



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Février 2020

Ce document n'est pas le texte des recommandations

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences des patients.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : « Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique ».

Tableau 1. Grade des recommandations

| | |
|-----------|---|
| A | Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées. |
| B | Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte. |
| C | Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4). |
| AE | Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires. |

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication – information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Abréviations et acronymes | 5 |
| Introduction | 6 |
| 1. Données générales sur les mutilations sexuelles féminines..... | 8 |
| 1.1 Définition des mutilations sexuelles féminines..... | 8 |
| 1.2 Les pays qui pratiquent les mutilations sexuelles | 10 |
| 2. Les complications des mutilations sexuelles féminines | 26 |
| 2.1 Les conséquences médicales immédiates..... | 28 |
| 2.2 Les conséquences médicales à moyen et à long terme | 31 |
| 2.3 Les conséquences obstétricales | 35 |
| 2.4 Les conséquences psycho-sexuelles..... | 42 |
| 3. Évaluer le niveau de risque de MSF | 49 |
| 3.1 Les facteurs de risque qu'une femme, une mineure puisse être considérée à risque d'avoir une MSF | 49 |
| 3.2 Les indicateurs spécifiques chez une mineure | 53 |
| 4. Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines | 57 |
| 4.1 Aborder le sujet des MSF avec les patientes..... | 57 |
| 4.2 Aborder le sujet des MSF avec les parents d'une mineure | 65 |
| 4.3 Utiliser un interprète | 66 |
| 5. Les signes évocateurs indiquant une MSF récente sur une patiente | 70 |
| 6. Conduite à tenir pour la protection des mineures face à un risque d'une MSF | 75 |
| 6.1 Les moyens de prévention et de protection | 75 |
| 6.2 Conduite à tenir en cas d'un risque imminent de MSF pour une mineure..... | 79 |
| 6.3 Conduite à tenir en cas de risque non imminent de MSF | 82 |
| 6.4 En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure | 84 |
| 7. Conduite à tenir pour une patiente majeure | 88 |
| 7.1 Si le risque concerne une patiente majeure..... | 88 |
| 7.2 En cas de mutilation avérée d'une patiente majeure..... | 88 |
| 8. Examen d'une patiente ayant subi une mutilation sexuelle féminine | 91 |
| 8.1 Examen d'une femme et d'une jeune fille | 91 |
| 8.2 Examen d'une petite fille, d'un nourrisson | 93 |
| 9. Prise en charge médicale en premier recours et orientation..... | 96 |
| 9.1 Prise en charge d'une mineure mutilée..... | 96 |
| 9.2 Prise en charge d'une femme ayant subi une MSF | 99 |

| | |
|--|------------|
| 10. Données sur la législation des mutilations sexuelles féminines | 119 |
| 11. Version de la recommandation soumise aux parties prenantes | 132 |
| 12. Avis des parties prenantes | 160 |
| 13. Validation | 176 |
| 13.1 Avis de la commission | 176 |
| 13.2 Adoption par le Collège de la HAS..... | 176 |
| Annexe 1. Méthode de travail | 177 |
| Annexe 2. Recherche documentaire..... | 180 |
| Annexe 3. Schéma des différents types de mutilations sexuelles féminines | 183 |
| Annexe 4. Formulaire de SIGNALEMENT | 186 |
| Annexe 5. Certificat médical : exemple de formulaire d'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES | 190 |
| Annexe 6. Certificat médical de NON-EXCISION..... | 192 |
| Annexe 7. Associations, numéros d'urgence, sites institutionnels, outils..... | 194 |
| Annexe 8. Pour les personnels de la petite enfance (crèche, halte-garderie) et les professionnels au contact des mineures (enseignants, éducateurs, etc.)..... | 202 |
| Annexe 9. Prévention des MSF | 205 |
| Références | 209 |
| Participants..... | 212 |
| Remerciements..... | 213 |
| Droit d'auteur | 214 |
| Fiche descriptive..... | 215 |

Abréviations et acronymes

| | |
|---------------|--|
| Cf. | <i>Confer</i> |
| EDS | Enquêtes démographiques et de santé |
| ExH | Excision et handicap |
| FSRH | Faculty of Sexual et Reproductive Healthcare |
| g | Gramme |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| MICS | Enquêtes en grappes à indicateurs multiples |
| MSF | Mutilation sexuelle féminine |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| RCOG | <i>Royal College of Obstetricians</i> |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SSPT | Syndrome de stress post-traumatique |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |

Introduction

Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

Saisine

En décembre 2017, le Ministère des solidarités et de la santé a saisi la HAS au titre de la mise en œuvre du plan 2014-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes et en particulier de sa mesure 14, en lien avec les conclusions du rapport IGAS. Il apparaît que l'engagement local des professionnels de santé doit être soutenu et renforcé par l'élaboration d'un cadre de références, d'outils et de recommandations permettant d'homogénéiser, d'améliorer et de sécuriser les prises en charge au profit des publics accueillis.

Autres données de contexte

Ces recommandations entrent dans le champ du plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines de 2019 (1).

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), bien qu'elle soit internationalement reconnue comme une violation des droits humains et qu'une législation ait été mise en place pour l'interdire dans de nombreux pays à ce jour, les mutilations sexuelles féminines sont toujours rapportées dans le monde. Il est estimé que plus de 200 millions de filles et de femmes à travers le monde vivent avec les conséquences d'une mutilation sexuelle. En dépit des efforts pour éradiquer cette pratique, chaque année 3 millions de filles et de femmes sont à risque de mutilations sexuelles féminines et sont surexposées aux conséquences négatives pour la santé de cette pratique néfaste.

Les enjeux

Les enjeux sont d'améliorer l'accueil et la prise en charge des enfants, des adolescentes et des femmes ayant eu ou à risque de subir des mutilations sexuelles féminines (MSF).

Objectif d'amélioration des pratiques

Les objectifs de ce travail sont de :

- favoriser la connaissance des professionnels de santé de premier recours sur les mutilations sexuelles féminines ;
- prévenir la survenue de mutilations sexuelles féminines par une meilleure information délivrée par les professionnels de santé aux femmes, aux jeunes filles et aux parents ;
- de favoriser une meilleure prise en charge des enfants, des jeunes filles, et des femmes lorsqu'elles ont subi une mutilation sexuelle ;
- d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Les questions à traiter

Données générales sur les mutilations sexuelles féminines

- Les différents types des mutilations sexuelles féminines.
- Les complications (à court et long terme).
- Les populations exposées au risque de mutilations sexuelles.
- Repérage des femmes à risque ou ayant subi des mutilations sexuelles.
- Pour les femmes prise en charge en premier recours :
 - identifier la mutilation sexuelle ;
 - information de la patiente sur les modalités existantes de prise en charge ;
 - prise en charge médicale, psychologique, et sexologique chirurgicale.

Pour les enfants et les adolescentes victimes de mutilation sexuelle ou menacées de l'être

- Repérage des enfants et des adolescents à risque ou ayant subi une mutilation sexuelle.
- Repérage du risque dans l'entourage familial.
- Prise en charge en premier recours :
 - évaluations des complications de l'enfant, de l'adolescente liée à une mutilation sexuelle,
 - conduite à tenir en cas de refus d'examen chez l'adolescente,
 - prise en charge d'une adolescente victime de mutilation sexuelle féminine.
- Législation et signalement de la mutilation sexuelle féminine.
- Conduite à tenir face à un risque lié à l'entourage familial.

Remarque

Les questions concernant, d'une part les femmes, et, d'autre part, les enfants et les adolescentes ont été regroupées au sein de chaque chapitre pour celles traitant du repérage du risque et de la prise en charge.

Afin d'éviter des répétitions de texte pour certaines questions traitées (par exemple, entre l'évaluation du risque de MSF d'une part pour une femme et d'autre part pour une fille) le plan des questions initialement prévu dans la note de cadrage a été modifié dans l'argumentaire et dans la recommandation.

Population concernée

La population concernée par cette recommandation est représentée par les enfants, adolescentes, femmes à risque ou victimes de mutilation sexuelle.

Professionnels concernés

La recommandation est destinée aux professionnels impliqués dans la prise en charge des mutilations sexuelles féminines : médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI, médecins scolaires, gynécologues, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins urgentistes, psychiatres, psychologues, médecins sexologues, ainsi que les infirmières, auxiliaires de puériculture et tout personnel qui prend en charge les enfants et les adolescents en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés.

Principe de sélection des publications présentées pour les questions à traiter

Afin de rédiger cet argumentaire, les modalités de sélection des références bibliographiques ont été identiques pour l'ensemble des thèmes traités dans cette recommandation.

Pour chaque question abordée, l'ordre de choix des ressources en fonction du niveau de preuve est le suivant :

- les recommandations internationales ou nationales ;
- les méta-analyses en cas d'absence de recommandations ;
- les revues de littérature les plus complètes et les plus récentes possibles.

Si les données de la littérature identifiée dans le cadre de ce travail pour certaines questions (absence d'études ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) ne peuvent pas permettre d'établir de grade pour les recommandations, dans ce cas, les recommandations pour ces questions reposent sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture.

Le groupe de travail a souhaité par convention utiliser le terme mutilation sexuelle féminine dans la totalité de l'argumentaire.

Les prises en charge chirurgicales, psychologiques, obstétricales et des troubles sexuels ne sont pas évaluées dans le champ de la recommandation, qui concerne le premier recours. Seule une synthèse de l'état des lieux pour ces questions est présentée dans ce rapport.

1. Données générales sur les mutilations sexuelles féminines

1.1 Définition des mutilations sexuelles féminines

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2018 (2) : lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines, les principes directeurs de l'OMS en 2018 sont :

I- Les filles et les femmes vivant avec des MSF ont subi une pratique préjudiciable et doivent bénéficier de soins de qualité.

II- Toutes les parties prenantes – aux niveaux communautaire, national, régional et international – doivent prendre ou poursuivre des mesures de prévention primaires des MSF.

D'après l'Organisation mondiale de la santé en 2018 (2), les lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines et les recommandations de World Health Organization de 2016, *Who guidelines on the management of health complications from female genital mutilation* (3).

L'OMS définit les types suivants de mutilations sexuelles féminines :

- type I : ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce ;
- type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) :
 - Iia : ablation des petites lèvres seulement,
 - Iib : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres,
 - Iic : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres ;
- type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) ;
- type IV : tout autre procédé de mutilation génitale féminine pour des raisons non médicales (ponction, étirement, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation) qui peut entraîner des conséquences génito-urinaires graves immédiates et à long terme pour la santé.

L'infibulation (type III MSF) : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).

Désinfibulation : incision pour ouvrir l'orifice vaginal rétréci chez une femme qui a été infibulée est souvent nécessaire pour améliorer sa santé et son bien-être aussi bien que pour favoriser le déroulement ou faciliter la grossesse.

Réinfibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal chez une femme qui avait bénéficié préalablement d'une désinfibulation (par exemple dans l'enfance) également connue comme une re-suture.

Médicalisation des mutilations féminines génitales (MSF) : situations dans lesquelles les procédures (incluant la réinfibulation) sont pratiquées par n'importe quelle catégorie de professionnel de santé que ce soit dans un établissement de soin public ou privé, à la maison ou à un autre endroit, à n'importe quel âge dans la vie d'une femme.

Un schéma des différents types de mutilations est proposé en annexe 3 du rapport d'élaboration.

Selon l'UNICEF Unite for Children en 2013 (4), les différentes formes de mutilations génitales féminines sont :

- type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie) ;

- type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) ;
- type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) ;
- type IV : non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » en 2010 (5) propose comme définitions de MSF : il s'agit de l'ablation totale ou partielle de tout ou une partie des organes génitaux externes à des fins autres que thérapeutiques.

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

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

On pourrait distinguer deux formes :

- les excisions : l'orifice vaginal reste ouvert et les rapports sexuels sont possibles ;
- l'infibulation où la vulve disparaît, remplacée par une cicatrice fibreuse et dure rendant les rapports sexuels impossibles et source de complications obstétricales majeures. L'infibulation peut être partielle, conséquence involontaire d'une excision par coalescence des petites lèvres.

► Conclusion sur les définitions des mutilations selon les données de la littérature

Elles sont définies par l'ablation totale ou partielle de tout ou d'une partie des organes génitaux externes à des fins autres que thérapeutiques. Les mutilations sexuelles féminines (MSF) de type II et de type III représentent environ 80 % et 15 % des mutilations.

Les différents de types de mutilation :

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

Remarque

Le terme de mutilation sexuelle féminine a été retenu dans l'argumentaire, les recommandations internationales utilisent, pour certaines, d'autres termes, par exemple : mutilation génitale sexuelle, excision, coupure.

1.2 Les pays qui pratiquent les mutilations sexuelles

1.2.1 Données anthropologiques

L'Organisation mondiale de la santé en 2018 (2) évoque les raisons pour lesquelles les MSF sont pratiquées :

Les MSF sont pratiquées pour diverses raisons socioculturelles, qui varient d'une région à une autre et d'un groupe ethnique à un autre, la principale étant que cela fait partie de l'histoire et de la tradition culturelle de la communauté.

Dans de nombreuses cultures, ces mutilations constituent un rite de passage à l'âge adulte et sont également pratiquées pour conférer un sentiment d'identité ethnique et culturelle au sein de la communauté.

Dans de nombreux contextes, l'acceptation sociale constitue la raison principale pour perpétuer cette pratique. Les autres raisons incluent : préserver la virginité avant le mariage, favoriser l'éligibilité au mariage (c'est-à-dire augmenter les chances pour une fille de trouver un mari), garantir la fidélité après le mariage, éviter le viol, fournir une source de revenus aux circonciseurs, ainsi que des raisons d'esthétique (propreté et beauté).

Certaines communautés pensent que les MSF sont une obligation religieuse, bien qu'elles ne soient pas mentionnées dans les grands textes religieux comme le Coran ou la Bible. En fait, ces mutilations sont antérieures à l'islam et de nombreux pays musulmans ne les pratiquent pas, alors qu'elles sont pratiquées dans certaines communautés chrétiennes.

Quelle que soit la raison invoquée, les MSF sont le reflet d'une inégalité entre les sexes profondément ancrée et constituent une pratique socioculturelle bien établie, ce qui rend leur élimination totale extrêmement difficile. C'est pourquoi il faut poursuivre les efforts pour empêcher les MSF dans le monde et finalement les éradiquer, tout en aidant les filles et les femmes qui vivent déjà avec les conséquences de ces mutilations et dont les besoins sanitaires ne sont pas pleinement satisfaits actuellement.

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (6), en 2011, précise qu'on pense que la mutilation sexuelle féminine était déjà pratiquée bien avant la naissance du judaïsme, du christianisme et de l'islam, Elle serait apparue il y a près de 6 000 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 d'« excision pharaonique » au Soudan).

On retrouve l'excision au XIX^e et au début du XX^e siècle en Europe et aux États-Unis, où l'ablation du clitoris était censée guérir les femmes d'origine occidentale de troubles physiques et mentaux, tout comme de la masturbation ou de l'homosexualité féminine.

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 circoncit le garçon afin d'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 les ères chrétiennes et musulmanes. Il est d'ailleurs observé que Mohamed n'a pas fait exciser ses deux filles ;

- actuellement, il s'agit plutôt 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.

L'Institut national d'études démographiques en 2017 (7) cite : les données sur le type de mutilation subie, d'après la déclaration des femmes enquêtées, sont disponibles pour 22 pays du continent africain. Dans la plupart des pays, la forme de mutilation majoritaire est une excision avec ou sans ablation des tissus. La forme la plus invasive (infibulation) est pratiquée en Afrique de l'Est, notamment en Somalie, à Djibouti et en Érythrée.

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (5), beaucoup de mythes et de fausses croyances ont été et sont encore racontés sur les MSF, tant par les populations qui les pratiquent, que par les personnes qui les observent.

Les explications proposées pour expliquer ces pratiques font le plus souvent référence à des :

- arguments religieux : il a été prouvé que les MSF existaient bien avant l'apparition des religions dites du Livre, au moins de 6 000 ans. Il faut rappeler que nulle part dans le Coran n'est mentionnée l'obligation de faire « couper » les femmes. Preuve en est que de nombreux peuples de religion musulmane ne pratiquent pas les MSF ;
- hygiénique/esthétique : toutes sortes de croyances ont été colportées sur la pureté d'une femme excisée, la beauté d'une femme infibulée ;
- rite de passage : les MSF sont parfois considérées en tant que rites initiatiques. La petite fille ou la jeune fille doit montrer son courage et sa résistance à la douleur. Cette idée d'un rite de passage est obsolète. On observe depuis plusieurs années que les MSF se pratiquent souvent sur des nourrissons et des fillettes très jeunes ;
- argument identitaire et de la perpétuation de la tradition évoquant le rite de passage : pour beaucoup, les MSF sont un marquage corporel faisant appartenir les femmes à la communauté. L'argument de l'appartenance communautaire reste fort, car encore beaucoup de mères affirment être conscientes des dangers des MSF mais vont tout de même les pratiquer sur leurs filles ;
- argument sexuel : les MSF seraient un outil de contrôle social de la sexualité féminine.

Les MSF font partie des moyens par lesquels le pouvoir patriarcal a cherché à s'imposer aux femmes dans de nombreuses sociétés et ce, depuis la nuit des temps. Il n'y a pas si longtemps, en Occident comme en Orient, les femmes étaient aussi enfermées dans la maison familiale, dans des couvents, des harems. La morale judéo-chrétienne et les lois ont fait d'elles des personnes mineures, sous la tutelle d'un homme, père ou mari. L'accès à l'instruction leur a été longtemps interdit. Mariées contre leurs grés, échangées, vendues, elles sont encore aujourd'hui les premières victimes des viols, des violences conjugales et de l'exploitation pornographique. Les MSF sont des pratiques qui s'inscrivent dans ce contexte général d'inégalité entre les femmes et les hommes du monde entier.

1.2.2 Médicalisation des MSF

Selon l'Organisation mondiale de la santé en 2018 (2), la médicalisation des MSF fait référence aux situations dans lesquelles ces mutilations (y compris la réinfibulation) sont pratiquées par une certaine catégorie des professionnels de santé, que ce soit dans un dispensaire privé ou public, à domicile ou ailleurs, à n'importe quel stade de la vie d'une femme. Cette définition a été adoptée par l'OMS pour la première fois en 1997, et réaffirmée en 2008 par dix institutions des Nations-Unies dans la déclaration inter-institutions : « Éliminer les mutilations sexuelles féminines ». Cette déclaration insiste vivement sur le fait que, pratiquées par un personnel médical ou traditionnel, les MSF constituent une pratique préjudiciable et contraire à l'éthique, ne présentant aucun avantage, qui ne doit être appliquée en aucune circonstance.

Les communautés pourraient de plus, faire appel aux soignants pour pratiquer l'intervention, et cela pour diverses raisons. Le fait que les MSF soient traitées depuis des années comme un

problème de santé, et qu'elles soient considérées comme un risque pour la santé, constitue un facteur important. Cette approche fait intervenir des spécialistes de la santé reconnus au niveau local qui expriment leurs inquiétudes quant aux risques pour la santé, liés aux MSF, sous la forme de messages didactiques et factuels. Dans plusieurs pays à forte prévalence de MSF, cette approche n'a malheureusement pas incité les individus, familles ou communautés à abandonner cette pratique.

Par contre, les familles ou les communautés ont commencé à délaisser les circonciseurs traditionnels pour se tourner vers les praticiens modernes dans l'espoir que cela réduirait le risque de complications. Cela a mis en évidence un problème. Si le fait de procurer des informations sur les risques pour la santé associés aux MSF est un élément important de leur élimination, cela ne suffit pas à éradiquer une pratique essentiellement fondée sur les croyances culturelles et profondément ancrée dans les traditions sociales.

Certains organismes professionnels et gouvernements soutiennent de plus en plus des formes d'excisions moins radicales (par exemple, ablation du clitoris), pratiquées dans des conditions d'hygiène et de contrôle médical.

L'OMS a amorcé une action visant à mettre fin à cette conséquence involontaire en 1979 lors de la première conférence internationale sur les MSF, qui s'est tenue à Khartoum (Soudan), en déclarant qu'il était inacceptable de laisser entendre que la pratique de formes de MSF moins invasives dans des établissements médicaux réduirait les complications.

Depuis, cette position a été adoptée par un grand nombre d'associations professionnelles médicales, d'institutions internationales, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de gouvernements. La condamnation de la médicalisation des MSF a été réitérée dans la déclaration inter-institutions de 2008 sur l'élimination des MSF. Il a été reconnu que l'arrêt de la médicalisation des MSF constituait un élément essentiel de l'approche globale, fondée sur les droits humains de l'élimination de la pratique.

Compte tenu de ce qui précède, l'OMS a formulé, dans les présentes lignes directrices, un principe directeur contre la médicalisation des MSF, visant à mettre un terme à cette pratique. Une mesure essentielle pour remédier à cette situation consiste à élaborer des protocoles, des manuels et des lignes directrices, visant à aider les dispensateurs de soins à traiter les questions relatives aux MSF, notamment, sur le fait de savoir comment agir :

- face aux demandes formulées par les parents ou de membres de la famille de pratiquer des MSF sur des filles ;
- ou aux demandes de femmes de pratiquer une réinfibulation après l'accouchement.

Principes directeurs III de l'OMS de 2018

La médicalisation des MSF (c'est-à-dire la pratique de ces actes par le personnel soignant) n'est jamais acceptable. En effet, elle constitue une violation de l'éthique médicale car (i) ces mutilations sont une pratique préjudiciable, ii) la médicalisation les perpétue et iii) les risques de telles interventions l'emportent sur les avantages perçus.

1.2.3 Les mutilations sexuelles féminines dans le monde

D'après Lesclingand en 2019 (8), aujourd'hui dans le monde, 200 millions de femmes ont subi une forme de mutilation génitale féminine (MSF).

En France, au milieu des années 2000, une première mesure indirecte estimait qu'environ 60 000 femmes adultes avaient subi une forme de MSF.

Une estimation a été réalisée à partir des dernières enquêtes disponibles en intégrant des risques observés en contexte migratoire. En appliquant une méthode d'extrapolation, l'auteur estime qu'au début des années 2010, environ 125 000 femmes adultes « mutilées » vivaient en France.

Plus précisément, le nombre de femmes estimé de « premières générations » (femmes nées dans l'un des « pays à risque » et résidant en France) est de 227 757 femmes migrantes.

Après l'application des taux des enquêtes démographiques et de santé et des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (Mics) (ventilés par pays de naissance et générations), l'effectif estimé de femmes « premières générations excisées » est 86 343.

Le nombre estimé pour les filles de migrants « deuxièmes générations » femmes nées en France et dont l'un au moins des parents est né dans un « pays à risque » est de 86 008. Après l'application des taux de l'enquête Excision et handicap (ventilés par générations), pour les filles de migrants « deuxièmes générations », l'effectif estimé de femmes excisées est 38 012.

L'estimation du nombre total de femmes adultes excisées vivant en France est 124 355.

Cette augmentation en l'espace de 10 ans s'explique selon l'auteur à la fois par la féminisation de la population migrante et par le vieillissement des « deuxièmes générations ». En l'espace de 10 ans, les flux migratoires en provenance de l'Afrique subsaharienne ont connu une féminisation significative, entraînant une augmentation du nombre de femmes potentiellement concernées.

Selon l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes en 2018 (9), pour les mutilations génitales féminines, combien de filles courent-elles un risque en France ?

Selon les estimations, 12 à 21 % des filles risquent de subir des mutilations génitales féminines (MSF ou « excisions ») en France, sur une population totale de 205 683 filles âgées de 0 à 18 ans et originaires de pays où les mutilations génitales féminines sont pratiquées.

En France, les filles qui risquent de subir des mutilations génitales féminines proviennent majoritairement du Mali, de Guinée, de Côte-d'Ivoire et d'Égypte. Ces conclusions proviennent de la dernière étude menée par l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) sur les mutilations génitales féminines dans l'Union européenne.

L'étude intitulée « Estimation du nombre de filles risquant de subir des mutilations génitales féminines dans l'Union européenne - Belgique, Grèce, France, Italie, Chypre et Malte » a été réalisée en 2017 et 2018 (10). Elle permet aux institutions et aux États membres de l'Union européenne de fournir des informations plus précises concernant les mutilations génitales féminines et les risques qu'elles représentent pour les filles au sein de l'Union européenne.

Quelles sont les tendances au fil du temps ? Le pourcentage de filles à risque selon le scénario du risque élevé a augmenté, passant de 20 % en 2011 à 21 % en 2014. Le nombre absolu de filles à risque a également progressé. Sur la même période, la population totale de filles migrantes originaires de pays où les MSF sont pratiquées et vivant en France s'est accrue de manière significative, passant de 41 552 à 205 683. Cette hausse s'explique principalement par l'expansion du nombre de filles migrantes de deuxièmes générations originaires de pays où les MSF sont pratiquées et vivant en France. Ce pourcentage concerne les filles âgées de 0 à 18 ans qui sont originaires de pays où les mutilations génitales féminines sont pratiquées.

Les femmes et les filles ayant subi des mutilations génitales féminines peuvent se voir accorder l'asile en vertu d'une disposition spécifique de la loi n°2015-925 (telle que modifiée en 2015).

Selon les estimations, en se basant sur le nombre de filles demandeuses d'asile (à l'exception des migrantes résidentes, étant donné que les facteurs d'incitation à la migration diffèrent), 33 % d'entre elles risquent de subir des mutilations génitales féminines en France (2016) sur une population totale de 1 283 filles demandeuses d'asile âgées de 0 à 18 ans et originaires de pays où les MSF sont pratiquées.

Si les proportions de risques diminuent au fil des années, les nombres réels sont en hausse.

Le Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes en 2018 (11) dans un Communiqué de Lutte contre les violences indique pour les mutilations sexuelles féminines : en Afrique surtout, mais aussi parmi les populations immigrées en France, deux millions de fillettes

sont, chaque année, victimes de pratiques aux conséquences sanitaires et sociales très lourdes, les mutilations sexuelles. La mutilation sexuelle féminine la plus fréquemment pratiquée est l'excision, c'est-à-dire l'ablation totale ou partielle du clitoris, parfois accompagnée de la mutilation des petites lèvres. Certaines populations pratiquent l'infibulation : en sus de l'intervention précédente, les grandes lèvres sont mutilées, puis rapprochées et cousues.

