60 ont donné une mauvaise réponse ou ne savaient pas

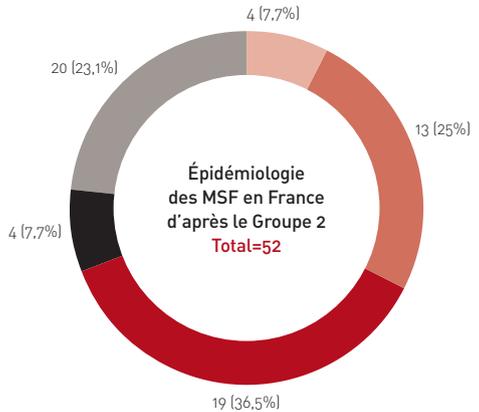
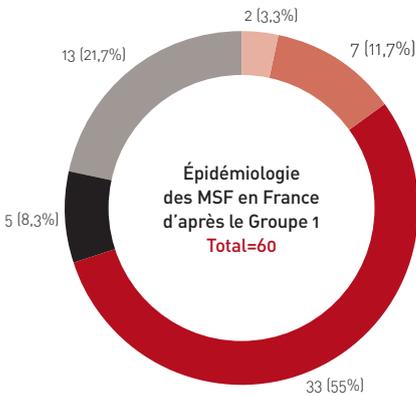
## ÉVALUATION PAR LES PRATICIENS DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES MSF DANS LE MONDE ET EN FRANCE

### DANS LE MONDE



■ Ne sait pas ■ 1 à 10 millions ■ 10 à 100 millions ■ 100 à 500 millions ■ Plus de 500 millions

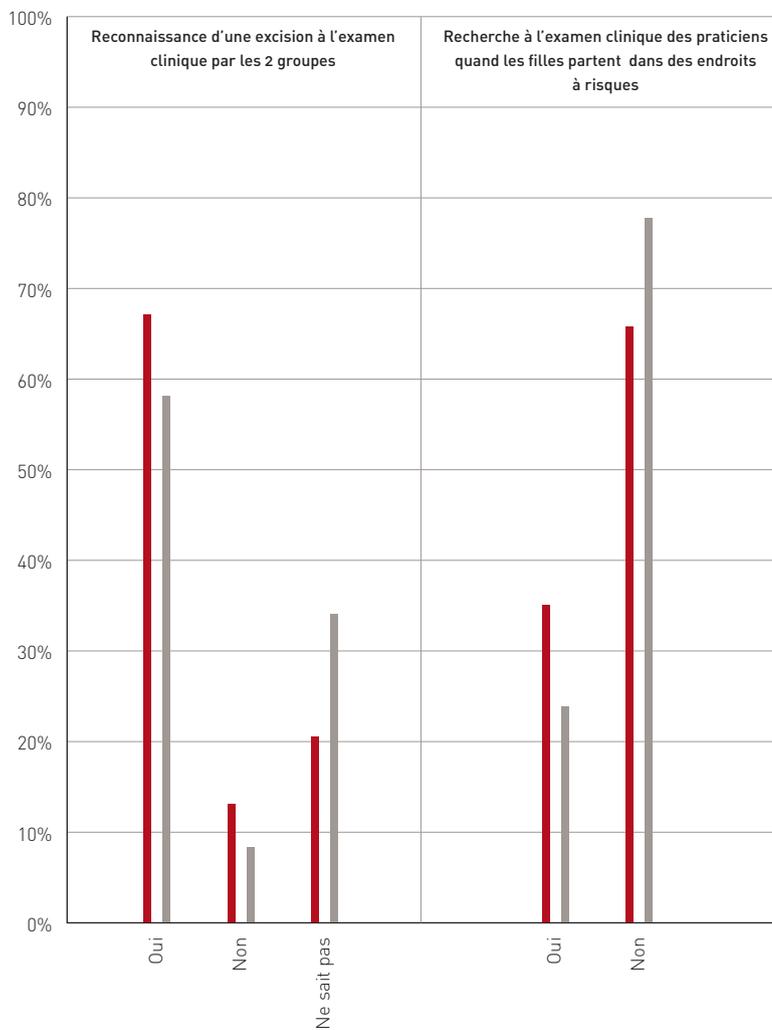
### EN FRANCE



■ Ne sait pas ■ Moins de 1000 ■ 1000 à 10000 ■ 10000 à 100000 ■ 100 à 1 millions

## EXAMEN CLINIQUE DES PRATICIENS: RECONNAÎTRE UNE EXCISION & LA RECHERCHER EN SITUATION À RISQUE [% DE RÉPONSE]

■ Groupe 1   ■ Groupe 2



répondre (46,7%). Dans le Groupe 2, 25/52 praticiens ont donné la bonne réponse (48,1%) et 27/52 ont donné une mauvaise réponse ou ne savaient pas. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,306$ ).

## Degré d'implication des praticiens et confrontation à la problématique des MSF au cours de leurs consultations

Presque tous les praticiens pensaient avoir un rôle à jouer dans la prévention des MSF : 55 praticiens du Groupe 1 (91,7%) et 49 praticiens du Groupe 2 (94,2%), ( $p=0,599$ ). Ceux qui 19 (36,5%) pensaient le contraire le justifiaient par la composition de leur patientèle (médecine du travail, population faiblement représentée dans leurs départements d'exercice).

Moins de la moitié des praticiens déclarait avoir déjà été confrontée à une situation d'excision ou à risque d'excision chez l'enfant (26 réponses positives dans le Groupe 1 (43,3%) et 22 dans le Groupe 2 (42,3%),  $p=0,913$ ).

37 médecins du Groupe 1 (61,7%) avaient déjà abordé le sujet en consultation à l'initiative des patients versus 23 des praticiens du Groupe 2 (44,2%) ( $p=0,05$ ).

(I) 15/60 médecins du Groupe 1 pensaient n'avoir jamais été confrontés à un problème d'excision versus 20/52 praticiens du Groupe 2. (II) 18/60 praticiens du Groupe 1 l'auraient été moins de 5 fois versus 17/52 du Groupe 2. (III) 6/60 praticiens du Groupe 1 l'auraient été entre 5 et 10 fois versus 5/52 du Groupe 2. (IV) 21/60 praticiens du Groupe 1 l'auraient été plus de 10 fois versus 10/52 du Groupe 2 ( $p=0,242$ ).

Une faible majorité des praticiens pensait savoir reconnaître une excision à l'examen clinique <sup>24</sup>A : 40/60 dans le Groupe 1 et

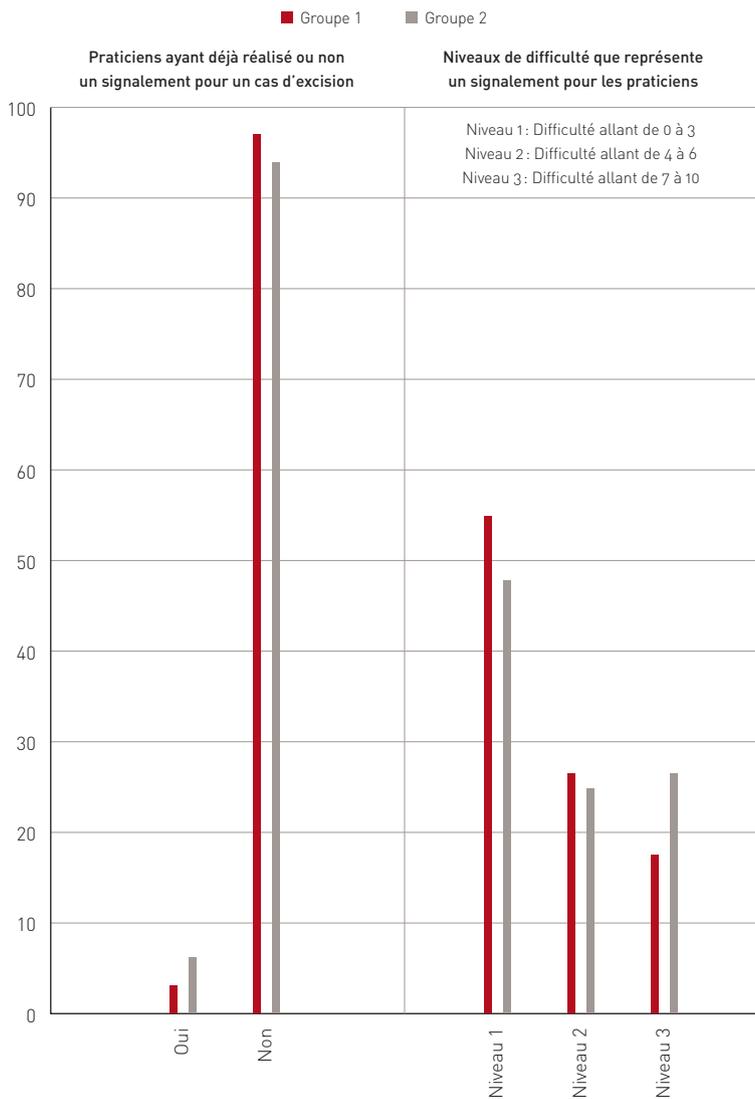
30/52 dans le Groupe 2 ( $p= 0,182$ ). Comme exposé dans la Figure 24B, moins de la moitié d'entre eux examinaient la région génitale des petites filles partant dans des zones à risque d'excision : 21/60 dans le Groupe 1 et 12/52 dans le Groupe 2 ( $p= 0,167$ ).

