



**MASTER MEDECINE LEGALE ET MEDECINE SOCIALE**

**SIGNALEMENTS DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES CHEZ LES**

**MINEURES :**

**UNE EVALUATION MULTI PROFESSIONNELLE**

Emilie ORAIN

Née le 4 novembre 1993

Mémoire présenté et soutenu le 10 septembre 2024

Sous la direction du Dre Claire TANTET

Année universitaire 2023-2024

## AVANT PROPOTS ET REMERCIEMENTS

Aux membres du jury, le Professeur Patrick Chariot, médecin légiste et directeur du Master de médecine légale et de médecine sociale à l'Université Sorbonne Paris Nord,

Et le Docteur Thomas Lefevre, co-directeur du Master de médecine légale et de médecine sociale à L'Université Sorbonne Paris Nord,

Merci pour les enseignements riches au cours de cette année.

A ma directrice de mémoire, la Docteure Claire Tantet, infectiologue à l'hôpital d'Avicenne, APHP,

Pour m'avoir fait confiance pour ce travail, pour ton accompagnement cette année, et auprès des patientes. Merci de m'avoir montré que se battre pour plus de justice, à son niveau, est possible et nécessaire.

A l'équipe du Parcours d'Avicennes,

Merci pour votre travail incroyable auprès des femmes, et de m'avoir accueilli dans cette équipe pleine de bienveillance et d'humanité.

A Camille, à Tom, à Léo,

Pour toujours être là.

# TABLE DES MATIERES

<b>AVANT PROPOTS ET REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
I. MUTILATIONS GENITALES FEMININES : DEFINITION ET HISTOIRE .....	7
II. LA QUESTION DES CHIFFRES DANS LE MONDE.....	9
III. LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES EN FRANCE .....	9
IV. CADRE LEGISLATIF DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES .....	10
V. ROLE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE .....	10
VI. UNE OBLIGATION DE SIGNALER MALGRE LE SECRET .....	10
VII. LA DECLARATION EN PRATIQUE .....	11
1. <i>L'information préoccupante</i> .....	11
2. <i>Le signalement</i> .....	11
VIII. SIGNALEMENT POUR MUTILATIONS GENITALES FEMININES.....	12
<b>MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>13</b>
I. CRITERES D'INCLUSION.....	13
II. GUIDE D'ENTRETIEN .....	13
III. RECUEIL DE DONNEES .....	13
1. <i>Contact des participants</i> .....	13
2. <i>Entretiens</i> .....	14
3. <i>Retranscription et analyse des données</i> .....	15
4. <i>Aspect éthique et règlementaires</i> .....	15
<b>RESULTATS .....</b>	<b>16</b>
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION ET MODALITES D'ENTRETIEN .....	16
II. DIFFERENTS NIVEAUX DE CONNAISSANCES THEORIQUES .....	16
1. <i>Une absence de formation initiale mais l'expérience du terrain</i> .....	17
2. <i>Un pressentiment du risque malgré tout</i> .....	17
III. EXPERIENCES DE TERRAIN .....	18
1. <i>Expériences de signalement : Énoncé et sous-entendu</i> .....	18
2. <i>Les mutilations génitales comme sommet de l'iceberg des violences ou une problématique parmi d'autres ?</i> .....	19
3. <i>Les mutilations génitales féminines comme tradition familiale</i> .....	20
IV. OBSTACLES ET DIFFICULTES .....	21
1. <i>La question du tabou</i> .....	21
2. <i>Une absence de comptabilisation à chaque stade</i> .....	21
3. <i>Une situation rare : véritable reflet de la réalité ou sous-estimation ?</i> .....	21
4. <i>Un risque extérieur au territoire</i> .....	22
5. <i>La différence transculturelle comme obstacle historique non retrouvée</i> .....	22
V. ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS .....	23
1. <i>Médecins : Repérage et alerte</i> .....	23
2. <i>Protection de l'enfance : Évaluation</i> .....	24
3. <i>Parquet et juge des enfants : Protection</i> .....	24
4. <i>Articulation santé-justice en pratique : Des séparations plus ou moins opaques</i> .....	25
VI. UTILITE DE L'OUTIL ET SOLUTIONS AVANCEES .....	26
1. <i>Selon les professionnels</i> .....	26
2. <i>Des problématiques dépendantes du territoire</i> .....	27
3. <i>Importance de la vigilance accrue</i> .....	28
4. <i>Nécessité d'outils disponibles</i> .....	28
5. <i>L'importance des personnes ressources et centres experts</i> .....	29

6. <i>Accompagnement des familles</i> .....	30
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>31</b>
I. LES MGF COMME VIOLENCES A SIGNALER .....	31
1. <i>Des signalements trop rares</i> .....	31
2. <i>Des réponses dépendantes des acteurs</i> .....	32
II. LES MGF COMME VIOLENCES FAITES AUX FEMMES .....	32
1. <i>Les MGF comme violence genrée</i> .....	32
2. <i>Parallèle avec les violences domestiques et les mariages forcés</i> .....	33
3. <i>Une législation non respectée dans le monde et en France</i> .....	33
III. SOLUTIONS POUR L'AVENIR .....	34
1. <i>Vers une politique de signalement plus efficace : Des enseignements tirés des luttes contre les violences sexuelles</i> .....	34
2. <i>Formations initiales et continues</i> .....	34
3. <i>Des outils disponibles à faire connaître</i> .....	35
4. <i>Forces et limites de l'étude</i> .....	35
<b>REFERENCES</b> .....	<b>37</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>39</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>41</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

AS : Assistante sociale

ASE : Aide sociale à l'enfance

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes

F : Femme

H : Homme

IP : Information préoccupante

ISTF : Interdiction de sortir du territoire français

MGF : Mutilation génitale féminine

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OGE : Organes génitaux externes

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

OPP : Obligation de placement provisoire

PMI : Protection maternelle et infantile

RDV : Rendez vous

UMJ : Unité médico judiciaire

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

*Figure 1 : Les différents types de MGF*

*Figure 2 : Prévalence des MGF dans le monde*

*Tableau 1 : Liste des personnes contactées et moyens de contact*

*Tableau 2 : Description des participants*

*Tableau 3 : Modalités d'entretien*

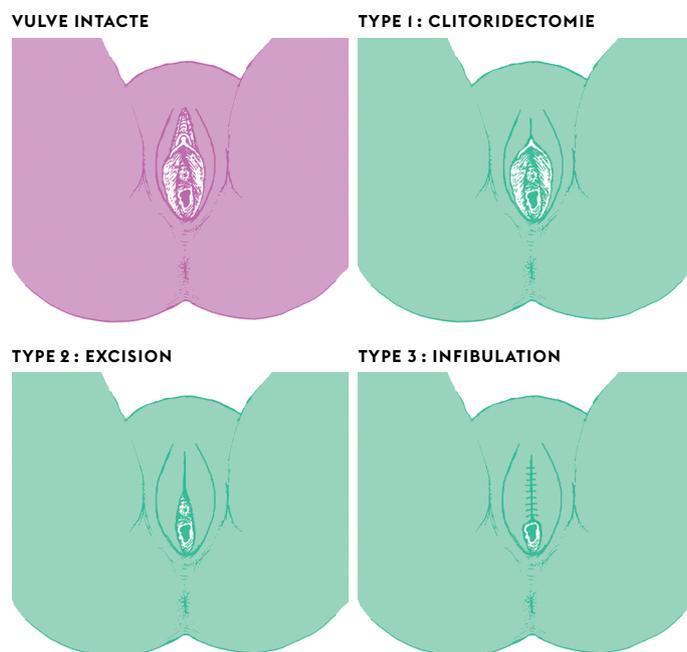
# INTRODUCTION

## I. Mutilations génitales féminines : Définition et histoire

Pratiquées pour des raisons culturelles et sociales, les mutilations génitales féminines (MGF) sont une forme de violence basées sur le genre. Elles sont définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « toutes les interventions aboutissant à une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou toutes autres mutilations des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non médicales ». (1,2)

Le principal facteur du risque de mutilation est le groupe ethnique d'origine, car si ces pratiques sont historiquement associées à des rites traditionnels marquant le passage à l'âge adulte, elles n'existent pas dans tous les groupes sociaux. De plus le niveau d'instruction, le niveau de vie ou le lieu de résidence sont également déterminants. En effet les femmes ayant été scolarisées et vivant en ville ont moins de risque de subir ces pratiques.

En revanche, il n'existe pas de lien clair entre MGF et religion ; même si les populations de la plupart des pays concernés par ces pratiques sont majoritairement de religion musulmane, l'origine remonterait à l'Égypte antique, antérieure donc à l'expansion de l'Islam. Par ailleurs les communautés de tradition chrétienne, juive et animiste pratiquent aussi l'excision, et dans beaucoup de pays considérés comme musulmans les MGF ne sont pas réalisées. Les convictions religieuses coexistent donc avec d'autres systèmes de valeurs pour légitimer les MGF (2).



Elles sont catégorisées en 4 types définies par l'OMS (1) :

- Type 1 : la clitoridectomie qui consiste en l'ablation du prépuce et/ou du gland clitoridien
- Type 2 : l'excision qui comprend l'ablation des petites lèvres associée ou non à celle du gland clitoridien et des lèvres externes
- Type 3 : l'infibulation avec l'ablation du gland clitoridien et des petites lèvres et suture des grandes lèvres par-dessus ne laissant qu'un passage pour les urines et les menstruations
- Type 4 : Comprend toutes les autres MGF

Figure 1 : Les différents types de MGF (3)

La désinfundibulation, elle, consiste à sectionner la cicatrice vaginale chez une femme qui a subi une infibulation, ce qui est souvent nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être ainsi que pour permettre les rapports sexuels ou faciliter l'accouchement.

Les MGF ne présentent aucun bénéfice pour la santé et sont uniquement préjudiciables, en entravant le fonctionnement physiologique de l'organisme féminin. Les conséquences sont multiples sur la santé, et cela pour tous les types de mutilation :

- Des conséquences à court terme avec des douleurs intenses, des infections ou des hémorragies pouvant aboutir au décès de l'enfant.
- Des conséquences à plus long terme de type urinaires, menstruelles, sexuelles, obstétricales pour ne citer qu'elles, et bien sûr des conséquences psychologiques de cet acte violent avec des dépressions, anxiété, stress post traumatique notamment.

La question des MGF est une préoccupation mondiale car si ces pratiques sont d'avantage réalisées en Afrique Sub saharienne, elles sont pratiquées sur tous les continents (3).

Les enfants nés en France peuvent être concernés, principalement à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine, et plus rarement sur le territoire français.

## PRÉVALENCE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES DANS LE MONDE

PLUS DE 250 MILLIONS DE FEMMES DANS LE MONDE SONT CONCERNÉES

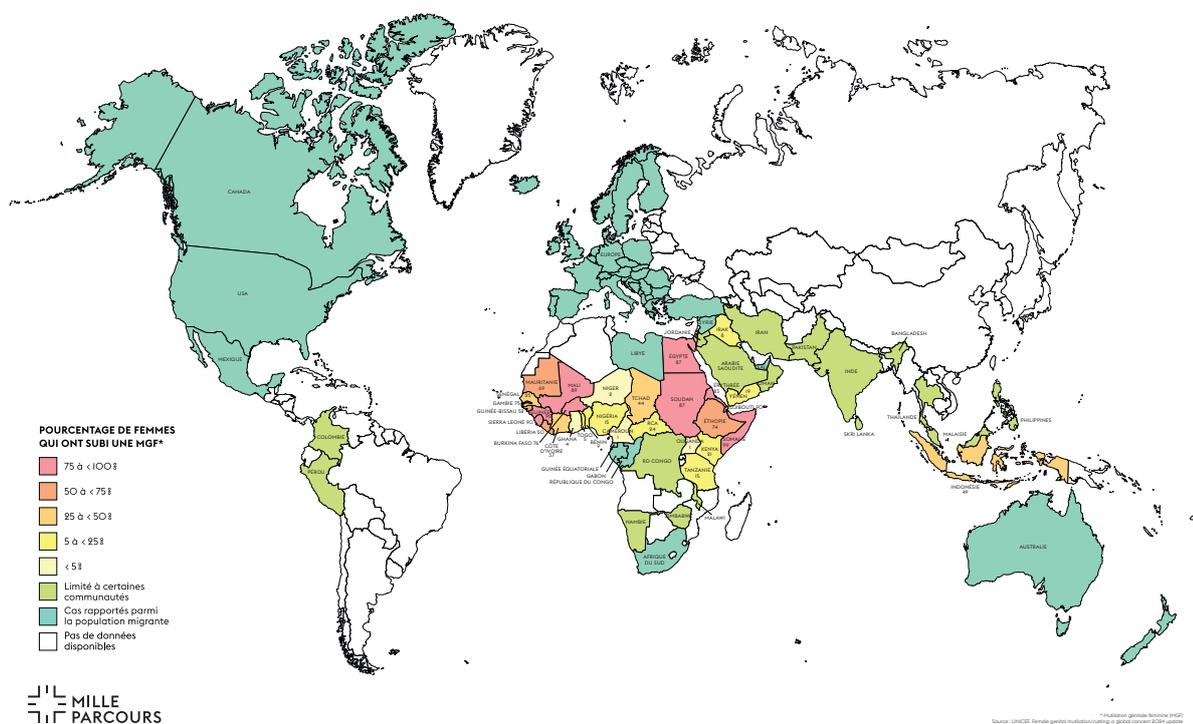


Figure 2 : Prévalence des mutilations génitales féminines dans le monde (4)

## II. La question des chiffres dans le monde

On considère qu'environ quatre millions de femmes et filles subissent une MGF dans le monde chaque année, sur des enfants de tout âge (3). Selon les dernières estimations de 2024 le nombre total de femmes ayant survécu aux MGF s'élève à 230 millions, soit une hausse de 15% par rapport au chiffre de 2016 (3).