Les complications médicales sont multiples. Outre la douleur qu'occasionnent la mutilation et les risques d'hémorragie pouvant entraîner la mort, l'excision et l'infibulation pratiquées dans des conditions d'hygiène souvent précaires sont à l'origine d'infections multiples, vulvaires, urinaires et gynécologiques, ces dernières pouvant entraîner une stérilité. La diffusion des infections peut s'étendre et générer des septicémies qui, sans traitement adéquat, peuvent évoluer vers la mort. On peut également évoquer le tétanos et le SIDA.

Ce sont le plus souvent des femmes âgées qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines. Elles n'ont d'autre savoir que celui transmis par leurs mères et utilisent, pour l'intervention, des instruments aussi divers que des couteaux, des lames de rasoir, des morceaux de verre. Pour favoriser la cicatrisation, elles appliquent sur la blessure des compositions à base d'herbes, de terre, de cendre, de bouse de vache, etc.

Données chiffrées relatives à la population féminine victime de mutilations sexuelles

Dans les pays occidentaux, les parents se cotisaient pour faire venir d'Afrique l'exciseuse. En France, les poursuites engagées à l'encontre des exciseuses ont rendu l'intervention plus onéreuse et les fillettes sont de plus en plus souvent mutilées en Afrique, à l'occasion d'un séjour de vacances.

Les mutilations génitales féminines existent au moins dans 25 pays d'Afrique (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Sénégal...) et en Indonésie, en Malaisie et au Yémen. Dans ces pays, toutes les ethnies ne pratiquent pas les mutilations génitales féminines et dans une ethnie donnée, il y a aussi des variations. De plus, aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. Il s'agit d'une très ancienne pratique coutumière qui ne correspond aux préceptes d'aucune religion.

On peut toutefois estimer qu'il y a plus de 120 millions de femmes et de fillettes victimes de ces pratiques pour le seul continent africain, ce qui correspond à environ un tiers de la population féminine de l'Afrique. On retrouve également les mutilations génitales féminines dans les pays occidentaux chez les femmes et fillettes immigrées des sociétés concernées.

En s'en tenant aux décomptes des titres de séjour en cours de validité par nationalité (Ministère de l'intérieur 1989), on peut estimer qu'il y a au moins 20 000 femmes et 10 000 fillettes mutilées ou menacées résidant sur le territoire français. Il est probable que le nombre de fillettes concernées soit bien supérieur.

L'Institut national d'études démographiques, en 2017 (7), précise que les mutilations sexuelles constituent un phénomène mondial.

En 2016, l'Unicef (12) estimait qu'au moins 200 millions de filles et de femmes avaient été mutilées dans 30 pays : 27 pays africains, plus le Yémen, l'Irak et l'Indonésie.

La répartition géographique de ces filles et de ces femmes est à la fois liée à la prévalence de la pratique (proportion de femmes mutilées) et au poids démographique des pays. Ainsi, la moitié des femmes et fillettes mutilées dans le monde résident dans trois pays seulement : l'Indonésie, l'Éthiopie et l'Égypte, dont les populations comptent respectivement 256 millions, 98 millions et 89 millions d'habitants, et où les taux de prévalence de la pratique sont respectivement estimés à 51 %, 74 % et 92 %.

En Afrique, seuls les pays formant une large bande centrale, allant de l'ouest à l'est du continent et incluant l'Égypte, sont concernés par les MSF, mais avec des écarts importants de prévalence (carte). La prévalence nationale peut aussi cacher des variations régionales : au Mali, par exemple, où elle se situe autour de 90 % à l'échelle nationale en 2012, les trois régions situées

dans la partie nord du pays (régions de Tombouctou, Kidal et Gao) sont beaucoup moins concernées (moins de 25 %) alors que dans toute la partie sud les mutilations sont quasi généralisées (plus de 90 %).

Dans les pays à forte prévalence, en dépit de la mobilisation gouvernementale et du durcissement de l'arsenal juridique et pénal, les MSF restent encore une norme sociale très forte. Des études récentes évaluent, par exemple, à près de 500 000 le nombre de filles et de femmes mutilées ou exposées au risque de mutilation aux États-Unis et à plus de 500 000 le nombre de migrantes concernées en Europe.

Un risque de mutilation lié à la région d'origine de la famille et à des facteurs sociaux

Le principal facteur du risque de mutilation est le groupe ethnique d'origine, car ces pratiques sont historiquement associées à des rites traditionnels marquant le passage à l'âge adulte qui n'existent pas dans tous les groupes.

Le niveau d'instruction, le niveau de vie ou le lieu de résidence sont également déterminants : les femmes ayant été scolarisées sont moins souvent excisées que celles n'ayant jamais été à l'école, et c'est le cas aussi de leurs filles.

Le risque de mutilation est moindre en ville où la plus forte mixité sociale accélère les changements de normes et les comportements familiaux.

En revanche, il n'existe pas de liens clairs entre MSF et religion, même si les populations de la plupart des pays concernés par ces pratiques sont majoritairement de religion musulmane. Longtemps décrites comme des rites de passage à l'âge adulte, l'excision tend à être pratiquée de plus en plus tôt.

Dans la plupart des pays, la majorité des femmes ont été mutilées avant l'âge de 10 ans et, dans les générations les plus jeunes, avant l'âge de 5 ans. Depuis plusieurs années, à cette tendance au rajeunissement de la pratique s'ajoute le développement inquiétant de sa médicalisation.

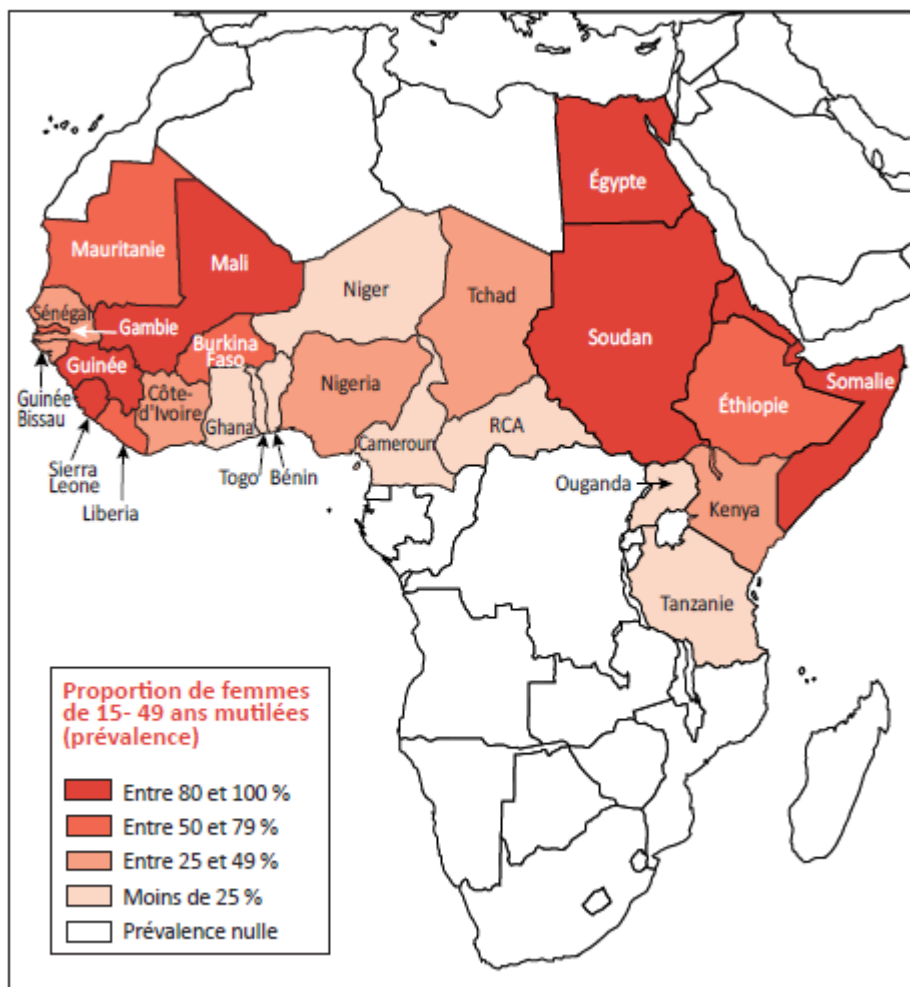
Si dans la majorité des cas, les mutilations continuent à être faites par des exciseuses « traditionnelles », dans plusieurs pays (Égypte, Guinée, Indonésie, Kenya, Nigeria, Soudan du Sud, Yémen), de plus en plus de filles sont excisées par des professionnels de santé en milieu médical qui prétendent réduire les risques sanitaires de l'opération.

À l'initiative du Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population, les organisations internationales ont condamné ce dévoiement des premières campagnes de sensibilisation qui compromettent l'éradication de l'excision.

Les pays du Nord ont été également historiquement concernés par les MSF. Tout au long du XIX^e siècle (et jusque dans les années 1960 aux États-Unis), des opérations de clitoridectomies ont été pratiquées dans un contexte de répression de formes de sexualité féminine jugées déviantes par le corps médical ou encore actuellement dans le cadre des chirurgies de réassignation des nouveau-nés intersexués.

D'après De A. Andro et M. Lesclingand, Population et sociétés n°543, Ined, avril 2017. La carte de fréquence des mutilations selon les pays (7)

Carte. Fréquence des mutilations génitales féminines en Afrique



A. Andro et M. Lesclingand, Population et Sociétés n° 543, Ined, avril 2017.

D'après l'UNICEF, en 2018 <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/> (mise à Jour d'Octobre 2018), le tableau ci-dessous présente la prévalence des MSF dans les pays africains chez les adolescentes et adultes de 15 49 ans et chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans.

*Définition de l'indicateur : pourcentage de filles récemment mutilées parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins une fille vivante ayant subi une MSF.

Note : les données pour l'Irak et le Yémen concernent les filles et les femmes de 15 à 49 ans ayant déjà été mariées et dont au moins une fille vivante a subi une MSF.

Ce tableau est créé à partir des données des bases de données mondiales de l'UNICEF 2018, fondées sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et d'autres enquêtes représentatives au niveau national (Indonésie).

Tableau 2. Prévalences des MSF dans les pays africains chez les adolescentes et adultes de 15 à 49 ans et chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans

| Pays | Prévalence des MSF chez les adolescentes de 15 ans jusqu'aux femmes âgées de 49 ans (en pourcentage) | Prévalence des MSF chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans (en pourcentage) * | Année de Reference | Sources des statistiques |
|----------------------------------|--|---|--------------------|---------------------------|
| Bénin | 9 % | 0,2 % | 2014 | MICS ¹ |
| Burkina-Faso | 76 % | 13 % | 2010 | EDS ² /MICS |
| Cameroun | 1 % | – | 2004 | EDS |
| Côte d'Ivoire | 37 % | 10 % | 2016 | MICS |
| Djibouti | 93 % | – | 2006 | MICS |
| Égypte | 87 % | 14 % | 2015 | EDS |
| Érythrée | 83 % | 33 % | 2010 | Étude Population et santé |
| Éthiopie | 65 % | 16 % | 2016 | EDS |
| Gambie | 75 % | 56 % | 2013 | EDS |
| Ghana | 4 % | 1 % | 2011 | MICS |
| Guinée-Conakry | 97 % | 45 % | 2016 | MICS |
| Guinée-Bissau | 45 % | 29 % | 2014 | MICS |
| Indonésie | – | 49 % | 2013 | RISKESDAS |
| Irak | 8 % | – | 2011 | MICS |
| Kenya | 21 % | 3 % | 2014 | EDS |
| <i>Liberia</i> | 44 % | – | 2013 | EDS |
| Mali | 83 % | 73 % | 2015 | MICS |
| Mauritanie | 67 % | 51 % | 2015 | MICS |
| Niger | 2 % | – | 2012 | EDS |
| <i>Nigeria</i> | 18 % | 13 % | 2016 | MICS |
| Ouganda | 0 % | 1 % | 2016 | EDS |
| République centrafricaine | 24 % | 1 % | 2010 | MICS |
| Sénégal | 23 % | 14 % | 2015-16 | EDS |
| Sierra Leone | 86 % | 8 % | 2017 | MICS |
| Somalie | 98 % | – | 2006 | MICS |
| Soudan | 87 % | 30 % | 2014 | MICS |
| Tanzanie | 10 % | 0,4 % | 2015-2016 | EDS |
| <i>Tchad</i> | 38 % | 10 % | 2014-2015 | EDS |

¹ Enquête en grappes d'indicateurs multiples (MICS)² Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS)

| Pays | Prévalence des MSF chez les adolescentes de 15 ans jusqu'aux femmes âgées de 49 ans (en pourcentage) | Prévalence des MSF chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans (en pourcentage) * | Année de Référence | Sources des statistiques |
|----------------------------------|--|---|--------------------|--------------------------|
| Togo | 5 % | 0,3 % | 2013-2014 | EDS |
| <i>Yémen</i> | 19 % | – | 2013 | EDS |
| | | | | |
| – : Statistiques non disponibles | | | | |

Pays à forte prévalence (mères et/ou filles) : **en gras**

Pays à prévalence moyenne (mères et/ou filles) : *en italique*

Pays à prévalence élevée mère et plus faible pour les filles : **en gras et italique**

Pays à faible prévalence : plus faible.

Selon le rapport de l'UNICEF *Unite for Children* en 2016 (12), le nombre exact de filles et de femmes qui ont subi une MSF reste de 200 millions dans les 30 pays qui pratiquent ces actes. À partir de ces 200 millions de femmes, plus de la moitié vivent dans trois pays : Indonésie, Égypte et Éthiopie et 44 millions sont des filles âgées de moins de 15 ans.

La pratique des MSF est hautement concentrée sur une bande étroite de pays, de la côte Atlantique à la Corne de l'Afrique, dans les régions du Moyen-Orient tel que l'Iraq, le Yémen et dans quelques pays d'Asie comme l'Indonésie. Cependant les MSF constituent un problème qui atteint les droits de l'homme et affecte les filles et les femmes du monde entier.

Les données disponibles suggèrent que les MFG/C existent dans quelques zones, en Amérique du Sud (Colombie), et ailleurs dans le monde, incluant l'Inde, la Malaisie, l'Oman, l'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis avec de larges variations en termes :

- de types de mutilations réalisées ;
- des circonstances entourant les pratiques ;
- de la taille et des groupes de populations affectées.

Ces pratiques sont également trouvées dans quelques zones de l'Europe, en Australie, en Amérique du Nord qui, depuis plusieurs décennies, sont des destinations pour les migrants qui viennent des pays pratiquant ces mutilations.

Tableau 3. Pourcentage des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une MFG/C, entre 2004 et 2015 d'après l'UNICEF *Unite for Children* en 2016 (12)

Somalie : 98 % ; Guinée : 97 % ; Djibouti : 93 % ; Sierra Léone : 90 % ; Mali : 89 % ; Égypte : 87 % ; Soudan : 87 % ; Érythrée : 83 % ; Burkina Faso : 76 % ; Gambie : 75 % ; Éthiopie : 74 % ; Mauritanie : 69 % ; Libéria : 50 % ; Guinée-Bissau : 45 % ; Tchad : 44 % ; Côte d'Ivoire : 38% ; Nigéria : 25 % ; Sénégal : 25% ; République centrafricaine : 24 % ; Kenya : 21 % ; Yémen : 19 % ; République unie de Tanzanie : 15% ; Bénin : 9 % ; Iraq : 8 % ; Togo : 5 % ; Ghana : 4 % ; Niger : 2 % ; Ouganda : 1 % ; Cameroun : 1 %.

Tableau 4. Pourcentage des filles âgées entre 0 et 14 ans qui ont subi une FGM/C entre 2010 et 2015 d'après l'UNICEF *Unite for Children* en 2016 (12)

Gambie : 56 % ; Mauritanie : 54 % ; Indonésie : 49 % ; Guinée : 46 % ; Érythrée : 33 % ; Soudan : 32 % ; Guinée-Bissau : 30 % ; Éthiopie : 24 % ; Nigéria : 17 % ; Yémen : 15 % ; Égypte : 14 % ; Burkina Faso : 13 % ; Sierra Léone : 13 % ; Sénégal : 13 % ; Côte d'Ivoire : 10 % ; Kenya : 3 % ; Ouganda : 1 % ; République centrafricaine : 1 % ; Ghana : 1 % ; Togo : 0,3 % ; Bénin : 0,2 %.

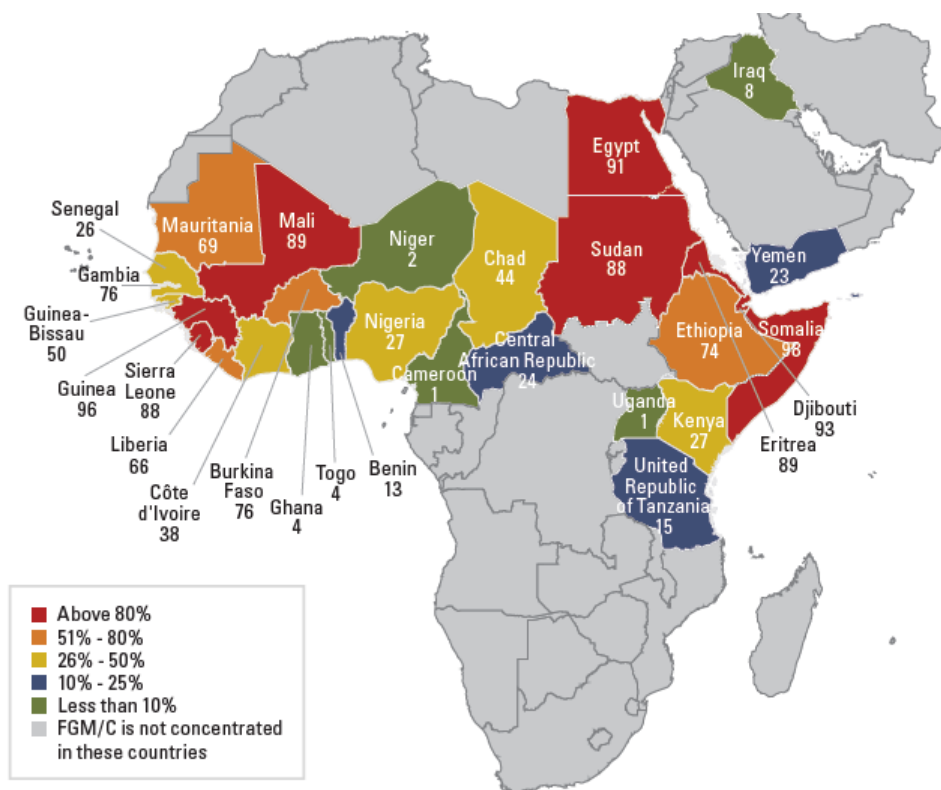
Dans la plupart des pays, la majorité des filles a été mutilées avant l'âge de 5 ans. Au Yémen, 85 % des filles subissent cette pratique durant leurs premières semaines de vie.

Alors que pour la majorité des pays, les MSF sont généralement effectuées par des praticiens traditionnels, en Indonésie, sur plus de la moitié des filles, les mutilations sont effectuées par un professionnel de la santé, formé à ces pratiques.

Le rapport de l'UNICEF *Unite for Children* en 2013 (4) cite : bien qu'il n'y ait aucune donnée représentative disponible sur les MSF pour les pays incluant la Colombie, la Jordanie, Oman, l'Arabie saoudite et une partie de l'Indonésie et de la Malaisie, les informations actuelles conduisent à penser que les MSF sont pratiquées dans ces pays.

Les MSF sont également pratiquées dans des petites zones en Europe et en Amérique du Nord qui, depuis plusieurs dizaines d'années, constituent des destinations pour des migrants venant de pays où les MSF sont pratiquées selon une coutume ancienne.

La carte ci-après est extraite du rapport de l'UNICEF *Unite for Children* en 2013 (4).



Groupe 1 : pays ayant une prévalence très élevée

Huit pays pour qui plus de 80 % des filles et de femmes en âge de procréer ont été coupées : Somalie (98 %), Guinée (96 %), Djibouti (93 %), Égypte (91 %), Érythrée (89 %), Mali (89 %), Sierra Léone (88 %) et le Soudan (88 %).

Groupe 2 : prévalence modérément élevée

Cinq pays pour qui la prévalence de MSF est entre 51 % et 80 % : Gambie (76 %), Burkina Faso (76 %), Éthiopie (74 %), Mauritanie (69 %) et Libéria (66 %).

Groupe 3 : prévalence modérément basse

Six pays pour qui la prévalence de MSF est entre 26 % et 50 % : Guinée-Bissau (50 %), Tchad (44 %), Côte d'Ivoire (38 %), Kenya (27 %), Nigeria (27 %) et Sénégal (26 %).

Groupe 4 : prévalence faible

Quatre pays pour qui la prévalence de MSF est entre 10 % et 25 % : République centrafricaine (24 %), Yémen (23 %), République unifiée de Tanzanie (15 %) et Bénin (13 %).

Groupe 5 : prévalence très faible

Six pays pour qui la prévalence des filles et de femmes en âge de procréer ont été coupées est moins de 10 % : Irak (8 %), Ghana (4 %), Togo (4 %), Niger (2 %), Cameroun (1 %) et Ouganda (1 %).

En France

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, 2011 (6) en 2011 précise qu'on estime dans le monde à 130 millions le nombre de femmes mutilées sexuellement. Chaque année, 2 à 3 millions de fillettes et de jeunes femmes subissent une mutilation sexuelle féminine.

Le nombre de femmes concernées par l'excision en France a été estimé en 2004 à partir de données de l'INSEE (recensement et enquête Famille) et d'enquêtes de prévalence menées dans les pays africains. En tenant compte des hypothèses sur les risques de perpétuation de l'excision

en fonction de l'âge à l'arrivée en France et de l'âge à l'excision, le nombre de femmes excisées a été évalué entre 42 000 et 61 000 femmes adultes, soit une hypothèse moyenne de 53 000 femmes. Selon une autre enquête, le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être est estimé entre 45 000 et 60 000. Il est précisé que nous ne sommes qu'au début du recueil de données statistiques fiables sur les femmes excisées et sur celles menacées de l'être.

Les départements les plus concernés sont les huit 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 identifiée en Afrique d'Ouest en Est. Les MSF sont également pratiquées, dans une moindre mesure (compte tenu de nos connaissances actuelles), au Moyen-Orient, en Asie (Indonésie, Malaisie, Inde), en Amérique du Sud (Pérou, Brésil) et en Amérique du Nord, en Australie et en Europe (à cause des mouvements migratoires).

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières, en 2010. (5), avec l'immigration, ce phénomène de mutilations sexuelles qui concernait en particulier le continent africain est apparu un peu partout en Occident et dans tous les pays accueillant une communauté significative d'immigrés.

Les localisations africaines « Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique (5) ».

Tableau 5. Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique (5)

| Pays | Prévalence | Année |
|-----------------------------|------------|-------|
| Bénin | 16,8 | 2001 |
| Burkina Faso | 72,5 | 2005 |
| Cameroun | 1,4 | 2004 |
| Côte d'Ivoire | 41,7 | 2005 |
| Djibouti | 93,10 | 2006 |
| Égypte | 95,8 | 2005 |
| Érythrée | 88,7 | 2002 |
| Éthiopie | 74,3 | 2005 |
| Gambie | 78,3 | 2005 |
| Ghana | 3,8 | 2005 |
| Guinée | 95,6 | 2005 |
| Guinée-Bissau | 44,5 | 2005 |
| Kenya 1 | 32,2 | 2003 |
| Liberia | 45 | * |
| Mali | 91,6 | 2001 |
| Mauritanie | 71,3 | 2001 |
| Niger | 2,2 | 2006 |
| Nigeria | 19 | 2003 |
| Ouganda | 0,6 | 2006 |
| République centrafricaine | 25,7 | 2005 |
| République unie de Tanzanie | 14,6 | 2004 |
| Sénégal | 28,2 | 2005 |
| Sierra Leone | 94 | 2005 |
| Somalie | 97,9 | 2005 |
| Soudan | 90 | 2000 |
| Tchad | 44,9 | 2004 |
| Togo | 5,8 | 2005 |
| Yémen | 22,6 | 1997 |

* Estimations découlant de diverses études au niveau local et au niveau sous-national (Yoder et Kan, 2007)

En France, il est très difficile d'estimer le nombre de femmes et de fillettes excisées et encore moins celles qui sont susceptibles de l'être du fait de leur appartenance à une société perpétuant la pratique de l'excision.

En s'appuyant sur les derniers travaux de l'Institut national d'études démographiques en 2017 (13) il y avait en France, en 2004, entre 42 000 et 61 000 femmes adultes victimes de mutilations sexuelles vivant en France. Si l'on retient l'estimation moyenne, elles seraient 53 000.

L'indicateur « nationalité » cache des réalités très différentes selon les régions d'origine. En s'attachant aux ethnies susceptibles de pratiquer l'excision, le fleuve Sénégal traverse le Mali, la Mauritanie et le Sénégal. Cet espace géographique est plus particulièrement peuplé des ethnies Mandé (Bambara, Diakhanké, Malinké, Mandingue, Nyominka, Socé, Soninké) et Halpulaar (Peul et Toucouleur). Le triangle Bakel (Sénégal) - Kayes (Mali) - Sélibaby (Mauritanie) est une région de très forte immigration vers la France et en particulier vers l'Île-de-France.

On a pu estimer qu'en France, les émigrants d'origine Mandé représentaient 80 % du flux total en provenance d'Afrique noire, les Halpulaars représentant environ 15 %. Les régions et les départements français les plus concernés par les MSF du fait de leur population immigrée sont les suivants :

- Centre (Eure-et-Loir, Loiret) ;
- Champagne-Ardenne (Marne) ;
- Haute-Normandie (Seine-Maritime) ;
- Île-de-France (huit départements, petite et grande couronne) ;
- Nord-Pas-de-Calais (Nord) ;
- Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe) ;
- Picardie (Oise, Somme) ;
- Poitou-Charentes (Charente, Charente-Maritime, Vienne) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var) ;
- Rhône-Alpes (Ain, Rhône, Haute-Savoie).

Au Moyen-Orient, les cas récemment signalés en Arabie du sud sont isolés et manifestement d'importation récente. Dans la péninsule arabique, l'excision de type II est pratiquée au Yémen, dans la Tihama (région littorale de la Mer Rouge), l'Hadramaout (région du golfe d'Aden) et localement à Lahj, Aden et Abyan.

L'infibulation est pratiquée par les immigrés et les réfugiés somaliens vivant au Yémen. L'excision est également pratiquée dans la région du Dhofar dans quelques rares villes du sultanat d'Oman, dans l'archipel de Bahreïn et dans les Émirats arabes unis. Elle persisterait également en Arabie saoudite dans la région du sud-ouest. Plus récemment, de nouveaux cas ont été observés au Kurdistan irakien.