## Prise en charge chirurgicale et administrative

Concernant la reconstruction chirurgicale, 53 des praticiens du Groupe 1 (88,3%) savaient qu'elle existait versus 46 de ceux du Groupe 2 (88,5%), ( $p= 0,252$ ). 42 de ceux du Groupe 1 (70%) savaient qu'elle était prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale versus 26 du Groupe 2 (50%), ( $p= 0,01$ ).

Ensuite, les praticiens devaient choisir entre plusieurs affirmations sur l'excision : (I) « il s'agit d'un délit passible d'une forte amende », (II) « il s'agit d'un crime passible d'une forte amende et d'une peine d'emprisonnement », (III) « elle nécessite la rédaction d'une information préoccupante à la CRIP en cas de constatation », (IV) « elle nécessite un signalement au Procureur de la République en cas de constatation » et (V) « des poursuites sont possibles même si l'excision a été réalisée à l'étranger ». La bonne réponse incluait la notion de crime, le signalement au Procureur de la République et la possibilité de poursuites si l'excision avait été pratiquée à l'étranger. La rédaction d'une information à la CRIP entrainait dans la bonne réponse si le signalement était coché aussi. La réponse fautive était « il s'agit d'un délit passible d'une forte amende ». Les autres réponses étaient considérées comme incomplètes. Dans le Groupe 1, on retrouvait 34 bonnes réponses (56,7%), 4 mauvaises réponses (6,7%) et 22 réponses incomplètes (36,7%). Dans le Groupe 2, on retrouvait 25 bonnes réponses (48,1%), 5 mauvaises réponses (9,6%) et 22 réponses

## LE SIGNALEMENT PAR LES PRATICIENS [% DE RÉPONSE]



incomplètes (42,3%). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,632$ ). Comme le montre la Figure 25, seulement 2 avaient déjà signalé une excision dans le Groupe 1 (3,3%) versus 3 dans le Groupe 2 (5,8%) ( $p=0,534$ ).

On demandait ensuite aux praticiens d'évaluer leur difficulté à signaler une excision s'ils la constataient sur une échelle de 0 à 10. Trois niveaux de difficulté ont été ensuite définis : niveau 1 comprenant les évaluations de 0 à 3, niveau 2 comprenant les évaluations de 4 à 6 et niveau 3 comprenant les évaluations de 7 à 10. Les résultats sont résumés dans la Figure 22 : dans le Groupe 1, 33/60 réponses appartenaient au niveau 1, 16/60 au niveau 2 et 11/60 au niveau 3. Dans le Groupe 2, 25/52 des réponses appartenaient au niveau 1, 13/52 au niveau 2 et 14/52 au niveau 3. La différence n'était pas significative entre les deux groupes ( $p=0,546$ ).

#### 26 POURQUOI LE SIGNALEMENT EST-IL DIFFICILE À RÉALISER POUR LES PRATICIENS ?

	Groupe 1 n=60	Groupe 2 n= 52	p
Le signalement n'a pas d'impact car l'excision est déjà réalisée	3 (5%)	7 (13,5%)	0,117
Cela risque de stigmatiser les familles	14 (23,3%)	9 (17,3%)	0,431
La procédure de signalement est trop complexe	14 (23,3%)	7 (13,5%)	0,182
Cela risque d'altérer le lien médecin-patient	16 (26,7%)	12 (23,1%)	0,191
L'excision est une pratique traditionnelle qu'il est difficile de juger	1 (1,7%)	0 (0%)	0,874
Je ne veux pas poser de problème juridique à mon patient	4 (6,7%)	3 (5,8%)	0,845
Absence d'outil d'information adapté aux familles	13 (21,7%)	15 (28,8%)	0,382
Pas de réponse	23 (38,3%)	25 (48,1%)	0,299

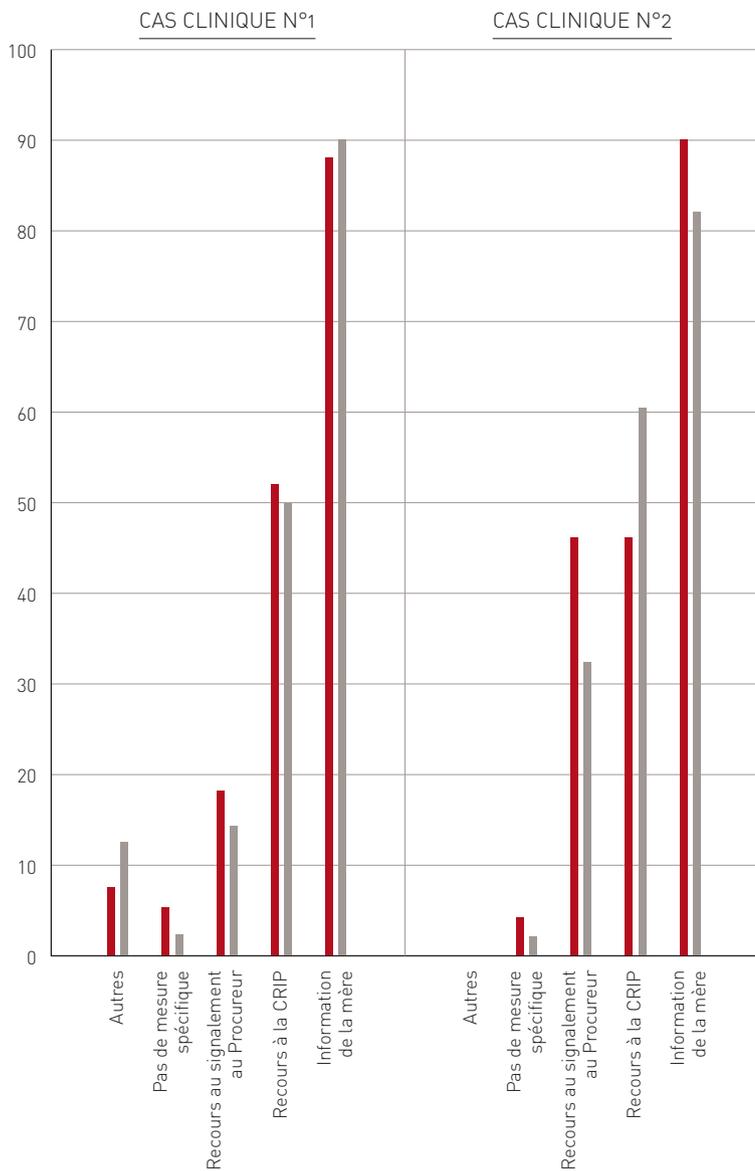
Nous avons ensuite demandé aux praticiens pourquoi le signalement était difficile à réaliser d'après eux. Les résultats de cette question sont résumés dans le Tableau page ci-contre <sup>26</sup>. Le Groupe 1 mettait en avant l'altération du lien médecin-patient (26,7%) puis la complexité de la procédure de signalement et le risque de stigmatisation des familles (23,3% chacun) et enfin l'absence d'outil adapté aux familles (21,7%). Dans le Groupe 2, l'absence d'outil était la première réponse (28,8%) puis le risque d'altération du lien médecin-patient (23,1%). À noter que beaucoup n'avaient pas répondu à cette question qui n'était pas obligatoire.