Cette augmentation résulte principalement du fait que les naissances des filles dans les pays qui pratiquent les MGF augmentent rapidement par rapport au reste du monde, et que les actions de prévention pour ralentir la pratique sont lentes, d'autant plus qu'elles sont ralenties par les contextes difficiles de ces pays où les conflits armés, les difficultés alimentaires et les perturbations climatiques fragilisent les populations.

Ce que nous apprend également ce rapport c'est cette tendance inquiétante à l'avancée de l'âge de la pratique, le plus souvent avant 5 ans, ce qui limite dans le temps les actions de prévention efficaces. Dans tous ces pays, la prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même d'un pays. Le groupe ethnique et la région de résidence en sont les facteurs déterminants, ainsi que la réponse des pouvoirs publics. (5)

Le rapport de l'UNICEF révèle que la majorité des cas se concentre sur le continent africain, avec 144 millions de cas recensés, suivi par l'Asie avec 80 millions de cas et le Moyen-Orient en comptabilisant 6 millions. Les autres cas sont estimés dans des petites communautés pratiquantes et dans des pays de migration ailleurs dans le monde (3,5).

## III. Les mutilations génitales féminines en France

Dans les pays les plus concernés par ces pratiques, les estimations de la prévalence sont connues, mais en France et dans les autres pays de migration ces données n'existent pas faute d'études nationales.

Pour les familles établies en Europe, la pratique continue, dans des proportions moindres, lors de vacances dans le pays d'origine ou sur le territoire du pays d'accueil. Les pays concernés ont voté des lois interdisant la pratique, mais celle-ci n'a pas disparu pour autant, et il est nécessaire de connaître l'ampleur des filles et femmes atteintes. Il s'agit non seulement de protéger les enfants à risque de subir une MGF, mais aussi de prendre en charge les complications et demandes des femmes qui l'ont subi, par exemple avec la chirurgie réparatrice (5).

Afin de palier à cela le Projet MSF-PREVAL réalisé en 2021 a pour but de mettre un place un outil de collecte des cas de MGF (6). Cet outil est initialement testé dans 3 départements pilotes français, la Seine-Saint-Denis, le Rhône et les Alpes-Maritimes, choisis pour des prévalences attendues respectivement plus élevées, proches et inférieures à la prévalence nationale selon le taux de femmes originaires d'un pays à risque.

Les résultats retrouvent les prévalences estimées des femmes ayant subi une MGF suivantes (6) :

- Autour de 7,2 % (entre 5,7 et 9 %) en Seine-Saint-Denis ;
- Autour de 1,0 % (entre 0,5 et 1,8 %) dans le Rhône ;
- Autour de 0,7 % (entre 0,3 et 1,4 %) dans les Alpes-Maritimes.

En Seine-Saint-Denis, où la population féminine originaire d'un pays à risque représente 24 % de la population féminine totale, 3 femmes sur 10 ont déclaré être excisées.

Par ailleurs, dans les trois départements le risque d'excision varie très fortement selon le rang générationnel de migration et l'année de naissance. Ainsi, le risque d'excision est beaucoup plus élevé parmi les femmes migrantes (nées dans un pays à risque) que parmi les femmes des deuxièmes générations, nées en France. Le risque de MGF est considéré comme quasi nul pour les femmes nées après 1995, mais tout de même à 2% des femmes en Seine Saint Denis (6,7).

Cependant cet outil ne prend pas en compte les patientes mineures, population particulièrement vulnérable, en particulier lorsqu'on sait que les MGF sont le plus souvent réalisées pendant l'enfance.

#### **IV. Cadre législatif des mutilations génitales féminines**

Les mutilations sexuelles féminines sont considérées comme un crime, et sont donc punies par la loi, même si elles sont commises à l'étranger, par le principe d'extraterritorialité.

Les articles 221-2, 222-3 et 222-5 du Code Pénal, en particulier, qui concernent les actes de torture et de barbarie, peuvent être utilisés, ainsi que les articles 222-9 et 222-10, qui visent les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne entraînant une mutilation ou une infirmité permanente. Le fait de commettre cette infraction sur une personne mineure est considéré comme une circonstance aggravante qui alourdit la peine encourue. En France, la législation relative à la protection de l'enfance peut s'appliquer dans cas de MGF, comme l'indique l'article 375 du Code Civil, qui s'applique aux cas de mauvais traitements psychologiques ou physiques imposés aux enfants. (8)

Des mesures de placements des mineurs peuvent être décidées par le juge, ainsi que des mesures d'éloignement et d'interdictions de contact avec les acteurs de violences (8). Mais malgré la sévérité des faits et des punitions risquées, les condamnations sont rares. Depuis le médiatique procès de l'exciseuse Hawa Greou en 1999 (9), condamnée pour avoir mutilé 48 fillettes, seuls des cas très isolés de condamnations ont été prononcés.

#### **V. Rôle de la protection de l'enfance**

La protection de l'enfance en France, définie par l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. ». (10,11)

Elle est en charge des missions de repérage des situations à risque, de mise en œuvre des mesures de protection administrative ou judiciaire des mineurs en dangers et de prévention. Ces missions sont principalement la charge des départements et collectivités territoriales au travers de l'aide sociale à l'enfance (ASE). (10)

#### **VI. Une obligation de signaler malgré le secret**

En cas de péril sur mineur (risque revêtant un caractère certain, gravissime, et se traduisant par un risque de mort ou de lésion irréversible, imminent) tout citoyen a l'obligation d'intervenir, et ce, même sans l'accord de l'individu.

Cela est donc également vrai pour un médecin qui aurait connaissance d'une situation de danger dans le cadre de son activité, et ce malgré le secret médical. En effet le Code pénal prévoit, d'une part, le respect du secret professionnel (art. 226-13) et précise, d'autre part, que ces dispositions ne sont pas applicables à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices infligés à un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger (art. 226-14) (12,13).

Le Code de déontologie médicale lui, en son article 44, précise que le médecin, en qualité de protecteur de l'enfant, est chargé d'un rôle d'alerte, qu'il doit cependant exercer avec prudence et circonspection.

Le médecin s'expose par ailleurs à des sanctions judiciaires en théorie en cas de non-dénonciation de ces situations de danger pour entrave à la justice comme le stipule l'article 434 du Code Pénal : « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur [...], de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* ».

La position du professionnel de santé confronté à ces situations peut donc être délicate, entre obligation de déclarer un fait de maltraitance et respect du secret médical.

## **VII. La déclaration en pratique**

Le signalement peut être de deux formes en fonction de la nature des faits et de l'urgence.

### **1. L'information préoccupante**

L'information préoccupante (IP) est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil départemental quand « *la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* ». (14)

Ces notifications sont adressées aux cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) dans chaque département. Outre leur mission de recueil, elles vont évaluer les informations dont elles sont destinataires afin de décider de la suite : la mise en route de mesures médico-sociales, une mesure de protection de l'enfant ou un signalement au Procureur de la République. Les CRIP ont également un rôle de conseil auprès des professionnels qui peuvent avoir des doutes à propos de la situation d'un enfant (10).

Sauf intérêt contraire de l'enfant, les parents ou détenteurs de l'autorité parentale sont tenus informés de la transmission de l'IP. (15)

### **2. Le signalement**

Le signalement est un terme juridique réservé à la transmission au Procureur de la République de faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant.

Ce sont les magistrats du Parquet des mineurs qui décident de la saisine du juge des enfants en matière d'assistance éducative et qui, en cas de nécessité prennent les mesures urgentes, pour protéger les enfants en danger. Les services du Parquet agissent en lien étroit avec les services de protection de l'enfance notamment la CRIP.

Le Ministère public ne doit être saisi que dans les situations suivantes, comme le stipule l'article 226-4 du CASF :

- La protection administrative mise en œuvre n'a pas produit les effets attendus,
- La famille n'est pas coopérante,
- Le danger est grave et imminent,
- Une situation de danger est présumée et son évaluation impossible.

A noter que dans le cas du signalement, le médecin n'a pas d'obligation légale ou déontologique d'avertir les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale ou d'avoir leur consentement (16).

### **VIII. Signalement pour mutilations génitales féminines**

En cas de MGF ou menace de MGF chez une patiente mineure, le professionnel est dans l'obligation de faire un signalement en urgence, en informant le procureur de la République et en adressant une copie à la CRIP, comme le recommande la HAS (17).

Ces situations sont d'une particulière gravité et urgence, et justifient donc une levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives ». (Article 226-14 du Code Pénal).

Cependant en 2018 seuls 6 signalements ont été réalisés pour MGF et suspicion de MGF. Dans les cas de suspicions, les examens réalisés au retour de voyage ne retrouvaient pas de signe de MGF (18). Ces signalements semblent donc être efficaces, mais le nombre paraît faible face à la proportion des jeunes femmes à risque de MGF dans la population française (17). A notre connaissance, à ce jour il n'y a pas d'autres chiffres disponibles afin d'évaluer ces signalements.

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'utilisation du signalement dans les situations de suspicion de MGF ou MGF avérées chez les professionnels amenés à travailler auprès des mineures à risque, que ce soit en termes de connaissance du sujet, d'application mais surtout de difficultés de mise en œuvre. Nous avons choisi de mener une enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs, cette méthode permettant ainsi d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis de cet outil.

# MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens semi-directifs.

## I. Critères d'inclusion

Il nous a paru pertinent d'inclure des professionnels confrontés dans leur pratique à des enfants à risque de subir des MGF ou ayant subi une MGF, du secteur médical, social et juridique, à savoir : médecins libéraux, hospitaliers ou travaillant en PMI, pouvant être amenés à prendre en charge des mineures ; des professionnels travaillant dans la protection de l'enfance à savoir CRIP ou ASE ; des substituts du Procureur chargés des questions de protection de l'enfance ou des juges des enfants.

## II. Guide d'entretien

Un questionnaire semi-directif a été réalisé initialement avec l'équipe de recherche puis réadapté après avoir réalisé 2 entretiens préliminaires. Ce questionnaire se divisait en 5 parties :

- Connaissances théoriques sur l'excision et formation
- Connaissance et expérience du signalement
- Difficulté à la mise en œuvre
- Articulation santé et justice
- Utilité pratique de l'outils et pistes d'amélioration

La grille du questionnaire est consultable dans les annexes.

## III. Recueil de données

### 1. Contact des participants

Nous avons établi une liste correspondant à nos critères d'inclusion initialement d'Ile-de-France, puis secondairement à Bordeaux, puisque nous étions en contact avec eux pour un cas concret de situation de signalement.

Les modalités de contact et réponse sont indiquées dans le tableau 1.

Les médecins ont été recrutés par bouche à oreille, en essayant d'avoir plusieurs profils de médecins différents, plus ou moins concernés et sensibilisés par la problématique. Nous avons réalisé des entretiens avec les personnes ayant répondu positivement à nos sollicitations.

Le recrutement de notre population a donc été multimodal devant la difficulté d'inclusion des participants.