En Asie, Océanie : en Asie du sud-est insulaire, l'excision est signalée en Malaisie, chez les Malais de Singapour à Perth, en Australie, chez des migrants de cette même population. En Indonésie, elle est pratiquée par la plupart des groupes ethniques. La technique a changé depuis les deux ou trois dernières décades et la mutilation est moins drastique.

En Inde : à l'ouest, dans la secte musulmane Bohras (secte Ismaili Shia, soit moins d'un million de personnes), les fillettes seraient excisées à l'âge de 7 ans. Cette secte serait également présente au Pakistan. Au nord-ouest (*North-West Frontier Province*), chez les Kehal (musulmans).

En Amérique latine : l'excision associée à la défloration a été évoquée par l'anthropologue Simone-Roger Waisbard en Amazonie péruvienne chez certains Indiens de l'Ucayali. Au Brésil, l'excision serait pratiquée parmi les groupes d'origine Yoruba. Elle serait également présente en Colombie et au Mexique.

En France : l'élément prioritaire qui permettra en premier lieu de s'interroger est l'origine et/ou le pays de naissance. Compte tenu des origines des populations installées dans votre département,

les principaux pays concernés pourront être le Burkina Faso, l'Égypte, l'Éthiopie, la Guinée, le Mali, le Sénégal, la Somalie, etc.

Tableau 6. Prévalence des mutilations selon les pays d'après l'association Gynécologie sans frontières (5)

| 75 à 99 % | 50 à 74 % | 25 à 49 % | 0 à 24 % |
|---|--|--|---|
| Égypte, Soudan Éthiopie Burkina Érythrée, Mali Gambie, Djibouti, Guinée Conakry Somalie Sierra Léone | Mauritanie Libéria Guinée-Bissau | Tchad République centrafricaine Côte d'Ivoire | Nigeria Niger Cameroun Bénin Togo République démocratique du Congo Tanzanie Ouganda |

Ce que l'on constate dans la réalité, c'est que les enfants mutilés sont de plus en plus jeunes. La majorité des MSF se pratique entre 0 et 4 ans. À partir des statistiques les plus actuelles publiées, le rajeunissement se confirme dans dix pays sur 12. La tranche d'âge 0-4 ans est majoritairement concernée et celle des 5-9 ans vient en seconde position à l'exception notable du Yémen et de la Tanzanie.

Concernant les 15 ans et plus, quatre pays sur 12 sont proches, voire dépassent le chiffre de 10 % de fillettes excisées. Par conséquent, nous pouvons supposer que dans certaines régions des pays concernés, l'excision est encore pratiquée de façon plus ou moins marginale comme un « rite de passage » : pubertaire, pré-nuptial ou pendant la première grossesse.

D'après l'Institut national d'études démographiques en 2009 (14) dans le Volet quantitatif du projet Excision et handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice, dans l'optique de mesurer un risque d'excision sur les filles des femmes enquêtées, il est tout d'abord nécessaire de distinguer le cas des filles nées en France de celui des filles nées dans les pays d'origine. En effet, selon le lieu de naissance des filles, soit on essaie de mesurer un éventuel abandon de la pratique en contexte migratoire, soit on mesure à la fois l'effet de la migration et les possibles changements dans les pays d'origine.

Sur l'ensemble des 635 femmes excisées enquêtées et ayant répondu à ces questions, 394 sont mères d'au moins une fille. Et on dénombre au total 787 filles, soit une moyenne de deux filles par mère. Parmi l'ensemble des filles des femmes excisées, 80 % sont nées en France et elles sont en grande majorité nées dans les années 90 (29 %) et surtout dans les années 2000 (57 %).

Sur l'ensemble des filles, seules 11 % d'entre elles ont été excisées, selon la déclaration de leur mère. Mais ce pourcentage global cache des écarts importants selon le pays de naissance de la fille. Parmi les filles nées en France, seules 3 % ont été excisées alors que le pourcentage monte à 45 % pour les filles nées dans un pays à risque. Ce premier résultat atteste bien d'une tendance à l'abandon de la pratique dans les familles vivant en France.

Du fait de l'origine des femmes excisées enquêtées, les pays de naissance des filles de ces femmes sont principalement des pays d'Afrique de l'Ouest (notamment, le Mali, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Guinée et la Mauritanie). Cela représente un effectif de 88 filles excisées, dont 19 sont nées en France et 69 dans un pays à risque d'Afrique sub-saharienne.

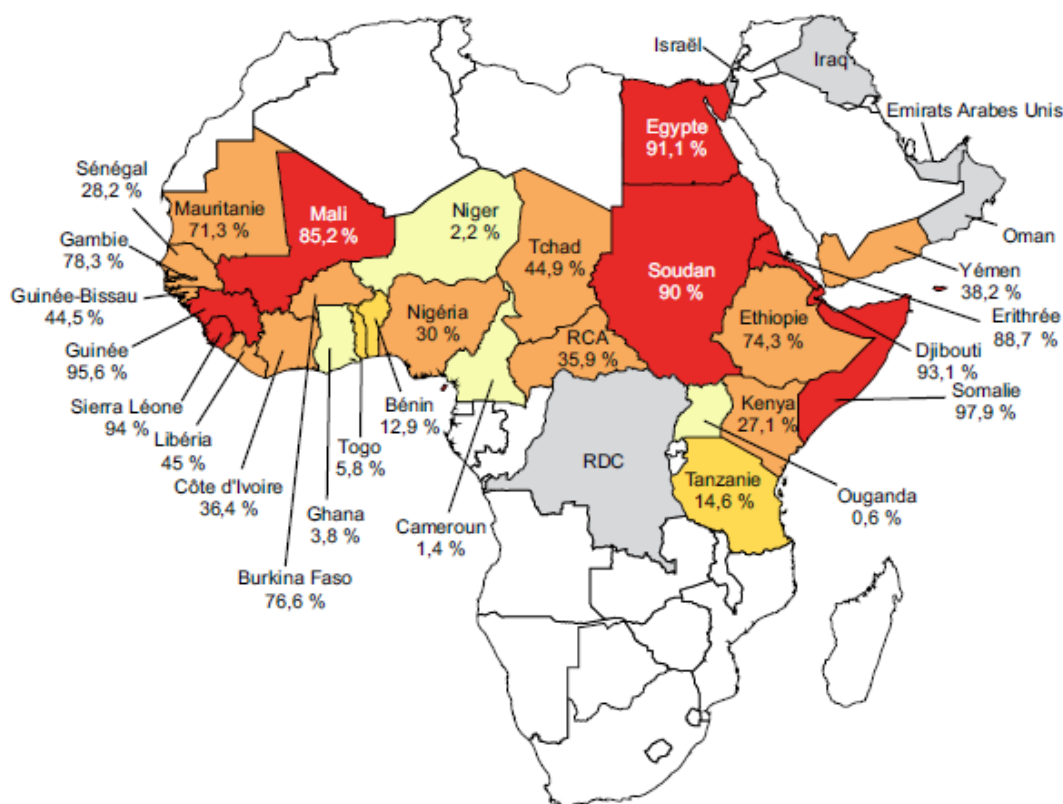
Les filles qui sont nées en France et qui ont été excisées l'ont vraisemblablement été (du fait de l'âge précoce à l'excision) entre le début des années 80 et le milieu des années 90. C'est dans les

années 90 que la pénalisation de la pratique s'est durcie en France avec notamment, au début des années 90, le procès très médiatisé d'Hawa Gréou.

D'autre part, on observe, dans une moindre mesure et légèrement décalée dans le temps, une même tendance parmi les filles nées dans un pays à risque. En effet, les proportions de filles excisées les plus importantes touchent les filles nées dans les années 80 et 90 : plus de la moitié d'entre elles ont été excisées.

Parmi celles nées dans les années 2000, une sur quatre seulement a été excisée. Là encore, on peut faire un parallèle entre la diminution de la pratique et les politiques de sensibilisation et d'interdiction de la pratique dans les pays à risque africains qui ont vraiment pris de l'ampleur dans la dernière décennie.

D'après les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et GAMS de 2011 (15) qui proposent la prévalence des mutilations génitales féminines (femmes de 15 à 49 ans) dans la carte ci-après.



■ Prévalence ≥ 80 %

■ Prévalence 25 % à < 80 %

■ Prévalence 5 % à 25 %

□ Prévalence < 5 %

L'âge auquel les mutilations génitales féminines sont pratiquées dépend du groupe ethnique et peut aller des premiers jours de vie jusqu'à l'âge adulte. Dans la plupart des cas, elles sont pratiquées entre 5 et 12 ans.

Dans certains pays, on constate une baisse de l'âge de la pratique. C'est le cas au Burkina Faso, où l'annonce publique de la pénalisation des mutilations génitales féminines a entraîné la pratique de l'excision chez les nourrissons pour éviter le risque de dénonciation par les filles elles-mêmes. À contrario, en France, où plusieurs procès ont eu lieu et où les services de protection maternelle et infantile (PMI) ont déjà été à l'origine de signalements, les médecins de PMI ont observé une

nette diminution des cas d'excision chez les enfants en dessous de 6 ans. Cette diminution est toutefois balancée par un risque accru de MSF à la préadolescence et à l'adolescence, lorsque les jeunes filles sont renvoyées au pays pour être excisées et, souvent, mariées de force dans la foulée.

► **Conclusion du chapitre « Les pays qui pratiquent les mutilations sexuelles selon les données de la littérature »**

Il y a au moins 20 000 femmes et 10 000 fillettes mutilées ou menacées résidant sur le territoire français. Il est probable que le nombre de fillettes concernées soit bien supérieur. En Europe, 500 000 filles et femmes migrantes sont mutilées ou exposées au risque de mutilation sexuelle.

Dans le monde entier, le nombre exact de filles et de femmes qui ont subi une MSF/C reste de 200 millions dans 30 pays qui pratiquent ces actes.

De ces 200 millions, plus de la moitié vit dans trois pays : Indonésie, Égypte et Éthiopie, 44 millions sont des filles âgées de moins de 15 ans.

Tableau 7. Pourcentage des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une MSF/C, entre 2004 et 2015 d'après l'UNICEF *Unite for Children* en 2016 (12)

Somalie : 98 % ; Guinée : 97 % ; Djibouti : 93 % ; Sierra Léone : 90 % ; Mali : 89 % ; Égypte : 87 % ; Soudan : 87 % ; Érythrée : 83 % ; Burkina Faso : 76 % ; Gambie : 75 % ; Éthiopie : 74 % ; Mauritanie : 69 %.
Libéria : 50 % ; Guinée-Bissau : 45 % ; Tchad : 44 % ; Côte d'Ivoire : 38 % ; Nigéria : 25 % ; Sénégal : 25 % ; République centrafricaine : 24 % ; Kenya : 21 % ; Yémen : 19 % ; République unie de Tanzanie : 15 % ; Bénin : 9 % ; Iraq : 8 % ; Togo : 5 % ; Ghana : 4 % ; Niger : 2 % ; Ouganda : 1 % ; Cameroun : 1 %.

Tableau 8. Pourcentage des filles âgées entre 0 et 14 ans qui ont subi une MSF/C entre 2010 et 2015 d'après l'UNICEF *Unite for Children* en 2016 (12)

Gambie : 56 % ; Mauritanie : 54 % ; Indonésie : 49 % ; Guinée : 46 % ; Érythrée : 33 % ; Soudan : 32 % ; Guinée-Bissau : 30 % ; Éthiopie : 24 % ; Nigéria : 17 % ; Yémen : 15 % ; Égypte : 14 % ; Burkina Faso : 13 % ; Sierra Léone : 13 % ; Sénégal : 13 % ; Côte d'Ivoire : 10 % ; Kenya : 3 % ; Ouganda : 1 % ; République centrafricaine : 1 % ; Ghana : 1 % ; Togo : 0,3 % ; Bénin : 0,2 %.

Dans la plupart des pays, la majorité des filles a été mutilées avant l'âge de 5 ans. Au Yémen, 85 % des filles subissent cette pratique durant leurs premières semaines de vie.

2. Les complications des mutilations sexuelles féminines

Selon l'Organisation mondiale de la santé en 2018, (2), les Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines et **les recommandations de World Health Organization**, *Who guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Geneva: WHO; 2016 (3), décrivent les risques sanitaires liés aux MSF.

Les MSF ne présentent aucun avantage pour la santé. Les filles et les femmes qui ont subi cette intervention risquent toute leur vie de souffrir de leurs complications. L'intervention est douloureuse et traumatisante et elle est souvent pratiquée dans des conditions non stériles par un praticien traditionnel. Ce praticien traditionnel ne connaît ni l'anatomie féminine, ni les procédures de prise en charge des éventuels effets indésirables.

De surcroît, l'ablation ou l'altération de tissus génitaux sains entrave le fonctionnement naturel de l'organisme et peut entraîner de nombreuses conséquences immédiates et à long terme sur la santé génito-urinaire de la femme.

Les données disponibles indiquent que le risque d'effets indésirables est plus important pour les MSF de type III par rapport à celles de types I et II, et que ces événements ont tendance à être largement sous-déclarés.

En ce qui concerne le risque de complications obstétricales liées aux MSF, un groupe d'étude de l'OMS ayant analysé la question en 2006 a conclu qu'il était nettement plus élevé chez les femmes ayant subi des MSF que pour les autres femmes. Le groupe d'étude de l'OMS a conclu également que le risque de complications obstétricales liées aux MSF était proportionnel aux formes de mutilation. Ces conséquences néfastes peuvent également nuire à la santé des nouveau-nés.

Pour de nombreuses filles et femmes, les MSF sont une expérience traumatisante pouvant laisser des marques psychologiques durables et entraîner divers troubles de santé mentale.

Étant donné que certains types de MSF impliquent l'ablation de structures sexuellement sensibles, notamment le gland clitoridien et une partie des petites lèvres, certaines femmes mentionnent une baisse de la réponse et de la satisfaction sexuelle. De surcroît, la cicatrisation de la zone vulvaire peut entraîner des douleurs, notamment pendant les relations sexuelles.

Outre ces risques sanitaires, certaines activités du quotidien et interventions médicales peuvent être entravées en raison des altérations anatomiques, notamment l'examen gynécologique, les analyses cytologiques, l'évacuation de l'utérus post-avortement, le placement du dispositif intra-utérin (DIU) et l'usage de tampons, en particulier avec des MSF de type III.

Il est difficile de fournir des données précises sur les conséquences directes des MSF sur la santé en raison de la petite taille des échantillons et des limites méthodologiques des études disponibles. Malgré ces limites, les données sont de plus en plus nombreuses depuis une dizaine d'années, ce qui a permis de procéder récemment à la réalisation de revues systématiques et des méta-analyses afin d'en faire une synthèse.

Bien que les effets néfastes pour la santé des MSF soient prouvés, et que de nombreuses communautés commencent à reconnaître ce lien, dans la pratique, les dispensateurs de soins ignorent encore bien souvent ces effets et ne sont pas assez formés pour les reconnaître et les traiter correctement.

L'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) (16) indique : les problèmes médicaux qui peuvent survenir à la suite d'une MSF comprennent les saignements abondants, une douleur sévère, une infection, et quelque cas de décès.

Les excisions sont souvent effectuées sans anesthésie et dans des conditions d'hygiène déficiente. Les douleurs chroniques constituent une complication à long terme. La dyspareunie ainsi que les déficits de libido sont observés dans tous les types de MSF.

Lorsque la vulve de la femme est scellée, le sang menstruel peut ne pas s'écouler correctement, entraînant une dysménorrhée et des règles prolongées. Fréquemment une rétention urinaire et des infections de l'appareil génital et urinaire peuvent survenir.

Les femmes sont souvent traumatisées par la mutilation. Les MSF peuvent entraîner des troubles du syndrome de stress post-traumatique et d'autres problèmes d'ordre psychologique.

D'après les recommandations de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)* (17), de manière générale, l'enfant est maintenue par la force pendant que l'excision est faite avec un rasoir, un couteau ou un morceau de verre. L'infibulation peut concerner la suture des lèvres. Les jambes de la petite fille sont habituellement attachées ensemble afin de favoriser la cicatrisation des berges coupées lors de l'incision. L'anesthésie, en général, n'est pas utilisée. L'enfant, en se débattant, peut aggraver le traumatisme de l'appareil génital. Les risques immédiats pour la santé et les conséquences à court terme peuvent être graves et mettre en cause le pronostic vital des filles et des femmes.

Les complications sont différentes selon le type de mutilation subie et selon les conditions durant lesquelles elles sont perpétrées (par exemple, conditions stériles, instruments utilisés, expérience de la personne effectuant la mutilation).

Selon le rapport de l'association *Gynécologie sans frontières* en 2010 (5) les MSF sont responsables d'une morbidité mais aussi d'une mortalité féminine importantes. La survenue de complications dépend :

- de l'exciseuse ;
- des conditions (absence d'hygiène, instruments souillés, etc.) dans lesquelles la mutilation a été pratiquée ;
- du type de mutilation pratiquée :
 - les MSF de type I n'engendrent que peu de complications médicales en général immédiates ;
 - les MSF de type II peuvent engendrer de graves complications à court et à long terme ;
 - les MSF de type III engendrent de très lourdes complications.

Il faut ajouter que tout type de MSF peut avoir chez la fillette des conséquences dramatiques qui peuvent aboutir à son décès.

D'après l'Institut national d'études démographiques en 2009 (14) Volet quantitatif du projet Excision et handicap (ExH) Excision et handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie, les femmes victimes d'une excision peuvent souffrir d'infections susceptibles d'entraîner la stérilité. Elles risquent des complications obstétricales au moment des accouchements. Elles peuvent souffrir de problèmes sévères d'incontinence. Au-delà de ces complications physiques, elles risquent un état de mal-être et des difficultés constantes dans le vécu de leur sexualité.

Les conséquences pour la santé des femmes dépendent évidemment du type de mutilation pratiquée. L'OMS en 2006 (18) précise :

- les conséquences médicales à court terme, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'événement ;
- les conséquences médicales à long terme, comme les infections pelviennes, la stérilité, les troubles des règles ;
- les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement : déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales, les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence ;
- les conséquences sexuelles, mentales et sociales comme l'altération de la sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisses, dépression).

L'Institut national d'études démographiques indique dans son rapport que, si l'on ne perçoit pas de différences notables en termes de maladies ou symptômes déclarés, on identifie pour autant des répercussions directes et indirectes de l'excision sur la santé :

- les infections urinaires et gynécologiques ;
- le sentiment de tristesse et découragement ;
- l'intensité des douleurs ressenties et les répercussions qu'elles ont, par conséquent, sur la vie quotidienne, les maux de tête ;
- les risques de certaines complications lors de l'accouchement (déchirures).

Par ailleurs, le rapport identifie des difficultés en lien avec l'excision : des difficultés pour marcher, pour uriner, pour porter certains vêtements. Les femmes sont en tout 15 % parmi les femmes excisées à ressentir ce type de gêne.

Ce premier descriptif permet un premier état des lieux sur les risques de santé. Il appelle à des analyses plus fines et poussées pour mieux comprendre ces résultats.

Quand on interroge les femmes sur les craintes éventuelles qu'elles avaient vis-à-vis ce premier rapport sexuel, elles répondent massivement que c'est effectivement une expérience qu'elles appréhendaient :

74 % des femmes témoins et 82 % des femmes cas déclarent qu'elles avaient peur d'avoir mal lors de leur premier rapport sexuel. L'écart entre les cas et les témoins est statistiquement significatif. Les femmes excisées sont :

- 41 % à déclarer que ce premier rapport sexuel était « très douloureux » ;
- 44 % des femmes excisées déclarent que leur vie sexuelle est au mieux « indifférente », au pire « très désagréable », en passant par « supportable ».

Tout type de MSF peut avoir chez la fillette, la femme des conséquences dramatiques qui peuvent aboutir à leur décès.

2.1 Les conséquences médicales immédiates

Selon l'Organisation mondiale de la Santé en 2018 (2) et les recommandations de *World Health Organization* 2016 (3), les risques immédiats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 9. Risques immédiats pour la santé d'après l'OMS en 2018 (2)

| Risques immédiats | Remarque |
|----------------------------|--|
| Hémorragie | |
| Douleur | |
| Choc | Hémorragique, neurogénique ou septique |
| Œdème des tissus génitaux | Dû à une réponse inflammatoire ou à une infection locale |
| Infections | Infections locales aiguës Formation d'abcès Septicémie Infections de l'appareil génital et reproducteur ; Infections urinaires L'association directe entre les MSF et le virus VIH n'est pas claire, mais la perturbation des tissus génitaux augmente peut-être le risque de transmission du VIH |
| Problèmes urinaires | Rétention aiguë d'urine ; difficultés pour uriner ; lésion de l'urètre |
| Problèmes de cicatrisation | |
| Décès | Dû à une grave hémorragie ou une septicémie |

| Risques immédiats | Remarque |
|-------------------|----------|
| | |

D'après les recommandations du *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19) les MSF, selon leur degré de mutilation, peuvent avoir de nombreuses conséquences à court terme sur la santé des femmes :

- douleur intense et choc ;
- infection ;
- rétention urinaire ;
- lésions au niveau des tissus adjacents ;
- hémorragie immédiate et fatale.

Les recommandations du *Home Office Government* en 2016 (20) indiquent que les conséquences immédiates et à court terme sont néfastes pour la santé et le bien-être d'une fille. Elles peuvent comprendre les conséquences suivantes :

- douleur intense ;
- choc émotionnel et psychologique (exacerbé par le fait d'avoir subi le traumatisme de la part de parents aimés, de l'entourage élargi à la famille et aux amis) ;
- hémorragie ;
- infections des plaies, incluant le tétanos et les virus transmis par le sang (VIH et les hépatites B et C) ;
- rétention urinaire ;
- lésions au niveau des tissus adjacents ;
- fractures ou luxations articulaire résultant des contraintes exercées ;
- blessure des autres organes ;
- décès.

Selon les recommandations du *Bexley Safeguarding Children Board* (21) en 2016, les complications à court terme sont :

- douleur intense et choc ;
- hémorragie ;
- infections des plaies, le tétanos et les virus transmis par le sang (incluant le VIH et les hépatites B et C) ;
- rétention urinaire ;
- lésions au niveau des tissus adjacents ;
- fractures ou luxations articulaires résultant des contraintes exercées sur les membres de l'enfant ;
- blessure des autres organes ;
- décès.

D'après les recommandations du *RCOG* de 2015 (22), les médecins devraient être informés des complications des MSF à court terme et à long terme des MSF.

Berg en 2014 (23), dans une revue systématique, note que la complication à court terme la plus fréquente des MSF est l'hémorragie (5–62 %), puis une rétention urinaire (8–53 %), l'œdème des organes génitaux (2–27 %). Des études complémentaires rapportent une infection, de la fièvre, et trois décès attribués aux MSF.

Les recommandations belges du service public fédéral Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 (15) indiquent pour les conséquences immédiates pour tous types de mutilations génitales féminines :

- Le geste étant le plus souvent pratiqué sans anesthésie, la première complication est une douleur d'une intensité telle qu'elle peut provoquer une perte de connaissance.

- La femme mutilée peut porter l’empreinte de cette souffrance sa vie durant. La douleur peut également causer une rétention réflexe des urines.
- L’hémorragie provoquée par l’incision des organes génitaux externes peut être importante au point d’entraîner une anémie sévère ou le décès. Dans certains cas, les organes voisins tels que l’urètre, la vessie, le périnée, l’anus ou le rectum peuvent également être endommagés. Les conditions d’asepsie n’étant généralement pas respectées, le risque infectieux est important. Localement, un abcès peut se développer ou une nécrose survenir. Des infections généralisées (tétanos, infection par le VIH, hépatite B et C) sont décrites. La contamination par l’agent pathogène peut survenir lors de la mutilation, et lors d’une désinfibulation si le matériel utilisé pour ces actes est souillé.
- Des fractures osseuses peuvent survenir au moment de la mutilation à la suite de la force incontrôlée exercée par des tiers pour maintenir en position la fillette ou l’adolescente qui se débat.

Les recommandations de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)* en 2013 SOGC (17) citent pour les risques à court terme des mutilations génitales féminines :

- douleurs : le fait de couper les terminaisons nerveuses et des tissus sensibles des organes génitaux provoque des douleurs ;
- état de choc provoqué par la douleur et/ou une hémorragie ;
- saignement excessif ;
- difficulté à éliminer l’urine et/ou les selles ;
- infections ;
- décès.

Le rapport de l’association Gynécologie sans frontières. en 2010. (5) indique pour les conséquences médicales immédiates et à court terme :

- en premier lieu, la douleur suraiguë peut entraîner un choc neurogénique ;
- les saignements sont systématiques et l’hémorragie peut être très sévère en raison de la riche vascularisation de cette région anatomique si, par exemple, les artères caverneuses ou l’artère dorsale du clitoris sont sectionnées. Le choc hémorragique et le décès sont possibles ;
- les lésions traumatiques des organes voisins (urètre, vessie, méat urinaire, vagin, périnée postérieur, anus, rectum...) peuvent survenir. Elles peuvent également entraîner des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales qui sont liées aux mouvements de la fillette en rapport avec la douleur au moment où l’exciseuse coupe la vulve ;
- des fractures de la clavicule, de l’humérus ou du fémur sont possibles en rapport avec les mouvements de défense de la fillette et du fait de la pression exercée sur les membres de la fillette pour la maintenir ;
- la mauvaise qualité de cicatrisation s’explique par l’absence de condition d’asepsie et l’absence de suture ;
- la pseudo-infibulation est une complication des MSF de type II. Il y a alors accolement des petites lèvres qui forment un pont cicatriciel recouvrant le méat urinaire et entraînant les mêmes complications que l’infibulation. La pseudo-infibulation est d’autant plus fréquente que l’âge de la fillette est bas ;
- la rétention d’urine réflexe est une complication immédiate très fréquente du fait de la douleur provoquée par l’écoulement des urines sur la plaie. Les troubles urinaires à type de dysurie ou de rétention d’urine peuvent entraîner une infection des voies urinaires ;
- les infections aiguës sont très fréquentes : l’infection aiguë peut rester localisée à type de vulvo-vaginites, de cervicites, de phlegmons, d’abcès vulvo-vaginaux ou pelviens ou d’adénites suppurées. L’infection aiguë peut s’étendre ;
- de plus, il y a risque de transmission du tétanos, du SIDA, des hépatites B et C ou d’autres maladies hématogènes lors de l’utilisation d’un même matériel tranchant sur différentes fillettes.