## Cas cliniques

La première situation clinique proposée était la suivante : «vous recevez en consultation une petite fille de 3 ans, sa sœur de 11 ans et leur maman pour mise à jour des vaccins avant leur départ au Mali pour visiter leur famille pendant 2 mois. Au cours de la consultation, la grande sœur vous dit que sa petite sœur va être «coupée» lors de ses vacances. La mère vous explique que l'excision ne se pratique plus.» Ils pouvaient choisir ensuite plusieurs propositions : (I) informer la mère sur le caractère répréhensible de l'excision, (II) rédiger une information préoccupante à la CRIP, (III) signaler au Procureur de la République, (IV) être rassuré par la mère et ne rien entreprendre ou (V) « autre » avec une case à texte libre. Les résultats sont présentés dans la Figure <sup>27</sup>. (I) La majorité des deux groupes choisissait d'informer la mère (53/60 dans le Groupe 1 versus 47/52 dans le Groupe 2). (II) 31/60 praticiens du Groupe 1 rédigeaient une information préoccupante à la CRIP versus 26/52 dans le Groupe 2. (III) 11/60 du Groupe 1 choisissaient de faire un signalement au Procureur versus 7/52

## RÉPONSES AU CAS CLINIQUE PAR GROUPE [% DE RÉPONSE POSITIVES]

■ Groupe 1   ■ Groupe 2



du Groupe 2. (IV) Respectivement 3/60 et 1/52 des groupes 1 et 2 ne faisaient rien de plus. (V) 4/60 du Groupe 1 et 6/52 du Groupe 2 rédigeaient en plus un certificat d'intégrité (3 réponses), réalisaient un examen au retour du voyage (4 réponses) ou appelaient le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS).

La deuxième situation clinique proposée était la suivante : «Vous recevez en consultation un enfant de 2 mois accompagnée de ses deux parents pour une gastroentérite aiguë. Vous découvrez au cours de l'examen qu'elle est excisée. Vous abordez le sujet avec les deux parents qui vous soutiennent que cette mutilation a été réalisée sans qu'ils ne soient au courant quand l'enfant avait huit jours de vie dans son pays d'origine. Elle n'a pas de fratrie ». Ils pouvaient alors choisir plusieurs propositions : (I) « information la mère sur le caractère répréhensible de l'excision », (II) « rédaction d'une information préoccupante à la CRIP », (III) « rédaction d'un signalement au Procureur de la République », (IV) « pas de mesure spécifique car l'excision a déjà été pratiquée », (V) « pas de mesure spécifique car l'excision a été pratiquée à l'étranger » ou (vi) réponse libre. Les résultats sont présentés dans la Figure 24. La majorité des deux groupes informaient la mère (I) (48/60 dans le Groupe 1 versus 47/52 dans le Groupe 2). (II) 36/60 praticiens du Groupe 1 rédigeaient une information préoccupante versus 24/60 dans le Groupe 2. (III) 19/60 du Groupe 1 faisaient un signalement au Procureur versus 24/52 du Groupe 2. (IV) 1/60 du Groupe 1 n'entreprenait pas de démarche car l'excision avait déjà été pratiquée versus 2/60 dans le Groupe 2. (V) Aucun des praticiens n'entreprenaient pas de démarches sous prétexte que l'excision avait été réalisée à l'étranger. (VI) Personne n'avait coché la réponse libre.

## D. DISCUSSION

Malgré la fréquence et la gravité des MSF, peu d'études s'intéressent aux connaissances des médecins sur leur prévention et leur prise en charge. Dans notre travail nous avons évalué ces connaissances afin de mieux comprendre les difficultés que pouvaient rencontrer les médecins confrontés aux MSF et de proposer des outils d'aide adaptés.

Les résultats de notre étude montre qu'il y a peu de différence entre les groupes sur les connaissances des MSF. Nous avons mené cette étude auprès de médecins généralistes maîtres de stages (Groupe 1) mais aussi de professionnels (médecins généralistes, pédiatres, infirmières) impliqués dans la médecine du voyage (Groupe 2). Nous avons choisi ces groupes au sein de notre population d'étude. Effectivement, concernant le Groupe 1, le médecin généraliste en tant que médecin de famille peut être un acteur central de la prévention. Par ailleurs, le rôle de maître de stage des médecins de ce groupe, et donc de formation des internes, en font des acteurs centraux de diffusion des connaissances. Le groupe de professionnels impliqués dans la médecine du voyage nous semblait par ailleurs être un groupe de comparaison de choix car potentiellement confronté de manière régulière aux situations de MSF.

Concernant les caractéristiques de la population, les groupes étaient composés d'une majorité de femmes (61,7% dans le Groupe 1 et 69,2% dans le Groupe 2). En revanche, les praticiens du Groupe 1 étaient significativement plus jeunes. Ils exerçaient majoritairement en cabinet alors que ceux du Groupe 2 exerçaient en centre de vaccination. Les infirmiers du Groupe 2

étant confrontés autant que les médecins aux patientes victimes d'excision, ils avaient été inclus dans ce groupe de référence. La proportion d'enfants constituant leur patientèle était significativement différente dans les deux groupes avec plus de 75% d'enfants chez les praticiens du Groupe 2. Cela était cohérent avec leur activité de vaccination.

Il est rassurant de constater que tous les praticiens avaient déjà entendu le terme d' « excision » ou de « mutilation sexuelle féminine ». De plus, 72,3% des praticiens tous confondus savaient qu'il existe différents types d'excision.

Les principales sources d'information sur le sujet étaient, pour les deux groupes, la pratique courante et les médias. La formation universitaire ne concernait que 23% des praticiens tous confondus. Or, en 2004, l'Académie de Médecine française a établi des recommandations pour s'impliquer dans la lutte contre les MSF (29). Elle préconisait la formation des médecins et du personnel paramédical sur ce sujet. En 2007, ces recommandations s'étaient concrétisées par la publication d'une circulaire interministérielle relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les MSF (30). Cette circulaire a rendu obligatoire l'enseignement des MSF lors du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM) et du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM) des médecins généralistes.

Dans une thèse de médecine générale réalisée en 2007, avant la circulaire, 152 médecins généralistes du nord de Paris avaient été interrogés sur leurs connaissances concernant les MSF. Elle montrait que seulement 13% d'entre eux avaient reçu une formation sur le sujet (33). Une autre thèse réalisée en 2011 après la circulaire, montrait que des 21% des 400 internes de médecine générale interrogés, étudiant dans trois facultés parisiennes, avaient reçu une formation au cours de leurs études (4).

Notre étude montre qu'un tiers des médecins généralistes avaient reçu un enseignement à la faculté. Même si ce résultat est toujours insuffisant, il montre que le taux d'internes formés augmente. En revanche, seulement 11,5% des professionnels du voyage avaient été formés à la faculté, ce qui est très insuffisant. Cette différence statistiquement significative entre les deux groupes peut s'expliquer par deux facteurs : (I) la différence de spécialité et donc d'enseignement reçu à la faculté. Il serait intéressant de connaître le pourcentage de spécialistes en médecine générale ou en pédiatrie dans le Groupe 2 pour savoir si les médecins généralistes de ce groupe ont reçu plus d'enseignement à la faculté que les pédiatres du même groupe. (II) La différence d'âge : le Groupe 1 était plus jeune et avait donc probablement bénéficié de l'évolution de l'enseignement sur le sujet dispensé par la faculté.

