



MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

SITE DU GAMS : [HTTP://PERSO.ORANGE.FR/..ASSOCIATIONGAMS](http://perso.orange.fr/..associationgams)

SITE DE GSF : [HTTP://WWW.GYNSF.ORG](http://www.gynsf.org)



Depuis la nuit des temps, l'époque néolithique, puis pharaonique, jusqu'au 3ème millénaire, une pratique inimaginable a été créée par l'homme et réalisée par les femmes contre les femmes :

LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Le 15 juin 2006

HME-CHU Nantes

Sous la présidence de C. Seneschal (Directeur de l'H.M.E.- CHU Nantes),

F. Levent (D.R.A.S.S.), HJ Philippe (GSF, CHU Nantes) et MF Gonin (DRDFE)

1. Mutilation Sexuelle Féminine :

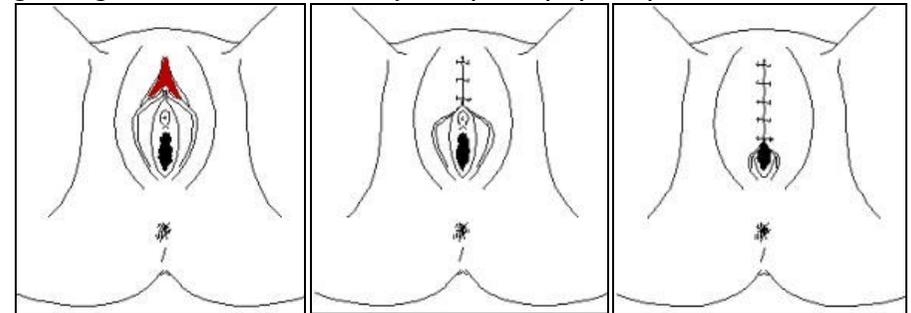
Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques (OMS 1997).

2. Typologie des Mutilations sexuelles

Pr HJ Philippe (GSF)

L'O.M.S. a établi une typologie des différentes mutilations génitales féminines en 4 quatre catégories, décrites ci-dessous (Classification du Dr Robin Cook, 1995) :

- **Type I** : circoncision avec excision du prépuce clitoridien sans excision du clitoris
- **Type II** : excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres (80 % des mutilations)
- **Type III** : infibulation avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire (15 % des mutilations)
- **Type IV** : autres procédés de mutilation : Toute autre opération sur les organes génitaux de la femme, y compris, piqûre, percement,



Type I
Excision du prépuce
et du clitoris

Type II Type III
Excision du clitoris
et des petites lèvres

Infibulation

(Source : HUSTON P. Rapport compilé pour le groupe de travail fédéral interministériel sur les mutilations des organes génitaux féminins. Bureau pour santé des femmes, Santé Canada, Automne 2000.)

- L'âge auquel sont pratiquées les mutilations sexuelles varie en fonction des régions et donc des communautés : dès la naissance, vers 3-6 ans entre 10 et 12 ans, juste avant d'être mariées (15/16 ans) et, parfois, plus tard, avant le mariage, au cours de la grossesse ou encore à la suite du premier accouchement.
- Suivant les pays, les MSF sont pratiquées par des exciseuses voire par des professionnels du secteur de la santé. La mutilation est réalisée sans la moindre anesthésie avec un couteau, une lame de rasoir, puis un pansement à base de plantes et de cendres est mis sur la plaie. Les jambes de la fillette sont le plus souvent attachées pendant une dizaine de jours pour diminuer le risque de réouverture de la plaie.

3. Épidémiologie

I. Gillette-Faye (GAMS)

On estime à **130 millions** le nombre de femmes mutilées sexuellement. Chaque année, **2 à 3 millions** de fillettes et de jeunes femmes subissent une mutilation génitale. En France, on estime entre **45000 et 60 000**, le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être.

Cette pratique ancestrale persiste dans nombre de cultures et de pays. Elle est appliquée surtout en Afrique de l'Ouest (Excision) et dans l'Afrique de l'Est (infibulation) mais également au Moyen-Orient et en Asie.