Le décès des fillettes survient lors d'hémorragies ou d'infections sévères car les conditions dans lesquelles sont réalisées les MSF ne permettent pas la prise en charge de telles complications.

2.2 Les conséquences médicales à moyen et à long terme

Selon l'Organisation mondiale de la Santé en 2018 (2) et les recommandations de *World Health Organization* de 2016 (3) les conséquences médicales à long terme sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10. Conséquences médicales à long terme d'après l'OMS en 2018 (2)

| Risques à long terme | Remarques |
|---------------------------------------|---|
| Lésion des tissus génitaux | Avec pour conséquence des douleurs chroniques au niveau de la vulve et du clitoris |
| Pertes vaginales | Dues à des infections chroniques de l'appareil |
| Démangeaisons vaginales | |
| Problèmes menstruels | Dysménorrhée ; menstruations irrégulières et difficultés d'écoulement du sang menstruel |
| Infections de l'appareil reproducteur | Peut provoquer des douleurs pelviennes chroniques |
| Infections génitales chroniques | Y compris risque accru de vaginose bactérienne |
| Infections urinaires | Souvent récurrentes |
| Mictions douloureuses | Dues à l'obstruction et aux infections urinaires récurrentes |

Les recommandations du *Scotland guidance multi-agency guidance (SCOT)*, de 2017, (24) indiquent les conséquences sur la santé physique au long cours des MSF qui comprennent :

- les infections vaginales et pelviennes chroniques ;
- des troubles des règles ;
- rétention urinaire ;
- infection urinaire chronique ;
- insuffisance rénale, dysfonction rénale ;
- lésions sur l'organe reproducteur pouvant entraîner une infertilité ;
- formation de kystes, névromes et de cicatrices chéloïdes ;
- complications de la grossesse, retard lors de la deuxième phase de l'accouchement ;
- décès maternels ou fœtaux ;
- augmentation du risque de transmission des infections sexuellement transmises.

Selon les recommandations du *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19), les complications au long cours peuvent entraîner :

- lésions étendues de l'organe reproducteur ;
- infections utérines, vaginales et pelviennes ;
- kystes et névromes ;
- augmentation du risque de fistule vésico-vaginale ;
- complications de la grossesse et lors de la naissance ;
- troubles psychologiques ;
- dysfonction sexuelle ;
- difficultés lors des menstruations.

Il existe par ailleurs d'autres nombreuses conséquences importantes des MSF telles que :

- les conséquences psycho-sexuelles ;
- une atteinte de l'estime de soi ;
- des conséquences sociales pour lesquelles on doit effectuer une prise en charge et un soutien.

Selon les recommandations du Bexley Safeguarding Children Board en 2016 (21), les complications au long cours sont :

- infections chroniques pelviennes et vaginales ;
- difficultés lors des règles ;
- difficultés à l'émission de l'urine, infections chronique urinaires ;
- dysfonction rénale et insuffisance rénale ;
- lésions sur l'appareil reproducteur incluant l'infertilité ;
- kystes, névromes, formation de cicatrices chéloïdes ;
- complications durant la grossesse, retard dans la deuxième phase du travail ;
- décès fœtaux ou maternels ;
- troubles psychologiques, incluant un nombre de problèmes de santé mentale et psychosexuels comprenant dépression, anxiété, et le dysfonctionnement sexuel ;
- augmentation du risque d'infections sexuellement transmises dont le VIH.

Les recommandations du Home Office Government anglais en 2016 (20) de 2016 décrivent les conséquences à long terme sur la santé des filles et des femmes et sur leur bien-être.

Les implications au long cours sur la santé des femmes qui ont subi une MSF de type I et II semblent être liées au traumatisme de l'intervention. Les problèmes de santé provoqués par les mutilations de type III sont d'intensité plus sévère et de durée prolongée.

Tous les types de MSF sont extrêmement néfastes et entraînent un préjudice sévère pour la santé et le bien-être des femmes. Des recherches effectuées par l'Organisation mondiale de la santé ont montré que les femmes qui ont subi une MSF sont davantage susceptibles d'avoir des complications durant l'accouchement, quel que soit leur type de mutilation, plus spécifiquement pour le type III de mutilation.

Les conséquences pour la santé au long cours des mutilations peuvent inclure :

- infections chroniques vaginales et pelviennes ;
- problèmes lors des règles ;
- difficultés lors de l'émission d'urine, infections urinaires chroniques ;
- dysfonction rénale, insuffisance rénale ;
- lésions de l'appareil reproducteur comprenant l'infertilité ;
- kystes, névrome et formation de cicatrices chéloïdes ;
- fistules obstétricales ;
- complications de la grossesse avec une augmentation :
 - du risque d'enfants mort-nés,
 - de décès de l'enfant pendant l'accouchement ou juste après la naissance ;
- complications durant l'accouchement :
 - un travail prolongé,
 - saignements ou déchirures durant la naissance,
 - augmentation du risque de césarienne ;
- douleur durant les rapports sexuels, manque de sensation de plaisir, dysfonction sexuelle ;
- troubles psychologiques incluant des troubles de la santé mentale et des problèmes psychosexuels tels que :
 - une baisse de libido,
 - dépression, anxiété,
 - une dysfonction sexuelle,
 - des flashbacks durant la grossesse et l'accouchement,
 - un mésusage de substances psychoactives,
 - des automutilations ;

- augmentation du risque de transmission des infections sexuellement transmises et du VIH ;
- décès de la mère et de l'enfant durant l'accouchement.

Les recommandations du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (RCOG) de 2015* (22) citent pour les complications des MSF : la revue systématique de Berg en 2014 (23) a démontré une association entre les MSF et des infections de l'appareil urinaire, une dyspareunie et une vaginose bactérienne. Les études de cohorte et les cas rapportés ont trouvé une association des MSF avec d'autres types de complications :

- cicatrices génitales :
 - les cicatrices génitales survenues après une MSF peuvent être inesthétiques et douloureuses,
 - les cicatrices chéloïdes ont été rapportées chez 3 % des femmes,
 - il peut s'avérer nécessaire d'exciser les kystes épidermiques et les kystes sébacées qui se développent après une mutilation,
 - le névrome du clitoris (source de douleurs) a été également décrit (niveau de preuve 4) ;
- complications de l'appareil urinaire : les symptômes des voies urinaires sont plus fréquents chez une femme ayant une MSF, particulièrement pour les mutilations de type II ou III. Sont observés :
 - les symptômes d'obstruction d'urinaire et de stase urinaire qui peuvent conduire à une infection urinaire (risque relatif : 3.01, CI 1,42–6, 38),
 - des calculs rénaux ou vésicaux. Le traitement recommandé est la désinfibulation (niveau de preuve 2),
 - des lésions au niveau de l'urètre lors d'une MSF de tout type qui peut entraîner un rétrécissement de l'urètre ou la création d'une fistule. Ces lésions nécessitent l'intervention d'un urologue ou d'un uro-gynécologue,
 - les données d'un niveau de preuve suffisant ne sont pas disponibles pour pouvoir affirmer que les MSF sont associées directement à une complication au long terme telle que le prolapsus génital ou une incontinence ;
- le rétrécissement du vagin peut nécessiter une investigation urodynamique (niveau de preuve 3) ;
- problèmes lors des règles ;
- hémato-colpos et dysménorrhée (niveau de preuve 3) ;
- infection génitale et maladie inflammatoire pelvienne ;
- augmentation du risque de vaginose bactérienne et d'infection par le virus d'herpès simplex (niveau de preuve 2+) ;
- infertilité : les facteurs favorisant une infertilité induite par une MSF comprennent :
 - une diminution des rapports sexuels (apareunie, dyspareunie),
 - une fonction sexuelle altérée,
 - une augmentation des infections ascendantes (niveau de preuve 2) ;
- infection par le virus VIH et par le virus de l'hépatite B : bien que les procédures des MSF puissent entraîner une augmentation du risque de transmission du virus de l'hépatite B, C, et ou du VIH (en raison par exemple de l'utilisation d'instruments non stérilisés), il n'y a à ce jour aucune donnée épidémiologique disponible pour soutenir cette affirmation.

Les recommandations de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) en 2013* (17) citent pour les risques à long terme des mutilations génitales féminines :

- augmentation du risque de transmission sanguine virale ;
- infections liées à l'utilisation d'instruments déjà utilisés et non stérilisés incluant les hépatites, le VIH ;
- conséquences psychologiques ;
- une fusion des lèvres de la vulve ;

- une ré-infibulation en raison d'un échec de cicatrisation.

Selon les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CGNOF) de 2011 (25), les conséquences médicales des mutilations sexuelles féminines varient selon le type et la gravité de l'acte pratiqué.

Les conséquences immédiates sont le décès par choc et hémorragie, la douleur aiguë, les infections locales, 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 :

- une dysurie, voire une insuffisance rénale ;
- douleurs lors des rapports sexuels et lors de des règles ;
- Des complications obstétricales avec dystocie à l'origine de souffrance fœtale, de fistules vésico-vaginales, d'hémorragie de la délivrance et de césarienne.

Ces complications sont d'autant plus sévères que la surveillance obstétricale est réduite dans certains pays africains.

Selon les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 (15), les conséquences à moyen et à long terme. Tous types de mutilations génitales féminines :

- des douleurs chroniques peuvent apparaître, provoquées par le développement d'un névrome au niveau de la tranche de section du nerf dorsal du clitoris ;
- des cicatrices hypertrophiques (ou chéloïdes) peuvent être la cause d'un inconfort important, ressenti plus particulièrement en position assise ou à la marche ;
- l'enfouissement de l'épiderme lors de la cicatrisation des lésions sera à l'origine d'un kyste d'inclusion épidermique, susceptible de devenir volumineux ou de se surinfecter.

Infibulation

L'infibulation aboutit, et c'est là son but, à la formation d'un rideau cicatriciel recouvrant l'entrée de la vulve et le méat urinaire. L'entrave à l'écoulement de l'urine qui en résulte peut être la cause d'une miction prolongée et douloureuse. En cas de stase de l'urine dans la vessie, cette dernière a tendance à s'infecter. La cystite chronique qui en résulte peut donner lieu à une infection ascendante atteignant les reins.

Le rétrécissement de l'orifice vaginal peut également former un obstacle au flux menstruel dont l'écoulement sera prolongé. Une rétention totale du sang menstruel dans le vagin peut survenir lorsque l'occlusion du vagin est complète. Elle s'accompagne de douleurs intenses au moment des règles.

Les femmes mutilées ont une susceptibilité accrue aux infections du vagin et des organes génitaux internes. L'atteinte des trompes peut être cause de stérilité. Ainsi, les femmes infibulées ont un taux d'infertilité de 25 à 30 % supérieur à celui de la population générale. Par ailleurs, lors des rapports sexuels, les blessures des organes génitaux fragilisés favorisent la transmission de germes responsables d'infections sexuellement transmissibles.

La lésion des organes adjacents peut être à l'origine d'incontinence urinaire ou fécale.

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières en 2010. (5), les conséquences médicales à long terme sont :

- l'hématocolpos : la fermeture totale de l'orifice vaginal externe empêche l'écoulement du sang des règles qui s'accumule dans le vagin et forme une collection contenant du sang, épais d'aspect chocolaté ;
- le névrome cicatriciel : l'emprisonnement du nerf dorsal du clitoris, dans un point de suture ou dans un tissu cicatriciel, entraîne l'apparition d'une tuméfaction très sensible ;
- les kystes vulvaires ;

- les kystes épidermiques sont liés à l'inclusion d'épiderme ou de glandes sudoripares dans la cicatrice, dans la région clitoridienne ou dans une autre zone vulvaire ;
- les kystes des glandes vulvaires sont dus à l'inflammation des glandes et à l'obturation de leurs canaux excréteurs ; c'est le cas de la glande de Skène et de la glande de Bartholin où on peut voir des skénites et des bartholinites chroniques, des kystes et des abcès de ces glandes. Les kystes de la glande de Skène peuvent être à l'origine de dysurie et de rétention urinaire par compression et obstruction de l'urètre et du méat urinaire.

Des douleurs de différents types :

- des douleurs vulvaires chroniques (vulvodynies), des douleurs pelviennes chroniques en général dues à l'existence d'un névrome ou d'un kyste épidermique, une dysménorrhée par hématoocolpos (MSF de type III), une dyspareunie (orificielle) ;
- une sclérose, une rétraction vulvo-vaginales et un inesthétisme de la région vulvo-périnéale ;
- les infections chroniques des voies urinaires dans les MSF de type III : l'obstruction du méat urétral par le pont cicatriciel entraîne des affections chroniques des voies urinaires car l'évacuation des urines est longue et douloureuse. On observe alors des problèmes de rétention chronique d'urine et la pullulation microbienne résultant de la stase urinaire entraîne des cystites et des pyélonéphrites à répétition qui peuvent aboutir à une insuffisance rénale chronique ;
- les infections génitales sont extrêmement fréquentes dans les MSF de type III du fait de la stase des leucorrhées, des urines, des hématoocolpos ou des matières fécales en cas de fistule recto-vaginale. Ces infections génitales à point de départ vulvaire peuvent s'étendre et entraîner des infections génitales hautes. Ces infections génitales hautes augmentent très nettement le taux de stérilité primaire chez les femmes infibulées (trois fois plus que dans le reste de la population) ainsi que le taux de fausses couches spontanées à répétition ;
- l'infibulation (MSF de type III) serait un facteur de risque de contamination par le virus du SIDA et de maladies hématogènes car l'étroitesse de l'orifice vaginal augmente les risques de lésions des parois vaginales et de saignements lors de rapports sexuels.

2.3 Les conséquences obstétricales

Selon l'Organisation mondiale de la Santé en 2018 (2) et les recommandations de World Health Organization en. 2016 (3), les conséquences obstétricales sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11. Risques obstétricaux d'après l'OMS en 2018 (2)

| Risques obstétricaux | Remarque |
|--|--|
| Accouchement par césarienne | |
| Hémorragie du <i>post-partum</i> | Perte de sang d'au moins 500 ml après l'accouchement |
| Épisiotomie | |
| Travail prolongé | |
| Déchirures/lacérations obstétricales | |
| Extraction instrumentale | |
| Travail difficile/dystocie | |
| Séjour prolongé de la mère à l'hôpital | |
| Morbidité et mortalité néonatale précoce | |
| Réanimation des nourrissons à l'accouchement | |

Selon les recommandations du *World Health Organization* de 2016. (3), en ce qui concerne le risque obstétrical associé aux MSF le groupe d'étude de l'OMS a conduit une analyse sur les MSF en 2006 et a conclu que les femmes vivant avec une MSF ont un risque significativement plus élevé d'avoir une issue défavorable lors d'une grossesse et lors de l'accouchement par

rapport aux femmes non mutilées. Ce risque semble être plus important avec les formes les plus développées de mutilations. Ces conséquences néfastes peuvent affecter également la santé du nouveau-né.

Selon les recommandations du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* de 2015 (22), les complications obstétricales ont été décrites avec tous les types de MSF. Cependant les risques sont d'autant plus grands que les lésions sur les tissus de la femme mutilée sont importantes.

Les complications maternelles associées avec les MSF ont été décrites en Afrique, en Amérique du Nord et en Europe. Les complications rapportées associées aux MSF consistent en une augmentation du risque de :

- travail prolongé lors de l'accouchement ;
- hémorragie du *post-partum* et de traumatisme du périnée ;
- mort néonatale précoce (niveau de preuve 2).

Les autres conséquences obstétricales qui ont été décrites incluent :

- la peur de l'accouchement ;
- des difficultés lors du monitoring de l'accouchement (incluant l'application d'électrodes sur la tête du fœtus, les prélèvements sanguins fœtaux) ;
- la difficulté lors de la pose d'un cathéter urétral durant le travail ;
- l'infection des plaies ;
- la rétention de lochies (niveau de preuve 2+).

D'après les recommandations de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)* en 2013 (17), l'infibulation peut entraîner un travail prolongé et est associée à une augmentation du risque de déchirures vulvaires et vaginales. Les accouchements par césarienne semblent être plus fréquents chez les femmes ayant eu une MSF que pour la population générale.

Les études sur les populations de femmes ayant eu une MSF ont suggéré qu'il existait une augmentation statistiquement significative :

- du risque de mortalité périnatale ;
- hémorragie du *post-partum* ;
- risque de détresse fœtale.

Selon le rapport de l'association *Gynécologie sans frontières* en 2010 (5), les MSF, parce qu'elles portent atteinte à l'intégrité des organes génitaux externes de la femme, entraînent des complications pendant la grossesse et l'accouchement. La nature et la gravité des complications obstétricales dépendent du type de MSF.

- Les MSF de type I n'entraînent en général pas de complications pendant la grossesse et l'accouchement. On peut toutefois observer plus de déchirures périnéales, notamment au niveau du périnée antérieur, au moment du dégagement de la tête du bébé.
- Les MSF de type II et III augmentent le risque d'infections génitales basses et d'infections urinaires pendant la grossesse.
 - Ces infections augmentent donc le risque de fausses couches spontanées tardives, de menaces d'accouchement prématuré et de ruptures prématurées des membranes.
 - Deux complications fœtales peuvent alors survenir si l'infection n'est pas traitée : la mort fœtale *in utero* du fait d'une chorioamniotite et la naissance prématurée.
- En cas de MSF de type II, la perte d'élasticité des tissus cicatriciels entraîne une augmentation des risques de déchirures périnéales lors du dégagement de la tête du bébé.
 - Une épisiotomie préventive permet de diminuer le risque de déchirure du périnée postérieur sans toutefois l'annuler.

- En revanche, l'épisiotomie préventive ne protège pas des déchirures antérieures et des lésions du méat urétral. Ces déchirures peuvent être très hémorragiques du fait de l'augmentation de la vascularisation vulvo-vaginale pendant la grossesse.
- En cas de MSF de type III, des complications beaucoup plus graves peuvent survenir :
 - l'existence d'une insuffisance rénale chronique résultant d'infections des voies urinaires à répétition peut entraîner une hypertension artérielle gravidique,
 - et toutes les complications obstétricales qui lui sont associées (pré-éclampsie, HELLP syndrome, hématome rétro-placentaire, retard de croissance intra-utérin, mort fœtale *in utero*...).
- Les MSF de type III empêchent une surveillance correcte pendant le travail.
- Le fœtus risque d'être bloqué dans le bassin en raison de la barrière périnéale. Le risque de souffrance fœtale aiguë, voire de décès *per-partum* et de césarienne, est augmenté.
- Dans certaines situations, la stagnation du fœtus dans le pelvis peut être à l'origine de fistules vésico-vaginales.

Une revue systématique de 2013 du Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (26) (MSF/C) a identifié 5109 publications et a sélectionné 44 études observationnelles dont :

- 28 utilisent un groupe de comparaison constitué de femmes sans mutilations sexuelles ;
- six études non-comparatives ;
- cinq séries de cas et quatre cas rapportés.

La qualité méthodologique de ces 28 études incluses est faible. Seules sept études sur 44 sont considérées comme ayant un niveau de qualité méthodologique modérée à élevée en utilisant le système d'évaluation GRADE. Le niveau de preuve est jugé très faible en ce qui concerne la relation entre les mutilations sexuelles et leurs conséquences obstétricales.

Les 28 études comparatives incluent trois millions de femmes (2 974 569, écart type : 114 – 2,18 millions), la taille médiane de l'échantillon est 492 femmes (moyenne=67,692).

La plupart des études sont conduites en Afrique (29 études, 66 %). Les effets indésirables les plus fréquents rapportés sont : césariennes, épisiotomies, déchirures obstétricales.

Soixante-et-un pour cent des études évaluent cliniquement les événements secondaires. Quinze études se fondent sur l'auto-évaluation par les femmes elles-mêmes, et deux études ne détaillent pas comment les effets indésirables sont rapportés.

La plupart des 28 études incluent des études comparatives qui se sont déroulées en Afrique : le Burkina Faso, l'Égypte, l'Éthiopie, Érythrée, le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Mali, le Nigéria. Huit études se sont déroulées en dehors du continent africain. Six de ces huit études ont inclus des femmes immigrées résidant en Europe ou en Amérique du Nord, une étude inclut des femmes résidant en Arabie saoudite, l'une a associé les données des registres de six pays différents des pays de l'ouest.

Huit critères principaux sont évalués à partir des études sélectionnées :

- déchirures ou lacérations obstétricales ;
- césariennes ;
- épisiotomies ;
- accouchement par extraction instrumentale ;
- hémorragies obstétricales ;
- difficultés lors de la délivrance, dystocie ;
- fièvre maternelle ;
- induction du travail ;
- autres complications obstétricales et anténatales.

Résultats

La comparaison des effets indésirables obstétricaux rapportés aux femmes et aux mineures mutilées *versus* des femmes et des mineures non mutilées est présentée dans le tableau ci-après.

Les effets indésirables obstétricaux sont rapportés par des centres de consultations, des hôpitaux, des services de maternité, soit pour une patiente, soit pour une population de patientes.

Tableau 12. Comparaison des effets indésirables obstétricaux sur les femmes et les mineures mutilées *versus* des femmes et des mineures non mutilées d'après le Norwegian Knowledge Centre for the Health Services en 2013 (26)

| Critères évalués dichotomiques | Risques comparatifs indicatifs * (CI à 95 %) | | Risque relatif (IC à 95 %) | Nombre de participantes (études) | Qualité du niveau de preuve GRADE) Commentaires |
|---|---|--|-------------------------------|-------------------------------------|---|
| | Pas de MSF Risque estimé | MSF subies Risque correspondant | | | |
| Travail prolongé | 5 % | 8 % (5 à 13) | R 1,69 (1,03 à 2,77) | 715 079 (5 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible |
| Déchirures ou lacérations obstétricales | 3 % | 5 % (4 à 6) | RR 1,39 (1,07 à 1,82) | 739 443 (14 études 4) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 5,6 |
| Césariennes | 44 % | 52 % (44 à 62) | RR 1,18 (0,99 à 1,4) | 1 041 305 (15 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible, 8,9 |
| Épisiotomies | 32 % | 38 % (31 à 46) | RR 1,19 (0,98 à 1,44) | 35 467 (11 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 11, 12,13 |
| •Accouchement par extraction instrumentale (études transversales) | 4 % | 6 % (5 à 8) | RR 1,65 (1,29 à 2,12) | 8 883 (5 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 14 |
| | | | | | |
| | Pas de MSF Risque estimé | MSF subies Risque correspondant | | | |
| Hémorragies obstétricales | 4 % | 9 % (6 à 13) | RR 2,04 (1,36 à 3,05) | 746 667 (8 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 16,17 |
| Difficultés à la délivrance (études transversales) | 2 % | 7 % (4 à 14) | RR 3,35 (1,71 à 6,55) | 6 261 (3 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 18, 19,20 |
| Fièvre maternelle | 1 % | 1 % (0 à 6) | RR 1,61 (0,31 à 8,41) | 1 646 (3 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 21,22 |
| Induction du travail | 38 % | 45 % (39 à 52) | RR 1,17 (1,01 à 1,36) | 1 009 450 (3 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 23 |

RR : risque relatif ; IC intervalle de confiance.

La comparaison des effets indésirables obstétricaux rapportés aux femmes et aux mineures mutilées de type I *versus* les MSF de type II est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau 13. Comparaison des effets indésirables obstétricaux sur les femmes et les mineures mutilées de type I versus le type II d'après le Norwegian Knowledge Centre for the Health Services en 2013 (26)

| Critères évalués (dichotomiques) | Risques comparatifs indicatifs (IC à 95 %) | | Risque relatif (IC à 95 %) | Nombre de participantes (études) | Qualité du niveau de preuve (GRADE) Commentaires |
|---|--|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|
| | MSF type II Risque estimé | MSF type I Risque correspondant | | | |
| Déchirures ou lacérations obstétricales | 11 % | 8 % (5 à 12) | RR : 0,70 (0,47 à 1,04) | 11 849 (2 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 1,2 |
| Césariennes | 6 % | 7 % (6 à 8) | RR : 1,07 (0,94 à 1,2) | 15 395 (3 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 3 |
| Épisiotomies | 31 % | 29 % (19 à 43) | RR : 0,92 (0,61 à 1,4) | 15 053 (3 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 4,5, 6 |

RR : risque relatif.

La comparaison des effets indésirables obstétricaux rapportés aux femmes et aux mineures mutilées de type III versus les MSF de type I et II est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau 14. Comparaison des effets indésirables obstétricaux sur les femmes et les mineures mutilées de type III versus le type I et II d'après le Norwegian Knowledge Centre for the Health Services en 2013 (26)

| Critères | Risques comparatifs indicatifs (IC à 95 %) * | | Risque relatif (IC à 95 %) | Nombre de participantes (études) | Qualité du niveau de preuve (GRADE) Commentaires |
|--------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|
| | Risque estimé MSF type III | Risque correspondant MSF type I-II | | | |
| Problèmes durant la délivrance | 26 % | 6 % (6 à 7) | RR : 0,24 (0,21 à 0,28) | 6 045 (2 études) | ⊕⊕⊕⊕ Très faible 1 |

Conclusion de la revue systématique

Ces résultats sont obtenus à partir d'études de niveau de preuve très faible et empêchent d'établir un lien précis sur les causes. L'hétérogénéité très importante des études est présente pour tous les caractères mesurés. Cependant, ces données fournissent des preuves sur les conséquences très graves et préjudiciables des MSF.