L'épidémiologie mondiale était aussi mal connue: seulement 22% de l'ensemble des praticiens avaient donné la bonne réponse à cette question («100 à 500 000 millions») et 40% l'avaient sous-estimée. L'épidémiologie française l'était aussi mal: moins de la moitié des praticiens (46%) avaient donné la bonne réponse («10 à 100 000») et près d'un quart (23%) l'avaient sous-estimée. De même, l'âge moyen de l'excision n'était connu que par la moitié des praticiens. Ces éléments doivent faire partie de la formation universitaire sur le sujet. Connaître l'âge, l'origine et le nombre de femmes concernées par l'excision permet de savoir quand aborder le sujet en consultation, d'anticiper une éventuelle demande de prise en charge par la patiente et de faire de la prévention au sein des familles.

Tous les praticiens pensaient avoir un rôle à jouer dans la prévention des MSF, les médecins généralistes comme les spécialistes

du voyage. Dans notre étude, 75% des médecins généralistes avaient déjà fait face au moins une fois à un problème d'excision (45/60). Or, 26/60 médecins déclaraient avoir été confrontés à cette situation chez l'enfant. On peut donc

conclure que 57,8% des médecins généralistes confrontés à un problème d'excision en consultation l'avaient été au cours de consultations pédiatriques (26/45). Par ailleurs, un tiers des médecins généralistes avaient déjà été confrontés à un problème d'excision plus d'une dizaine de fois. Ces résultats confirment que les médecins généralistes d'Île-de-France sont exposés à cette problématique.

Dans le groupe des professionnels du voyage, 32/52 avaient été confrontés à un problème d'excision en consultation au moins une fois. De la même façon que les médecins généralistes, les praticiens du groupe 2 semblaient avoir été confrontés à ce problème majoritairement lors de consultations pédiatriques (22/32). Seulement 10/52 avaient été confrontés plus de 10 fois à une situation d'excision ce qui était significativement différent du

Groupe 1. Il semblerait que les médecins généralistes soient confrontés plus régulièrement au problème que les professionnels du voyage. D'ailleurs, 61,7% des médecins généralistes avaient déjà abordé le sujet à l'initiative des patients versus 44,2% des spécialistes du voyage avec une différence significative entre les deux groupes. Cette différence pourrait s'expliquer par la localisation géographique différente entre les groupes, près de 40% de praticiens du Groupe 2 n'exerçant pas en Île-de-France, donc dans une région qui concentrent une proportion importante de migrants potentiellement exposés à ces pratiques à l'occasion d'un voyage au pays d'origine. Une autre hypothèse serait que le médecin généraliste, qui reçoit plus régulièrement les familles en consultation, crée un lien thérapeutique permettant

d'aborder plus facilement le sujet que lors d'une consultation de vaccination. Par ailleurs, lors d'une consultation du voyage, beaucoup de messages doivent être transmis au patient avant son départ (prophylaxie antipaludéenne, prévention des risques sanitaires, vaccinations...), cela dans un temps dédié parfois trop court. Cependant, un bref rappel à la loi lors de ces consultations ou une question systématique aux familles pourrait faciliter les échanges et améliorer la prévention.

Environ deux tiers des praticiens pensaient savoir reconnaître une excision à l'examen clinique mais seulement un tiers du Groupe 1 et un quart du Groupe 2 examinaient la région génitale des petites filles partant dans une zone à risque. La majorité des praticiens du Groupe 2 travaillant en centres de vaccination, il est vrai que l'examen clinique n'est pas toujours réalisé puisqu'il n'est pas au centre de la consultation. En revanche, les médecins généralistes examinent les nourrissons pour tous les examens obligatoires. Examiner les organes génitaux externes fait partie de l'examen systématique et semble un bon moment pour en vérifier l'intégrité et le noter dans le carnet de santé. C'est d'ailleurs ce qu'avaient proposé certains praticiens dans les réponses aux cas cliniques (« certificat d'intégrité »). Il est probable que plusieurs généralistes du Groupe 1 assurent le suivi gynécologique de leurs patientes.

L'examen clinique gynécologique est aussi un moment privilégié pour diagnostiquer une excision. Par ailleurs, une meilleure connaissance de l'épidémiologie permettrait au praticien d'être plus vigilant lorsqu'il rencontre des patientes en consultation potentiellement exposées aux MSF. Ces résultats sont concordants avec l'étude d'Andro et Pourette (31): elles interrogeaient des femmes vivant en France et nées en Afrique ou en France. Ces femmes soulignaient le silence des médecins

et des gynécologues concernant leur mutilation. Elles déplorait que les praticiens n'abordent pas le sujet et ne leur signalent pas leur excision lors de l'examen clinique. Dans une thèse qui s'intéressait aux femmes mutilées en France, l'auteur montrait que 39% des femmes n'avaient jamais parlé de leur excision à leur médecin et pourtant 84% d'entre elles pensaient que c'était utile [32].

La majorité des praticiens savait que des solutions de reconstruction chirurgicale existaient. Une proportion plus grande de médecins généralistes savait qu'elles étaient remboursées par la Sécurité Sociale (70% du Groupe 1 et 50% du Groupe 2). Or, connaître la chirurgie de reconstruction permet de la proposer aux patientes et de l'orienter. Il existe plusieurs unités de prise en charge spécialisée pour les femmes excisées composées de chirurgiens mais aussi de psychologues et de sexologues. Cette chirurgie est donc remboursée par la Sécurité Sociale, ce qui est une exception française.

Alors que la moitié des praticiens savait que l'excision était un crime et qu'elle devait entraîner un signalement quelque soit l'endroit où elle avait été commise, seulement 5 praticiens avaient déjà réalisé un signalement pour un cas de MSF (2 dans le Groupe 1 et 3 dans le Groupe 2). Il y avait donc une discordance entre le nombre de signalements réalisés et le nombre de situation auxquelles les praticiens disaient avoir été exposés. Pourtant, 50% d'entre eux trouvaient la réalisation d'un signalement peu difficile. Parmi ceux le déclarant difficile, les justifications étaient multiples : la peur d'altérer le lien médecin-patient, la peur de stigmatiser les familles, la complexité de la procédure de signalement et le manque d'outil adapté aux familles.

Le cas clinique n°1 illustre une situation de suspicion

d'excision. Les réponses attendues étaient le recours sinon au Procureur au moins à la CRIP. Les résultats étaient concordants avec les résultats précédents puisque 50,8% de la totalité des praticiens rédigeaient une information préoccupante à la CRIP et seulement 16% avaient recours au Procureur, sans différence statistiquement significative entre les deux groupes. La procédure administrative face à une excision est donc insuffisamment connue des praticiens. En revanche, les propositions de la réponse « autre » sont tout à fait pertinentes : « rédiger un certificat d'intégrité des organes génitaux externes de l'enfant », « réaliser un examen au retour de voyage de l'enfant », « appeler le GAMS » qui est une association de lutte contre les MSF très influente dans ce domaine à Paris. Dans le cas clinique n°2 qui exposait une situation où l'excision était constatée par le praticien, seulement 53% de la totalité des praticiens rédigeaient une information préoccupante à la CRIP et 38% rédigeaient un signalement.