4. Données socio-culturelles

I. Gillette-Faye et Khady Koita (GAMS)

On pense que « la mutilation sexuelle féminine » était déjà pratiquée bien avant la naissance du christianisme et de l'Islam, en particulier chez les Phéniciens, les Hittites et dans l'Égypte des Pharaons. Elle serait apparue il y a près de trois mille ans en Égypte antique, où elle constituait une sorte de rituel de fertilité (les analyses des momies ont révélé qu'il existait des pratiques d'excision et d'infibulation, d'où le terme de circoncision pharaonique au Soudan).

On offrait à cette époque les parties excisées des femmes au Nil sacré.

On retrouve l'excision au 19ème et au début du 20ème en Europe, où l'ablation du clitoris était censée guérir les femmes de troubles physiques et mentaux !!

Principales justifications : elles sont d'ordre ...

- **mythique** :
Le clitoris risque en touchant l'homme ou le nouveau-né d'entraîner leur mort.
Le nouveau-né, nait bisexuel ; on excise la fille pour éliminer la partie masculine et on circonci le garçon pour éliminer la partie féminine.
- **sociologique** :
C'est un rite d'initiation et de passage à l'âge adulte.
- **sexuel** :
Il faut réduire ou atténuer le désir sexuel chez la femme, préserver ainsi la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité durant le mariage.
- **religieux** :
Les MSF sont souvent associées à l'Islam car les sociétés qui les pratiquent, principalement en Afrique musulmane, revendiquent la religion pour les justifier alors que ces mutilations ne sont ni recommandées, ni citées dans aucun texte religieux. Elles sont également pratiquées par certains chrétiens coptes ou par des juifs falashas originaires d'Éthiopie vivant actuellement en Israël. Elles précèdent l'aire chrétienne et musulmane. Mohamed n'a d'ailleurs pas fait exciser ses deux filles.
- **Et finalement, il s'agit plutôt actuellement d'une tradition, d'une coutume**
"Cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère l'a fait, donc mes enfants seront excisées". Les hommes considèrent comme impures les femmes non excisées et ne sont pas prêts à les épouser.

4. Conséquence médicales

Dr. C. Gosselin (UGOMPS)

Les conséquences des mutilations génitales féminines varient selon le type et la gravité de l'acte pratiqué.

Il existe des **conséquences immédiates** et d'autres **tardives**.

- Les conséquences **immédiates** sont le décès par choc et hémorragie, la douleur aiguë, les infections locales avec parfois un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus), la rétention d'urine liée à la douleur, les plaies, ...
- Les complications **tardives** sont fréquentes et surtout en cas d'infibulation avec une gêne pour uriner, pour les rapports sexuels et même parfois pour les règles et les complications obstétricales avec dystocie à l'origine de souffrance fœtale, de fistules vésico-vaginales, d'hémorragie de la délivrance et de césarienne.
- Des complications sur la **sexualité** surviennent fréquemment avec angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, dyspareunie et frigidité.
- Les complications **psychologiques** sont d'autant plus importantes que les mutilations sont pratiquées tardivement avec troubles du comportement, anxiété, dépression, irritabilité chronique ou frigidité.

6. Implications juridiques

L. Benoit-Cattin (CIDF)

La gravité de l'intervention et l'ampleur des souffrances physiques et psychiques qui accompagnent une MSF confortent la qualification de « torture » appliquée à la MSF (**art 3 des droits de l'homme**), dans la mesure où c'est une atteinte à l'intégrité physique de la femme.

Historique : les plus importants accords internationaux sur les MSF datent de ...

- 1948** : Déclaration universelle des droits de l'homme → **accès à la santé**
- 1984** : Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de **discrimination à l'égard des femmes**
- 1986** : Charte africaine des droits de l'homme et des peuples → 50 états ont adhéré à cette chartre → **Intégrité Physique et morale** (Art. 4)
- 1990** : Convention relative aux droits de l'enfant → 192 pays → **Abolition des pratiques traditionnelles** (Art. 24.3) → **Santé des enfants** (Art. 24)
- 2003** : Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples → **Interdiction et condamnation de toute forme de MSF** (Art. 5)

Quinze pays africains ont interdit officiellement l'excision mais ces interdictions restent trop souvent théoriques (2004).

