

MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

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

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



Depuis la nuit des temps, l'époque néolithique, puis pharaonique, jusqu'au 3^{ème} millénaire, une pratique unimaginable a été créée par l'homme :

Les Mutilations Sexuelles Féminines

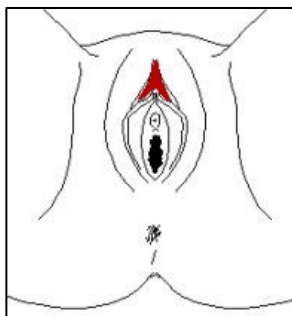
1. MUTILATION SEXUELLE FEMININE : INTRODUCTION

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).

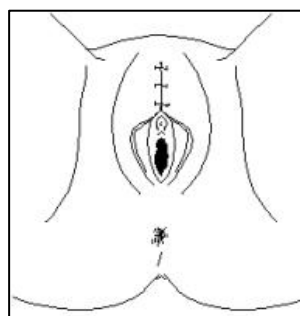
2. TYPOLOGIE DES MUTILATIONS SEXUELLES

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) :

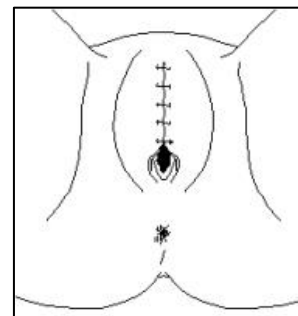
- **Type I** : circoncision (« sunna ») avec ablation du prépuce et d'une partie ou de la totalité du gland du clitoris
- **Type II** : excision du clitoris (clitoridectomie), avec excision partielle ou totale des petites lèvres (80 % des MSF)
- **Type III** : infibulation (« circoncision pharaonique ») avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire (15 % des mutilations),
- **Type IV** : autres procédés de mutilation sexuelle féminine. Toute autre opération sur les organes génitaux de la femme, y compris, piqûre, percement, incision, cautérisation, scarification, curetage, brûlure, déchirure, ...



Type I
Excision du prépuce
et du clitoris



Type II
Excision du clitoris
et des petites lèvres



Type III
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.)

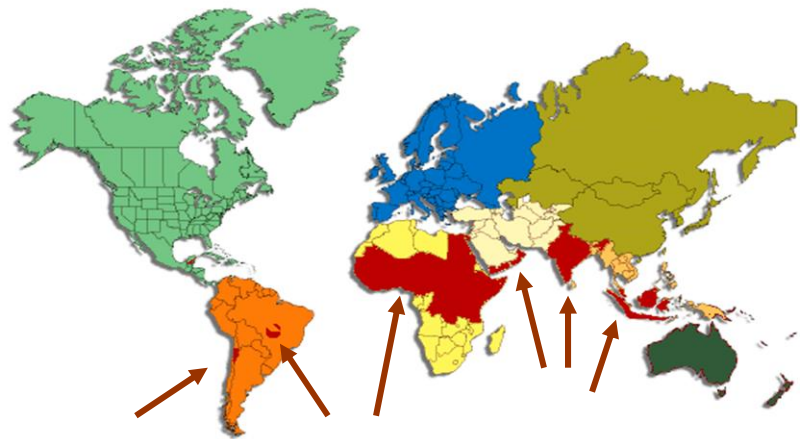
- L'âge auquel sont pratiquées les mutilations sexuelles varie en fonction des régions et donc des communautés : dès la naissance, vers 3-6ans entre 10 et 12 ans, juste avant d'être mariées (15/16 ans) et, parfois, plus tard, avant le mariage, au cours de la grossesse ou encore à la suite du premier 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. ÉPIDEMIOLOGIE

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.

Les départements les plus concernés sont les 8 départements d'Île-de-France (petite et grande couronne), ainsi que ceux des Bouches-du-Rhône, de l'Eure, du Nord, de l'Oise, du Rhône et de la Seine-Maritime. Cette pratique ancestrale persiste dans nombre de cultures et de pays. Elle est surtout appliquée en Afrique de l'Ouest (excision) et en Afrique de l'Est (infibulation). Les MSF sont également pratiquées au Moyen-Orient, en Asie (Indonésie, Malaisie, Inde), en Amérique du Sud (Pérou, Brésil) et en Amérique du Nord et en Europe (à cause des mouvements migratoires).



4. DONNEES SOCIO-CULTURELLES

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 **3000 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

Les principales justifications sont d'ordre ...

- **mythique** : le clitoris risque, en touchant l'homme ou le nouveau-né, d'entraîner leur mort. Le nouveau-né naît 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'ère 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.

5. CONSEQUENCE MEDICALES

Les conséquences des mutilations génitales féminines varient selon le type et la gravité de l'acte pratiqué. Il existe des **conséquences immédiates** et des **conséquences 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 foetale, 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 frigidity.
- Les complications **psychologiques** sont d'autant plus importantes que les mutilations sont pratiquées tardivement avec troubles du comportement, anxiété, dépression, irritabilité chronique ou frigidity.

6. IMPLICATIONS JURIDIQUES

La gravité de l'intervention et l'ampleur des souffrances physiques et psychiques qui accompagnent une mutilation sexuelle féminine 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 accords internationaux les plus importants sur les mutilations sexuelles féminines 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).

Interdiction de l'excision

Quinze pays africains ont interdit officiellement l'excision (*données 2004*) cependant, ces interdictions restent trop souvent théoriques.

Soudan : 1946	Sierra Leone : en 1953	Centrafrique : 1966
Somalie : 1978	Kenya : 1982	Liberia : 1994
Burkina Faso : 1987	Ghana : 1994	Djibouti : 1995
Égypte : 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

En France, les peines prévues par le Code pénal pour l'auteur d'une mutilation sont les suivantes :

- 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. Depuis avril 2006, elle s'applique quelle que soit la nationalité des parents.

Obligation de signalement



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

Certaines techniques sont pratiquées en dehors de la grossesse :

- exérèse de kystes épidermiques,
- libération de Névromes,
- désinfibulation en cas de dyspareunie, de troubles mictionnels ou des règles,
- clitoridoplastie avec libération du clitoris (technique de P. Foldes),

Certaines techniques sont réalisées pendant la grossesse :

- désinfibulation pendant l'accouchement

8. PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

Toujours souhaitable, cette prise en charge comporte plusieurs étapes :

- premier contact : informations, explications avec une sage-femme,
- ensuite, entretiens :
 - avec un psychologue (→ évaluation du traumatisme),
 - avec un sexologue (→ évaluation des attentes sexuelles),
 - avec un infirmier de la cellule anti-douleur,
 - avec un chirurgien et un anesthésiste,
- puis, réalisation d'un suivi médical, psychologique et sexuel.

9. ACTIONS ENVISAGEABLES

AGIR : CONNAITRE, ACCOMPAGNER, PREVENIR ET REPARER

Plusieurs actions sont possibles :

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



Gynécologie sans Frontières
Site : www.gynsf.org
Mail : admgymsf@aol.fr



Collège national des Gynécologues
et Obstétriciens Français
Site : www.cngof.asso.fr



Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
Site : <http://perso.orange.fr/...associationgams>
Mail : association.gams@wanadoo.fr