Pourtant, tous les praticiens semblaient savoir que le fait que l'excision soit réalisée à l'étranger ne changeait pas la sanction pénale puisqu'aucun d'entre eux n'avait répondu « pas de mesure spécifique car l'excision a été pratiquée à l'étranger ». Par ailleurs, plus de 80% informaient la mère du caractère répréhensible de l'excision. On peut donc en déduire que malgré le fait que les praticiens sachent que la loi interdit l'excision, ils ne réalisent pas les mesures juridiques nécessaires. Signaler un cas de suspicion d'excision n'entraîne pas de mesure judiciaire à type d'emprisonnement mais une convocation à la brigade des mineurs par exemple pour un rappel à la loi avant le départ en voyage puis un examen clinique régulier de l'enfant et notamment à son retour. Signaler un cas d'excision constatée peut entraîner des mesures pénitentiaires et financières mais si les parents disent qu'ils ne sont pas à l'origine de l'acte, la fratrie

sera dans un premier temps surveillée. Ils peuvent être ensuite punis comme complices si cela venait à se reproduire chez un autre de leur enfant. Il est important de réaliser ces signalements sinon ces pratiques se perpétueront. De plus, on constate en consultation qu'il n'est pas rare que les parents soient opposés à cette pratique mais soumis à la pression du groupe social. En signalant, on protège la famille soit en annulant le séjour dans la famille suspectée de vouloir exciser l'enfant soit en rédigeant des certificats attestant du risque d'amende ou d'emprisonnement pour les parents à leur retour en France si leur enfant est excisée, ce qui est en général très dissuasif.

Cette étude comportait un certain nombre de forces et de limites. Le questionnaire de cette étude permettait grâce aux différentes parties qui le composaient d'aborder le problème de l'excision dans toutes ses dimensions : épidémiologique, médicale, sociale et juridique. C'est notamment la première étude qui interrogeait les médecins généralistes sur leurs connaissances concernant la prise en charge juridique.

Nous avons choisi la population des maîtres de stage pour représenter les médecins généralistes en Île-de-France ce qui nous permettait d'accéder à une population étendue dans le département. Toutes les thèses précédentes sur le sujet n'interrogeaient que les médecins généralistes (4,32,33) : en comparant cette population à une population de référence, cela permettait de dresser un réel état des lieux des connaissances. La population du Groupe 2 représentait un groupe de référence cohérent car elle était composée de spécialistes de la consultation du voyage : le Groupe de Pédiatrie Tropicale (GPTrop) réunit des pédiatres particulièrement intéressés par la pédiatrie tropicale et la santé de l'enfant. De même, la Société de Médecine

des Voyages (SMV) est une société savante rassemblant des professionnels de santé impliqués dans la médecine des voyages (médecins et infirmiers des centres de vaccination et de conseil aux voyageurs, médecins du travail, médecins généralistes, pharmaciens...) Cependant, notre étude avait certaines limites. La population de référence restait hétérogène puisqu'elle était composée à la fois de praticiens de la SMV et de praticiens du GPTrop, le questionnaire ne permettant pas de distinguer les deux. Ensuite, les deux populations présentaient des caractéristiques différentes : le Groupe 1 était plus jeune et exerçait en cabinet libéral. Le Groupe 2 était plus âgé et exerçait dans les centres de vaccination.

Cependant, ces différences étaient attendues. En revanche, il est vrai que les professionnels de santé du Groupe 2 exerçaient dans toute la France et peut être aussi dans des régions où il y a moins de patientes excisées.

Par ailleurs, le questionnaire comportait des réponses parfois subjectives, avec une autoévaluation du praticien comme par exemple : « Savez-vous reconnaître une excision à l'examen clinique ? ».

Enfin, le taux de réponses au questionnaire restait faible, surtout dans le Groupe 2, entraînant des petits effectifs dans chaque groupe limitant la puissance de l'étude. De plus, les praticiens ayant répondu au questionnaire étaient probablement les praticiens les plus intéressés par le sujet. Ce biais de recrutement était cependant présent dans les deux groupes.

Un certain nombre de perspectives dans la prise en charge des MSF peuvent être proposées à l'issue de cette étude. Nous avons montré les difficultés des praticiens pour aborder les MSF avec les familles, les prévenir et gérer leur découverte. Nous avons

donc réfléchi à des outils pour aider et soutenir le praticien dans la prise en charge des patientes à risque. Grâce à cette étude et aux différents échanges que nous avons eus avec les praticiens sur le sujet à l'occasion de présentations dans divers services hospitaliers, nous avons élaboré un kit de prévention de l'excision avec des outils permettant de répondre aux difficultés rencontrées par les praticiens. Le premier document de ce kit est une fiche d'information patient (Annexe 15).

Cette fiche d'information est destinée à la salle d'attente des médecins, pédiatres, généralistes, gynécologues, centre de vaccination ou hôpitaux. Elle permettrait d'introduire le sujet avec les familles, de les faire rebondir et d'ouvrir la voie à une discussion sur le sujet. Elle constituerait aussi un rappel à la loi. Le deuxième document est une carte épidémiologique des MSF en Afrique (Annexe 16) inspirée des données de l'UNICEF. Cette carte, affichée dans le box de consultation, permettrait au praticien de savoir rapidement si la fille ou la femme qui le consulte peut être concernée par le sujet. Même si un interrogatoire plus fin sera nécessaire pour préciser l'appartenance ethnique, connaître les pays est une première étape indispensable. Nous avons aussi réalisé un modèle de lettre d'un signalement pour les praticiens afin de les guider dans cette démarche (Annexe 17). Effectivement, le praticien ne sait pas toujours comment réaliser un signalement ni à qui l'adresser. Avoir un modèle type permettrait de le guider dans cette démarche chronophage. Grâce à l'adresse web indiquée en bas du document, il retrouvera aisément les coordonnées (adresse, numéro de téléphone et de fax) du Procureur de la République à qui il devra le faxer et l'envoyer par courrier. Il pourra aussi téléphoner au tribunal de Grande Instance pour savoir si son document est bien arrivé.

Enfin, le dernier document est une fiche avec les coordonnées

des unités de prise en charge des femmes excisées actualisée afin que le praticien puisse orienter ses patientes (Annexe 18).

D'autres études seraient nécessaires pour évaluer l'impact de ces outils sur la prise en charge des femmes et des filles excisées afin d'évaluer leur utilité : est-ce qu'ils facilitent l'échange entre les familles et le praticien sur ce sujet ? Est-ce que le nombre de signalement a augmenté ?

Par ailleurs, la formation des médecins toutes spécialités semblent insuffisantes. Nous proposons donc de renforcer cet enseignement et que toutes les spécialités en bénéficient au cours de leur formation universitaire. Cela pourrait à terme devenir un des items du programme pour le passage en troisième cycle.

---

# CONCLUSION

---

Les mutilations sexuelles féminines sont fréquentes et graves. Elles touchent beaucoup de femmes plus particulièrement d'origine africaine et sont à l'origine de nombreux maux. Les médecins généralistes sont confrontés à ces femmes, en consultation. C'est pourquoi nous avons interrogé les médecins généralistes d'Île-de-France à propos de leurs connaissances sur les MSF à l'aide d'un questionnaire en ligne. Nous avons comparé leurs réponses à un groupe de référence, les professionnels de la consultation du voyage, exerçant pour la plupart en centre de vaccinations internationales. Il y a peu de différence sur les connaissances générales entre les deux groupes. Les connaissances épidémiologiques notamment sont insuffisantes.