Tableau 1 : Liste des personnes contactées et moyens de contact

Personnes contactées	Modalités de contact	Réponses obtenues
CRIP de 7 départements d'Ile-de-France et d'un département de Nouvelle Aquitaine	Mail, avec relance après quelques semaines en cas de non-réponse.	<p>Une personne a répondu à notre sollicitation par mail et accepté la participation à l'étude.</p> <p>Un entretien préliminaire a été réalisé avec le directeur d'une structure. Pas de réponse aux nouvelles sollicitations par mail.</p> <p>Quatre structures n'ont pas répondu après un mail et une relance.</p> <p>Deux structures ont répondu au contact par mail, refusant l'entretien car se disant non concernés par la problématique.</p>
Procureurs ou substituts de 3 départements d'Ile de France	Mail avec une relance et téléphone après avoir eu les contacts par des médecins régulièrement en lien avec le Parquet.	<p>Un magistrat a répondu à la sollicitation par mail puis n'a pas répondu aux autres sollicitations.</p> <p>Les deux autres magistrats n'ont pas répondu.</p>
Juges des enfants de 2 départements d'Ile de France	<p>Une juge a été contactée par téléphone.</p> <p>Une juge a été contactée par mail sans relance nécessaire.</p>	Les deux magistrates sollicitées ont accepté la participation à l'étude.
Médecins d'ile de France et Nouvelle Aquitaine	<p>Deux médecins ont été contactés par mail.</p> <p>Deux médecins ont été contactés par téléphone.</p>	Les quatre médecins sollicités ont accepté la participation à l'étude.

## 2. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre mai et juillet 2024. D'un point de vue organisationnel, mener des entretiens individuels facilitait la participation effective des personnes interrogées, les rendez-vous étaient pris par téléphone ou par échange de mail. Concernant les lieux d'entretien, certains ont été réalisés en présentiel lorsque c'était logistiquement possible et souhaité par le participant, tandis que d'autres ont été réalisés par téléphone compte tenu de l'éloignement géographique. Tous les entretiens ont pu être menés dans un endroit calme. L'enquêtrice rappelait à chaque début d'entretien le contexte de l'étude et vérifiait leur accord pour l'enregistrement de la discussion, pour pouvoir permettre la retranscription.

### **3. Retranscription et analyse des données**

La retranscription a été faite le plus précisément possible, en écoutant les bandes sonores et en éditant en parallèle le texte, grâce au logiciel de traitement de texte Microsoft® Word online. L'authenticité du discours a été préservée. Pour respecter l'anonymat aucun nom n'apparaît à l'écrit.

L'étiquetage initial des données a été réalisé manuellement, aucun logiciel d'analyse qualitative n'a été utilisé. Une analyse longitudinale puis transversale en regroupant les nœuds a été faite. Puis les thèmes ont été regroupés pour faciliter l'interprétation.

### **4. Aspect éthique et réglementaires**

Les participants ont consenti librement à leur participation après avoir été informés des modalités de l'entretien. Le consentement, concernant l'enregistrement audio, de chaque participant a été recueilli oralement avant chaque entretien et les enregistrements ont été supprimés après retranscription.

L'anonymat des participants est protégé en utilisant un code selon leur profession et le numéro d'entretien. Seules les régions d'exercice sont précisées. Toute information pouvant compromettre la protection de l'identité des participants a été enlevée.

# RESULTATS

## I. Description de la population et modalités d'entretien

Les entretiens ont été menés auprès de 7 participants : 4 médecins, une directrice de CRIP et 2 juges des enfants. Les caractéristiques des participants sont décrites dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 2 : Description des participants

	Participants	Sexe	Poste	Région	Ancienneté dans le poste
1	Med 1	F	Médecin de PMI service enfants	Nouvelle Aquitaine	20 ans
2	Med 2	F	Médecin de PMI secteur adolescents	Nouvelle Aquitaine	2 ans
3	CRIP	F	Directrice de CRIP	Ile de France	8 ans
4	Med 3	H	Médecin généraliste en libéral	Ile de France	2 ans
5	JDE 1	F	Juge des enfants	Ile de France	1 an
6	JDE 2	F	Juge des enfants	Ile de France	1 an
7	Med 4	F	Pédiatre hospitalière	Ile de France	4 ans

Ces entretiens ont été réalisés par téléphone ou en présentiel avec enregistrement vocal. Les caractéristiques des entretiens sont précisées dans le tableau suivant. Tous les entretiens étaient individuels sauf un, lors duquel deux médecins étaient présentes.

Tableau 3 : Modalités d'entretien

Numéro d'entretien	Type entretien	Modalité d'entretien	Durée d'entretien
1	Collectif	Téléphonique	25min
2	Individuel	Téléphonique	22min
3	Individuel	Présentiel	16min
4	Individuel	Téléphonique	25min
5	Individuel	Téléphonique	35min
6	Individuel	Présentiel	18min

## II. Différents niveaux de connaissances théoriques

La plupart des professionnels avaient des connaissances partielles sur les MGF mais sans connaître l'ampleur du phénomène. Ils décrivent un phénomène méconnu ou du moins sous-estimé.

## 1. Une absence de formation initiale mais l'expérience du terrain

Dans les études médicales les professionnels interrogés rapportent n'avoir eu aucune formation axée spécifiquement sur la problématique des MGF, mais uniquement des points de connaissances sur les violences plus générales, que ce soit leur spécialité :

*« Je sais que dans l'internat de médecine générale on a un cours sur les violences faites aux femmes mais plutôt sur les violences conjugales, avec juste un tout petit passage dessus. » (Med 3)*

*« Je ne connaissais que furtivement, pas trop en fait. [...] Mais non je n'ai eu aucune formation pendant l'internat. » (Med 4)*

Deux d'entre eux se sont formés de leur propre initiative, dans des travaux personnels dans le cadre de l'internat ou via des associations :

*« J'ai été formée à Orchidées rouges une association qui vient en aide aux femmes victimes de MGF et à leur prévention. » (Med 2)*

*« Je connaissais l'excision par mes études et pendant mon stage en gynécologie où j'ai vu en consultation plusieurs femmes excisées, j'ai fait une trace<sup>1</sup> dessus, dans le cadre de la formation des médecins généralistes, sur l'excision. Donc j'ai vu qu'on pouvait faire des signalements pour les mineures pour éviter qu'elles se fassent exciser. » (Med 3)*

En l'absence de formations théoriques, les connaissances viennent des situations de terrain passées, que ce soit dans le poste actuel ou dans d'autres expériences professionnelles passées :

*CRIP : « Oui je connaissais. Mais sans formation particulière, mais j'étais responsable avant du service social scolaire en région parisienne. Ce sont des situations qu'on rencontrait notamment avant les départs en vacances.*

*EO : Donc vous, vous n'avez pas eu de formation particulière sur le sujet, même depuis ?*

*CRIP : Pas du tout. (CRIP) »*

*« J'ai été formée sur le tas pendant ma carrière. » (Med 1)*

Les mêmes constatations d'absence de formation spécifique se retrouvent pour les juges des enfants :

*« Oui, je savais ce que ça existait, je savais ce que c'était. Mais c'est vrai que à l'école (de la magistrature) on est formé à beaucoup de choses, mais ça, on n'a pas eu de focus en particulier. On a parlé des violences sexuelles mais pas de l'excision en particulier. » (JDE 1)*

*« C'est possible qu'on ait abordé la question une fois ou deux après on n'a pas eu de formation spécifique, juste un exemple probablement avec un point de droit pénal. » (JDE 2)*

La connaissance des professionnels est donc dépendante de leur sensibilité individuelle, de leur parcours professionnel, ou encore de leurs lieux de vie :

*« Je connais plutôt au sens sociétal depuis longtemps. [...] Je savais que ça existait sans pour autant agir dessus, comme une citoyenne qui trouve ça horrible. » (JDE 2)*

## 2. Un pressentiment du risque malgré tout

Même si l'absence de formation théorique est déplorée par la plupart des professionnels interrogés, la majorité des facteurs de risque de MGF sont énoncés comme des éléments de danger ressentis. Sont déjà cités les origines des enfants, notamment certains pays africains, ainsi que le contexte du voyage, par exemple pendant une période scolaire :

---

<sup>1</sup> Les traces [d'évaluation] sont unes des modalités d'évaluation des internes de médecine générale, dans lesquelles les étudiants doivent revenir sur une situation rencontrée en stage qui leur a posé difficulté, la décrire puis l'analyser à l'aide de littérature scientifique sur le sujet.

« Déjà avoir une fille, entre 2 et 6 ans, je pense que c'est là que le risque est la plus important, l'origine géographique aussi, ça reste une pratique culturelle, même si je n'aime pas ce mot, c'est quand même rattaché à une origine sud-africaine. » (JDE 2)

« Surtout ce qui était bizarre c'est qu'ils parlaient tous qu'avec le papa sans la mère. Et ils parlaient dans la famille du père. » (Med 3)

« Alors je sais qu'il faut se méfier des filles qui retournent au pays je dirais, mais de quel pays je ne saurais pas particulièrement. » (Med 4)

« Qu'il y ait régulièrement des allers-retours au pays, des vacances à l'étranger. Je pense que ça ce sont des choses qui m'alerteraient. » (JDE 1)

« Quand un retour est au pays pour les vacances ou des choses comme ça donc des craintes pas forcément fondées. » (CRIP)

Les antécédents familiaux de MGF chez la mère ou les sœurs sont également énoncés, quoi que malheureusement trop rarement recherchés :

« C'est déjà s'il y a des antécédents d'accident dans la famille, si les sœurs sont excisées, les voyages de longue durée en période scolaire. » (Med 3)

« Sinon quelque chose qui m'alerterait c'est que la mère ait elle-même subi ça dans son village plus jeune. » (JDE 1)

D'autres éléments peuvent aussi alerter, et permettre d'étayer l'intuition des professionnels ; l'évocation d'un parent qui éveille les doutes, des enfants gardés à l'écart d'institution, un communautarisme important des parents. Tout cela crée un faisceau d'indices.

« Par exemple quand la famille nous dit « Ah ben ma grand-mère, elle attend avec impatience notre arrivée », tout de suite ça nous évoque des alertes, mais on reste sur du ressenti, on a rarement d'éléments très clairs là-dessus ». (CRIP)

« Est-ce que les parents sont présents, rentrent souvent au pays, est ce qu'ils sont insérés dans la société française, à quel point leurs enfants ont une ouverture sur l'extérieur, tout ça peut aider à évaluer la capacité à considérer sa fille comme un être humain à part entière et pas comme un objet. Pour moi une enfant qui est suivie à la PMI, qui va à la crèche, qui va au centre, avec des ouvertures sur l'extérieur, c'est plutôt à l'inverse du risque d'excision, mais c'est juste mon ressenti. Je ne pourrai pas l'expliquer et surtout j'imagine bien que des enfants vont à la crèche et au centre aéré et finissent excisées. » (JDE 2)

### III. Expériences de terrain

#### 1. Expériences de signalement : Énoncé et sous-entendu

Les situations peuvent être diverses, plus ou moins difficiles à repérer et à prendre en charge. Parfois les parents énoncent leur volonté de faire exciser leur fille, le plus souvent lors d'un voyage dans le pays d'origine :

« Récemment avec une situation, j'examine une petite fille et en fait au moment de passer à l'examen des OGE, c'est là que j'évoque l'excision, et là le papa, le papa me dit que oui il va devoir faire exciser sa fille, c'est sûr, c'est un passage obligé dans la vie d'une femme. » (Med 1)

Cependant, le plus souvent les doutes apparaissent lorsqu'un faisceau d'indices est identifié lors de la consultation ou du suivi. Le contexte du voyage au pays d'origine, notamment pour la présentation de l'enfant à la famille présente là-bas, est souvent retenu comme un élément de doute, notamment pendant les périodes scolaires :

« Le contexte est bizarre, je ne comprenais pas pourquoi elle partait un mois au Mali, en pleine période scolaire. » (Med 3)

*« Mais ça peut être très large. J'ai le souvenir d'un jeune couple qui s'est présenté à la PMI avec leur bébé avant de partir au pays pour la présenter. La crainte venait des parents eux, de ne pas pouvoir s'opposer quand ils seraient là-bas à la pression de la famille. Ils venaient chercher de l'aide sur comment faire. » (CRIP)*

Les antécédents familiaux d'excision, chez la mère ou chez les filles de la fratrie est aussi un élément à risque :

*EO : « Est-ce qu'il y a un suivi qui est un peu imposé quand il y a un antécédent dans la famille de sœurs mutilées ?*

*CRIP : Dans ce cas on va être sur une évaluation de protection de l'enfance pour le coup, avec une évaluation par la PMI. Mais ça n'est pas du tout fréquent. » (CRIP)*

## **2. Les mutilations génitales comme sommet de l'iceberg des violences ou une problématique parmi d'autres ?**

Le signalement peut mettre en évidence d'autres types de violence subies par les mineures ou alors ce risque peut être découvert au cours d'une enquête pour une autre cause de violence.