Soudan : 1946	Sierra Leone : en 1953	Centrafrique : 1966
Somalie : 1978	Kenya : 1982	Liberia : 1994
Burkina Faso : 1987	Ghana : 1994	Djibouti : 1995
Egypte : 1997	Côte d'Ivoire : 1998	Sénégal : 1998
Togo : 1998	Tanzanie : 1998	Guinée Conakry : 2001

Les pays africains qui ont interdit la pratique des MSF, de par leur législation, le font en partenariat avec des ONG et avec l'aide des chefs religieux. Ces pays mettent en place des campagnes de sensibilisation et d'informations dans les villages pour communiquer le plus possible sur ce douloureux phénomène.

Condamnations :

- Peines prévues par le Code pénal pour l'auteur d'une mutilation :
Art. 222-9 : 10 ans d'emprisonnement et de 150 000€ d'amende
Art. 222-10 : 20 ans de réclusion criminelle, si mutilation commise sur un mineur, par un ascendant légitime
Art. 222-8 : 30 ans de réclusion criminelle, si mort d'un mineur par un ascendant, sans intention de la donner
Art. 223-6 : 5 ans d'emprisonnement et 750.000€ d'amende, si refus d'assistance à personne en danger
- La loi française s'applique aussi à des faits commis à l'étranger
- **Avril 2006 => application quelque soit la nationalité des parents**

Obligation de signalement aux autorités judiciaires ou administratives, des privations ou mauvais traitements à l'égard des mineurs ⇔ Non assistance à personne en danger sous peine de poursuite pénale (prison et amende)

Que faire en cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes, en France ou à l'étranger ?

Il faut appeler soit :

- le procureur de la République au Tribunal de grande instance du lieu de résidence,
- les services sociaux et médico-sociaux, notamment le Service départemental de protection maternelle et infantile et le Service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

7. Techniques chirurgicales

Pr HJ Philippe (UGOMPS, GSF)

Certaines techniques sont pratiquées en dehors de la grossesse :

- Exérèse de kystes épidermiques
- Libération de Névromes
- Désinfibulation en cas de dyspareunie, de tr. mictionnels ou des règles
- Clitoridoplastie avec libération du clitoris technique de P. Foldes

Certaines techniques sont réalisées pendant l'accouchement :

- Désinfibulation pendant l'accouchement

8. Prise en charge pluridisciplinaire

Dr. E. Antonetti-NDiaye, F. Toulemonde, P. Peeneart (Hopital Rothschild)

Toujours souhaitable, cette prise en charge comporte plusieurs étapes :

- premier contact avec une sage-femme → informations, explications,
- entretien avec un psychologue (→ évaluation du traumatisme),
- entretien avec un sexologue (→ évaluation des attentes sexuelles),
- entretiens avec un chirurgien et un anesthésiste
- réalisation d'un suivi médical, psychologique et sexuel.

9. Actions envisageables

Dr.J-L. Clouet (Ordre des Médecins), F. Levent (DRASS), Pr HJ Philippe (CHU, GSF), J-P. Tronche (L'ACSE), F. Chailleux (ASAMLA), F. Roussel (M.F.P.F.), T. Arab (C.I.D.), Dr. R. Clément (Faculté de Médecine), Dr H. Lepoivre (Mairie de Nantes), C. Burban (Ecole de Sage-femme)

AGIR : CONNAÎTRE, ACCOMPAGNER, PRÉVENIR ET RÉPARER

Modalités

1. Informer les femmes pour elles et leurs enfants
2. Former les professionnels (Faculté, ESF, IFSI, planet-s@nté)
3. Créer des centres experts pluridisciplinaires
4. Mettre en place un réseau avec les associations