Deux tiers des praticiens pensent savoir reconnaître une excision à l'examen clinique, et très peu examinent les patientes partant dans des endroits à risque. Leur formation sur le sujet est donc insuffisante, notamment au cours du cursus universitaire. Ils pensent tous avoir un rôle à jouer dans la prévention de l'excision. Seulement la moitié d'entre eux connaît la loi stipulant que les cas d'excision doivent être signalés au moins à la CRIP sinon au Procureur de la République. Les raisons pouvant expliquer leur réticence à signaler, mises en évidence dans cette étude, sont le manque d'outils d'information, la peur d'altérer le lien avec leurs patients, la peur de stigmatiser les familles et la complexité de la procédure administrative. Ainsi, notre étude montre le manque global de connaissances et les difficultés rencontrées par les

médecins vis-à-vis des MSF et le besoin urgent d'améliorer leur formation à la prise en charge et à la prévention de ces mutilations. Les outils d'aide à la pratique que nous proposons, pourraient faciliter cette prise en charge, et pourrait permettre de continuer à former les médecins sur ce problème, au cours de leur parcours universitaire et de leur formation médicale continue. Une évaluation de l'impact de ces outils sur la prise en charge des MSF auprès des praticiens, mais aussi des familles, pourrait être intéressante mais également nécessaire pour les valider, les améliorer et les diffuser plus largement.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. World Health Organization. Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. 1997.
2. UNICEF. Mutilations génitales féminines/excision: bilan statistique et examen des dynamiques du changement. 2013.
3. Armelle Andro ML, Emmanuelle Cambois CC. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Excision et Handicap (ExH): mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. 2009.
4. Anne Laurens Doucoure. Les internes en médecine générale face aux mutilations sexuelles féminines: connaissance, attitude, enseignement. [Médecine]. [Paris V]: Faculté de médecine Paris Descartes; 2011.
5. Anne-Charlotte Poulain. Les mutilations sexuelles féminines: les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis [Médecine]. [Faculté de médecine de Créteil]: Université Paris Val-de-Marne;
6. Académie Nationale de Médecine. Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité. Connaître, prévenir, agir. 2004 Juin p. 123. Report No.: 6.
7. HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNIFEM. Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration inter-institutions. 2008.
8. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire; 1994 sept.
9. Pr Gamal Serour PARAE-HR. Excision (MGF): entre utilisation incorrecte de la science et compréhension erronée de la doctrine. UNICEF; 2013.
10. Foldes P, Buisson O. The clitoral complex: a dynamic sonographic study. J Sex Med. mai 2009;6(5):1223-31.
11. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. Obstet Gynecol. juill 2006;108(1):55-60.
12. World Health Organization. Mutilations sexuelles féminines, Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins obstétricaux, Guide du Formateur. 2001.
13. World Health Organization. Mutilations sexuelles féminines, Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles

féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins obstétricaux, Manuel du stagiaire. 2001.

14. Almroth L, Elmusharaf S, Hadi N El, Obeid A, Sheikh MAA El, Elfadil SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet Lond Engl*. 30 août 2005;366(9483):385-91.
15. Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health*. 1 août 2001;6(8):643-53.
16. Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ*. 15 juill 2006;333(7559):124.
17. World Health Organization. Fact Sheet N° 241: Female Genital Mutilation. juin 2000;
18. WHO | Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total [Internet]. WHO. [cité 7 août 2015]. Disponible sur: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/dhs\\_report/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/dhs_report/en/)
19. Satti A, Elmusharaf S, Bedri H, Idris T, Hashim MSK, Suliman GI, et al. Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan. *Ann Trop Paediatr*. déc 2006;26(4):303-10.
20. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet*. juin 2013;287(6):1137-49.
21. World Health Organization. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six african countries. *The Lancet*. 2006;367:1835-41.
22. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, et al. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *Int J Womens Health*. 2013;5:323-31.
23. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 août 2015]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/s.frodon.univparis5.fr/pubmed/23878544>
24. Bishai D, Bonnenfant Y-T, Darwish M, Adam T, Bathija H, Johansen E, et al. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bull World Health Organ*. avr 2010;88(4):281-8.
25. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry*. mai 2005;162(5):1000-2.
26. Stéphane Bounan. Mutilations sexuelles féminines: que faut-il réparer? *Réal En Gynécologie-Obstétrique*. Juin 2015;177.
27. Foldès P, Cuzin B, Andro A.

---

# ANNEXES

---

<b>Annexe 1</b> Extrait du discours du Dr Morrisanda à l'ONU à propos de la sémantique des MSF.....	110
<b>Annexe 2</b> Extrait n°1 du livre «Mutilée» de Khady Koita.....	112
<b>Annexe 3</b> Extrait n°2 du livre «Mutilée» de Khady Koita .....	113
<b>Annexe 4</b> Questionnaire sur l'évaluation des connaissances des médecins sur les MSF.....	114
<b>Annexe 5</b> Livret d'information pour les patients .....	116
<b>Annexe 6</b> Carte des pays africains concernés par les MSF.....	117
<b>Annexe 7</b> Modèle de lettre d'un signalement .....	118
<b>Annexe 8</b> Coordonnées des unités de prise en charge des femmes excisées .....	118

**The United Nations General Assembly adopts a resolution banning the practice  
By Dr Morissanda Kouyaté, Executive Director of the Inter-African Committee on  
traditional practices affecting the health of women and children.**

20 December 2012

« Nous constatons depuis quelques années le lancement à peine voilé d'une bataille sémantique dans la lutte pour l'élimination des Pratiques Traditionnelles Néfastes, à des fins inavouées et inexpliquées. Les exemples sont nombreux et en voici quelques uns :

Ne dites plus Lutter contre les MGF ! Dites faire abandonner les MGF !

Ne dites plus élimination des MGF ! Dites abandonnement des MGF !

Ne dites plus sensibiliser ! Dites animer !

Ne dites plus général, total ou ensemble ! Dites holistique !

Et maintenant, ne dites plus Mutilations Génitales Féminines (MGF), dites FGC (Female Genital Cutting) ce qui signifie littéralement en français Mutilations Génitales Coupant.

J'emploie « coupant » parce que c'est la seule traduction possible que j'ai trouvée pour le terme anglais « Cutting ». Personne n'a jusqu'ici cherché à le traduire en français.

Je comprends parfaitement qu'après trois siècles d'esclavage et de traite des noirs, après des dizaines d'années de colonisation de l'Afrique, et dans un monde dit moderne, gravement entaché de stigmatisation, de sous-estimation et d'exclusion à l'encontre des africains, je comprends que certains mots aient leur pesant d'or surtout dans un domaine qui est socialement, historiquement, anthropologiquement et politiquement sensible : les Mutilations Génitales Féminines (MGF).

Je comprends que « le politiquement correct » refasse surface dans le domaine de la lutte pour l'élimination des MGF pour des gens qui ont longtemps qualifié les africains de peuplades barbares.

Mais je comprends surtout que l'on doit mieux comprendre ce qui se joue autour des Mutilations Génitales Féminines (MGF).

Aujourd'hui, le débat se concentre sur le terme *MUTILATIONS* qui serait devenu après vingt deux ans de loyaux services, impropre à la consommation.

Je voudrais tout de suite rappeler une évidence : ce mot *MUTILATIONS* n'est ni swahili, ni lingala, ni mandingue, ni amharique, ni oulof, ni peulh... il n'est pas africain, même si la pratique qu'il désigne l'est profondément.

Demandez aux communautés africaines comment appellent-elles cette pratique et vous entendrez ce qui suit :

**Au Mali, en Guinée, au Burkina Faso :** Bolokoli (laver les mains) Nèguè korossi (faire asseoir sous le fer) Kodjigui (aller à la rivière).

**En Somalie :** Gudniin Fircooni (enlever selon le Pharaon d'Egypte).

**Au Soudan :** Khifad, Khitan Elbanat (purifier).

Chaque pays africain, voire chaque communauté africaine qui pratique les MGF a une appellation locale propre et significative.

Cela démontre clairement que les discussions sur le mot « mutilations » sont des discussions d'amphithéâtre, d'universitaires, d'activistes déboussolés, d'anthropologues ombrageux, de politiciens indécis, d'intellectuels aux racines flottantes, qui se dispensent volontairement de savoir que l'immense majorité des communautés africaines pour lesquelles on veut choisir « coupant/cutting » à la place de *MUTILATIONS*, ne savent ni lire ni écrire par la faute de qui ?

Par respect donc pour ces millions de femmes et de filles africaines auxquelles on enlève des organes précieux, il faut arrêter de dire que c'est pour ne pas heurter la sensibilité de la vieille exciseuse, de la vaillante paysanne ou du chef traditionnel africains, bref des communautés africaines, que le terme « mutilations » doit être rejeté.

Je comprends aussi que certaines de nos braves soeurs africaines qui ploient sous le joug de la violence, de la discrimination et de l'exclusion à travers le monde, refusent de porter un label péjoratif supplémentaire : mutilées. Mais nous devons regarder la réalité en face. Souvenons-nous ! Certains de ceux qui se battent aujourd'hui pour faire danser les mots autour du malheur des filles et des femmes africaines, sont les mêmes qui nous contredisaient dans les conférences internationales en soutenant que nous n'avons pas le droit de dénoncer les Mutilations Génitales Féminines (MGF) car elles sont une partie de notre propre culture africaine.