*« J'ai déjà croisé la situation dans des dossiers, soit par des mamans qui sont excisées et qui ne veulent pas que leur fille le soit, soit des mineures excisées, et ça fait partie des éléments de danger qui font que le juge des enfants est amené à intervenir. » (JDE 2)*

La problématique des mutilations génitales peut en effet être tue dans un premier temps ou ne pas être au premier plan. Une des juges nous évoque une situation dans laquelle deux sœurs originaires du Mali lui avaient été adressées dans un contexte de négligence avec problèmes d'accès aux soins et à la scolarité. Elle a découvert au cours du suivi du dossier que les deux fillettes avaient subies une MGF, enfants au Mali. Comme les questions sont à la rencontre de l'intime et de la tradition, la question n'est parfois pas abordée tout de suite :

*« Là c'est un des éléments de danger majeur dans cette famille mais il y en a d'autres. Elles sont arrivées au juge des enfants par des difficultés d'accès à la scolarité, des difficultés sur le sujet santé, un logement insalubre. Donc pas uniquement l'excision, c'est arrivé plus tard. » (JDE 2)*

Une rencontre avec un médecin à un moment est souvent nécessaire pour dépister des MGF. Or les enfants sortis du système de soin ou du système scolaire risquent d'autant plus de ne jamais être dépistés :

*« Comme dans le dossier dont je vous parlais, l'excision on y vient parce qu'on se rend compte que les enfants n'ont jamais eu de suivi médical. » (JDE 2)*

Pour cette professionnelle, la mutilation est un signe de danger à lui seul justifiant un suivi de la famille, pour prévenir d'éventuels autres dangers ou protéger d'autres filles de la fratrie. Cependant par des contraintes multiples de temps d'audience, de nombre de dossiers en cours ou de gravité des problématiques de la famille, la question de l'excision doit parfois être mise de côté devant d'autres problématiques plus urgentes :

*« Le simple fait qu'on me dise que cette enfant est excisée, à un moment donné il y a eu un élément de danger. Soit parce que ses parents ont laissé faire, soit parce qu'on l'a fait dans leur dos mais dans ce cas il faut vérifier qu'il n'y a plus de danger. » (JDE 2)*

*« Mais dans le dossier dont on parlait, avec deux ados déjà excisées avant d'arriver en France, il y avait d'autres choses qui m'embêtaient donc c'était moins au centre de l'audience parce que j'avais d'autres choses à leur dire. Je ne dirai pas que c'est accessoire parce qu'évidemment que non, en terme d'intensité c'est horrible, mais c'était une autre urgence. » (JDE 2)*

### 3. Les mutilations génitales féminines comme tradition familiale

La tradition est au cœur de la pratique des mutilations génitales féminines. Comme elle peut être une raison de départ d'un pays pour y échapper, elle est aujourd'hui le plus souvent subie par les femmes à l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine. Malgré l'avancé des campagnes de prévention et des actions des gouvernements pour interdire cette pratique, les traditions perdurent, notamment dans les régions rurales. La pratique est souvent décrite comme un passage obligé par les parents. Une mère ayant subi une mutilation, ou des sœurs de la fratrie, est décrite comme un élément d'alerte pour les professionnels comme nous l'avons vu. La transmission de la pratique est communautaire mais surtout familiale.

*« Du coup je lui ai parlé d'excision, si ça se faisait là-bas, et elle m'a dit que c'était en campagne et que oui, dans leur famille, il fallait être excisée. » (Med 3)*

Le positionnement des parents sur cette question est donc un premier point d'inquiétude ou de réassurance pour les professionnels. Cependant il ne suffit pas, notamment quand le risque se trouve à l'occasion d'un voyage, où le reste de la famille peut exercer une pression sur les parents, ou le faire à l'insu de ceux-ci comme nous l'évoque deux participantes :

*« La mère a expliqué qu'elle avait été traumatisée par ce qu'elle avait subi quand elle était plus jeune, qu'elle ne voulait plus que sa fille aille au pays parce qu'elle a peur de la pression familiale sur place. »  
(JDE 1)*

*« La crainte venait des parents eux, de ne pas pouvoir s'opposer quand ils seraient là-bas à la pression de la famille. Ils venaient chercher de l'aide sur comment faire. » (CRIP)*

*« Le positionnement des parents c'est important de l'avoir, s'ils ont participé, ils sont dangereux. »  
(JDE 2)*

Une autre des participantes rappelle que même si les parents se disent contre la pratique et qu'ils n'expriment pas d'inquiétude concernant la famille présente dans leur pays d'origine, cela reste des déclarations, qu'ils peuvent modifier pour satisfaire les professionnels qu'ils rencontrent, et que la conviction de ceux-ci doit se baser sur d'autres éléments :

*EO : « Le positionnement sur l'excision quelle importance lui donnez-vous ?*

*JDE 2 : Ça permet d'évaluer le danger, c'est le sens des audiences. [...] Ça dépend des autres éléments. Si devant moi les parents me disent « nous on est contre » mais que moi j'ai un écrit qui dit qu'ils parlent d'excision toute la journée, ça n'ira pas, mais si plein de choses sont rassurantes à côté, qu'ils vont à l'école, le sport, etc., oui c'est rassurant. C'est toujours difficile de juger la sincérité. »  
(JDE 2)*

Si cette pratique concerne les femmes traditionnellement, on peut se questionner sur le rôle des hommes et plus particulièrement des pères. Plusieurs des personnes interrogées décrivent les pères comme extérieurs à cette problématique, avec notamment la question du tabou de l'intimité des femmes, souvent associé à l'excision.

*« On essaye de discuter avec les mamans surtout, parce les papas souvent ce n'est pas leur problème donc voilà. » (CRIP)*

Cependant c'est parfois eux ou leur famille qui sont à l'initiative de la volonté d'exciser leur fille :

*« Le papa me dit que oui il va devoir faire exciser sa fille, c'est sûr, c'est un passage obligé dans la vie d'une femme. » (Med 1)*

## IV. Obstacles et difficultés

### 1. La question du tabou

Comme nous avons vu précédemment, plusieurs éléments sur les situations à risques sont avancés par les participants. Cependant l'intimité relative à la question de l'excision peut également être un frein pour les professionnels. Par pudeur ou par gêne, certains peuvent avoir du mal à aborder le sujet avec les parents. Par ailleurs, les examens des organes génitaux des petites filles ne sont pas toujours systématiques :

*« Ouais, c'est toujours difficile, parce que c'est intime, que ça touche les parties génitales. » (Med 3)*

*EO : « Est-ce que tu examines systématiquement tous les enfants en regardant les organes génitaux ou pas spécialement ?*

*Med 4 : Ah oui mais peut-être que les petites filles, je fais moins que les garçons en effet. » (Med 4)*

La peur de se tromper et des conséquences pour la famille en cas d'accusation à tort est aussi avancée comme un obstacle. Une des médecins évoque également la crainte des conséquences pour elle d'un signalement, que ce soient des représailles de la famille ou encore de sanction de l'Ordre des médecins en cas de risque non avéré.

*« Et puis tu as peur d'accuser les parents alors qu'il n'y a pas forcément de risque, du coup c'est délicat d'en parler. » (Med 3)*

*« En plus on pourrait avoir peut les conséquences, comme on ne sait pas trop ce que le signalement peut faire, pour celui qui le fait. Je me sentirais plus à l'aise de le faire dans un CHU qu'en ambulatoire parce que j'aurais moins peur des conséquences. » (Med 4)*

### 2. Une absence de comptabilisation à chaque stade

La question initiale de notre travail était d'évaluer l'ampleur de la problématique des signalements, mais nous nous sommes confrontés à des difficultés pour retrouver les chiffres de ceux-ci. Cette impression se confirme après discussion avec les différents professionnels interrogés. Les médecins vont notifier leur signalement dans le dossier médical, sans comptabilisation de leur nombre :

*« Nous on ne comptabilise pas, juste on indique dans la consultation qu'on a fait le signalement dans le dossier médical. » (Med 3)*

*« On n'a pas de comptabilisation des situations dans la structure parce que c'est un dossier informatisé avec un questionnaire sur des items de prévention, mais il n'y a pas d'items spécifiques MGF, donc on ne comptabilise pas. Ça nous semble compliqué à mettre en place. » (Med 1 et 2)*

Au niveau de la CRIP ou du Parquet, ils ne sont pas non plus comptabilisés :

*CRIP : « La difficulté pour ce type de signalement (les excisions constatées) part directement au Parquet donc on n'en a pas forcément connaissance. Là où on en a connaissance c'est quand on peut avoir des craintes. » (CRIP)*

*EO : Donc en fait, vous n'avez pas de comptabilisation, vraiment ?*

*CRIP : Nous ils vont être comptés dans les violences sexuelles. » (CRIP)*

*« Non parce que nous on ne fait pas de statistique, le greffe fait des statistiques de combien de situations on a chaque année, et combien de jugements. » (JDE 1)*

### 3. Une situation rare : véritable reflet de la réalité ou sous-estimation ?

Le signalement des situations à risque ou de MGF avérées est une obligation pour les médecins pour laquelle ils bénéficient d'une levée du secret médical. Un suivi de leur nombre semble nécessaire

afin d'évaluer l'ampleur du phénomène, ainsi que le bénéfice des campagnes de prévention notamment avant voyage. Le faible nombre de signalements recueillis est probablement aussi fonction de situations non dépistées ou non signalées par les médecins ou les autres acteurs. C'est la crainte de deux des participants :

*« Je ne l'ai pas croisé très souvent, et c'était une surprise pour moi, je pensais que j'y serai plus confrontée, vu le nombre de familles issues de l'immigration. Je ne pense pas que c'est parce que ça n'est pas un sujet, je pense que c'est parce que c'est tu. On peut avoir du mal à identifier, que ça soit dit, que ça soit apporté comme un souci, et du coup on s'en rend compte un peu tard. » (JDE 2)*

*« Actuellement le signalement reste la méthode la plus efficace, qui faudrait renforcer parce je suis certaine qu'il n'y en a pas assez par rapport à la masse d'enfants qui peuvent être concernés, on passe à côté de plein de situations. » (JDE 2)*

*« Après, là où on peut sortir en difficulté, c'est effectivement le repérage et des situations dans lesquelles on pourrait passer à côté. » (CRIP)*

Les médecins eux aussi ont le sentiment d'être passé à côté de situations à risque faute de connaissance ou d'outils pour signaler ces situations :

*« Mais probablement que j'ai laissée passer des situations lorsque j'étais médecin de ville avant de passer dans l'association [Les Orchidées rouges]. » (Med 2)*

*« Je pense qu'il a eu des situations où j'ai eu des doutes mais que je suis passée à côté parce que je ne connaissais pas grand-chose sur l'excision et que je ne connaissais pas l'ampleur du problème. » (Med 3)*

#### **4. Un risque extérieur au territoire**

Les premiers procès contre l'excision datent des années 1980 en France. Depuis la plupart des MGF subies par les femmes le sont en dehors du territoire français. Grâce au principe d'extraterritorialité, le crime est condamné que la mutilation soit infligée en France ou à l'étranger, l'objectif étant de protéger les ressortissantes françaises même en dehors du territoire, du fait de la gravité des faits, comme le justifie une des juges participantes :

*« En venir à l'excision c'est quand même un ancrage dans une pratique et une vision de la femme et de la petite fille qui est loin de ce qui est acceptable en France aujourd'hui. » (JDE 2)*

Le signalement en cas de danger permet donc de mettre en place une protection de la mineure avec notamment une interdiction de sortir du territoire français (ISTF). Mais si le risque n'est pas jugé suffisant ou que les professionnels ne sont pas assez sensibilisés, il peut être trop tard. Les médecins sont donc démunis, sans autre moyen d'agir du point de vue juridique :

*« Le papa me dit que oui il va devoir faire exciser sa fille, c'est sûr, c'est un passage obligé dans la vie d'une femme. Et malgré le rappel de la loi il confirme sa position. On a donc fait un signalement au Procureur pour lequel non avons eu une réponse négative pour l'ISTF. » (Med 1)*

*« Malheureusement on sait que c'est assez peu poursuivi mais en réalité c'est une vraie infraction pénale gravissime. » (JDE 2)*

#### **5. La différence transculturelle comme obstacle historique non retrouvée**

Il est important de noter en revanche que parmi les personnes interrogées, la différence culturelle entre médecin et famille n'est pas retrouvée comme frein au dépistage des situations à risque :

EO : *« Est-ce que vous avez l'impression aussi que c'est difficile parce qu'il y a une histoire de culture différente ? »*

*Med 3 : Non ce n'est pas tant ça. Même si c'est culturel, pour en avoir discuté avec d'autres parents par exemple qui partaient en voyage, quand tu abordes les choses naturellement ils ne le prennent pas mal. C'est plutôt par rapport à moi de me sentir mal à l'aise de lancer le sujet. » (Med 3)*

C'est également le cas pour les deux juges des enfants qui disent traiter ces problématiques à l'image des autres types de violences sexuelles :

*« Je dirais que tu ne te sens pas plus mal à l'aise que dans des cas d'agression sexuelle ou de viol. Que à la limite ce qui pourrait mettre en difficulté c'est d'avoir moins de connaissances sur ce sujet et en même temps tu peux faire quelques recherches avant l'audience on a des questions, mais ça ne me mettrait pas plus mal à l'aise que d'autres faits de nature sexuelle. » (JDE 1)*

*« Plus difficile à gérer non je ne pense pas, parce que pour être honnête avec vous les violences sexuelles c'est une grosse partie de notre travail. Donc la sphère sexuelle, contrôle du corps, agression du corps féminin, c'est au cœur du travail du juge des enfants malheureusement. » (JDE 2)*

L'une d'elle évoque une gêne venant plutôt des parents plus que des professionnels formés selon elle :

*« Mais les parents, ils sont mal à l'aise. Je ne suis pas dans la tête d'un parent qui exciserait son enfant mais d'une certaine manière et dans un certain monde, j'imagine qu'ils font les choses sans prendre conscience de leur gravité, et ils le font pour répondre à une logique qui est la leur, qui n'est pas bonne mais qui est la leur. Et d'être confronté à quelqu'un qui représente l'État français, quand c'est moi, une femme blanche de 30 ans qui lui explique qu'ils ne font pas de la bonne manière, j'imagine que c'est difficile. » (JDE 2)*

## **V. Articulation entre les acteurs**

Dans la problématique des MGF un des points importants est d'identifier chacun des rôles des professionnels intervenants ainsi que les problématiques propres à chacun.