Les femmes qui subissent une MSF par rapport aux femmes non mutilées sont plus susceptibles d'avoir avec un risque statistiquement significatif plus élevé de : travail-prolongé I, de déchirures obstétricales, d'accouchement par extraction instrumentale, d'hémorragie, d'accouchement difficile (dystocie). Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15. D'après le Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (26)

| Critère obstétrical | Résultats : mise en évidence d'une différence significative entre les deux groupes de patientes |
|---|--|
| Travail prolongé | Les femmes mutilées ont 1,7 fois de plus risque avec un risque statistiquement significatif : d'avoir un travail prolongé (8 %) comparativement aux femmes non mutilées (5 %) (RR : de 1,69, IC=1,03, 2,77). D'après les études pour les femmes ayant une MSF, la différence des risques absolus était 3 cas ou plus de travail prolongé, pour 100 femmes. |
| Déchirures obstétricales | Les femmes mutilées (5 %) ont 1,4 fois plus de risque, d'avoir des déchirures, des lacérations comparativement aux femmes non mutilées (3 %) (RR=1,39, IC=1,07 ; 1,82) avec un risque statistiquement significatif. D'après les études, pour les femmes ayant une MSF, la différence des risques absolus était de 1 cas ou plus de travail prolongé pour 100 femmes. |
| Accouchement par extraction instrumentale | Les femmes mutilées (6 %) ont 1,6 fois plus de risque d'avoir un accouchement par extraction instrumentale comparativement aux femmes non mutilées avec un risque statistiquement significatif RR=1,65 (1,29 à 2,12). D'après les études, pour les femmes ayant une MSF, la différence des risques absolus était 2 cas ou plus pour 100 femmes pour l'accouchement par extraction instrumentale. |
| Hémorragie | Les femmes ayant subi une MSF (9 %) avaient deux fois plus de risque, avec un risque statistiquement significatif, d'avoir une hémorragie obstétricale comparativement aux femmes non mutilées (4 %) (RR=2,04, IC=1,36, 3,05). D'après les études, pour les femmes ayant une MSF, la différence des risques absolus était 5 cas ou plus pour 100 femmes pour le risque d'hémorragie obstétricale. |
| Accouchement difficile (dystocie) | Les femmes ayant subi une MSF (7 %) avaient 3,3 fois plus de risque, avec un risque statistiquement significatif, d'avoir un accouchement difficile comparativement aux femmes non mutilées (2 %) RR=3,35, IC=1,71 ; 6,55). D'après les études, pour les femmes ayant une MSF, la différence des risques absolus était 5 cas ou plus pour 100 femmes pour hémorragie obstétricale. |

RR : risque relatif ; IC : intervalle de confiance.

Les critères suivants n'ont pas entraîné de différences statistiquement significatives entre les deux groupes de patientes (ayant une MSF) et (sans MSF). Les données sont insuffisantes pour pouvoir conclure sur les mutilations qui peuvent contribuer à :

- une fièvre maternelle durant le travail ;
- l'induction du travail ;
- césarienne ;
- épisiotomie.

Tableau 16. Comparaison de patients ayant une MSF de type I avec les patientes ayant une MSF de type II

| | |
|--------------------------------------|---|
| Critères obstétricaux | Évalués sur les patientes ayant une MSF de type I et les patientes ayant une MSF de type II. |
| Travail prolongé | Le risque relatif à 95 % pour cette comparaison est de 2,30 (IC=1,11, 4,77). Dans l'étude, ces femmes ayant une MSF de type I avaient un risque significatif plus élevé d'avoir un travail prolongé que les femmes ayant subi une MSF de type II. |
| Césariennes | Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes de patientes (MSF type I et II) : (RR=1,07, IC=0,94, 1,20). |
| Épisiotomies | Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes de patientes (MSF type I et II) : RR=0,923, IC=0,61, 1,40). |
| Déchirures lacérations obstétricales | ou Le risque relatif à 95 % pour cette comparaison entre les patientes ayant une MSF de type I et de type II est de : RR=0,70 (IC=0,47, 1,04) dans l'étude, ce qui montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. |

Comparaison des différents types de MS sur les hémorragies en post-partum

Une étude présente les résultats observés à partir de différents types de MSF pour des femmes ayant une MSF sur la perte de sang en *post-partum* supérieure à 500 ml permettant d'établir une évaluation du risque relatif pour ce critère pour les trois types de mutilations.

- Type I *versus* type II (583/6856 *versus* 530/7771) : RR=1,25 (IC=1,11, 1,40).
- Type I *versus* type III (583/6856 *versus* 432/6595) : RR=1,30 (IC=1,15, 1,46).
- Type II *versus* type III (530/7771 *versus* 432/6595) : RR=1,04 (IC=0,92, 1,18).

Les résultats montrent qu'il existe une différence significative statistiquement sur les hémorragies du *post-partum* entre les femmes ayant une MSF de type I et de type II, et entre les femmes ayant une MSF de type I et III.

Comparaison des différents types de MSF sur les problèmes lors de l'accouchement

Une différence statistiquement significative existe entre deux groupes de femmes en faveur des femmes ayant eu une MSF de type I et II par rapport aux femmes ayant subi une MSF de type III. Le risque relatif était de 0,24 (IC de 0,21 ; 0,28). Les femmes ayant une MSF de type I et II ont un risque légèrement inférieur d'avoir des problèmes à l'accouchement comparativement aux femmes ayant une MSF de type III.

Dans ces études, 26 % des femmes ayant une MSF de type III présentent une complication durant l'accouchement alors que 26 % seulement des femmes ayant une MSF de type I et de type II ont un accouchement difficile. La différence du risque absolu était moins de 20 cas de problèmes durant l'accouchement pour les femmes de type I et II pour 100 femmes.

Le risque de décès

Dans cette étude, sur 28 000 patientes de niveau de preuve élevée, 54 décès maternels sont survenus à l'hôpital (0,19) selon Banks en 2006 (27).

Les auteurs proposent les risques relatifs suivants, ajustés sur les possibles facteurs confondants tels qu'une maladie lors de l'admission, comparativement pour les femmes n'ayant pas subi de mutilations sexuelles *versus* les femmes ayant une MSF :

- de type I le risque relatif est : RR=1,29 (CI=0,36 ; 4,60) ;
- de type II le risque relatif est RR=4,18 (CI=1,24 ; 14,08) ;
- de type III le risque relatif est RR=1,56 (CI=0,25 ; 9,92).

La différence pour le risque de mort maternelle entre les femmes mutilées et les femmes non mutilées était seulement significatif pour les femmes mutilées de type II.

De plus, le rapport d'un cas datant de 1927 du décès d'une femme et de son enfant a été sélectionné ainsi que la publication de Banks en 2006 (27). Il décrivait le décès comme une complication possible de la mutilation.

Les auteurs de l'analyse notent qu'il n'y a pas assez de données disponibles pour pouvoir conclure sur les différences entre les femmes mutilées et celles qui ne le sont pas.

Autres complications obstétricales et anténatales

Un total de six études comparatives rapporte différents types de complications obstétricales. Les complications étaient :

- infection rénale anténatale ;
- infection anténatale à une hépatite C ;
- incontinence urinaire ;
- incontinence fécale, flatulences ;
- infection du tractus urinaire durant la grossesse ;
- convulsions, crise d'épilepsie ;
- arrêt secondaire du travail.

Il existe une différence statistiquement significative d'un risque plus élevé chez les femmes mutilées par rapport aux femmes non mutilées pour les complications suivantes :

- infection rénale anténatale ;
- infection à l'hépatite C anténatale ;
- arrêt secondaire du travail.

Aucune différence significative n'était mise en évidence chez les femmes mutilées par rapport aux femmes non mutilées pour les complications suivantes : incontinence urinaire, incontinence fécale, flatulences, infection du tractus urinaire durant la grossesse, convulsions et crise d'épilepsie.

2.4 Les conséquences psycho-sexuelles

► Les troubles sexuels

D'après l'Organisation mondiale de la Santé en 2018 (2) et les recommandations de World Health Organization. WHO 2016 (3) les risques liés aux MSF sur le fonctionnement sexuel sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17. Risques sur le fonctionnement sexuel d'après l'OMS, 2018 (2)

| Risques | |
|--|---|
| Dyspareunie (rapports sexuels douloureux) | Le risque de dyspareunie est plus élevé pour les MSF de type III que pour celles de types I et II |
| Baisse de la satisfaction sexuelle | |
| Baisse du désir et de l'excitation sexuels | |
| Diminution de la lubrification pendant le rapport sexuel | |
| Baisse de la fréquence des orgasmes ou anorgasmie | |

Pour de nombreuses petites filles et de femmes, subir une MSF peut être une expérience traumatique qui peut laisser des traces psychologiques durables et entraîner de nombreux problèmes de santé mentale.

Selon les recommandations du RCOG de 2015 (22), les conséquences sexuelles des MSF comprennent :

- une dyspareunie qui peut survenir en raison d'un rétrécissement vaginal, une cicatrice douloureuse (risque relatif : 1,53, 95 % ; IC : 1,20–1,97) ;
- une dyspareunie et les lacérations vulvovaginales au cours du rapport sexuel ont été rapportés (niveau de preuve 2+) ;
- l'ablation des tissus sensitifs sexuel tel que le clitoris, les petites lèvres, peut entraîner une diminution des sensations sexuelles ;
- les cicatrices au niveau du clitoris peuvent être douloureuses ;
- une diminution du désir et de l'excitation ;
- une réduction de la fréquence des orgasmes ou une anorgasmie ;
- une diminution de la lubrification et de la satisfaction sexuelle (niveau de preuve 2+).

Les recommandations de la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC en 2013 (17) évaluent l'impact sur les femmes et les adolescentes dans les pays receveurs.

Alors que les conséquences psychologiques et sur la santé sont bien documentées pour les populations de femmes de l'Afrique subsaharienne, les recherches sur l'impact de ces mutilations sur les femmes bien portantes et les conséquences observées dans les pays de migration sont limitées.

Les femmes ayant subi une MSF expriment le sentiment « *de honte d'être différente* ».

Ces sentiments de honte contribuent à une augmentation de leur vulnérabilité lors de leurs rencontres avec les équipes soignantes des maternités suédoises et à de nouvelles expériences négatives lors d'un accès à des soins.

Dans une étude explorant les naissances de patientes somaliennes en Ontario, Chalmers et Omer-Hashi ont rapporté un taux de naissance par césarienne de 50 % (28).

Vangen, dans une revue des données du *Norwegian Medical Registry*, observe que la fréquence des césariennes pratiquées en urgence chez des femmes originaires de la Somalie sont trois fois plus élevée (15 %) que pour les femmes d'origine norvégienne (29). Les autres complications périnatales des femmes immigrées de la Somalie vers la Norvège incluent :

- induction du travail ;
- une détresse foetale ;
- une deuxième phase du travail prolongé ;
- et le décès périnatal.

Les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS **de 2011** (15) indiquent : selon une étude menée en Flandre, les troubles de la sexualité sont la raison principale pour laquelle les femmes mutilées consultent un gynécologue.

En cas de rétrécissement de l'orifice vulvaire à la suite d'une infibulation ou de la présence d'un névrome, les rapports sexuels donnent lieu à de sévères douleurs.

Dans son pays d'origine, la femme infibulée doit être ouverte par son mari le jour des noces. Pour ce faire, il se servira d'un objet tranchant ou de son sexe, ce qui est considéré comme une preuve de sa virilité. Certains maris interrogés disent avoir été traumatisés d'avoir fait souffrir leur femme. Dans certains cas, une matrone se charge de réaliser l'incision. Parfois, un rapport sexuel complet ne peut aboutir qu'après de nombreuses tentatives infructueuses. Certaines femmes conçoivent sans avoir été pénétrées. Les rapports sexuels anaux sont fréquents.

La difficulté d'avoir des rapports sexuels satisfaisants est une source de tension au sein du couple. Elle peut avoir un retentissement important sur la vie conjugale. Une étude faite en Égypte met en évidence un taux de divorce six fois supérieur à la normale pour les couples concernés par les mutilations génitales féminines.

Si les résultats de travaux scientifiques concernant la qualité du vécu sexuel sont contradictoires, nous retiendrons cependant une étude récente en provenance d'Arabie saoudite. Les auteurs y rapportent une différence significative du degré d'excitation, de la lubrification, de la fréquence des orgasmes et de la satisfaction sexuelle entre femmes mutilées et non mutilées, même en cas de mutilation moins sévère que l'infibulation.

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines Nantes, GSF, 2010. (5) », les conséquences sexuelles sont nombreuses, la blessure ou l'ablation partielle ou totale du clitoris entraîne inévitablement une altération de la sensibilité sexuelle et une réelle pénalisation de la femme dans le recrutement sensoriel nécessaire à l'établissement de la décharge orgasmique. Les principales conséquences d'ordre sexuel sont représentées par :

- les douleurs permanentes liées à des névromes ;
- les dyspareunies liées aux remaniements cicatriciels ;

- les rapports sexuels impossibles lorsque ces remaniements sont particulièrement importants et sont à l'origine de brides cicatricielles, souvent séquelles d'accouchements traumatiques.

L'évolution vers un vaginisme, des troubles du désir (désir hypoactif, voire anaphrodisie), une aversion sexuelle, sont toujours possibles même si la mutilation est sensée s'intégrer dans un contexte communautaire. Les troubles orgasmiques sont fréquents, comme nous l'avons déjà mentionné. Les femmes mutilées peuvent donc être gravement pénalisées au niveau de leur sexualité.

► Les conséquences psychotraumatiques

Selon l'**Organisation mondiale de la Santé en 2018** (2) et les recommandations de World Health Organization. WHO 2016 (3), les risques psychologiques sont :

- état de stress post-traumatique (ESPT) ;
- troubles anxieux ;
- dépression.

D'après les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance* (SCOT) de 2017, (24), les femmes peuvent ressentir des problèmes récurrents sexuels, des problèmes psychologiques et physiologiques.

Les MSF peuvent être extrêmement traumatiques et avoir un impact sur la durée totale de la vie. La prise de conscience augmente sur l'évidence des conséquences psychologiques graves, des problèmes de santé mentale, des troubles de la dépendance à l'alcool et aux drogues.

Les jeunes femmes ont rapporté le sentiment d'avoir été trahies par leurs parents, un sentiment d'inachèvement, de regret et de colère.

Les recherches menées dans les communautés affectées par les MSF en Afrique ont observé que :

- les femmes qui ont subi des MSF ont un niveau de stress post-traumatique identique à celui des adultes qui ont été abusés sexuellement dans l'enfance ;
- la majorité des femmes (80 %) souffrent des troubles de l'anxiété.

Pour une petite fille ou une femme, le fait que les MSF soient acceptées dans leurs communautés et dans leur culture d'origine, ne les protège pas de développer un stress post-traumatique ou d'autres troubles psychiatriques.

Selon les recommandations du RCOG de 2015 (22), ont été rapportés :

- des flashbacks ;
- une anxiété ;
- des troubles liés à un état de stress post-traumatique.

Les MSF sont liées à une augmentation de la violence domestique en Afrique. Cette augmentation de la violence n'est pas rapportée en Europe ni au Royaume-Uni. Les données sont de niveau de preuve 3.

Les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 (15) indiquent pour les conséquences psychologiques : quel que soit le type de mutilations génitales féminines subies, l'enfant ou l'adolescente soumise sous contrainte à la mutilation sans, dans la plupart des cas, en avoir été prévenue au préalable, est envahie par un profond sentiment d'incompréhension et d'impuissance.

Les séquelles psychologiques des mutilations génitales sont fréquentes.

- Des troubles tels que névrose, anxiété, dépression, repli sur soi et une perte de l'estime de soi sont souvent observés.

- Les femmes ayant subi des mutilations génitales présentent un risque accru de développer des maladies psychosomatiques ou même des affections psychiatriques. Chacun de ces problèmes a un retentissement sur la vie conjugale.
- Certaines victimes souffrent du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).
 - Il s'agit d'une réaction psychologique à un événement traumatisant tel qu'une situation caractérisée par un risque de mort ou de blessure grave.
 - La victime du SSPT subit la récurrence de l'événement traumatisant sous forme de cauchemars ou de réminiscences fréquentes lorsqu'elle est éveillée, puisque son corps est marqué par une amputation à vie.
 - Une étude menée au Sénégal a montré que 30 % des femmes mutilées évaluées présentaient un SSPT avec pertes de mémoire et que 80 % d'entre elles avaient des flashbacks (réminiscences) de leur excision.

Selon les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français en 2011 (25), en France, les principales complications des excisions ont été évaluées à travers l'enquête « Excision et handicap » menée par l'INED (Institut national d'études démographiques) (14) et l'université de Paris I en association avec le Collège national des gynécologues et obstétriciens français.

Il s'agit essentiellement d'une augmentation des infections génitales et urinaires, une altération de la sexualité (avec angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, insatisfaction, dyspareunie et frigidité) et une sensation de mal-être.

Les complications psychologiques sont d'autant plus importantes que les mutilations sont pratiquées tardivement avec :

- des troubles du comportement ;
- anxiété ;
- dépression ;
- irritabilité chronique ;
- perception d'une amputation de l'intégrité corporelle ;
- sentiment d'être différente des autres femmes vis-à-vis du regard des hommes. Elles ont peur qu'ils disent « *Toi, tu n'as rien* ».

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines Nantes, GSF, 2010. (5) » précise que les mutilations sexuelles féminines peuvent être considérées comme des « victimations » c'est-à-dire des événements ou des actes qui, quelle que soit leur gravité objective, ont créé un traumatisme.

Dans la plupart des cas, la mutilation est vécue dans l'effroi et la sidération psychique. Le sujet est alors propulsé, annulé comme réifié, c'est-à-dire qu'il peut ressentir un sentiment d'annulation de lui-même.

L'effraction du corps mutilé peut provoquer un choc intense, laissant la personne dans l'incapacité d'élaborer psychiquement et dans l'incapacité d'attribuer du sens à l'insensé de l'évènement.

Parfois, un état psychique organisé autour de symptômes de répétition (reviviscences hallucinatoires, rumination mentale, cauchemars, etc.) s'installe durablement. C'est ce que l'on appelle la névrose traumatique.

Dans ce cas, les symptômes font revivre au sujet sans qu'il le veuille la scène traumatisante qu'il n'a pu maîtriser dans la réalité. Par ailleurs, un ensemble de symptômes dits non spécifiques peut également apparaître : asthénie (physique, psychique et sexuelle), anxiété, phobies électives, crises hystériques, rituels protecteurs ou vérificateurs, voire conjuratoires.

Des symptômes « psychosomatiques » sont également possibles : maux de tête, douleurs variées. L'inscription corporelle révèle alors l'absence d'élaboration psychique.

Les effets pathogènes de cette « blessure » seront plus ou moins conséquents et plus ou moins durables selon notamment la tolérance du sujet. En effet, les histoires singulières, les dimensions subjectives, culturelles, rituelles et anthropologiques prennent une part importante dans la lecture de l'événement et dans son élaboration psychique. Quand l'individuel est primordial au regard du collectif, du groupal, comme c'est le cas dans nos sociétés occidentales, on peut supposer que les conséquences éventuelles de la mutilation n'auront pas la même teneur.

La femme mutilée est ici considérée comme « différente » alors que là-bas, c'est la femme qui ne l'est pas qui est exclue. La question de l'appartenance à un groupe de référence est ici en jeu et émerge de manière flagrante dans les représentations et les histoires individuelles.

Dans certains cas, il peut y avoir une réactualisation du vécu et de la symptomatologie traumatique, notamment à l'occasion d'événements (mêmes mineurs) rappelant au sujet l'événement traumatisant.

Il faut noter les moments de grande vulnérabilité comme la grossesse ou l'accouchement. En effet, grossesse et enfantement mobilisent ce « corporel » autrefois tuméfié. De la même manière, une agression, notamment sexuelle, pourra venir « réveiller » ce qui avait été, jusque-là, refoulé.

L'altération de la personnalité peut être profonde et considérable, bouleversant par la même occasion le rapport du sujet au monde, à autrui, ainsi qu'aux proches et à lui-même, notamment pour les relations à la mère, au père, aux hommes mais aussi à la sexualité, à la maternité, à la féminité. Relations qui peuvent être particulièrement complexes, voire pathologiques.

Dans certains cas cliniques, le lien est clairement établi entre la relation problématique aux autres et un vécu traumatique concernant la mutilation.

Certains sujets sont néanmoins capables d'échapper aux affres de destins définis comme tragiques et sont tout à fait capables de ne pas être anéantis par le trauma, c'est ce que l'on appelle la résilience.

Pour un même événement, tous les sujets ne seront pas « atteints » et ne réagiront pas de façon identique, en dépit de la réalité objective, de l'âge auquel a lieu la mutilation et de la gravité des faits. De fait, toutes les femmes mutilées ne développeront pas de symptômes, ni de névroses post-traumatiques.

Ce qu'il convient de retenir est la grande variabilité individuelle dans l'assimilation psychique et physique de ce qui, du point de vue culturel, est nécessairement entendu et vu comme un traumatisme.

► **Conclusion du chapitre « Les complications des mutilations sexuelles féminines selon les données de la littérature »**

Les MSF peuvent avoir de nombreuses et graves conséquences sur la santé physique et mentale sur le court terme et durant toute la vie de la femme.

Les conséquences médicales à court terme comprennent :

- saignements, hémorragies, choc hémorragique ;
- douleur, douleur intense, choc neurogénique ;
- lésions traumatiques des organes voisins : urètre, vessie, méat urinaire, vagin, périnée postérieur, anus, rectum, création de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales ;
- état de choc émotionnel et psychologique ;
- troubles urinaires : rétention urinaire réflexe ; dysurie, lésions de l'urètre ;
- infections aiguës :
 - localisée : vulvo-vaginites, cervicites, phlegmons, abcès vulvo-vaginaux ou pelviens, adénites suppurées,
 - de la partie haute de l'appareil génital au péritoine : endométrite, salpingite, pelvipéritonite,
 - généralisées : gangrène gazeuse, septicémie, choc septique,

- risque de transmission du tétanos, du SIDA, des hépatites B et C ;
- décès par hémorragie grave, septicémie, choc neurogénique ;
- mauvaise qualité de cicatrisation en raison de l'absence de condition d'asepsie et l'absence de suture ;
- œdèmes des organes génitaux ;
- fractures de la clavicule, de l'humérus ou du fémur sont possibles (en rapport avec les mouvements de défense de la fillette).

Les conséquences médicales à long terme sont :

La nature et la gravité des complications médicales dépendent du type de MSF ;

- douleurs chroniques vulvaires, douleurs chroniques pelviennes ;
- névrome cicatriciel, kyste épidermique, kystes vulvaires, kystes des glandes vulvaires, cicatrices chéloïdes ;
- trouble des règles, dysménorrhée par hémato-colpos (MSF de type III) ;
- infections génitales chroniques entraînant des douleurs chroniques pelviennes :
 - infections génitales à point de départ vulvaire, pertes vaginales, vaginose bactérienne,
 - infections génitales hautes à répétition augmentant le taux de stérilité primaire chez les femmes infibulées ainsi que le taux de fausses couches spontanées à répétition ;
- dysurie, rétrécissement de l'urètre, calculs rénaux ou vésicaux, infections urinaires récurrentes, notamment pour les MSF de type III, cystites, pyélonéphrites à répétition, insuffisance rénale chronique ;
- fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales ;
- infertilité en raison d'une augmentation des infections génitales hautes à répétition et d'une diminution des rapports sexuels (apareunie, dyspareunie, fonction sexuelle altérée) ;
- facteur de risque possible de contamination par le virus du SIDA, hépatite B, hépatite C, virus d'herpès simplex, et de maladies hématogènes (type III).

Les conséquences obstétricales incluent :

- augmentation du risque d'infections génitales basses et d'infections urinaires pendant la grossesse (MSF de types II et III) avec risque associé de fausses couches spontanées tardives, menace d'accouchement prématuré, mort fœtale *in utero* ;
- insuffisance rénale chronique résultant d'infections à répétition des voies urinaires, entraînant une hypertension artérielle gravidique (à risque de prééclampsie, d'HELLP syndrome, d'hématome rétro-placentaire, de retard de croissance intra-utérin, mort fœtale *in utero*) ;
- fistules vésico-vaginales ;
- augmentation du risque de césarienne, d'hémorragie du *post-partum* ;
- travail prolongé, dystocie, épisiotomie, déchirures périnéales ;
- risque augmenté de souffrance fœtale aiguë en cours de travail (rideau cicatriciel entravant la descente de la tête du fœtus), de séquelle neurologique, voire de décès.

Les conséquences sexuelles :

- dyspareunies, parfois douleurs permanentes (liées à des névromes, par exemple) ;
- rapports sexuels impossibles (brides cicatricielles, souvent séquelles d'accouchements traumatiques), vaginisme ;
- fréquence diminuée des orgasmes, voire anorgasmie ;
- troubles du désir, voire anaphrodisie.

Les conséquences psychologiques

Les séquelles psychologiques des MSF sont fréquentes et entraînent un risque accru de développer des maladies psychosomatiques et psychiatriques :

- cauchemars, flashbacks, troubles liés au stress post-traumatique ;

- repli sur soi, perte de l'estime de soi, dépression ;
- sentiments d'être différentes, anormales ;
- anxiété, phobies électives, angoisse des rapports sexuels et de l'accouchement ;
- symptômes non spécifiques, asthénie (physique, psychique et sexuelle).

3. Évaluer le niveau de risque de MSF

3.1 Les facteurs de risque qu'une femme, une mineure puisse être considérée à risque d'avoir une MSF

D'après les recommandations du *Scotland Guidance, Multi-Agency Guidance (SCOT) de 2017* (24), le but est d'établir le niveau du risque de MSF pour une fille/femme afin de procéder à une prise en charge et ou d'informer, selon les procédures, les services de la protection de l'enfance ou des adultes.

Les principaux points à évaluer sont :

- quels facteurs de risque sont identifiés ?
- quelle est la vision de la famille, de la mère sur les MSF ?
 - vision protectrice (peut être opposée aux MSF et déterminée à ce que la fille ne subisse pas de MSF),
 - vision non-protectrice (peut ne pas voir les problèmes de santé, ne connaît pas la législation, les procédures de protection de l'enfance et pense que sa fille devrait subir une MSF).
 - Indéterminée ;
- est-ce qu'il existe un risque imminent de voyage dans le pays d'origine ? Cela augmente significativement l'imminence du risque.

S'il existe un problème de MSF dans la famille, les praticiens doivent envisager pour les autres filles de la famille le risque potentiel de MSF et la nécessité d'avoir également besoin d'une protection. La MSF peut être profondément ancrée au sein d'une famille ou dans les croyances d'une communauté, ces filles peuvent être également à risque d'être blessées.

Le niveau de risque peut varier selon l'âge de la fille et selon d'autres facteurs. Les praticiens qui sont en relation avec une patiente et/ou sa famille doivent recevoir une formation pour évaluer les indicateurs de risque de MSF.

Le niveau ou l'augmentation du risque peut varier au cours du temps. Les praticiens doivent être alertés par les circonstances qui peuvent augmenter ce niveau de risque et la nécessité d'entreprendre une évaluation du risque.

Lorsque les familles demandent une vaccination en vue de partir dans un pays étranger, les professionnels de santé doivent profiter de cette opportunité pour parler :

- des MSF ;
- des risques pour la santé de leur fille ;
- et sur la législation qui les encadre ;
- les discussions doivent également concerner le sujet du mariage forcé car ces problèmes sont souvent liés.