2 EXTRAIT N°1 DU LIVRE « MUTILÉE » DE KHADY KOITA

« Dans la langue soninké, la grand-mère nous annonce que nous allons être salindé pour « pouvoir prier », ce qui veut dire, dans notre langue « être purifiées pour accéder à la prière ». En français, « excisées ». On dit aussi « coupées ». [...] C'est une supercherie d'avoir maintenu les femmes africaines dans ce rituel, qui n'a absolument rien à voir avec la religion. Dans nos pays d'Afrique Noire, l'excision est pratiquée aussi bien par les animistes, les chrétiens, les musulmans que les juifs falashas. L'origine remonte bien des siècles avant l'arrivée de la religion musulmane. Les hommes l'ont voulu pour plusieurs mauvaises raisons : assurer leur pouvoir, croire que leurs épouses n'iraient pas vers d'autres géniteurs ou que des hommes des tribus ennemies ne les violeraient pas ! D'autres explications, encore plus absurdes, voudraient que le sexe des femmes soit impur, diabolique ; le clitoris, diabolique lui-même, en touchant la tête de l'enfant à la naissance, le condamnerait à on ne sait quel malheur voire à la mort. Certains ont pensé aussi que cette fausse représentation d'un pénis minuscule portait ombrage à la virilité masculine. Seule la domination en est la vraie raison. Et ils en ont confié l'exécution aux femmes, car il était hors de question pour un homme de « voir » ou de « toucher » cette intime partie de la sexualité féminine, même à l'état d'embryon. »

« C'est une douleur que je n'ai jamais réussi à définir. Je n'ai rien connu d'aussi violent au cours de mon existence. J'ai accouché, souffert de coliques néphrétiques - chaque douleur est différente. Ce jour-là, j'ai cru mourir et pensé ne plus me réveiller. J'ai même prié pour ne plus me réveiller. La douleur était tellement forte que je voulais m'endormir, tomber dans les pommes. Cette violence faite à mon corps d'enfant, je ne la comprenais pas, personne ne m'en avait avertie - ni les sœurs aînées ni les copines plus âgées, personne. [...] La première journée est atroce de douleurs. Allongée. Incapable de me retourner, ni à gauche ni à droite, seulement de me poser sur les fesses, en m'aidant de mes mains pour les soulever un peu et tenter de soulager la douleur. Le besoin d'uriner alors qu'on ne peut pas est une douleur supplémentaire [...]. Les grand-mères nous expliquent que, plus on garde l'urine, plus on a mal. Elles ont raison, mais il faut pouvoir le faire et j'ai peur, car la première qui a essayé d'uriner n'y est pas arrivée, et je l'ai entendu pousser des cris horribles, comme si on la coupait encore. Les autres se retiennent depuis. Certaines ont été plus courageuses et se sont libérées le soir même. Moi je n'ai pas pu avant deux jours, dans des douleurs supplémentaires. J'ai crié encore, et tellement pleuré... Une bonne semaine de soins, des pansements réguliers, matin et soir, au beurre de karité, avec des plantes pillées aussi mystérieuses que la femme marmonne en appliquant cette mixture noircie de cendre. Cette litanie, mêlée de prières, est supposée éloigner les mauvais sorts et nous aider à bien guérir.







LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES CONCERNENT **1 FEMME SUR TROIS** EN AFRIQUE. **55000 FEMMES** MUTILÉES VIVENT EN FRANCE.

EN FRANCE COMME DANS DE NOMBREUX PAYS AFRICAINS, DES HOMMES ET DES FEMMES COMBATTENT CES PRATIQUES TRADITIONNELLES DANGEREUSES.

PARTOUT DANS LE MONDE, **DES PARENTS REFUSENT** CETTE SOUFFRANCE POUR LEURS FILLES.

**L'EXCISION, PARLONS-EN.**

**L'EXCISION EST RESPONSABLE DE COMPLICATIONS**



Chez la femme, elle engendre des saignements, des infections, des troubles urinaires, des douleurs, des traumatismes.



Pour la femme présente et confronté à malice, elle est à risque de saignements, d'infections, anormalement primaires et parfois compliqués et danger de mort pour le bébé.

**L'EXCISION EST PUNIE PAR LA LOI**



L'excision est un crime. La loi française protège tous les enfants qui vivent en France quelque soit leur nationalité. Elle s'applique pour les mutilations connues en France comme à l'étranger. L'excision est punie d'une **amende de 150000 euros**, 15ans d'emprisonnement et 5 ans d'interdiction d'exercer son territoire.

**NOUS POUVONS VOUS AIDER**

Des solutions médicales sont proposées aux victimes pour se reconstruire.

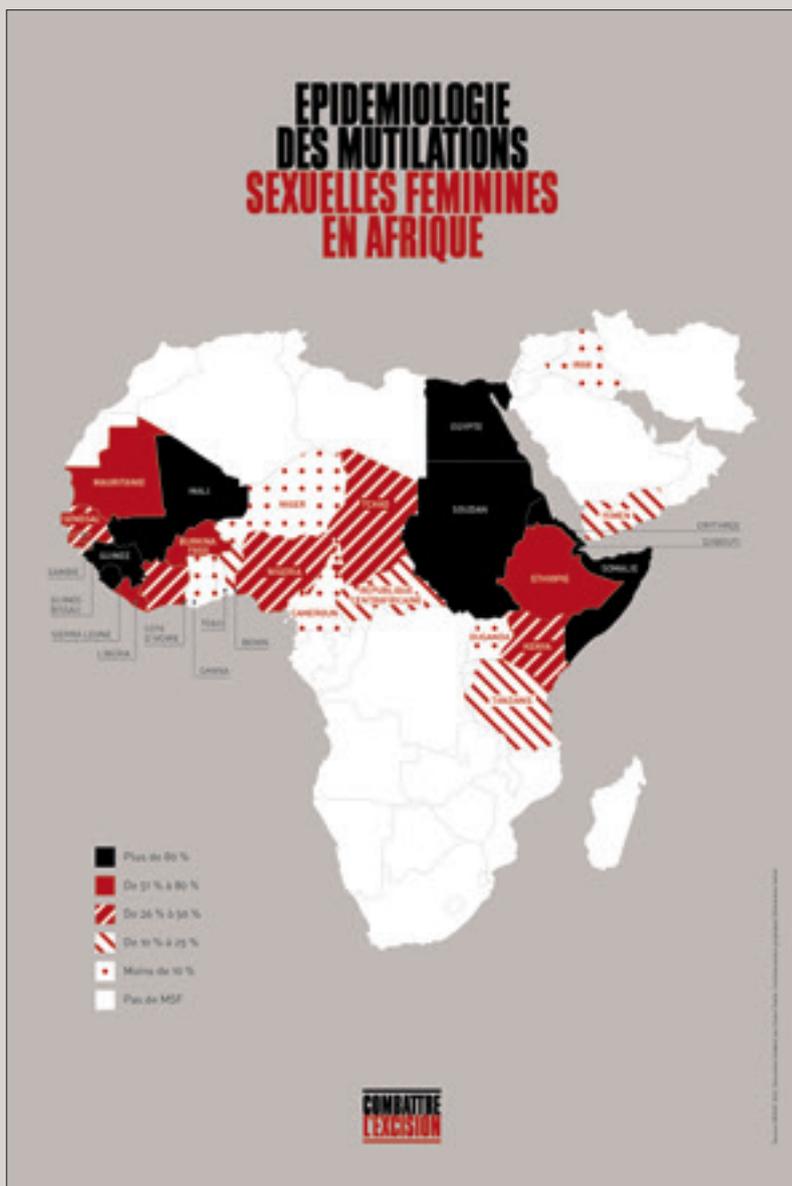


**À CÔTÉ VOUS**  
L'équipe soignante est là pour vous aider.



**CHIZ VOUS**  
Contactez médecins, centre de PMI ou aide enfance maltraitée (119).

6 CARTE DES PAYS AFRICAINS CONCERNÉS PAR LES MSF



7 MODÈLE DE LETTRE D'UN SIGNALEMENT

**SIGNALEMENT  
AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE**

Adresse de signalement :  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

Intitulé de l'association : \_\_\_\_\_  
 20, rue de Valenciennes, 75013 Paris  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