### **1. Médecins : Repérage et alerte**

Les alertes sur les situations à risques sont souvent notifiées par les médecins ou par l'école. Étant donné les difficultés que rencontre la médecine scolaire aujourd'hui, du fait du nombre restreint de médecins et infirmiers scolaires, nous avons choisi de nous focaliser sur le rôle des médecins libéraux et hospitaliers, et en première ligne les médecins de PMI. En effet leur rôle de suivi, prévention et accompagnement des familles en fait des acteurs clés du dépistage, mais limité dans le temps, les suivis des enfants en PMI s'arrêtant le plus souvent à 6 ans :

*« Nous sommes je pense les premières lignes pour voir les enfants à risque » (Med 1 et 2)*

*« C'est en premier un travail de prévention qu'il faut faire en systématique pour tout le monde, notamment les patients qui ont des mamans qui viennent de pays à risque. » (Med 1)*

Le rôle des médecins de ville ressort également notamment au moment de consultation avant voyage :

*« Concernant les cas de MGF avérée le diagnostic peut être difficile, d'autant plus que l'examen des organes génitaux externes n'est pas systématique, en particulier chez des filles plus âgées » (Med 3)*

Pour les suspicions de MGF, les médecins alertent soit devant une volonté des parents d'exciser l'enfant directement verbalisée, soit le plus souvent, devant des doutes qu'ils peuvent avoir devant un ressenti ou une situation évocatrice :

*« Le contexte est bizarre, je ne comprenais pas pourquoi elle partait un mois au Mali, en pleine période scolaire. Elle me disait que ses frères et sœurs étaient déjà là-bas depuis quelques temps, c'était assez vague. » (Med 3)*

*« Quand un retour est au pays pour les vacances ou des choses comme ça, donc des craintes pas forcément fondées. » (CRIP)*

Après la consultation, si le doute est présent les médecins s'orientent vers le signalement, lorsqu'ils ont connaissance de cet outil.

## **2. Protection de l'enfance : Évaluation**

Lorsqu'une situation est signalée, par IP ou signalement, la CRIP est aussi destinataire de l'alerte. Une évaluation sera alors faite, en collaboration avec la PMI :

*« Nous on est le réceptacle des alertes » (CRIP)*

*« On en a connaissance souvent par la PMI, parce que souvent, quand on parle de risques d'excision nous d'emblée on va remonter sur la PMI, qui vont pouvoir rencontrer la famille et essayer d'évaluer un peu le véritable risque. » (CRIP)*

Le cadre de la demande d'asile peut aussi être le moment d'un signalement. Si la demande principale est la protection d'un enfant contre l'excision, l'OFFRA signale la situation au Parquet et un examen de la mineure est alors réalisé le plus souvent dans une UMJ :

*« On peut être amené par exemple, parce que le Parquet a été alerté par l'OFFRA, quand il y a eu une demande de protection et que la famille revient sur cette demande de protection mais ne vient plus aux rendez-vous de renouvellement. Dans ce cas l'OFFRA fait un signalement au Parquet, et parfois le Parquet nous transmet. » (CRIP)*

Après l'évaluation la CRIP va faire si nécessaire un retour au Parquet :

*EO : « Donc si j'ai bien compris vous ne faites le signalement au Parquet qu'en cas de départ imminent ? Sinon vous orientez plutôt vers la PMI ?*

*CRIP : Exactement, on va privilégier dans ce cas une prise en charge locale et d'aller creuser pour voir si on peut être rassuré. On a ensuite un retour du suivi en PMI après l'évaluation. » (CRIP)*

*« La CRIP centralise les signalements. Par contre l'ASE ils ont plusieurs services, ils ont le service d'accompagnement où ce sont les situations déjà suivies par un juge, des enfants avec des éducateurs et tous les placements. Et ils ont un service d'évaluation qui est en lien avec la CRIP, et eux, leur rôle c'est vraiment d'évaluer, donc de faire de l'entretien avec la famille, puis à domicile, et cetera. Après il font un recours à la CRIP avec des préconisations sur la suite. Puis la CRIP fait aussi des préconisations et remonte tout au Parquet. » (JDE 1)*

La question de l'urgence est majeure dans cette évaluation, c'est la principale chose à évaluer et à transmettre au Parquet, et c'est celle qui va influencer les décisions suivantes :

*« Nous on va plus se situer sur la prévention et faire un travail en amont. Et quand ce n'est pas possible, ou que la situation est urgente on va passer au Parquet. » (CRIP)*

*« Quand le risque est là, c'est une course contre le temps. » (CRIP)*

## **3. Parquet et juge des enfants : Protection**

Nous n'avons malheureusement pas eu la possibilité pour ce travail d'interroger un procureur, destinataire des signalements, mais avons pu nous entretenir avec des juges des enfants. Dans les

situations de suspicion de MGF le Procureur va saisir le juge des enfants pour qu'il reçoive l'enfant et sa famille :

*« Moi pour que je sois saisie une situation, il faut que la requête du Parquet soit faite. Tant que je ne suis pas saisie c'est le Parquet qui a la main, donc le substitut décide soit que c'est urgent et qui nous faut noter tout de suite, soit que ça peut attendre et qu'il peut laisser le service d'évaluation de l'ASE faire l'enquête. Si on est très inquiet le Parquet va placer l'enfant et faire l'OPP et on voit la famille dans les 15 jours. »  
(JDE 1)*

Mais selon l'une d'elles les situations de suspicion de MGF sont d'une telle gravité que le juge des enfants est le plus souvent impliqué.

*« Oui, après un risque d'excision c'est une problématique tellement grave. Je ne dis pas que c'est impossible que le parquetier ne saisisse par le juge des enfants après signalement mais ça ne se classe pas sans suite comme ça. Surtout qu'il peut y avoir des poursuites pénales. » (JDE 2)*

Ces situations de signalement pour MGF ou suspicion de MGF semblent cependant rarement rencontrées par les juges des enfants :

*« Moi je ne l'ai jamais vu dans mon cabinet, je n'ai aucune mineure qui en souffre. J'ai une collègue par contre qui a eu 2 familles qui vivent à X, il y a eu des suspicions à un moment, enfin plutôt des inquiétudes pour un départ à l'étranger et un risque d'excision. » (JDE 1)*

*« Je ne l'ai pas croisé très souvent, et c'était une surprise pour moi, je pensais que j'y serai plus confrontée, vu le nombre de famille issues de l'immigration. » (JDE 2)*

Le principal levier d'action du Parquet et du Tribunal des enfants, en cas de risque jugé comme important, est l'interdiction de sortie du territoire français :

*« Et dans ces cas-là, elle l'avait abordé à l'audience et un outil qu'on a dans ces situations-là, c'est l'ISTF où du coup pendant une certaine durée, on interdit à la famille de sortir du pays. On sait que si le mineur passe la frontière avec l'un des parents, ils sont informés à la douane et que la mineure ne peut pas partir. (JDE 1)*

Par ailleurs s'il existe d'autres éléments d'inquiétudes pour la santé de l'enfant et sa sécurité, un placement peut également être décidé :

*« S'il y a d'autres éléments d'inquiétude, c'est l'OPP, donc le placement provisoire en urgence où là ça veut dire que non seulement je prendrai une ISTF en urgence mais qu'en plus je décide que le jour même, ou le lendemain, les éducateurs de l'ASE viennent, avec ou sans la police au domicile, pour récupérer la jeune fille et la mettre dans un foyer. Mais ça, ça dépend de beaucoup de choses ; Est-ce que le seul risque c'est le départ à l'étranger ? Est-ce qu'il y a d'autres choses à la maison ? (JDE 1)*

*« Honnêtement moi dans le cas qu'un risque où j'ai peur qu'ils emmènent leur enfant pour l'exciser au pays, dans 99% des cas je fais un placement pour ne prendre aucun risque. » (JDE 2)*

#### **4. Articulation santé-justice en pratique : Des séparations plus ou moins opaques**

Plusieurs obstacles à un fonctionnement correct des systèmes sont avancés. Tout d'abord un flou quant à comment signaler des situations à risque ; Pour ceux connaissant les moyens de signaler une situation, l'absence de retour des décisions prises par la protection de l'enfance et/ou le Parquet est vécu comme décourageant et incompréhensif, laissant le professionnel dans une difficulté pour la suite de sa prise en charge, ne sachant par exemple si la situation sera prise en charge par d'autres services plus spécialisés ou s'il doit revoir l'enfant objet du signalement. La question est d'autant plus

importante selon les modalités d'exercice des médecins, consultations d'urgence ne laissant pas la possibilité pratique d'une réévaluation ou médecine de suivi :

*« Non pas de retour. On m'avait juste contacté au début pour avoir des informations supplémentaires mais après pas de retour sur ce qui a été fait au niveau de la famille, mais après je n'étais pas le médecin traitant de la famille j'étais juste remplaçant. Je ne les ai pas revus après. Là où je travaille ce sont des consultations sans RDV donc ce ne sont pas des patients que tu suis au long cours. » (Med 3)*  
*« Moi je me suis dit que quand tu fais le signalement la suite va être prise en charge par un relais dans la protection de l'enfance. » (Med 3)*

Ce point est aussi évoqué par une autre médecin au sujet d'écrits pour d'autre type de maltraitance :

*« On est passé par l'AS pour l'IP, mais rien après, pas de retour » (Med 4)*

Les magistrates interrogées, quand elles sont interrogées sur ce point, justifient l'absence de retour sur les décisions auprès du médecin auteur du signalement par un souci de confidentialité des données de protection de l'enfance :

*« Le fait qu'il n'y ait pas de retour ça ne m'étonne pas trop. [...] Nous à l'audience on convoque comme professionnels les gens de l'ASE qui ont fait l'évaluation, mais on ne convoque pas les personnes qui sont à l'origine du signalement. Et après pour la décision nous on notifie enfin le jugement il n'est envoyé qu'aux partis, c'est-à-dire aux parents et à l'ASE ou au service qui va faire la mesure. » (JDE 1)*  
*« Je trouve ça justifié d'un point de vue juridique. Je comprends les deux points de vue, je comprends que les médecins voudraient avoir les retours, savoir si l'enfant est protégé, c'est normal. Après les dossiers d'assistance éducative, en termes de droit fondamentaux et droits privé il faut respecter le secret, et limiter les gens qui ont accès au dossier. Donc le Parquet, les parents, l'ASE et les mineurs quand ils sont assez grands. » (JDE 2)*

## **VI. Utilité de l'outil et solutions avancées**

Nous pouvons essayer l'évaluer l'utilité du signalement selon plusieurs approches : individuelle, professionnelle, géographique.

### **1. Selon les professionnels**

A cette question, l'avis des professionnels est divergent selon leur emploi. Du point de vue des médecins les avis sont mitigés. Un médecin met par exemple en avant l'absence de retour sur les signalements ainsi que les décisions prises pouvant être vécu comme décourageant :

*« Je ne sais pas en fait s'il y a, sur tous les signalements que tu fais, beaucoup d'actions qui sont mises en place. On n'est pas au courant, on n'a pas les résultats, donc je ne sais pas. Ça décourage les médecins je pense. » (Med 3)*

Une autre reconnaît l'efficacité immédiate du signalement mais déplore l'absence de solution à plus long terme, notamment pour l'accompagnement des familles. Ce point de vue est aussi partagé par la directrice de CRIP :

*« Malheureusement aujourd'hui ça n'est pas un outil très satisfaisant parce qu'il peut facilement se contourner. » (Med 1)*

*« Il est utile car il va protéger l'enfant tout de suite. Après il reste d'autre problème, qui sont également vrai pas que pour l'excision mais aussi pour la maltraitance par exemple, la question est qu'est-ce qu'on met en place ensuite pour accompagner les familles. » (CRIP).*

Le manque de formation des professionnels alertant ainsi que ceux pouvant prendre des solutions de protection pour les mineures est une limite également avancée. Ce point sera abordé dans une prochaine partie.