Lorsqu'une femme originaire d'une communauté pratiquant les MSF vient en consultation pour un frottis cervical, cela constitue une opportunité idéale pour parler des MSF et de ses risques associés à la santé.

Il est important de suivre également les femmes qui ne se présentent pas en consultation pour un frottis, en particulier les femmes ayant subi une mutilation de type III qui sont susceptibles de ne pas venir à une consultation.

Identifier les risques

Il peut être difficile d'identifier les filles/femmes à risque de subir une MSF en raison de la tradition, des âges différents auxquels les communautés les effectuent. Une fille/femme peut être à risque :

- dans la petite enfance ;

- à l'adolescence ;
- lors du mariage ;
- ou lors de la première grossesse.

Les femmes qui ont subi une MSF avec des complications, telles que des problèmes physiques et psychologiques et qui reconnaissent le lien existant entre la MSF subie et leurs problèmes de santé sont :

- moins susceptibles de vouloir ou organiser une MSF sur leurs propres enfants ;
- sont davantage susceptibles de soutenir ou de travailler en faveur de l'arrêt des MSF.

N'importe quelle femme peut subir des pressions de son mari, de son partenaire, ou de l'un des membres de la famille et être amenée ainsi à accepter de faire pratiquer une MSF sur sa fille.

Les pères ont des responsabilités autant que des droits, et les professionnels de santé doivent discuter des MSF (implications légales et risques pour la santé) avec le père de la fille et, si cela est approprié, avec les autres membres de la famille, autant qu'avec la mère de l'enfant. Si des risques identifiés existent, toute approche de la famille doit être envisagée dans le cadre d'une *Interagency Referral Discussion*.

Selon les recommandations de la *Multi-agency statutory guidance on female genital mutilation de 2016* (20), que la femme soit identifiée comme ayant eu ou comme étant à risque d'une MSF, on doit prendre en considération le fait :

- qu'elle est à risque d'être mutilée ;
- qu'il est nécessaire de prendre en compte ce risque de MSF pour toutes les autres filles et femmes de sa famille.

Les difficultés que l'on peut rencontrer dans ce type de situation peuvent inclure la possible nécessité de transmettre :

- l'information sur une enfant connue, sur une adulte vulnérable pour lesquels des mesures de protection doivent être prises ;
- l'information à propos d'une fille ou d'une jeune femme dont le professionnel de santé n'a pas de relation directe avec, par exemple, la sœur aînée d'une femme enceinte.

Les recommandations de *Bromley Safeguarding Children Board en 2017 (19)* précisent pour la fille d'une femme ayant subi une MSF qu'une femme qui peut être victime d'une pression exercée par son mari, d'un partenaire ou d'autres membres de sa famille peut être amenée à autoriser ou à organiser une mutilation sur sa propre fille.

Les praticiens doivent prendre en compte le fait qu'une femme mariée à un homme originaire d'un pays qui pratique les mutilations peut être elle-même originaire d'un pays qui ne pratique pas ces mutilations, ce qui peut avoir une conséquence sur le risque de MSF pour leurs filles.

S'il apparaît prudent de le faire, il peut être approprié d'engager :

- un contact avec la famille au sens élargie ;
- des discussions avec les deux parents et les autres membres de la famille.

Évaluation du risque et identification

L'approche doit être centrée sur la personne : Quelles que soient les circonstances, les personnes ont des droits qui doivent être respectés tels que :

- la sécurité de la personne ;
- une information précise sur ces droits et ses choix possibles.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, en 2014 (30), propose des signaux d'alerte pour répondre à la question : Repérer une mineure menacée ou victime de mutilations sexuelles féminines.

En étant vigilants, les professionnels peuvent repérer les mineures menacées ou ayant été victime de MSF. Ils pourront ainsi les protéger et leur permettre de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Il peut arriver qu'une mineure révèle spontanément un risque d'excision ou une excision subie à un professionnel. Cependant, dans la majorité des situations, ces violences sont non visibles et/ou tues. Toutefois, le professionnel peut constater des troubles ou des difficultés chez la mineure, qui, même s'ils peuvent apparaître, à première vue, éloignés des MSF, doivent l'amener à intervenir et à interroger sur l'existence d'une menace ou d'une MSF subie. Seule cette interrogation permettra aux mesures d'aide et/ou de protection d'être mises en place et d'aboutir.

Le cumul des signaux présentés ci-dessous doit être pris en considération et conduire le professionnel à envisager la possibilité que la mineure soit menacée ou victime de MSF.

En France, elles concernent principalement des personnes originaires de pays d'Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée-Conakry, Burkina-Faso, Côte-d'Ivoire, Sénégal, Mauritanie, Gambie, Nigéria...), d'Afrique de l'Est (Somalie, Djibouti, Érythrée, Soudan...), mais aussi d'Égypte.

La vigilance des professionnels devra donc être concentrée sur les mineures ressortissantes ou originaires de ces pays. L'ensemble des filles de la famille sont alors concernées.

Les MSF peuvent être pratiquées dans toutes les catégories socioprofessionnelles et dans les familles originaires de pays où elles se pratiquent, comme dans les familles mixtes.

D'après les recommandations du *Bexley Safeguarding Children Board* en 2016 (21), les MSF constituent un crime, une maltraitance de l'enfant. Les cas de MSF doivent être traités dans le cadre de la protection de l'enfance.

Les professionnels de santé doivent être informés que les MSF existent et doivent être vigilants par rapport aux indicateurs potentiels ci-dessous qui indiquent qu'une MSF va se produire. Le risque de MSF doit être clarifié. Les professionnels de santé doivent envisager de rechercher des conseils sur la procédure à suivre ou mettre en place les procédures de la protection de l'enfance.

Les indications d'un risque de MSF :

- la famille vient d'une communauté qui est connue pour pratiquer les MSF. Par exemple : la Somalie, le Soudan ou d'autres pays africains ;
- toute petite fille d'une femme qui a fait l'objet d'une MSF doit être considérée à risque, ainsi que les autres filles et femmes de sa famille élargie.

D'après les recommandations de la *Multi-Agency statutory guidance* de 2016 (20), naître d'une mère qui a subi une MSF peut vouloir dire que l'enfant de cette femme est à grand risque d'avoir une MSF.

Les facteurs de risque à rechercher

Le facteur de risque le plus important à prendre en compte pour décider si une femme ou une fille est à risque de subir une MSF concerne les antécédents familiaux de MSF de la patiente.

L'âge où les filles subissent une MSF varie énormément selon les communautés. La procédure peut être faite à la naissance de la nouveau-née, durant l'enfance ou l'adolescence, lors du mariage ou durant la première grossesse.

Étant donné la nature cachée des MSF, les personnes provenant des différentes communautés où les MSF sont pratiquées peuvent ne pas être au courant de l'existence ces pratiques.

Les femmes et les filles qui ont subi une MSF peuvent ne pas comprendre tout à fait :

- ce qu'est une MSF ;
- les conséquences qui en découlent ;
- ni même ce qu'elles ont subi.

Prenant en compte tout ce contexte, les discussions à propos des MSF doivent être conduites avec sensibilité. Une prise en charge appropriée doit être organisée.

Il existe un grand nombre de facteurs en plus de l'appartenance de la fille ou de la femme à une communauté. Le pays d'origine, les antécédents de la famille peuvent indiquer qu'elles sont à risque de subir une MSF.

Les facteurs de risques possibles peuvent comprendre :

- une fille dont la mère a subi une MSF ;
- une fille dont la sœur plus âgée ou la cousine a subi une MSF ;
- une fille dont le père vient d'une communauté pratiquant les MSF ;
- la famille indique que des personnes âgées de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé ou que ces personnes âgées sont impliquées dans l'éducation de leurs filles ;
- une femme ou la famille croit que les MSF sont essentielles à leur culture ou leur identité religieuse ;
- la fille, la famille a un niveau d'intégration limité dans la communauté du Royaume-Uni ;
- les parents ont un accès limité à l'information à propos des MSF et ne connaissent pas les effets néfastes des MSF, ni la loi anglaise ;
- la fille se confie à un professionnel de santé qu'elle va subir une « *procédure spéciale* » ou qu'elle va participer à une « *occasion de devenir une femme* » ;
- une fille parle de ses longues vacances dans son pays d'origine ou d'un autre pays où les pratiques des MSF sont fréquentes ;
- les parents déclarent qu'ils vont emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée ;
- un parent ou un membre de la famille exprime son inquiétude sur une MSF qui pourrait être faite sur sa fille ;
- la famille n'a pas de lien avec des professionnels (de santé, éducation ou autre) ;
- la famille est déjà connue des services sociaux en raison d'autres problèmes qui concernent la protection de l'enfance ;
- une fille demande de l'aide à un professeur ou à un autre adulte car elle est au courant ou elle suspecte qu'elle est à risque immédiat de subir une MSF ;
- une fille parle de MSF durant une conversation. Par exemple, une fille peut parler d'une autre enfant (il est important de prendre en compte que des termes dans différents langages peuvent être utilisés) ;
- une fille est absente de l'école de manière inattendue ;
- des sections sont manquantes dans le dossier médical de la fille ;
- la fille s'est rendue dans une clinique en vue d'un voyage ou dans un établissement équivalent et a reçu une vaccination pour la malaria.

Les filles d'âge scolaire sont susceptibles d'être emmenées à l'étranger (souvent dans la famille d'où elles sont originaires, au début des vacances scolaires, notamment durant l'été, afin qu'elles aient suffisamment de temps pour cicatriser avant leur retour à l'école.

Cette liste ne constitue pas une liste exhaustive de facteurs de risque. Il peut y avoir d'autres facteurs de risque liés à des communautés spécifiques. Par exemple, dans certaines communautés, la MSF est associée à un âge particulier de la patiente.

Devant l'un de ces facteurs de risque identifié, le professionnel de santé aura besoin d'évaluer quelles actions il doit mener. Si le niveau de risque n'est pas certain pour faire un signalement, le professionnel doit discuter de ce cas avec un responsable du service de protection de l'enfance.

Si le risque de mutilation est imminent, les mesures d'urgence légales peuvent s'avérer nécessaires.

Les professionnels de santé ne doivent pas présumer que les femmes et les filles de certaines communautés sont favorables aux MSF ou à risque d'avoir une MSF. Les femmes peuvent vivre

sous la pression de leur mari ou de leur partenaire ou d'autres membres de leur famille. Dans ce cas, il peut être utile d'élargir la discussion aux deux parents, et à la famille.

3.2 Les indicateurs spécifiques chez une mineure

D'après les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance (SCOT)* de 2017 (24), le but est d'établir le niveau du risque de MSF pour une fille/femme afin de procéder à une prise en charge et ou d'informer selon les procédures les services de la protection de l'enfance ou des adultes.

Signes indiquant le risque de MSF

Planifications de vacances

Les professionnels peuvent interroger l'enfant sur l'organisation des vacances à venir. D'une manière sensible et informelle, questionner les enfants sur les vacances de longue durée qui sont prévues.

Poser les questions suivantes telles que :

- « Où allez-vous ? »
- « Qui part en vacances avec vous ? »
- « T'a-t-on dit ce que tu ferais durant ces vacances ? »
- « Quelle est la durée de tes vacances ? Est ce qu'il y a une occasion spéciale de prévue ? »
- « As-tu des problèmes, des inquiétudes, des peurs, une anxiété à propos de ces vacances ? »

Les questions pour les parents comprennent :

- « Êtes-vous informés sur le fait que l'école ne peut garder une enfant qui est absente des cours sur une très longue période ? »
- « Êtes-vous informés que les MSF sont illégales au Royaume-Uni, même s'ils sont exécutés à l'étranger ? »

Identifier les risques

Il peut être difficile d'identifier les filles à risque de subir une MSF en raison de la tradition, des âges différents auxquels les communautés les effectuent. Une fille/femme peut être à risque :

- dans la petite enfance ;
- à l'adolescence ;
- lors du mariage ;
- ou lors de la première grossesse.

Les professionnels de santé doivent pouvoir identifier les filles à risque dès la naissance, le risque pouvant devenir imminent plus elles grandissent.

D'après ces recommandations, les indicateurs qu'une fille est à un risque imminent sont les suivants :

- les parents disent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille en dehors du pays pour une période prolongée ;
- une fille dit qu'elle va partir pour de longues vacances dans son pays d'origine, ou vers un autre pays où les MSF sont pratiquées ;
- une fille dit au professionnel de santé qu'elle va suivre une procédure particulière ou participer à une occasion de « devenir une femme » ;
- un professionnel de santé entend parler de MSF dans une conversation : par exemple, une fille qui parle de ses amies ;
- une fille qui demande de l'aide à un professeur ou à un autre adulte.

Les risques potentiels d'une MSF

Les facteurs indiquant qu'une fille peut être à risque de subir une mutilation sont variés, par exemple :

- la famille est originaire d'une des communautés pratiquant les MSF ;
- la mère de la fille a subi une MSF ;
- la fille a une sœur/cousine qui a subi une MSF ;
- les membres âgés de la famille disposent de beaucoup d'influence ;
- la famille n'est pas bien intégrée au Royaume-Uni.

Il est nécessaire de prendre en compte ces facteurs potentiels dans une vision globale comme étant des indicateurs d'un risque imminent, plutôt que d'évaluer des facteurs de risque pris individuellement. Par exemple, certaines femmes qui ont subi une MSF sont opposées à ce que leurs filles les subissent à leur tour.

Les recommandations du *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19) précisent les signes qu'une enfant puisse être considérée à risque d'avoir une MSF.

De nombreux facteurs peuvent augmenter le risque de subir une mutilation en plus de l'appartenance à une communauté où sont pratiquées les mutilations.

- la position de la famille et le niveau d'intégration dans la société anglaise. On pense que les communautés moins intégrées dans la société britannique sont davantage susceptibles de pratiquer des mutilations ;
- toute fille née d'une femme ayant subi une MSF doit être considérée comme étant à risque de subir une MSF ainsi que toute autre petite fille de la famille élargie ;
- toute fille ayant été exclue du système d'éducation, des relations sociales et d'une l'éducation sur la santé, en raison du souhait de ses parents de la maintenir non informée au niveau de son corps et de ses droits peut être à risque de subir une MSF ;
- l'âge auquel les filles subissent une MSF varie énormément selon la communauté à laquelle elles appartiennent. Les MSF sont généralement réalisées chez les petites filles entre 4 et 13 ans mais la majorité des cas de MSF concernent les âges entre 5 et 8 ans ;
- les MSF peuvent concerner les enfants vivant au Royaume-Uni aussi bien qu'à l'étranger dans leur pays d'origine. L'enfant d'âge scolaire peut être emmenée par les parents à l'étranger au début des vacances scolaires, en particulier l'été, afin de disposer suffisamment de temps pour que l'enfant puisse cicatriser avant son retour à l'école ;
- lorsqu'une femme âgée originaire du pays d'où vient la famille vient voir la famille de l'enfant, cela peut constituer un risque que les familles pratiquent également les MSF au Royaume-Uni ;
- une petite fille peut confier qu'elle va participer à une procédure particulière, ou assister à une occasion particulière de devenir une femme ;
- les parents de la fille ou ses proches peuvent indiquer qu'ils prévoient d'emmener leur enfant à l'étranger pour une période prolongée ;
- une fille parle de longues vacances dans son pays d'origine ou dans un autre pays où la prévalence des MSF est élevée.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) indique à la question « Repérer une mineure menacée ou victime de mutilations sexuelles féminines » que les MSF sont parfois réalisées en France ou dans un autre pays d'Europe. Toutefois l'évocation d'un voyage dans un pays où les mutilations sexuelles sont pratiquées est un signal d'alerte pour le professionnel, notamment lorsqu'il est question d'un événement spécial organisé pour la mineure. Les motifs évoqués pour justifier le voyage sont souvent « une grande fête en son honneur », « *comme un baptême* », où elle recevrait « *des cadeaux* », « *une belle robe* ».

Des prétextes d'ordre affectif, comme la maladie d'une parente ou mariage d'une cousine, sont également fréquemment avancés pour dissimuler le véritable but du voyage.

Le voyage peut ne concerner que les filles de la famille.

La conjonction de ces signaux alertera le professionnel de la possibilité que la mineure soit menacée ou victime de mutilation sexuelle féminine. Un entretien devra être effectué avec la mineure.

D'après les recommandations du *Bexley Safeguarding Children Board* en 2016 (21)

Les indications d'un risque de MSF :

- il est possible que les parents puissent pratiquer une MSF si, par exemple, une femme âgée est présente dans l'entourage familial ;
- les parents pensent que s'ils sont à l'extérieur du pays pour une période prolongée :
 - le risque pour la santé lié à une MSF est faible,
 - et que pour eux le risque de pratiquer une MSF sur leur enfant est relatif ;
- une fille peut parler de vacances prolongées qui sont prévues dans son pays d'origine ou dans un autre pays où les MSF sont couramment pratiquées (pays africains, Moyen-Orient) ;
- l'enfant peut confier à un professionnel de santé qu'elle doit participer à une intervention particulière ou assister à un événement particulier ;
- une fille peut demander de l'aide à un professeur ou à un autre adulte en faisant référence dans sa conversation à une MSF ou, par exemple, à une circoncision ;
- une fille qui est susceptible d'avoir des absences prolongées à l'école. Une absence prolongée de l'école avec des modifications notables du comportement de l'enfant à son retour peut être une indication que la petite fille a récemment subi une MSF ;
- une fille peut passer de longues périodes de temps en dehors de la classe durant les jours où elle a des problèmes de saignements ou de règles ;
- la présence d'infections urinaires fréquentes ou chroniques.

► Conclusion sur le chapitre « Évaluer le niveau de risque de MSF selon les données de la littérature »

Les critères à rechercher pour l'évaluation du niveau de risque de MSF chez une fille, une femme sont :

- la famille vient d'une communauté qui est connue pour pratiquer les MSF ;
- la mère de la fille ou sa sœur, sa cousine, ont subi une MSF ;
- une fille dont le père vient d'une communauté pratiquant la MSF ;
- la famille indique que des personnes âgées de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé ou que ces personnes âgées sont impliquées dans l'éducation des petites filles ;
- lorsque l'on aborde le sujet des MSF avec la famille :
 - la famille croit que les MSF sont essentielles pour leur culture ou pour leur religion,
 - les parents ont un accès limité à l'information à propos des MSF,
 - ils pensent que le risque lié à une MSF est relatif,
 - ils ne connaissent pas la législation,
 - ils pensent que le risque de pratiquer une MSF sur leur enfant est moindre s'ils sont à l'extérieur du pays pour une période prolongée ;
- la famille et la fille ne sont pas bien intégrées dans le pays d'accueil ;
- la famille n'a pas de lien avec des professionnels (de santé, éducation ou autre) ou la famille est déjà connue par les services sociaux en raison d'autres problèmes liés à la protection de l'enfance.

Les critères à rechercher pour l'évaluation du risque imminent pour une fille de subir une MSF sont :

- les parents indiquent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée ;
- les parents demandent une vaccination pour leur fille en raison d'un futur départ à l'étranger, la fille vient d'être vaccinée de la malaria ;

- un parent ou un membre de la famille exprime son inquiétude sur une MSF qui pourrait être faite sur la fille ;
- la fille confiée au professionnel de santé qu'elle va suivre une procédure particulière, participer à une occasion de « devenir une femme » ou qu'elle va partir pour de longues vacances dans son pays d'origine, ou vers un autre pays où les MSF sont pratiquées ;
- une fille parle de MSF lors d'une conversation, par exemple en parlant d'une autre enfant ;
- une fille demande de l'aide à un professeur ou à un autre adulte car elle est au courant ou elle suspecte qu'elle est à risque immédiat de subir une MSF.

Il est recommandé d'identifier à la naissance le risque de MSF qu'une fille présente afin que les mesures de protection à son égard soient prises et maintenues un certain nombre d'années durant son enfance.

Il est recommandé de connaître les pays les plus à risque de MSF afin de pouvoir :

- orienter le travail de prévention sur les populations réellement concernées par le problème de MSF ;
- entamer un dialogue avec les familles concernées.

Naitre d'une mère qui a subi une MSF constitue un facteur de risque important. Les MSF sont pratiquées à tout âge et dans le contexte familial. Le fait d'avoir quitté son pays ne suffit pas à assurer la protection de la fille.

Des discussions avec les deux parents sont recommandées.

Il est recommandé de prendre en compte le risque de MSF lié au père de l'enfant (provenant d'un pays qui pratique les MSF) si la mère n'est pas elle-même originaire d'un pays pratiquant ce type de mutilation.

Une femme peut être victime d'une pression exercée par son mari, par un partenaire ou par d'autres membres de sa famille. Elle peut être amenée à autoriser ou à organiser une mutilation sur sa propre fille.

Il peut arriver, au cours de la discussion, que l'on décèle une discordance d'opinion entre les deux adultes responsables de l'enfant : « *Je ne veux pas que ma fille soit excisée, mais la mère de mon mari le veut* » ou « *ma sœur me dit que c'est mieux pour elle, etc.* ». Un échange avec d'autres membres de la famille peut s'avérer utile s'il apparaît prudent de le faire.

Il est recommandé d'aborder le sujet des MSF à des moments clés de la vie de la patiente : pour la nouveau-née lors du premier examen, lors du tout premier contact avec l'enfant, lors d'un examen de dépistage, lors d'un retour au pays d'origine annoncé par les parents, pour les vacances.

4. Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines

4.1 Aborder le sujet des MSF avec les patientes

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance* de 2017 (24), les professionnels de premier recours doivent être entraînés à pratiquer et être capables d'avoir une conversation sur un mode sensible lorsqu'ils parlent des mutilations.

Pour les sages-femmes, il est recommandé de questionner sur les MSF toutes les femmes de toute culture plutôt que les femmes originaires de certaines communautés. Il peut ne pas être approprié d'interroger une femme sur les MSF dans certaines circonstances, par exemple, une femme ou une fille qui reçoit des soins pour un trouble de la santé mentale.

Les points suivants doivent être pris en compte quand on parle de MSF à une femme ou à une fille.

Poser les bonnes questions selon une manière simple, directe, et d'une manière sensible représente le facteur déterminant pour établir avec la patiente :

- une relation de compréhension ;
- un échange d'information ;
- la relation nécessaire pour améliorer la santé psychique de la fille ou de la femme ;
- le bien-être des filles qu'elle peut avoir ou des filles avec qui elle est en contact.

Différentes terminologies seront culturellement appropriées à différentes cultures.

Une approche alternative est de demander à une femme si elle a subi une MSF en lui disant :

- « *Je suis au courant que dans certaines communautés les femmes et les filles participent à des opérations traditionnelles au niveau de leurs organes génitaux* », « *Avez-vous eu une MSF ?* »
- ou « *Avez-vous été coupée ?* » « *Circoncise ?* ».

Cela peut conduire la femme à utiliser la terminologie appropriée à son langage/à sa culture.

Lorsque l'on interroge une enfant, le professionnel de santé peut simplifier son langage en demandant :

- « *Est-ce quelque chose a été fait ?* » « *En bas ?* » ou « *Sur votre derrière ?* » ;
- lui demander si elle veut parler à quelqu'un qui la comprendra mieux.

Se rappeler que :

- ces femmes peuvent vouloir être interrogées par un professionnel de santé du même sexe ;
- ces femmes peuvent ne pas vouloir une entrevue avec médecin de leur communauté ;
- le professionnel doit rencontrer la patiente en privé dans un endroit où elle se sent en sécurité ;
- si elles insistent pour être accompagnées durant l'entretien avec un avocat ou un professeur, s'assurer que la personne accompagnante comprend toute l'importance de la confidentialité, notamment si la patiente est accompagnée par un membre de sa communauté.

Pour certaines d'entre elles, l'entretien nécessitera la présence d'un interprète accrédité qui parlera le même dialecte.

Quand on parle des MSF à une patiente, il est important de se rappeler plusieurs points importants.

La sensibilité

Poser les questions nécessaires avec sensibilité et de manière simple est vital pour établir la compréhension, l'échange d'informations et une relation de confiance qui sont nécessaires pour s'assurer que la fille, la femme et les membres de leurs familles reçoivent les soins et la protection dont ils ont besoin.

Les femmes se sentent angoissées et sont humiliées par les réactions de l'équipe quand les MSF sont révélées. Elles décrivent des expressions horrifiées et inappropriées, des questions insultantes, et disent se sentir honteuses et anormales. Si un professionnel de santé réagit de cette manière, cela peut être destructeur pour la femme. Ce type de comportement peut :

- décourager une femme de rechercher un traitement ou un soutien et l'empêcher de recevoir des soins efficaces ;
- la faire revenir vers sa communauté.

Bonnes pratiques à suivre quand on évoque le sujet des MSF :

- dans la mesure du possible, procurer un médecin féminin si la femme ou la fille le préfère ;
- comprendre que la fille ou la femme ne réalisent peut-être pas qu'elles ont subi une mutilation ;
- utiliser un vocabulaire simple ;
- ne pas faire de suppositions ;
- donner à la femme/fille le temps de parler ;
- écouter ce que la patiente dit ;
- créer une opportunité pour qu'elle soit en mesure de révéler, la voir seule, de son propre chef ;
- être sensible à la nature intime du sujet ;
- comprendre qu'elle peut être loyale envers ses parents, sa famille ;
- expliquer les limites de la confidentialité ;
- expliquer que vous allez lui poser des questions afin de l'aider ;
- poser des questions directes telle que :
 - ▶ « Avez-vous été fermée ? »
 - ▶ « Avez-vous été circonscrite ? »
 - ▶ « Avez-vous été coupée ? »
- soyez direct. Vous êtes en train de lui demander ce qui lui est arrivé et ce qui peut l'affecter. Vous n'êtes pas en train de lui demander de décrire ce qui est arrivé en détail car cela pourrait la traumatiser de nouveau.

Si vous avez besoin de clarifier poser les questions suivantes telles que :

- « Est-ce les rapports sexuels sont douloureux ? »
- « Est-ce que vous avez mal quand vous urinez ? »
- « Est-ce que cela vous prend du temps pour uriner ? » « Est que vous urinez en petite quantité ? »
- « Est-ce que vos règles sont douloureuses ? »
- « Avez-vous des difficultés lors de vos accouchements ? »

Bonnes pratiques lors des réponses à donner :

- expliquer que les MSF sont toujours illégales et que la loi peut aider une famille à éviter une mutilation pour ses filles ;
- expliquer avec sensibilité les conséquences sur la santé d'une MSF ;
- ne pas porter de jugement. Un praticien doit souligner l'illégalité des pratiques de MSF et les risques des MSF sur la santé, sans pour autant blâmer la jeune fille, la femme, sa famille ou la communauté à laquelle elle appartient ;
- obtenir des informations précises à propos de l'urgence de la situation si la petite fille ou la femme est à risque de subir une MSF et suivre les procédures de protection de l'enfance ou des adultes ;

- noter la MSF dans le dossier médical de la femme ou de la petite fille et détailler les conversations entre l'équipe et la fille ou la femme ;
- insister auprès de la fille, femme qu'elles peuvent revenir voir l'équipe médicale ou le praticien à n'importe quel moment ;
- proposer une aide, par exemple la conseiller d'aller voir un service spécialisé en gynécologie obstétrique ;
- donner le formulaire du gouvernement écossais qui s'oppose aux pratiques de MSF.