Objet du signalement :  
 Réf. n° de l'association : \_\_\_\_\_  
 Réf. n° de l'association : \_\_\_\_\_

Signatures des auteurs :  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_



8 COORDONNÉES DES UNITÉS DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES EXCISÉES

**UNITES DE PRISE  
EN CHARGE  
DES FEMMES EXCISEES  
ILE DE FRANCE**

93 Paris	<b>Hôpital Cochin</b> 27, rue de Valenciennes, 75013 Paris Service gynécologie-obstétrique ambulatoire de PI-PHOPAR	01 56 01 38 00
93 Paris	<b>Hôpital Armand Trousseau</b> 20, avenue du Docteur Armand Trousseau 75012 Paris Service de gynécologie-obstétrique de PI-PHOPAR	01 56 01 15 01 01 56 70 01 26
93 Paris	<b>Hôpital Tenon</b> 4, rue de la Clémence 75019 Paris Service de gynécologie-obstétrique de PI-PHOPAR	01 56 01 78 07 01 56 01 78 07
93 Seine Saint-Denis Levallois	<b>Unité de soins gynécologiques</b> 20, rue de Valenciennes 93040 Saint-Denis Prise en charge des femmes excisées de naissance	01 39 10 08 00

**UNITES DE PRISE EN CHARGE  
DES FEMMES EXCISEES  
ILE DE FRANCE**

93 Seine Saint-Denis Levallois	<b>Centre Soins Excisées</b> 12, rue Raymond Lemaître 93040 Saint-Denis Dr Pierre Faldut	01 39 07 00 76 01 47 00 00 76
93 Seine Saint-Denis	<b>Hôpital Louis Mourier</b> 17, rue des Rois-Sous-le-Bois 93010 La Courneuve Service de gynécologie-obstétrique de Dr Rafferty	01 47 00 00 76
93 Seine Saint-Denis	<b>Centre Hospitalier de Saint-Denis</b> 2, rue du Général Desbassay 93090 Saint-Denis Service de gynécologie-obstétrique de Dr Sidorov	01 42 06 01 00
93 Levallois Seine	<b>Hôpital de Valenciennes-Budier</b> 18, rue de Valenciennes 93070 La Courneuve Service de gynécologie-obstétrique de PI-PHOPAR	01 48 01 19 19 01 48 01 19 00
93 Seine Saint-Denis	<b>Centre Hospitalier de Saint-Denis</b> 3, avenue de l'Île de France 93090 Pantin Service Chirurgie Pédiatrie de PI-PHOPAR	01 39 76 04 24

---

## REMERCIEMENTS

---

Au Professeur Éric Caumes, qui a accepté de présider cette thèse et m'a accueillie dans son service.

Au Professeur Albert Faye, qui m'a encouragée depuis le début, tant dans mon parcours professionnel que dans mon travail sur les mutilations sexuelles féminines et qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être mon directeur de thèse.

Au Docteur Frédéric Sorge, grâce à qui nous avons pu présenter notre travail commun à plusieurs équipes de pédiatrie dans les hôpitaux de Paris.

Au Docteur Éléna Fois, ma première chef et aujourd'hui mon amie.

Au Docteur Marie Ève Vincens, grâce à qui j'ai découvert la médecine générale et qui m'a apprise à être soignante par l'écoute et la communication.

À ma soeur, Clémentine Tantet, qui m'a soutenu tout au long de ce travail et qui l'a partagé avec moi. Je remercie aussi mes deux parents de m'avoir aidée à réaliser mes études et de m'avoir toujours encouragée.

Merci à mon amie Mathilde Bourdon pour son aide et son soutien. Merci au Dr Lafon Desmurs pour ses conseils et sa relecture. Merci à Malo Delarue pour sa relecture précieuse.

Merci aussi au Dr Blondé, au Dr Koehl, au Dr Huet, au Dr Dussel, au Dr Valyi, au Dr Durasnel et au Dr Claire Hussenet qui ont été pour moi des exemples de professionnalisme et d'humanité. Merci à Marion Leveau et Oriana Saltel Fulero, mes consœurs du quotidien.

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2015  
par Mlle Claire Tantet, née le 31 août 1985 à Paris

Faculté de médecine paris Descartes, année 2015

**Les mutilations sexuelles féminines :  
Évaluation des connaissances des médecins généralistes  
d'Île-de-France**

Conception graphique : Clémentine Tantet

Président du jury : Pr Éric Caumes (PU)

Directeur du jury : Pr Albert Faye (PU)

Membres du jury : Dr Marie Ève Vincens (MCA),  
Dr Éléna Fois (PH), Dr Frédéric Sorge (PH)



Les mutilations sexuelles féminines désignent « toutes les interventions aboutissant à une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non médicales ». Elles existaient avant l'arrivée du Christianisme et de l'Islam. Elles touchent plus de 125 millions de filles et de femmes dans le monde et environ 65 000 femmes en France. Les conséquences somatiques et psychologiques sont nombreuses. Il existe aujourd'hui en France des unités multidisciplinaires spécialisées dans la prise en charge de ces femmes qui préconisent une approche globale, médicale, psychologique et chirurgicale. Aux yeux de la loi, l'excision est un crime et toute constatation ou suspicion par un professionnel de santé doit être signalée aux autorités compétentes, CRIP ou Procureur de la République.

Pour évaluer les connaissances des médecins généralistes d'Île-de-France, nous avons réalisé un questionnaire et interrogé 60 d'entre eux. Nous avons comparé leurs réponses à celles des 52 médecins spécialisés dans la consultation du voyage. Nous montrons qu'il y a peu de différence sur les connaissances globales concernant l'excision entre les deux groupes : seulement 18,3% des médecins généralistes et 26,9% du groupe de référence connaissent l'épidémiologie mondiale et respectivement 55% et 36,5% connaissent l'épidémiologie française.

Leurs sources d'information sur le sujet sont leur pratique courante et les médias. Les médecins généralistes ont été plus formés à la faculté que les spécialistes du voyage (33% versus 11,5%). Presque tous les praticiens pensent avoir un rôle à jouer dans la prévention de l'excision. Les patients abordent plus souvent le sujet avec les médecins généralistes qu'avec les spécialistes (61,7% versus 44,2%). 33% des médecins généralistes et 25% des spécialistes examinent la région génitale des enfants à risque d'excision mais seulement deux tiers de tous les praticiens confondus pensent savoir reconnaître une excision à l'examen clinique. Enfin la loi est mal connue des praticiens puisque c'est le cas de seulement 56,7% des médecins généralistes et 48,1% des spécialistes. Ceci explique peut être que très peu d'entre eux ait déjà signalé un cas d'excision (3,3% versus 5,8%). Les autres explications sont le manque d'outils d'information, la peur d'altérer le lien avec leurs patients, la peur de stigmatiser les familles et la complexité de la procédure administrative.

Pour améliorer la prise en charge du problème de l'excision nous proposons donc, à l'issue de ce travail, un renforcement de la formation des médecins au cours de leur cursus universitaire, notamment sur les procédures administratives que nécessitent ce problème. Nous proposons enfin la mise en place d'outils pour aider les praticiens à informer les familles, faciliter la procédure de signalement et connaître les lieux de prise en charge.

**Mots-clés :**

**Mutilations sexuelles féminines, Médecins généralistes, Île-de-France, Prévention.**

*Faculté de Médecine Paris Descartes, 15 rue de l'École de Médecine, 75006 Paris.*