*« Il n'y a pas de formation des médecins généralistes et des pédiatres en ville donc beaucoup de situations à risque loupées et non signalées. » (Med 2)*

Cependant selon certaines, l'espoir de solution par la communication entre chacun et le travail ensemble pourrait améliorer les choses :

*EO : « Est-ce actuellement un outil utile selon vous ?*

*Med 2 : Bon, avant il y a 15 jours, j'aurais dit plutôt non [NDLR la rencontre avec le Parquet pour discussion de la mise en place d'un protocole], mais là j'ai de l'espoir avec les discussions récentes avec la Procureure et la mise en place de ce protocole. » (Med 2)*

Les deux magistrates interrogées elles sont d'accords pour appuyer l'intérêt du signalement dans leur travail. Il leur permet d'avoir les informations globales initiales ainsi que l'évaluation par la suite de la protection de l'enfance :

*« Ah oui pour nous c'est hyper utile. Quand un nouveau dossier arrive, j'ai la requête du Parquet avant ça j'ai le rapport d'évaluation de l'ASE, le document de la CRIP et l'IP initiale. » (JDE 1)*

Cela permet également de recueillir la position des parents, l'audience avec le juge étant parfois très à distance, leur discours peut se modifier afin de ne pas être incriminer par exemple :

*« Voir ce que le premier professionnel a constaté souvent c'est très précis, ça relate les propos précis de l'enfant, du parent, comment ça s'est passé, est ce qu'ils se sont énervés. Après quand les parents sont devant nous, pour nous c'est très clair dans le déroulement des événements, mais pour eux c'est un peu flou parce qu'il s'est écoulé du temps parfois entre l'IP et l'audience. » (JDE 1)*

L'une d'elle explique, qu'à l'heure actuelle, du fait de l'ancrage de la pratique encore trop présente dans certaines communautés, l'alerte ne peut venir que de professionnels d'institutions plus formés :

*« Le signalement reste le meilleur moyen pour arriver au juge des enfants actuellement. Mais il y a sûrement un travail d'éducation collective pour se rendre compte de la gravité de ces actes là pour que les infos puissent arriver d'ailleurs. » (JDE 2)*

La prévention auprès des familles semble selon toutes les personnes interrogées la solution la plus efficace pour lutter contre les MGF.

## **2. Des problématiques dépendantes du territoire**

Nous l'avons vu dans l'introduction, la répartition des femmes ayant subi une MGF est inégale sur le territoire (6). Nous pouvons donc supposer facilement que la fréquence des situations à risque varie également selon les régions et avec cela les expériences des professionnels pour traiter ces questions. Dans certaines régions les liens entre chaque institution se fait relativement facilement comme nous décrit la travailleuse de la CRIP :

*« Au niveau de la CRIP, ISTF ou orientation vers PMI, on ne dispose que de ça. On ne peut pas imposer non plus une durée de suivi en PMI mais on est le même service départemental donc on travaille ensemble en bonne intelligence. » (CRIP)*

*« Non pas de souci avec le Parquet. Souvent ils suivent ce qu'on préconise, il n'y a pas trop de souci. » (CRIP)*

Parfois cependant les réponses du Parquet ne sont pas en accord avec les inquiétudes des professionnels, devant des situations à haut risque. C'est le cas de situations rencontrées avec les deux médecins de PMI :

*« On a donc fait un signalement au Procureur pour lequel non avons eu une réponse négative pour l'ISTF. » (Med 2)*

*« Les principales difficultés, c'est l'articulation avec le Parquet. Jusque maintenant des réponses aux signalements tout le temps négatives, et donc on ne peut rien faire. Leur argument est que tant que la fillette n'est pas excisée on ne peut pas poursuivre la famille C'est là que le problème est, parce que c'est avant qu'on peut agir. » (Med 1)*

Une des juges des enfants déplore le fonctionnement altéré de la chaîne de la protection de l'enfance, par le nombre important de signalements, tout motif confondu. Cela est aggravé par les difficultés de recrutement et de turn-over des professionnels de l'ASE, ce qui pose des problèmes de suivi des dossiers et ralentissent d'autant plus un processus déjà trop long :

*« C'est très compliqué. En Seine St Denis ça fonctionne très mal, l'ASE coule sous le poids des signalements, des dysfonctionnements. Même le placement ne protège pas bien les enfants. Les situations nous arrivent vraiment tard. Ça n'est pas rare que ça arrive sur mon bureau mais que les premiers signalements datent d'il y a 3 ans. Donc non ça ne fonctionne pas extrêmement bien. » (JDE 2)*

*« La problématique principale en Seine St Denis c'est le recrutement du personnel, il y a un turn over énorme des éducateurs, donc à l'audience le, plus souvent lors des prises de parole du personnel éducatif ils ne connaissent pas les enfants ni la famille et ne savent pas de quoi on parle. Les évaluations commencent avec un professionnel qui se met en arrêt ou change de job du coup le suivant reprend comme il peut, si quelqu'un peut. Donc c'est sûr qu'on perd des informations dans la bataille. » (JDE 2)*

### **3. Importance de la vigilance accrue**

Une attention particulière au moment de l'examen des enfants notamment avant et au retour de voyage dans des pays à risque est un premier point soulevé par les personnes interrogées :

*« C'est plus facile avec les enfants parce qu'on les déshabille complètement donc on peut voir les OGE.*

*Avant je ne le faisais pas forcément mais maintenant au retour de voyage je regarde. » (Med 3)*

*« C'est en premier un travail de prévention qu'il faut faire en systématique pour tout le monde, notamment les patientes qui ont des mamans qui viennent de pays à risque » (Med 2)*

Pour une autre des médecins ce moment de l'examen physique est un bon moment pour parler des mutilations génitales avec les parents :

*« Je parle de l'excision au moment de l'examen, au moment où je retire la couche, je pose la question à la maman, « est-ce que vous Madame vous êtes excisée ? Est-ce que c'est quelque chose qu'on fait dans votre famille ? » Oui ou non, ça permet d'ouvrir le sujet. » (Med 1)*

Cette vigilance est d'autant plus importante que, comme nous l'avons vu, les enfants à risque ou ayant subi une MGF peuvent être à risque d'autres dangers et donc nécessiter des mesures supplémentaires que d'ISTF.

### **4. Nécessité d'outils disponibles**

Comment aborder la question en consultation ou comment mener un examen des organes génitaux lorsque la problématique des mutilations génitales se trouve à la frontière de l'intime et de

la culture ? Les médecins interrogés imaginent des outils qu'ils pourraient utiliser en consultation, tels que des images, des vidéos ou encore des questions types, comme un guide d'entretien :

*« Je pense qu'il faut avoir des outils pour bien répondre. Sur que c'est des choses qui ne se disent pas.*

*Si tu ne poses pas la question on ne va pas te dire « j'ai été excisée ». » (Med 3)*

*« Il n'y a pas de formulaire pour guider un peu. On ne sait pas ce qui est attendu, si ça va être lu par des médecins, ou au moins des exemples pour qu'on sache. C'est un problème je trouve. » (Med 4)*

Une des médecins de PMI, avec l'expérience, évoque le sujet avec les parents au moment d'examiner les organes génitaux des petites filles pour faciliter le dialogue :

*« Je parle de l'excision au moment de l'examen, au moment où je retire la couche, je pose la question à la maman, « est-ce que vous Madame vous êtes excisée ? Est-ce que c'est quelque chose qu'on fait dans votre famille ? » Oui ou non, ça permet d'ouvrir le sujet. » (Med 1)*

Le mise en place de protocole en cas de situation pour une meilleure harmonisation entre chaque structure permet plus d'efficacité :

*« Il y a récemment eu la réunion avec le parquet pour mettre en place un protocole qui puisse déclencher des mesures au niveau du Parquet pour les situations à risque donc avec une interdiction de sortie du territoire notamment. » (Med 1)*

## **5. L'importance des personnes ressources et centres experts**

Le besoin de formations spécifiques, que ce soit pour le dépistage de la maltraitance en général et les mutilations génitales en particulier, pour les médecins interrogés, ressort comme primordial, notamment dans les régions où la prévalence est élevée :

*« Je pense qu'il faudrait avoir forcément une formation là-dessus. Déjà on ne connaît pas au niveau général sur la population, et au niveau soignant on a peu de formation alors que c'est des situations fréquentes en tout cas en région parisienne » (Med 3)*

*« C'est la formation des médecins la solution. Nous on avait des cours obligatoires sur pleins de choses mais pas un cours sur les violences par exemple. On ne nous parle pas des signalements ou des IP. On croise juste des enfants qui sont suivis mais on ne sait pas pourquoi. » (Med 4)*

Au niveau des CRIP la directrice évoque le rôle de personnes ressources, qui étaient des médecins connaissant bien la problématique des MGF et qui assuraient des formations régulières et du conseil dans les situations de suspicion :

*« Il y a eu surtout des personnes ressources à l'époque comme les Dr X et X qui travaillaient en PMI qui étaient à la tête de ces missions de prévention. » (CRIP)*

Pour accompagner également les médecins libéraux ou hospitaliers, moins habitués à rencontrer ces situations et qui pourraient se sentir démunis et seuls face à une situation à risque, un service de soutien au niveau de l'hôpital avec des professionnels plus formés, travaillant en équipe, est une alternative proposée :

*« Je sais que c'est interdit donc je sais qu'il faut faire des démarches, mais pareil je n'ai jamais eu le cas je sais que ça arrive je sais que je dois me rapprocher des gens qui ont l'habitude. [...] Je pense qu'immédiatement je demanderai un avis en centre expert, dans un CHU. », « Si je tombe sur une situation je me tournerai vers les gynécologues ou la pédiatrie générale je pense. » (Med 4)*

## 6. Accompagnement des familles

Le signalement est un outil d'urgence, de protection rapide de l'enfant à risque. Cependant une prise en charge de la famille à plus long terme est nécessaire comme l'évoque la directrice de CRIP :

*« La question est qu'est-ce qu'on met en place ensuite pour accompagner les familles. Souvent ces familles ne connaissent pas, ne savent pas, qui ne se rendent pas compte, ou avec des traditions très ancrées, mais on a quand même un levier de travail. » (CRIP)*

Elle fait la comparaison avec le rôle de l'emprisonnement sur l'avenir des détenus et son devoir de réhabilitation et réintégration :

*« C'est comme quand on emprisonne un délinquant, ok on le met en prison, il ne va pas faire de mal, mais qu'est-ce qu'on en fait après, qu'est-ce qu'on fait aussi à côté ? C'est plutôt cette question-là qui m'interroge. » (CRIP)*

L'enjeu de la sensibilisation des familles est aussi évoqué par l'une des magistrates, mais cela lui semble difficilement réalisable en l'état :

*« Il y a quand même un côté familial et traditionnel dans l'excision. Il y a un enjeu de sensibilisation à faire auprès de la population donc si on veut que ça passe par autre chose que le signalement en cas de risque il y a un vrai travail de com à faire. » (JDE 2)*

# DISCUSSION

## I. Les MGF comme violences à signaler

### 1. Des signalements trop rares

Des chiffres plus précis sur les risques nous semblent indispensables afin d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention.

Les chiffres de la protection de l'enfance sont connus avec des données de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le ministère de la Justice, les directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) et le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) (19).

Mais les données concernant les MGF ne sont pas identifiables spécifiquement et sont retrouvées parmi les violences sexuelles, comme le supposent les magistrates que nous avons interrogés. Les seuls chiffres retrouvés datent de 2023, d'un rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes (18). Il mentionne six signalements faits au Parquet de Paris en 2018, chiffre qui est décrit dans le rapport comme « *peu élevé par rapport à la population à risque* » et souligne l'importance de la sensibilisation de tous les professionnels susceptibles d'être en contact avec des personnes menacées ou victimes d'excision.

Cependant sans données chiffrées, il semble difficile d'évaluer cette problématique et de cibler les actions de prévention.