Les professionnels de santé doivent profiter de l'opportunité de continuer la discussion sur les MSF lors de leurs consultations habituelles. Par exemple, une sage-femme transmet des informations à propos d'une femme qui a subi une MSF au médecin généraliste. Le médecin généraliste de la patiente doit alors discuter avec la patiente de ce problème de mutilation lors de sa prochaine consultation.

Dans tout échange avec la femme et, si approprié, avec un membre de sa famille, le professionnel de santé doit :

- préciser que les MSF sont illégales en Écosse ;
- expliquer les conséquences sur la santé des MSF ;
- s'assurer que la femme et sa famille ont bien compris les actions qui vont être entreprises si nécessaire ;
- s'assurer que la femme et sa famille comprennent bien que l'information sera transmise si cela est approprié à d'autres professionnels de santé et à d'autres agences ;
- donner des informations et indiquer d'autres services selon les besoins. Les services de santé doivent consulter les services de la protection de l'enfance quand ils ont décidé de la procédure à suivre, et leur transmettre tous les détails du dossier et de toutes les évaluations.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, en 2014 (30), indique des conseils pour mener un entretien avec une mineure.

Le professionnel doit être particulièrement vigilant lorsqu'il accueillera la mineure. L'accueil participe à la création d'un climat de sécurité, de confiance et de confidentialité. Les premières attitudes et paroles du professionnel ainsi qu'un endroit calme et confidentiel faciliteront la communication et la relation avec la mineure. Pour elle, son entretien avec un adulte est une source de stress.

Les conditions matérielles et psychologiques de l'entretien favoriseront un dévoilement éventuel par la mineure des MSF.

Il est essentiel que l'adulte rassure et reçoive les informations avec bienveillance : la mineure doit se sentir écoutée sans être jugée. Le professionnel affirmera à la mineure qu'elle n'est en rien responsable de la violence. Il rappellera que la loi interdit ces violences, quelles que soient les causes et circonstances.

Les principes fondamentaux de l'entretien avec la mineure.

Le professionnel

la mineure

BIENVEILLANCE

ÉCOUTE ACTIVE

SÉCURISATION

RESPECT

Quelques recommandations :

- recevoir dans un endroit calme et confidentiel ;
- parler d'un ton calme et rassurant ;

- rompre le silence au sujet des mutilations sexuelles féminines ;
- lui donner la parole, l'écouter, la laisser parler et prendre sa parole en considération ;
- reconnaître ses émotions par rapport à la menace vécue ou les MSF subies (la peur, l'angoisse, la colère...);
- déculpabiliser et déresponsabiliser la mineure ;
- ne pas banaliser, ni minimiser les faits.

En cas de révélation spontanée lors d'une activité, il conviendrait de dire à l'enfant que vous avez bien compris et entendu. Vous lui proposez de vous rencontrer dans un endroit plus approprié. Si possible, vous fixez immédiatement ce rendez-vous.

Le repérage par le questionnement systématique des MSF

Pour le professionnel, le dépistage systématique des mutilations sexuelles féminines, comme pour toutes les violences, est indispensable afin qu'il puisse :

- poser un diagnostic correct ;
- identifier et hiérarchiser les besoins de l'enfant ;
- définir les priorités de son action.

Le professionnel pose des questions simples afin d'offrir un espace d'expression à la mineure. Les questions doivent être adaptées à l'âge et à la maturité de la mineure. Elles doivent permettre de repérer les mutilations sexuelles féminines, en projet ou réalisées, ainsi que les autres formes de violences que peut subir la mineure (violences physiques, psychologiques, verbales et/ou sexuelles, risque de mariages forcés...).

Pour le professionnel, les meilleures questions sont celles qu'il se sent capable de poser. Voici quelques exemples de questions.

Des questions sur les troubles et les difficultés repérés

Le professionnel peut partir des troubles et des difficultés qu'elle-il a constatés chez la mineure pour initier un échange avec elle. Il s'agit de lui offrir un espace lui permettant de révéler d'éventuelles violences subies, notamment une menace ou une mutilation subie.

- « *Je m'inquiète pour toi, tu as l'air fatigué/inquiet/contrarié.* »
- « *Je m'inquiète pour toi au sujet de tes absences scolaires répétées/de la chute de tes résultats.* »
- « *J'ai constaté que tu avais des difficultés à te concentrer, est-ce que tu peux me dire ce qu'il se passe ?* »
- « *Je souhaiterais savoir comment les choses se passent à la maison, avec tes parents.* »

Des questions sur les circonstances d'un éventuel voyage en projet ou réalisé

Lorsqu'il a connaissance d'un voyage dans un pays où se pratiquent les MSF, le professionnel doit poser des questions notamment sur les motifs de ce voyage, ses modalités.

Projet de voyage :

- « *J'ai appris que tu allais partir en voyage au [préciser le pays], est-ce que tu peux m'en parler ?* » « *Avec qui est-ce que tu pars ?* » « *Qu'allez-vous faire ?* »
- « *Est-ce que tu as envie de partir ?* » « *Est-ce que tu as peur qu'il t'arrive quelque chose durant ce voyage ?* » « *Quand est-ce que tu pars ?* »

Voyage déjà réalisé :

- « *J'ai appris que tu étais partie en voyage au [préciser le pays], comment ça s'est passé ?* » « *Avec qui est-ce que tu es partie ?* »

- « *Est-ce qu'il t'est arrivé quelque chose durant ce voyage ?* » « *Étais-tu d'accord pour faire ce voyage ?* » « *Quand es-tu partie ?* »

Sans évoquer directement les MSF, certaines réponses de la mineure peuvent constituer des indices de l'existence d'un risque de MSF ou de MSF subies :

- « *Je dois aller à une grande fête ou à une fête comme un baptême.* » « *Je dois avoir ou j'ai reçu des cadeaux, une belle robe.* »
- « *Je dois aller voir ma grand-mère, ma tante, qui est malade.* » « *Je vais au mariage de ma cousine.* » « *Je ne pars qu'avec mes sœurs ou mes cousines.* »

Les recommandations de la *Multi-Agency statutory guidance on female genital mutilation de 2016 (20)* expliquent comment parler de MSF.

Le sujet de MSF peut survenir dans un nombre varié de situations incluant une consultation à un médecin généraliste, le lieu d'habitation visité lors de la visite post natale ou à l'école. Parler de MSF peut être difficile et bouleversant. Les professionnels peuvent vouloir parler à un confrère expérimenté s'ils sont affectés par ce qu'ils entendent.

Il est important de connaître et de comprendre les motifs, la démographie et les conséquences des MSF. Il est important que les professionnels prennent le temps de penser à leurs propres préoccupations, sentiments et valeurs afin de pouvoir parler de MSF avec précision et confiance.

Si le résultat de la discussion avec une personne ou une famille conduit le professionnel de santé à identifier un risque de MSF pour une fille ou qu'une MSF a été perpétrée chez cette fille, alors le professionnel de santé doit entreprendre une action.

Se préparer à parler à une personne et à une famille

Cela comprend :

- faire des soins donnés à la femme et à la fille ayant subi une MSF la principale préoccupation. Les traiter en tant qu'individus, écouter et respecter leur dignité ;
- quand on débute une conversation sur les MSF, les professionnels de santé doivent s'assurer que la conversation démarre d'une manière sensible, et d'être sans jugement.

Créer et maintenir de bonnes relations avec la femme ou la fille est essentiel. Cela peut être obtenu en :

- autorisant la fille ou la femme à parler ;
- pratiquant une écoute active ;
- encourageant doucement ;
- recherchant l'autorisation de la fille ou la femme de discuter de sujets sensibles ;
- n'étant pas effrayé de parler des MSF ;
- utilisant un langage sensible et approprié.

Il n'est pas inhabituel que les femmes rapportent que les professionnels ont évité de leur poser des questions sur les MSF. Cela peut conduire à une perte de confiance de la patiente envers les professionnels de la santé. Il peut alors s'avérer difficile pour une fille ou une femme d'évoquer qu'elle a été victime d'une MSF.

- Poser une question à la fois. Cela peut être difficile de penser lorsque l'on doit répondre à plusieurs questions en même temps.
- S'assurer que l'on dispose du temps approprié pour écouter la patiente.

Les professionnels doivent :

- utiliser un langage qui prend en compte les valeurs culturelles de la femme ;
- être informés que les différentes communautés peuvent avoir différents termes pour désigner les MSF ;

- se rappeler que la femme ou la fille peut ne pas savoir qu'elle a subi une MSF. Les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'expliquer que la MSF est la cause de tous les symptômes qu'elle ressent ;
- envisager de prendre les phrases qui suivent pour débiter une conversation sur les MSF.
 - « *Je peux voir dans votre dossier médical que votre obstétricien ou la sage-femme a noté que vous avez été coupée. Pouvez-vous m'en dire un peu plus à ce sujet ?* »
 - « *Je connais une femme de votre pays qui a été coupée. Qu'en pensez-vous ? Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?* »
 - « *On vous a parlé de votre coupure et de la tradition dans votre pays. Y a-t-il quelque chose à ce sujet dont vous voudriez me parler ?* »
 - « *Que pensez-vous et que pense votre partenaire des coupures génitales chez la femme ? Que pensent les gens autour de vous à ce propos ?* »
 - « *Êtes-vous toujours en contact avec des proches dans votre pays ? Que pensent-ils de la MSF ? À quel âge la coupure est-elle faite en général ?* »

Les professionnels de santé ont la responsabilité de s'assurer que la femme et les familles comprennent que les MSF sont illégales au Royaume-Uni et d'expliquer les conséquences néfastes et douloureuses des MSF.

Les recommandations du *Bexley Safeguarding Children Board* en 2016 (21) indiquent comment parler des MSF.

Le terme MSF ou « *coupures* » sont souvent utilisés dans les communautés bien qu'ils ne soient pas toujours compris par les personnes les pratiquant dans leurs communautés car ce sont des termes anglais. Le terme de MSF doit être utilisé avec précaution dans les discussions. Le terme MSF dispose d'un nombre élevé d'autres noms, par exemple, coupure génitale féminine, circoncision, ou initiation.

Toutes les conversations, les conseils et les actions doivent être notés en totalité dans le dossier.

Une interprète féminine accréditée peut s'avérer nécessaire.

Ces conseils et ces avis sont recommandés.

Chaque cas de patiente doit être évalué et pris en charge avec sensibilité et considéré individuellement et indépendamment.

Face au moindre doute, les procédures de sauvegarde des enfants doivent s'appliquer.

Lors d'une discussion abordant le problème d'une MSF, les points suivants doivent être abordés :

- s'assurer qu'un professionnel de sexe féminin est disponible pour parler à la fille ou à la femme si elle le souhaite ;
- ne pas faire d'hypothèses *a priori* ;
- réserver à la patiente une période de temps pour lui parler. Lui laisser également le temps nécessaire pour s'exprimer ;
- créer une opportunité pour que la femme puisse révéler ses problèmes, en la voyant en privé lors d'une consultation ;
- être sensible à la nature intime du sujet des MSF ;
- être sensible au fait qu'une personne peut être loyale envers ses parents, la communauté dans laquelle elle vit ;
- ne pas porter de jugements (insister sur l'illégalité et les risques pour la santé) mais sans accuser la fille ou la femme) ;
- fournir des informations précises à propos de l'urgence de la situation si la personne est considérée comme à risque de subir la procédure de MSF ;
- prendre des notes détaillées ;
- donner une explication claire sur le fait que les MSF sont illégales ;

- l'information donnée à la patiente doit être notée dans le dossier ;
- les parents doivent être informés d'une manière respectueuse et sensible sur les implications légales et les conséquences pour la santé des mutilations sexuelles.

Les informations suivantes doivent être consignées dans le dossier médical :

- si la femme ou la fille a subi une MSF ;
- le type de MSF ;
- s'il existe un antécédent dans la famille de MSF ;
- si une prise en charge de la MSF a été réalisée incluant une désinfibulation ;
- si une fille ou femme a été désinfibulée et demande une réinfibulation ou une resuture après la naissance d'un enfant, elle doit être informée que la réinfibulation est illégale au Royaume-Uni.

D'après les recommandations du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 (15), les points essentiels pour aborder les MSF sont les suivants :

- se préparer à aborder le sujet, en parler auparavant avec d'autres professionnels ;
- prendre le temps ; il faut expliquer pourquoi cette tradition est néfaste pour la santé des femmes et des fillettes alors que d'autres traditions sont bénéfiques ;
- écouter la mère qui vient avec son enfant ayant subi une mutilation. Souvent, le traumatisme de sa propre excision refait surface ;
- avoir une carte des pays concernés et des supports visuels à disposition afin de s'y référer en cas de besoin.

Pour favoriser le contact, voici quelques conseils basés sur l'expérience de professionnels travaillant avec des femmes mutilées :

- essayer d'identifier ce dont la femme est prête à parler, ce dont elle veut parler, et partir de cela pour entamer la discussion ; ne pas anticiper les choses à sa place ;
- être patient, car la relation de confiance peut prendre du temps à s'installer vu les trahisons et violences vécues (excision, mariage forcé, viol) ;
- repartir du savoir et des compétences de cette femme, apprendre de ses dires, de ses expériences ;
- exprimer de l'empathie et tenir un discours objectif ;
- aborder la question de l'atteinte à la santé ;
- ne pas juger la culture, ni la femme ;
- ne pas faire peur, ne pas faire de chantage.

Même s'il n'y a pas de mots miracles, voici quelques conseils qui peuvent vous aider à aborder la question des mutilations génitales féminines avec les femmes :

- utiliser un vocabulaire simple, accessible ;
- essayer, avec la femme ou sa famille, des mots pour désigner les mutilations génitales féminines comme :
 - la tradition,
 - la coutume ou le rituel,
 - le sexe coupé,
 - excisée, infibulée.

Les femmes utilisent peu les mots « *vagin* », « *lèvres* », etc. On peut demander si « *elle a été coupée en bas* » en désignant avec la main le bas du ventre.

L'important est que chaque personne se sente à l'aise avec les mots qu'elle utilise. Les termes de « mutilations sexuelles » ou « mutilations génitales » sont rarement utilisés avec les femmes en consultation.

Ne pas utiliser les termes « *normal* » « et « *anormal* » car la norme est une chose toute relative.

Supports visuels

Voici quelques supports visuels qui peuvent vous aider à expliquer les choses pendant la consultation ou l'entretien :

- une carte des pays pratiquant l'excision. Vous pouvez aussi retrouver plus de détails sur les régions ou les ethnies pratiquant les MSF en allant sur le site des enquêtes démographiques et de santé (EDS) : <http://www.measuredhs.com/countries>. En cliquant sur le pays concerné, toutes les informations sur la pratique de l'excision obtenues *via* les EDS sont disponibles ;
- des dessins du corps humain, des dessins représentant les différents types de MSF ;
- des dessins montrant les complications (rétention urinaire, naissance difficile...).

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (GSF) en 2010 (5) précise pour la question comment parler des MSF : maintenant que vous savez que la femme a été mutilée, il faut aborder ce sujet avec elle pour deux raisons :

- prévenir la réalisation d'une excision chez les fillettes de la famille en l'informant de l'interdiction de ces pratiques en France, en Europe et dans les pays africains ;
- être à son écoute pour organiser une prise en charge en cas de conséquences médicales, psychologiques ou sexuelles ;

Les deux principales situations qui peuvent se rencontrer sont les suivantes :

- vous allez suivre la femme régulièrement. Dans ce cas, vous pouvez aborder le sujet au cours d'une prochaine consultation après avoir établi une relation de confiance ;
- il n'est pas certain que vous la revoyiez. Dans ce cas, le sujet doit être abordé au cours de cette consultation, quel que soit le motif.

Comment aborder cette question ?

Il est recommandé d'annoncer que vous avez remarqué « *qu'elle était excisée* » ou « *coupée* » (éviter d'utiliser le terme « *mutilation* », « *mutilée* ») ; ensuite, vous pourrez lui suggérer de préciser les conditions dans lesquelles cette excision est intervenue (souvenirs, âge, souffrance...).

Dans certaines situations, la mutilation est connue et le dialogue aisé. La femme connaît un réel soulagement en rencontrant un professionnel avec qui elle peut parler en toute liberté de sa souffrance et de ses inquiétudes. Elle trouve alors compréhension, soutien et accompagnement.

Un dialogue confiant avec la femme doit être instauré afin d'évaluer ce qu'elle sait de son excision. Les professionnels, sages-femmes ou médecins ne doivent plus avoir de réticence à aborder ces questions.

Le recours à un organisme d'interprétariat est indispensable en cas de barrière linguistique. Une écoute empathique et respectueuse, faite de questions ouvertes suivies d'une reformulation, doit permettre d'aborder avec la femme des sujets délicats touchant aux coutumes et à l'intime.

- Ce questionnement peut concerner la femme : de quel pays êtes-vous originaire ? Depuis combien de temps vivez-vous en France ? Quel est votre vécu sur le plan conjugal ou familial ? (vie quotidienne, travail, etc.). Ressentez-vous solitude ou discrimination ?
- Ce questionnement peut concerner le conjoint : quels sont sa nationalité, son âge, sa situation socio-économique ? Certains éléments laisseront suspecter un mariage forcé ou bien un contexte de polygamie (par exemple, l'écart d'âges important entre les deux conjoints).
- Pour introduire le sujet, vous pourrez vous aider des phrases suivantes :
 - « *Vous venez d'un pays où se pratiquent les mutilations sexuelles.* »
 - « *Souhaitez-vous que nous parlions ensemble de cette pratique ?* »
 - « *Avez-vous eu des conséquences médicales, sexuelles ou au cours de vos grossesses ?* »
 - « *La plupart des pays condamnent cette pratique, même en Afrique.* »
 - « *Lors de l'examen gynécologique, j'ai constaté que vous avez été excisée.* » Le terme « *coupée* » est également communément employé.

Dans d'autres cas, la mutilation est connue mais le sujet est tabou, il s'agit alors le plus souvent de femmes qui sont primo-arrivantes, peu scolarisées, qui rejoignent leur mari et restent attachées

aux traditions mais aussi d'adolescentes ou de jeunes majeures nées en France ou arrivées dès leur plus jeune âge.

La femme intègre que vous êtes un professionnel ressource : elle pourra, à son rythme, reprendre le dialogue si elle le souhaite.

Elle doit comprendre que vous serez particulièrement vigilant pour ses fillettes. Une plaquette « *Protégeons nos petites filles de l'excision* » peut lui être remise avec les coordonnées des organismes qui peuvent lui apporter de l'aide.

Une orientation vers une association locale peut également être proposée à la femme (contact avec un adulte relais, participation à un groupe de parole et d'échange avec des femmes de sa communauté...).

Enfin, si la femme ignore son excision, la situation peut s'avérer beaucoup plus délicate à gérer. L'annonce sera alors vécue comme brutale. La mutilation a été pratiquée à la période néonatale ou bien dans les premières années de vie et la femme ne garde aucun souvenir de l'événement traumatique.

On observe parfois un véritable déni. Il s'agit dans la majorité des cas de jeunes filles affirmant ne pas être excisées. L'annonce doit être progressive et se faire « pas à pas » tout en examinant la patiente.

« *En vous examinant, il me semble avoir observé que votre vulve présente des reliefs anatomiques modifiés...* »

« *Avez-vous pris conscience de ces différences ?* »

Le médecin ou la sage-femme peut proposer, en accord avec la femme, de donner des explications avec l'aide d'un miroir. Ainsi montre-t-il les signes particuliers qui lui permettent d'évoquer la mutilation.

4.2 Aborder le sujet des MSF avec les parents d'une mineure

Les recommandations belges du Service Public Fédéral Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS de 2011 (15) indiquent pour la prévention des MSF chez les filles de la patiente .

Les consultations prénatales, en dehors de l'urgence et du stress propres à l'accouchement, constituent des moments privilégiés pour évoquer l'avenir d'un enfant de sexe féminin et obtenir de la femme et de son époux qu'ils s'opposent à toute mutilation de leur fille.

Les MSF constituent un sujet qu'il n'est pas facile d'évoquer, tant pour la femme excisée qui n'a pas l'habitude de parler de son intimité et de sa sexualité à un étranger, que pour le ou la professionnel(le) de santé qui ne se sent pas toujours bien préparé à cette tâche. Il faut choisir des mots qui ne choquent pas. On ne parlera pas de mutilation à la femme, mais d'excision ou d'infibulation ; certaines femmes diront qu'elles sont fermées ou cousues.

Le médecin ou la sage-femme pourra aider la femme à faire le lien entre des complications qu'elle a pu avoir avant ou pendant la grossesse et la mutilation qu'elle a subie (difficultés à uriner, infections urinaires à répétition...) et, progressivement, aborder la question du devenir de la petite fille à naître ou de ses aînées. On rappellera que l'excision est douloureuse et dangereuse pour l'enfant, qu'elle n'est pas exigée par la religion et qu'elle est interdite par la loi belge.

Les recommandations de Bromley Safeguarding Children Board en 2017 (19) précisent pour la fille d'une femme ayant subi une MSF qu'une femme peut être victime d'une pression exercée par son mari, d'un partenaire ou d'autres membres de sa famille et peut ainsi être amenée à autoriser ou à organiser une mutilation sur sa propre fille.

Les praticiens doivent prendre en compte le fait qu'une femme mariée à un homme originaire d'un pays qui pratique les mutilations peut être elle-même originaire d'un pays ne pratiquant pas ces mutilations, ce qui peut avoir une conséquence pour leurs filles.

S'il apparaît prudent de le faire, il peut être approprié d'engager :

- un contact avec la famille au sens élargie ;
- des discussions avec les deux parents et les autres membres de la famille.

D'après les recommandations de l'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (16), si le nouveau-né d'une femme mutilée sexuellement est une fille, elle est à risque de subir le même type d'intervention. Parler à sa mère et à son père :

- des facteurs de risque liés aux MSF ;
- des procédures légales en cours, ce qui est important, car les MSF sont illégales dans la majorité des pays européens.

Les recommandations belges du Service Public Fédéral Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS de 2011 (15) traitent du dialogue avec les familles à risque.

On peut aborder le sujet à des moments clés :

- chez la nouveau-née lors du premier examen ;
- lors du tout premier contact avec l'enfant ;
- lors d'un retour au pays annoncé par les parents pour les vacances ;
- lors du dernier examen préventif.

Il est important pour les professionnels médicaux et sociaux de connaître les pays les plus à risque. Cela leur permettra de cibler le travail de prévention sur le public réellement à risque et d'entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les MSF et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l'excision se pratique.

Il est souhaitable d'expliquer aux parents que l'enfant est en bonne santé actuellement. On peut faire remarquer : « *Votre petite fille n'est pas excisée, c'est parfait pour sa santé !* ».

Lors de la discussion, rappeler que l'excision est :

- une pratique très douloureuse et dangereuse pour l'enfant, voire mortelle ;
- formellement interdite par la loi belge.

Il peut arriver, au cours de la discussion, que l'on décèle une discordance d'opinion entre les adultes responsables de l'enfant :

- « *Je ne veux pas que ma fille soit excisée, mais la mère de mon mari le veut.* »
- « *Ma sœur me dit que c'est mieux pour elle* », etc.

La pratique de l'excision repose sur plusieurs croyances qui seront peut-être exprimées par les parents. Vous pouvez orienter les parents vers des associations qui les soutiendront dans leurs questionnements face à la tradition et à la pratique de l'excision, et les aideront à tenir bon face aux pressions familiales ou communautaires.

4.3 Utiliser un interprète

Les recommandations Scotland guidance Multi-Agency Guidance de 2017 (SCOT) de 2017 (24) établissent les bonnes pratiques pour utiliser un interprète.

Les praticiens peuvent avoir besoin de recourir à un interprète.

- L'interprète (une femme ou un homme si cela convient à la patiente) doit être accrédité. L'interprète doit être capable d'utiliser le dialecte de la fille ou de la femme.

- L'interprète doit savoir qu'il ne doit pas interpréter les messages ou censurer ou omettre une information mais traduire exactement les propos de la femme ou de la fille. Idéalement l'interprète devrait recevoir une formation sur les MSF.
- Vérifier le dialecte utilisé par la fille ou la femme avant d'organiser la venue d'un interprète.
- Rencontrer l'interprète rapidement avant la rencontre avec la fille ou la femme.
- Expliquer le rôle de l'interprète sur la nature de la discussion et sur l'implication d'avoir quelqu'un d'autre de présent lors de la discussion.
- Parler séparément et rapidement à la personne accompagnante, notamment sur l'importance de la confidentialité et des dangers d'une violation de cette confidentialité.

Ne jamais utiliser des membres de la famille comme interprète, des voisins ou ceux qui ont une influence sur la communauté d'où est originaire la patiente.

- Les femmes peuvent se sentir embarrassées de discuter de leurs problèmes personnels face à ces personnes.
- La femme ou la fille peut craindre qu'une information personnelle les concernant puisse être transmise à leur communauté et les mettre ainsi en danger.
- Des informations sensibles peuvent être transmises à d'autres personnes de la communauté et une autre femme peut être alors à risque d'un futur danger de MSF.
- De tels interprètes qui proviennent de la famille ou d'individus issus de la communauté de la patiente peuvent délibérément induire en erreur le praticien ou encourager la patiente à retirer sa plainte ou à se conformer aux souhaits de la famille.
- Il n'est pas approprié d'utiliser un enfant comme interprète.
- Si cela est possible, ne pas utiliser un interprète de sexe masculin pour parler à une femme.

Les recommandations de la Multi-Agency statutory guidance on female genital mutilation de 2016 (20) indiquent pour l'utilisation d'un traducteur :

Une interprète féminine peut être nécessaire. Dans l'idéal, les interprètes doivent être :

- formés aux MSF ;
- dans tous les cas ne pas être des membres de sa famille ;
- ne pas être des membres connus et influents de la communauté.