Nous pouvons comparer les chiffres retrouvés en France avec ceux de Belgique, pays voisin, lui aussi confronté à la problématique des MGF. Une recherche action a été réalisée entre 2009 et 2013 pour évaluer les signalements de mutilations génitales féminines (MGF), après le constat des professionnels confrontés à la problématique, qui ont dû (ré)agir face à plusieurs situations, plus ou moins urgentes, afin de protéger des enfants risquant d'être excisées lors de voyages dans leur pays d'origine durant les vacances (20,21). 52 signalements ont été faits pour des situations à risque durant la période d'étude soit une moyenne de 17 par an, dans un pays où la population générale est plus de 5 fois moins nombreuse que la population française (22).

Cependant dans cette recherche, les signalements sont faits par des associations spécialisées en Belgique (GAMS Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF), associations qui réalisent également les enquêtes. Elles s'orientent vers la justice lorsque leur enquête retrouve des éléments francs de danger, à la différence de la stratégie française qui remonte initialement le signalement à la justice. (21)

Les freins au signalement avancés par les professionnels sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature concernant d'autres types de maltraitance, à savoir la peur du diagnostic erroné, la difficulté de l'isolement pour les médecins libéraux et l'absence de retour des décisions. (23,24). Dans ces études la plupart des médecins n'avaient pas reçu de formation spécifique concernant le repérage et le signalement des situations à risque mais étaient en demande.

Concernant le signalement des MGF spécifiquement, certains professionnels confient, toujours dans le rapport du Sénat, pouvoir être « *réticents à dénoncer les mutilations sexuelles féminines, par crainte de mesures telles que l'arrestation des parents ou le placement des jeunes victimes* ». (18)

Certains médecins estimant que « *les parents qui font mutiler leur fille sont « de bons parents quand même », ou alors « ils ne savaient pas », voire « c'est leur tradition ».*

Dans les situations de mise en évidence de MGF au cours d'un accouchement d'une adolescente, des gynécologues justifient leur réticence par une volonté de protection d'une mineure d'autant plus vulnérable par son statut de jeune mère : « *il est délicat pour un gynécologue-obstétricien venant d'accoucher une adolescente mutilée de l'exposer ainsi et de mettre en cause ses parents ».* (18)

## **2. Des réponses dépendantes des acteurs**

Les actions menées dépendent des acteurs rencontrés. Dans notre étude, des médecins d'une région nous évoquaient des réponses systématiquement négatives de la part du Parquet en cas de suspicion, même en présence d'éléments de danger majeurs, alors qu'une des juges des enfants interrogée, exerçant dans une région différente, nous confiait ne pas hésiter à placer un enfant en cas de risque pour être certain d'écarter le danger.

Les prises en charge sont donc très dépendantes des interlocuteurs et non harmonisées, en dépit de recommandations nationales. (25)

## **II. Les MGF comme violences faites aux femmes**

### **1. Les MGF comme violence genrée**

À l'échelle mondiale, les mutilations génitales féminines (MGF) touchent environ 200 millions de filles et de femmes, principalement en Afrique subsaharienne, au Moyen-Orient et en Asie du Sud-Est. Dans certains pays comme la Somalie, la Guinée et Djibouti, les taux de prévalence atteignent plus de 90% des filles et des femmes. (3). Cependant près de 5% des victimes vivent dans des pays du Nord, soit plus de 6,5 millions de filles et de femmes, et résident principalement dans les pays européens d'immigration africaine ainsi qu'en Amérique du Nord (26).

Les MGF y sont souvent pratiquées comme un rite de passage culturel profondément enraciné, soutenu par des croyances religieuses ou des normes sociales qui valorisent la chasteté et le contrôle de la sexualité féminine. (2,27)

La lutte contre les MGF, au niveau international, est marquée par des efforts concertés des gouvernements, des ONG, et des organisations internationales comme l'OMS et l'UNICEF, qui œuvrent pour l'éradication de cette pratique. Les stratégies incluent l'éducation communautaire, la législation, et l'autonomisation des femmes. Cependant, dans de nombreux pays, la mise en œuvre des lois reste faible, et les pratiques clandestines persistent. (27)

En France, les mutilations génitales féminines (MGF) constituent une problématique de santé publique et de protection des droits de l'enfant, en particulier chez les mineures issues de communautés où ces pratiques sont culturellement ancrées. Bien que la loi française interdise strictement les MGF comme nous l'avons vu dans l'introduction de ce travail, des milliers de filles risquent encore d'être soumises à ces pratiques, sans qu'on soit en mesure de quantifier le risque pour le moment. Les signalements de ces cas sont souvent compliqués par le silence des victimes, la réticence des familles et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et du social pour identifier et rapporter ces violences. Ces obstacles révèlent une dimension genrée de la violence qui

trouve un écho dans d'autres formes de violences faites aux femmes, où le contrôle de leur corps et de leur sexualité est central.

## **2. Parallèle avec les violences domestiques et les mariages forcés**

Les mutilations génitales féminines, bien qu'elles soient une forme unique de violence, partagent des dynamiques communes avec d'autres violences genrées, telles que les violences domestiques et les mariages forcés. Dans chacun de ces cas, le contrôle social exercé sur les femmes et les filles est au cœur de la violence. Les MGF, tout comme les violences conjugales, sont souvent perpétrées dans un cadre familial ou communautaire, où l'autorité et le pouvoir masculins jouent un rôle prédominant.

Le phénomène des mariages forcés, également observé en France, renforce cette comparaison. Rappelons que le mariage forcé est une atteinte aux droits humains fondamentaux, selon l'article 16 de la Déclaration Universelle des Droits de L'Homme, notamment à la liberté et à l'intégrité physique. « *Toute personne a le droit de choisir son époux ou son épouse* » comme le rappelle le Code Civil (28,29). Dans la pratique on considère comme un mariage forcé toute union, quelle soit civile, religieuse ou coutumière, organisée par la famille, et dans laquelle l'une des deux personnes (parfois les deux) ont subi des pressions et/ou des violences afin de les y contraindre. Il peut concerner aussi bien les hommes que les femmes, même si pour les premières, les effets comme les violences, notamment sexuelles, sont plus fréquentes. (30,31)

Comme les MGF, les mariages forcés sont souvent imposés aux jeunes filles en tant que mécanismes de contrôle, visant à réguler leur sexualité et à garantir l'honneur familial. Les deux pratiques reposent sur des justifications culturelles ou religieuses qui légitiment la soumission des femmes et des filles à des normes patriarcales strictes. La difficulté des signalements de mariages forcés en France, tout comme pour les MGF, met en lumière la crainte des répercussions familiales et communautaires, un phénomène qui réduit l'efficacité des systèmes de protection.

## **3. Une législation non respectée dans le monde et en France**

Le recul des MGF dépend beaucoup du degré de mobilisation des États : si dès 1952, les mutilations sexuelles féminines apparaissent dans une résolution de la commission des droits de l'homme des Nations unies, ce n'est qu'à partir des années 1990 que des recommandations internationales explicites sont diffusées et il faut encore attendre 2003 pour que l'ensemble des pays membres de l'Union africaine signent un protocole condamnant officiellement les mutilations sexuelles et les interdisant. Des lois existent dans la plupart des pays mais sont encore rarement appliquées. (26)

En France, la pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et des associations dès les années 1980. La première réponse apportée par l'État a pris une forme judiciaire, celle des associations étant avant tout préventive et informative (26). La France, en étant le premier pays européen à avoir intenté des procès à partir de 1979, se positionne donc comme sévère contre ces pratiques à priori avec des peines encourues jusque 30 ans de réclusion criminelle contre les parents et autres complices. En outre, dans le cadre de la protection de l'enfance, les professionnels sont soumis à un devoir de signalement (article 223-6 du Code pénal). (7)

Cependant les procès sont jugés en tribunal correctionnel jusque 1983, alors que les faits relèvent de la Cour d'Assises et ils restent exceptionnels. Les condamnations demeurent peu sévères faces à la

gravité de ces actes, à l'image du dernier procès de 2022 au Mans, où une mère de 3 fillettes est condamnée à 5 ans de prison avec sursis pour avoir fait subir des mutilations génitales à ses filles lors de voyages à Djibouti. (32)

### III. Solutions pour l'avenir

#### 1. Vers une politique de signalement plus efficace : Des enseignements tirés des luttes contre les violences sexuelles

Pour améliorer les signalements des MGF chez les mineures en France, il est crucial de tirer des enseignements des stratégies de lutte. Dans le cas des violences sexuelles, la France a renforcé les dispositifs de sensibilisation et de formation des professionnels, ce qui a conduit à une hausse des signalements. Les campagnes de sensibilisation publique et l'accompagnement des victimes ont joué un rôle clé dans le changement des perceptions sociales et la réduction de la stigmatisation.

Appliquer des stratégies similaires aux MGF pourrait inclure l'intégration d'une formation systématique pour les professionnels de santé, du social et de l'éducation, afin de mieux détecter les signes de mutilation. De plus, l'engagement communautaire est essentiel : les campagnes doivent inclure les communautés concernées par la pratique ainsi que les femmes elles-mêmes pour démystifier et dénoncer ces pratiques.

Enfin, tout comme pour les violences sexuelles, il est important de renforcer la protection des victimes et des personnes qui signalent ces actes, en assurant leur sécurité, sans risque de sanctions professionnelles au décours ou de représailles des familles. Un cadre de signalement clair, soutenu par une volonté politique forte, pourrait ainsi non seulement augmenter le nombre de cas signalés, mais aussi contribuer à la prévention de ces violences par le plus de professionnels possibles.

#### 2. Formations initiales et continues

La formation dès l'internat des médecins amenés à voir les enfants à risque semble indispensable. Plusieurs médecins ont évoqué de possibles situations manquées au début de leur activité du fait du manque de connaissance ou d'expérience. Une sensibilisation aux éléments de danger dès le début de leur pratique permettrait un repérage plus efficace des situations à risque.

C'est aussi le cas des magistrats qui pourraient avoir un point spécifique sur les MGF et mariages forcés au cours de leur formation. Ces formations pourraient être faites par des associations spécialisées ou des médecins connaissant bien la problématique des MGF. Plusieurs formes sont possibles, de l'enseignement théorique aux mises en situation avec utilisation par exemple de jeux de rôle, qui permettent d'avoir des clés plus concrètes pour gérer ces situations.

Des actions sont déjà en place, mais parfois pas assez connues. Dans le cadre du plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2023-2027), une campagne « *Impatiente à l'aller, mutilée au retour* » portée par l'association « Excision parlons-en », est déployée pour sensibiliser les jeunes filles, leur entourage et les professionnels, avant le départ en vacances d'été sur les risques liés à l'excision. (33)

### 3. Des outils disponibles à faire connaître

Plusieurs formations sont disponibles pour les professionnels afin de se sensibiliser à la problématique des MGF en général ainsi pour les femmes :

- Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines (34)
- Les outils de l'association Mille Parcours (4)
- Un kit de formation élaboré par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) est également disponible avec un court métrage « Bilakoro » et un livret d'outils, destiné aux professionnels de santé en lien avec des femmes ou jeunes filles ayant subi une mutilation sexuelle féminine ou menacées de l'être. (35). Il aborde, à partir de témoignages, les conséquences physiques et psychologiques de l'excision et présente la manière dont les mutilations peuvent être prises en charge ainsi que des initiatives de lutte contre la perpétuation de ces pratiques.
- Plus récemment en 2024, la campagne « *Impatiente à l'aller, mutilée au retour* » évoquée précédemment, avec un kit de communication gratuit avec une vidéo et une affiche à imprimer, qui a pour objectif d'être diffusée dans toute la France notamment dans les établissements scolaires, les centres de PMI et les consulats des pays concernés, ainsi que sur internet et les réseaux sociaux. L'objectif est la sensibilisation avant les départs en vacances. (36)

La diffusion massive et leur communication est maintenant majeure afin d'avoir un impact auprès des populations visées.

### 4. Forces et limites de l'étude

Les principales forces de notre étude sont d'une part la diversité des participants. En effet cette étude qualitative inclut des témoignages variés provenant de différents professionnels (médecins, juges, travailleurs sociaux). Cela permet d'avoir une vision multifacette de la problématique des MGF. Elle traite également d'un sujet peu traité dans la littérature scientifique à notre connaissance ; si les MGF sont étudiées dans plusieurs études, les actions de prévention, et notamment le signalement est très peu mentionné. De plus la mise en évidence des obstacles dans le contexte des MGF peut aussi illustrer les obstacles au signalement dans d'autres situations de violence faites aux mineurs. Elle peut donc contribuer à une meilleure compréhension des freins à l'action, tant au niveau de la communication entre professionnels et familles qu'au niveau des réticences à signaler.

Les principales limites méthodologiques reposent, elles, sur le faible échantillon de participants, entraînant une faible puissance et une généralisation limitée des résultats. La généralisation doit être d'autant plus prudente du fait de la faible répartition géographique des participants, ne reflétant pas nécessairement la diversité des pratiques et des attitudes à travers le pays.

Plusieurs biais peuvent aussi être avancés ; Un biais de sélection dû à la participation volontaire des professionnels, ceux interviewés ont peut-être été plus enclins à participer parce qu'ils sont particulièrement sensibles ou informés sur la question des MGF, ce qui peut introduire un biais dans les résultats, mais également un biais de mémorisation et de déclaration du fait du récit à distance des expériences des professionnels. Nous pouvons également déplorer l'absence de certaines professions au sein de l'échantillon tel que des procureurs, acteurs importants du signalement de MGF, et de la faible représentation de d'autres comme les personnes travaillant en CRIP. Ces professions sous-représentées peuvent limiter la compréhension globale du phénomène.

Les participants avaient une connaissance théorique inégale rendant les résultats peu généralisables mais apportant aussi une vision étendue du sujet.

## CONCLUSION

Les mutilations génitales féminines sont une problématique encore trop mal connue aujourd'hui et les signalements réalisés par les professionnels pour protéger les mineures à risques sont encore trop rarement faits. Cette étude qualitative a permis de mettre en lumière les complexités et les défis entourant le signalement des mutilations génitales féminines (MGF) chez les mineures. En recueillant des témoignages variés de professionnels impliqués dans la détection et la prévention de ces pratiques, l'étude a révélé non seulement les obstacles concrets, comme les incertitudes légales, mais aussi les disparités entre les connaissances théoriques acquises lors de la formation et les réalités du terrain.

Les résultats montrent que, malgré une prise de conscience croissante des risques associés aux MGF par les professionnels, en dépit d'absence fréquente de formation théorique, le processus de signalement reste entravé par une multitude de facteurs, notamment la peur de stigmatiser les familles concernées, le manque de preuves tangibles, et les difficultés d'articulation entre les instances.

Cependant, les limites de l'étude, telles que le faible échantillon l'absence de données quantitatives et les biais liés à la sélection des participants, invitent à la prudence dans la généralisation des résultats. Il est essentiel de poursuivre les recherches, notamment en incluant des données quantitatives et en élargissant l'échantillon géographique et professionnel, pour mieux comprendre l'étendue des pratiques et affiner les stratégies de prévention.

En conclusion, cette étude contribue à une meilleure compréhension des dynamiques entourant le signalement des MGF, mais elle souligne également la nécessité d'efforts supplémentaires pour surmonter les obstacles identifiés. L'amélioration de la formation des professionnels, une meilleure coordination entre les services, et une sensibilisation toujours présente notamment dans les périodes à risque comme au début des vacances, avec un ciblage sur des régions prioritaires plus à risque, sont des pistes essentielles pour renforcer l'efficacité des mesures de protection des mineures contre les MGF.

## REFERENCES

1. World Health Organization. Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Elimination of Female Genital Mutilation Interagency Statement - OHCHR UNAIDS UNDP UNECA UNESCO UNFPA UNHCR UNICEF UNIFEM WHO. 2008;45.
2. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. *Population*. 2016;71(2):224-311.
3. Hassfurter K. UNICEF DATA. 2024 [cité 16 août 2024]. Female Genital Mutilation: A global concern. Disponible sur: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
4. Mille Parcours – Accompagner la santé des personnes exilées [Internet]. Disponible sur: <http://milleparcours.org/>
5. Audate V, Belkacemi N, Eggermont R, Hendrickx M, Ndamè S, Verrept H. Estimation de la prévalence des filles et femmes ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018.
6. Projet MSF-PREVAL : Mesure de la prévalence des « mutilations sexuelles féminines » en France – Unité de Recherche Migrations et Société (Urmis) [Internet]. Disponible sur: <https://www.urmis.fr/projet-msf-preval/>
7. Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Rapport final. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH) [Internet]. Université Paris 1; 2009]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02111011>
8. European Institute for Gender Equality. Situation actuelle de la mutilation génitale féminine en France. [Internet]. LU: Publications Office; 2013. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2839/15792>
9. Linda Weil-Curiel, Natacha Henry, Hawa Greou. Exciseuse. 2007. 238 p.
10. Protection de l'enfance et de l'adolescence | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-de-lenfance-et-de-ladolescence>
11. Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000045136781](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136781)
12. Article 226-13 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417945](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945)
13. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000049532171](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171)
14. Section 2 bis : Information préoccupante (Articles R226-2-2 à D226-2-8) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA00002817320](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA00002817320)
15. Article L226-2-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 16 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000027572899](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027572899)
16. ONPE [Internet]. Système français de protection de l'enfance. Disponible sur: <https://onpe.france-enfance-protgee.fr/droit-et-pratiques/dispositif-de-protection-de-lenfance-en-france/>
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours)
18. Sénat [Internet]. 2023. Mutilations sexuelles féminines : une menace toujours présente, une mobilisation à renforcer. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r17-479/r17-479.html>
19. ONPE [Internet]. Les données chiffrées produites par l'ONPE. Disponible sur: <https://onpe.france-enfance-protgee.fr/les-chiffres/productions-donnees-chiffrees-onpe/>
20. De Brouwere M, Dieleman M, Richard F. Étude des signalements de mutilations génitales féminines en Belgique : les défis opérationnels d'une recherche sensible. *Spécificités*. 2015;8(2):88-94.
21. Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines [Internet]. 2014 [cité

- 26 août 2024]. Recherche-action sur des signalements de MGF en Belgique. Enquête conduite au sein des associations belges spécialisées (GAMS Belgique, INTACT, Collectif Liégeois MGF). Disponible sur: <https://www.strategiesconcertees-mgf.be/en/recherche-action-sur-des-signalements-de-mgf-en-belgique-enquete-conduite-au-sein-des-associations-belges-specialisees-gams-belgique-intact-collectif-liegeois-mgf/>
22. Structure de la population | Statbel [Internet]. Disponible sur: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>
23. Regnaut O, Jeu-Steenhouwer M, Manaouil C, Gignon M. Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study. BMC Res Notes. 30 oct 2015;8:620.
24. Desmond L. Enfance en danger: les freins aux signalements et aux informations préoccupantes chez les psychiatres: étude a partir d'un échantillon de psychiatres en Aquitaine, accueillant des enfants. 23 sept 2016;108.
25. HAS. Recommandation de bonnes pratiques: Mutilations sexuelles féminines Comment protéger une patiente mineure [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307\\_fiche\\_4\\_comment\\_proteger\\_mineures.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_fiche_4_comment_proteger_mineures.pdf)
26. Marie Lesclingand, Armelle Andro. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France - Population et Sociétés - Ined éditions. Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. oct 2007 ;(n° 438). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/mutilations-sexuelles-feminines-afrique-france/>
27. Mutilations sexuelles féminines [Internet].. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
28. Article 144 - Code civil - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000027431990](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027431990)
29. Article 146 - Code civil - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006421979](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006421979)
30. Fédération GAMS [Internet].. Mariages forcés. Disponible sur: <https://federationgams.org/mariages-forces-2/>
31. Mariage forcé | Arrêtons les violences [Internet]. [Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/mariage-force>
32. Procès de l'excision en France : une mère de famille condamnée | TV5MONDE - Informations [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://information.tv5monde.com/terriennes/proces-de-lexcision-en-france-une-mere-de-famille-condamnee-184928>
33. Toutes et tous égaux - Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 | Égalité-femmes-hommes [Internet]. 2023 Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/toutes-et-tous-egaux-plan-interministeriel-pour-legalite-entre-les-femmes-et-les-hommes-2023-2027>
34. Ministère de la santé et des sports. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf>
35. Outils de formation sur les mutilations sexuelles féminines | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-mutilations-sexuelles-feminines>
36. Lutte contre les mutilations sexuelles: campagne de sensibilisation « Impatiente à l'aller, mutilée au retour » | Égalité-femmes-hommes [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/lutte-contre-les-mutilations-sexuelles-campagne-de-sensibilisation-impatiente-laller-mutilee-au>

# ANNEXES

## *Annexe 1 : Grille d'entretien semi dirigé*

- Connaissez-vous l'excision ? Connaissez-vous le signalement en cas de situation à risque ?
- Avez-vous eu des formations sur le sujet ? Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances ?
- Connaissez-vous les situations à risque ? Quels éléments sont indispensables pour vous à inscrire dans le signalement ?
- Avez-vous déjà fait des signalements ou en avez-vous reçu ? Pour une suspicion de MGF ? Pour MGF avérée ?
- Qu'avez-vous fait dans ce cas ? Sinon qu'auriez-vous fait ?
- Vous êtes-vous déjà senti démuni face à une situation nécessitant un signalement ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Face à une situation à risque avez-vous déjà rencontré des difficultés à la mise en œuvre du signalement ? Si oui lesquelles ? Si non, face à une situation à risque quelles sont les principales difficultés selon vous ?
- Le signalement nécessite une articulation santé et justice. Vous êtes-vous retrouvé face à des problèmes d'articulation entre les institutions ? Si oui à quelle fréquence et pour quelle(s) raison(s) selon vous ?
- Existe-t-il une comptabilisation des situations dans votre structure ?
- Avez-vous mis en place des solutions au sein de votre structure pour pallier aux difficultés rencontrées ? Quelles solutions peuvent être mises en œuvre selon vous ?
- Est-ce actuellement un outil utile selon vous ? Pour quelle(s) raison(s) ?

# FORMULAIRE DE SIGNALEMENT PROCUREUR.E DE LA RÉPUBLIQUE

**Auteur.ice du signalement :** Nom – Prénom – Profession – Coordonnées

Madame, Monsieur, la/le Procureur.e,

En application des dispositions de l'article 226-14 du Code Pénal, je me dois de vous rapporter les propos et/ou les faits dont j'ai eu connaissance au sujet de l'enfant :

Nom - Prénom - Date et lieu de naissance - Adresse - Situation familiale et fratrie

L'enfant était accompagnée à ma consultation par :

Nom - Prénom - Personne mineure ou majeure - Lien avec l'enfant - Coordonnées

## DESCRIPTION DE LA SITUATION :

### Exemple 1:

Je suspecte qu'une excision soit pratiquée chez l'enfant : .....

Le voyage se tient à : ..... du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

L'enfant m'a rapporté les propos suivants / s'est comportée de la manière suivante au cours de la consultation (préciser si présence de la personne accompagnatrice ou non):

.....

La personne accompagnatrice m'a rapporté les propos suivants : .....

.....

### Exemple 2:

Je constate ce jour qu'une excision a été pratiquée sur l'enfant : .....

Les lésions constatées sont : .....

.....

Signalement adressé au/à la Procureur.e de la République

**Fait à :** ....., le ..... / ..... / ..... **Signature :**

Le signalement, en cas d'urgence, peut être transmis par **téléphone** et/ou en **télécopie**. Dans tous les cas, il doit être adressé par **voie postale** au/à la Procureur.e de la République du Tribunal de Grande Instance ou du Tribunal Judiciaire compétent. L'auteur.e du signalement doit s'assurer de sa réception (envoi en recommandé conseillé) et en conserver un double. Coordonnées : [www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-tribunaux-de-grande-instance-21768.html](http://www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-tribunaux-de-grande-instance-21768.html)

## RESUME

### **Introduction :**

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont des pratiques violentes à l'encontre des femmes et des filles, entraînant des conséquences graves pour la santé. Bien que la pratique soit rare en France, elle persiste au sein des communautés migrantes, souvent lors de séjours dans le pays d'origine. Pour protéger les mineures à risque, un signalement au Procureur de la République peut être réalisé, cependant cet outil présente plusieurs limites.

L'objectif de ce travail est d'examiner les mécanismes de signalement des MGF, en tenant compte des aspects législatifs, des rôles des différents acteurs (médecins, services de protection de l'enfance, magistrats), et des difficultés rencontrées dans la pratique du signalement.

### **Méthodologie :**

Notre recherche est une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens avec différents professionnels impliqués dans la protection des mineures contre les MGF. Elle examine les connaissances théoriques des participants, leurs expériences de terrain, les difficultés rencontrées dans la détection et le signalement des cas de MGF, ainsi que les solutions possibles.

### **Résultats :**

Les résultats montrent une disparité dans les connaissances et les pratiques des professionnels concernant les MGF. Les signalements sont souvent rares et dépendent largement de l'expérience individuelle des professionnels. Elle souligne également les difficultés liées au tabou de l'intimité entourant les MGF, la rareté des cas documentés, et les problèmes de fonctionnements des institutions entre elles.

### **Conclusion :**

Le mémoire conclut que bien que la législation française soit claire sur l'interdiction des MGF et les obligations de signalement, il existe des lacunes dans la mise en œuvre pratique. Il recommande une meilleure formation des professionnels, l'amélioration des outils de signalement, et une plus grande vigilance pour prévenir ces pratiques.