Les recommandations belges du Service Public Fédéral Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS de 2011 (15) précisent pour les interprètes et des médiateurs :

La plupart des femmes sont des primo-arrivantes qui ne maîtrisent pas bien les langues nationales. Même si la femme connaît quelques mots de français, de néerlandais ou d'anglais, ce vocabulaire ne sera pas suffisant pour aborder un sujet aussi sensible que les MSF. La femme pourrait ne pas trouver les mots pour exprimer pleinement ses sentiments ; une traduction professionnelle sera donc très utile.

Quelques conseils pour organiser la traduction :

- ne pas utiliser les enfants de la femme pour traduire (ni le conjoint, ni la belle-mère, etc.) ;
- si possible, choisir une personne de sexe féminin pour effectuer la traduction ;
- être vigilant sur la représentation qu'a l'interprète des MSF (être sûr que la personne n'est pas partisane de la pratique) ;
- l'idéal est que l'interprète ait reçu une formation sur les MSF et ait déjà une certaine connaissance de la problématique ;
- si c'est la première fois que l'interprète traduit sur ce sujet, il faut prêter attention à son débriefing, et voir comment il ou elle s'est senti(e) avec le sujet.

Comment contacter un ou une interprète

- D'abord bien s'assurer que la femme ne s'exprime pas dans une langue que vous comprenez.

- Si vous travaillez dans une grande structure, vous pouvez probablement faire appel à un secrétariat, qui se chargera de vous trouver un traducteur pour le jour de la consultation.
- Si vous travaillez seul dans votre cabinet, et que vous n'avez pas le temps de faire toutes ces démarches, vous pouvez demander à l'association qui vous a référé la femme de se charger de vous trouver un traducteur.

► **Conclusion sur le chapitre « Comment aborder la question de la mutilation sexuelle féminine selon les données de la littérature »**

Les professionnels de santé ne doivent pas avoir de réticences à aborder ces questions. Il est recommandé de se préparer à aborder le sujet et de s'assurer que l'on dispose du temps approprié pour écouter la patiente.

Il est recommandé :

- d'obtenir l'autorisation de la fille ou la femme de discuter de sujets sensibles ;
- de s'assurer qu'un professionnel de sexe féminin est disponible pour parler à la fille ou à la femme si elle le souhaite ;
- d'expliquer pourquoi la tradition des MSF est néfaste pour la santé des femmes et des filles alors que d'autres traditions sont bénéfiques ;
- d'instaurer un dialogue confiant avec elle afin d'évaluer ce qu'elle sait de son excision si la mutilation est connue par la femme ;
- d'aborder avec une écoute empathique et respectueuse avec la femme, faite de questions ouvertes suivies d'une reformulation ce qui doit permettre des sujets délicats touchant aux coutumes et à l'intime ;
- de poser une question à la fois.

Ce questionnement peut concerner la femme :

- « *De quel pays êtes-vous originaire ?* »
- « *Depuis combien de temps vivez-vous en France ?* »
- « *Quel est votre vécu sur le plan conjugal ou familial ? (vie quotidienne, travail, etc.)* »
- « *Ressentez-vous de la solitude ou une discrimination ?* »

Ce questionnement peut concerner le conjoint : quels sont sa nationalité, son âge, sa situation socio-économique ? Certains éléments laisseront suspecter un mariage forcé ou bien un contexte de polygamie (par exemple, l'écart d'âges important entre les deux conjoints).

Pour introduire le sujet, vous pourrez vous aider des phrases suivantes :

- « *Vous venez d'un pays où se pratiquent les mutilations sexuelles.* »
- « *Souhaitez-vous que nous parlions ensemble de cette pratique ?* »
- « *Avez-vous eu des conséquences médicales, sexuelles ou au cours de vos grossesses ?* »
- Si la mutilation est connue mais le sujet est tabou, la femme intègre que vous êtes un professionnel ressource : elle pourra, à son rythme, reprendre le dialogue si elle le souhaite. Elle doit comprendre que vous serez particulièrement vigilant pour ses fillettes.
- Enfin, si la femme ignore sa mutilation, la situation peut s'avérer beaucoup plus délicate à gérer. L'annonce sera alors vécue comme brutale. L'annonce doit être progressive et se faire « pas à pas ».

Il est recommandé de disposer d'une carte des pays concernés pratiquant l'excision et des supports visuels à disposition (dessins représentant les différents types de MSF, montrant les complications : rétention urinaire, naissance difficile) afin de s'y référer en cas de besoin.

Pour favoriser le contact avec la femme, il est recommandé :

- d'essayer d'identifier ce dont la femme est prête à parler, ce dont elle veut parler, et partir de cela pour entamer la discussion ; ne pas anticiper les choses à sa place ;

- de repartir du savoir et des compétences de cette femme, d'apprendre de ses dires, de ses expériences ;
- d'être patient, car la relation de confiance peut prendre du temps à s'installer vu les trahisons et violences vécues (excision, mariage forcé, viol) ;
- d'exprimer de l'empathie et de tenir un discours objectif ;
- d'aborder la question des risques sur la santé ;
- de ne pas porter de jugements (insister sur l'illégalité des MSF pratiquées en France ou à l'étranger et les risques pour la santé mais sans accuser la fille ou la femme) ;
- de ne pas faire peur, ne pas faire de chantage ;
- de ne pas utiliser les termes « normal » et « anormal » car la norme est une chose toute relative ;
- d'être sensible au fait qu'une personne peut être loyale envers ses parents, sa communauté ;
- d'utiliser un vocabulaire simple, accessible : essayer, avec la femme ou sa famille, des mots pour désigner les mutilations génitales féminines comme : « la tradition », « la coutume » ou « le rituel », « le sexe coupé », « excisée », « infibulée » ou « coupée en bas » (en désignant avec la main le bas du ventre).

Le recours à un organisme d'interprétariat est indispensable en cas de barrière linguistique.

L'interprète ne doit jamais être un membre de la famille ou connu comme ayant une influence sur la fille ou femme ou faisant partie de la communauté dont est originaire la patiente³.

Si cela est possible, choisir un interprète de sexe féminin pour effectuer la traduction

Il est possible de demander à une association de se charger de vous trouver un traducteur.

³ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

5. Les signes évocateurs indiquant une MSF récente sur une patiente

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance (SCOT)* de 2017 (24), les femmes et les filles qui ont déjà subi une MSF peuvent se présenter dans diverses situations telles que :

- un service d'obstétrique ;
- une consultation avec une sage-femme ;
- lors d'une surveillance pour un frottis vaginal ;
- les services s'occupant de stérilité ou sexualité ;
- les services d'accueil pour les étrangers ;
- une consultation en médecine générale, pédiatrique, urologique, gynécologique, de santé mentale, en dermatologie.

Les mutilations sexuelles féminines sont souvent identifiées durant les soins en anténatale ou lors de l'accouchement.

Les médecins généralistes et les infirmières doivent être vigilants concernant certains problèmes de santé tels que des infections urinaires récurrentes qui peuvent indiquer qu'une MSF a été faite.

Les indicateurs qu'une MSF vient d'être effectuée chez une fille

Les indicateurs qu'une MSF vient d'être effectuée comprennent :

- elle ressent une difficulté à marcher, s'asseoir, ou de l'inconfort ;
- elle manque les cours à l'école pour des périodes prolongées en raison de saignements ou de problèmes liés aux règles ;
- elle reste longtemps aux toilettes en raison de difficultés à uriner ;
- elle est absente de l'école, ses absences peuvent être prolongées et/ou répétées ;
- elle est abattue, déprimée, montre un changement significatif de comportement et des signes de stress émotionnel et psychologique ;
- elle se confie à un professionnel de santé ou demande de l'aide mais sans expliquer quel est le problème ;
- elle ne participe plus au cours d'éducation physique ou ne pratique plus de sport ;
- elle parle d'une douleur ou d'un inconfort qui se situe entre ses jambes ;
- elle est réticente à l'idée de subir un examen médical.

D'après les recommandations du *Bexley Safeguarding Children Board* en 2016 (21), si vous suspectez que l'enfant ou la femme est victime d'une MSF, posez les questions suivantes :

- ▶ *« Votre famille ou votre partenaire est originaire d'un pays où les femmes et les filles sont circoncises. Pensez-vous que vous avez subi cette pratique ou que vous êtes à risque de la subir ? »*
- ▶ *« Pensez-vous que quelque chose vous a été fait en bas ou par derrière ? »*
- ▶ *« Voulez-vous de l'aide pour contacter d'autres agences pour un soutien, de l'aide ou des conseils ? »*
- Informer les parents que vous allez transmettre confidentiellement cette information aux agences compétentes si vous craignez qu'il y ait une ou plusieurs personnes qui risquent d'être mutilées ?
- Informer la patiente que les MSF sont illégales au Royaume-Uni et qu'emmener l'enfant à l'étranger pour lui faire subir une MSF est également illégal.
- Informer les parents que cela sera documenté dans le dossier de l'enfant et de la mère (si applicable) et signalé.
- Informer le médecin généraliste, les assistantes sociales, l'infirmière scolaire.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) indique qu'en cas de suspicion de MSF chez une mineure : En cas de doute, le professionnel doit aborder la question des MSF :

- « *Est-ce qu'il est arrivé qu'on fasse du mal à ton corps, en bas, au niveau du sexe, au niveau de [reprendre le terme utilisé couramment pour désigner le sexe en fonction de l'âge de la mineure] ?* »
- « *Sais-tu ce que c'est que l'excision ? As-tu déjà entendu parler de cela ?* »

Dans ses réponses, la mineure peut ne pas utiliser le terme « *mutilation sexuelle féminine* », ni même « *excision* ».

Les mots et expressions suivantes peuvent être utilisés par les victimes pour désigner une mutilation sexuelle féminine :

- « *On m'a coupé ou on m'a fait quelque chose en bas.* »
- « *Il y avait beaucoup de sang.* »
- « *Il y a un truc qui m'a été rentré dedans.* »
- « *J'ai subi la tradition.* »
- « *J'ai été circoncise* » ou « *Y a eu une circoncision féminine* »...
- « *Se laver les mains* » (traduction de l'expression bambara utilisée pour désigner l'excision) ou d'autres terme évoquant une purification.

Si les MSF ont déjà été subies par la mineure, selon son histoire personnelle, cette enfant peut développer des troubles de stress aigu et des troubles de stress post-traumatique (TSTP). Il est donc important pour le professionnel de savoir qu'après avoir vécu une telle agression, la victime peut :

- être confuse et dans l'incapacité de se souvenir de tout ou d'une partie de ce qui s'est passé. Elle a des « *trous de mémoire* » ;
- raconter les événements qu'elle a vécus sans émotion.

Ces recommandations indiquent comment réagir lors de la révélation par une mineure d'un risque de MSF et de MSF subies.

Le professionnel, après la révélation des MSF par la mineure, doit donner un message clair à l'enfant sur la loi française qui interdit et punit cette violence ainsi que sur la seule responsabilité des adultes agresseurs sans porter de jugement moral ou de valeur. Il ne faut pas minimiser les faits révélés. Il convient de souligner l'acte de courage de la part de la mineure que représente la révélation des MSF. Le professionnel lui indiquera, d'une part, que des aides et une protection vont être mises en place et, d'autre part, que l'enfant peut revenir lui parler lorsqu'elle le souhaite.

En cas de non réponse ou de réponse négative, si des doutes subsistent, il convient de rester attentif :

- aux aspects non verbaux (gestes, regards, attitudes, pleurs, mimiques...);
- aux signes des violences, notamment les problèmes de santé chroniques, les blessures à répétition, les différentes formes de dépendance (alcool, drogue), tentatives de suicide, automutilations, anorexies, boulimies, dépressions ;
- au fait de prendre attache avec d'autres professionnels en interne ou extérieurs à la structure pour discuter de ces interrogations.

Il est possible que la mineure ne réponde pas immédiatement au professionnel qui lui a posé la question. Elle sait toutefois qu'avec cette-ce professionnel, elle pourra parler, qu'elle sera entendue et aidée. Le questionnement systématique ouvre un espace de parole à l'initiative du professionnel dans lequel la mineure entrera lorsqu'elle se sentira prête.

Si la révélation a été faite par une tierce personne (sœurs/frères, cousines, amies...), le professionnel doit rassurer celle-ci ou celui-ci sur le bien-fondé de sa démarche, lui rappeler que la

loi interdit et punit les MSF. Si cette personne est une femme, il est nécessaire de lui demander si elle-même a été victime de MSF ou si elle est menacée de l'être.

Les recommandations de la *Multi-Agency statutory guidance* de 2016 (20) indiquent les indicateurs qu'une femme a déjà subi une MSF

Il est important de rechercher des signes qu'une MSF a été faite :

- la fille, la femme doivent recevoir les soins et le soutien dont elles ont besoin pour faire face aux effets néfastes des MSF ;
- un signalement d'une MSF peut être effectué pour un autre membre de la famille qui peut avoir besoin de protection ;
- une investigation criminelle envers les principaux responsables qui ont perpétré ces mutilations peut être envisagée car ils ont enfreint la loi et la protection des personnes.

Il existe de nombreuses indications qu'une fille, une femme ont déjà subi une MSF.

- une fille, une femme demandent de l'aide ;
- une fille, une femme se confient à un professionnel de santé et indiquent qu'elles ont déjà subi une MSF ;
- sa mère ou un membre de la famille divulgue qu'une MSF a été faite sur sa fille ;
- la famille est déjà connue par les services sociaux en lien avec d'autres problèmes de protection de l'enfance ;
- une fille, une femme ont des difficultés pour marcher, pour s'asseoir, ou rester debout ou semblent ressentir un inconfort ;
- une fille, une femme trouvent qu'il leur est difficile de rester assises durant de longues périodes de temps, ce qui ne constituait pas un problème pour elles avant ;
- une fille, une femme passent plus de temps que d'habitude dans la salle de bain ou les toilettes en raison de leurs difficultés à uriner ;
- une fille passe de longues périodes de temps en dehors de sa classe durant les jours où elle saigne ou durant ses règles ;
- une fille, une femme ont des problèmes urinaires, menstruels ou gastriques fréquents ;
- une fille évite de faire de l'exercice physique ou demande à être excusée des leçons d'éducation physique sans un mot d'excuse du médecin traitant ;
- des absences prolongées et répétées de l'école ou du collège ;
- une fille qui présente une augmentation de ses besoins affectifs et psychologiques, un abattement, une dépression, ou un changement significatif du comportement ;
- une fille, une femme qui refusent de subir un examen médical ;
- une fille, une femme qui demandent de l'aide, mais n'expliquent pas quel est leur problème ;
- une fille qui indique qu'elle ressent de la douleur, une sensation d'inconfort entre ses jambes.

Ceci n'est pas une liste exhaustive des facteurs de risque de subir une MSF.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) indique à la question repérer une mineure menacée ou victime de mutilations sexuelles féminines lors de l'existence de troubles et difficultés chez l'enfant

Les conséquences et symptômes décrits ci-dessous ne sont pas spécifiques aux MSF mais leur présence, lorsque la mineure est originaire d'un pays à risque, oblige le professionnel à envisager, parmi d'autres formes de violences, l'existence de MSF.

Les principaux troubles et difficultés devant alerter le professionnel sont :

- les changements soudains d'humeur, de caractère ou de comportements ;
- une attitude très craintive ou peureuse, la rigidité, le mutisme et le repli sur soi ;
- les troubles de l'apprentissage : chute brutale des résultats scolaires, absentéisme scolaire inhabituel et injustifié ;

- la dépression ;
- les fugues ;
- l'agressivité envers les autres et soi-même ;
- des troubles liés à l'atteinte de l'image corporelle et de l'estime de soi.

Les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 (15) indiquent que les signes qui peuvent être associés à une excision ou une infibulation sont :

- difficulté pour uriner : certaines filles infibulées peuvent mettre 15 à 20 minutes pour vider leur vessie en comprimant leur bas-ventre. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes et à des séjours prolongés dans les toilettes ;
- douleurs pendant les règles (surtout pour les filles infibulées), qui peuvent nécessiter un alitement pendant 2 à 3 jours tous les mois. Cela entraîne des absences répétées de l'élève, souvent non justifiées par un certificat médical (les jeunes filles n'osent pas ou n'ont pas les moyens financiers de consulter un médecin chaque mois) ;
- douleurs au niveau de la cicatrice, crainte de certains mouvements : certaines filles vont refuser de participer à certaines activités sportives (vélo, saut, athlétisme, etc.) ;
- changement d'attitude soudain, manque de concentration, chute des résultats scolaires peuvent faire suite à une excision ou infibulation récente. La jeune fille sait qu'elle ne peut pas en parler à ses camarades, qui ne comprendraient pas ce qui lui est arrivé ;
- élève qui ne revient pas après des vacances scolaires (retour au pays pour être excisée ou mariée de force), absence prolongée inexplicée.

Une connaissance des pays où les MSF sont pratiquées permet d'être plus attentif et de faire le lien entre l'origine de jeunes filles et les signes énoncés ci-dessus.

Attention, la plupart de ces comportements ne sont pas spécifiques aux MSF et peuvent survenir pour beaucoup d'autres raisons.

Les examens médicaux de dépistage prévus par la loi dans le cadre de la promotion de la santé à l'école sont les seules visites médicales prévues pour tout le monde à différents moments de la vie entre 2 ans et demi et 16 ans. Les professionnels peuvent, dans le cadre des visites médicales obligatoires, aborder la question et, selon les besoins, orienter les jeunes filles vers une association ou vers un médecin expérimenté en matière de MSF.

Si le moment n'est pas jugé idéal vu la charge de travail du personnel à ces moments, il peut être préférable d'en prévoir un autre avec la fille pour que l'entretien soit fait dans un contexte de plus grande disponibilité.

► **Conclusions d'après les données de la littérature sur le chapitre « Les signes évocateurs de présence d'une MSF »**

Il est recommandé d'évoquer qu'une MSF vient d'être effectuée chez une femme, une fille devant les signes suivants :

- modifications du comportement et de l'humeur, abattement, dépression, anxiété, signes d'envahissement émotionnel et psychologique, manque de concentration, chute des résultats scolaires ; trouble des comportements alimentaires, tristesse ;
- confiance, demande d'aide auprès d'un professionnel de santé mais sans expliquer quel est le problème ;
- difficultés à marcher, à s'asseoir, douleurs, sensation d'inconfort entre les jambes, douleur au niveau de la cicatrice ;
- douleurs pendant les règles, entraînant des absences répétées de la fille dans le cadre scolaire, souvent non justifiées par un certificat médical ;
- difficultés pour uriner pouvant conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, à des séjours prolongés dans les toilettes ;

- crainte ou impossibilité d'effectuer certains mouvements : certaines mineures vont refuser de participer à des activités sportives, ou demander à être excusées des cours d'éducation physique sans certificat médical ;
- refus de l'examen médical ;
- sections manquantes dans le carnet de l'enfant ;
- absentéisme inattendu et prolongé de l'école ;
- absence de retour à l'école après des vacances scolaires prolongées (envisager le retour au pays pour être mutilée sexuellement ou mariée de force.

6. Conduite à tenir pour la protection des mineures face à un risque d'une MSF

6.1 Les moyens de prévention et de protection

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance* (SCOT) de 2017 (24) pour répondre à un risque de MSF, les praticiens devraient envisager la recherche d'une MSF dans leur évaluation des patientes et savoir à qui les adresser en cas de problèmes.

Si un professionnel de santé identifie un facteur de risque de MSF, il doit effectuer :

- une évaluation de ce risque ;
- organiser une prise en charge ;
- le documenter.

En présence de tout risque de MSF, ou d'un risque possible, le professionnel de santé doit initier une discussion avec la femme ou les parents.

Pour les femmes et les filles à risque de subir une MSF

Assurer la sécurité : les praticiens peuvent avoir besoin de concevoir un plan de sécurité dans certaines situations. Si la femme, la fille insistent pour avoir une personne avec elles lors de l'entretien (par exemple, un avocat ou un professeur), les professionnels de santé doivent faire ce qui est raisonnable pour s'assurer que la personne accompagnante comprenne l'importance de maintenir l'entretien confidentiel, spécialement par rapport à la famille de la patiente.

Le but est d'établir le niveau du risque de MSF pour une fille/femme afin de procéder à une prise en charge et ou d'informer, selon les procédures, les services de la protection de l'enfance ou des adultes.

En raison de la variation des pratiques de MSF, quand une fille présente un risque de MSF, les professionnels de santé ont la nécessité de se partager les informations à propos de ce qu'ils connaissent ou suspectent afin qu'une prise en charge soit organisée.

Les praticiens doivent également s'assurer que les familles connaissent l'illégalité des MSF et que les autorités combattent activement ce problème. Cette connaissance sur l'illégalité peut seule dissuader les familles de faire pratiquer des MSF chez leurs enfants et sauver les filles et les femmes de ces mutilations.

Selon les recommandations de *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19), lorsque l'on pense qu'un enfant risque de subir une MSF, les praticiens doivent être alertés sur la nécessité d'agir rapidement, avant que l'enfant soit agressée par une intervention de MSF effectuée aux *United Kingdom* ou amenée à l'étranger pour subir cette mutilation.

Il faut s'efforcer de travailler avec les parents sur une base de volontariat afin de prévenir l'abus.

C'est la responsabilité de l'équipe d'investigation de rechercher toutes les voies possibles pour obtenir la coopération parentale, incluant les organisations de la communauté et ou de leader d'opinion afin de faciliter le travail avec les parents. Cependant, l'intérêt de l'enfant est toujours primordial.

Où l'enfant de moins de 18 ans est à risque de MSF

L'évaluation du risque et des indicateurs présents peut conduire le professionnel de santé à penser que l'enfant est à risque de MSF, par exemple :

- si des sœurs ont déjà subi une MSF ;
- si le professionnel a entendu parler d'une référence à une procédure spécifique.

Si le cas de l'enfant soulève des inquiétudes, on doit prendre en considération l'existence d'un risque identique pour les sœurs.

Lorsque l'on pense qu'une enfant risque de subir une MSF, les praticiens doivent être alertés sur la nécessité d'agir rapidement, avant que l'enfant soit agressée par une intervention de MSF effectuée au Royaume-Uni ou amenée à l'étranger pour subir cette mutilation.

Selon les recommandations de la *Multi-agency statutory guidance on female genital mutilation de 2016* (20), naître d'une mère qui a subi une MSF peut vouloir dire que l'enfant de cette femme présente un risque élevé d'avoir une MSF.

Les professionnels de santé doivent se rappeler que les MSF sont effectuées à tout âge. Lorsqu'on identifie, pour une fille, un risque de MSF dès la naissance, les mesures de protection à son égard qui doivent être prises doivent être maintenues pendant un certain nombre d'années durant son enfance.

Les professionnels de santé devraient :

- être informés et agir sur la base des facteurs de risque liés aux MSF ;
- mettre en place une stratégie cohérente pour transmettre l'information aux collaborateurs des différentes agences ;
- revoir la situation individuelle de la patiente ;
- mettre en place des actions de protection qui reflètent les besoins de la fille.

Si le risque de mutilation de MSF est identifié, les premières mesures pour la protection de la femme ou de la fille prendront la forme d'une discussion avec la fille, les parents, les autres membres de la famille.

Si les professionnels ont reconnu les signes d'un risque de MSF, le professionnel de santé doit entreprendre une évaluation du risque. Dans le cadre de l'évaluation du risque, le professionnel doit s'assurer que la fille et ou les membres de la famille, si appropriés, comprennent que :

- les MSF sont illégales ;
- les conséquences potentielles sur la santé ;
- toutes les actions prises ;
- que l'information sur le risque de MSF sera transmise à d'autres collègues et partenaires si cela est approprié.

D'après les recommandations de Bexley en 2016 (21), si l'on suspecte qu'une enfant est à risque de subir une MSF, questionner l'enfant/les parents.

Demander à l'enfant de parler de ses vacances. Interroger délicatement la famille à propos de ses vacances programmées avec des questions telles que :

- « *Qui va partir en vacances avec l'enfant/l'adulte ?* »
- « *Combien de temps pour ces vacances et si une célébration particulière est planifiée ?* »
- « *Où vont-ils en vacances ?* »
- « *Sont-ils informés que l'école ne peut maintenir inscrite l'enfant si l'enfant part pour une longue période ?* »
- « *Sont-ils informés que les MSF sont illégales au Royaume-Uni.* » Utiliser à leur égard un terme plus familier si le terme anglais n'est pas compris.

D'après ces recommandations, si vous suspectez que l'enfant ou la femme est victime d'une MSF :

- Interroger la patiente : Est-ce que la patiente ressent qu'elle va subir une pression pour accepter que sa fille subisse une MSF ? Et si oui, par qui ? (c'est-à-dire la famille ? Les amis du partenaire ? Et si c'est le cas, que va-t-elle faire ?
- Donner des informations sur les risques des MSF pour la santé.

- Quelles sont les intentions, les vues de la patiente et de son partenaire envers l'enfant et les MSF ?
- Informer la patiente que les MSF sont illégales au Royaume-Uni et qu'emmener l'enfant à l'étranger pour lui faire subir une MSF est également illégal.
- Informer les parents que cela sera documenté dans le dossier de l'enfant et de la mère (si applicable) et signalé.

Les liens avec le mariage forcé

Il peut exister des liens entre les MSF et le mariage forcé, particulièrement pour les adolescentes et les jeunes adultes lorsque la jeune femme peut être mutilée juste avant le mariage.

Les professionnels de santé doivent être alertés par l'existence du lien possible entre les mariages forcés et les MSF et envisager d'organiser une réponse commune à la réponse de protection envers les MSF.

Face à un risque élevé de mariage forcé, de blessure grave ou de décès, les professionnels de santé doivent faire un signalement à la *Multi Agency Risk Assessment Conference*. Des conseils peuvent être recherchés auprès de l'agence de protection de l'enfance.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, en 2014 (30), indique des conseils pour mener un entretien avec une mineure.

Le professionnel doit être particulièrement vigilant lorsqu'il accueillera la mineure. L'accueil participe à la création d'un climat de sécurité, de confiance et de confidentialité. Les premières attitudes et paroles du professionnel, ainsi qu'un endroit calme et confidentiel, faciliteront la communication et la relation avec la mineure. Pour elle, son entretien avec un adulte est une source de stress.

Les conditions matérielles et psychologiques de l'entretien favoriseront un dévoilement éventuel par la mineure des MSF.

Il est essentiel que l'adulte rassure et reçoive les informations avec bienveillance : la mineure doit se sentir écoutée sans être jugée. Le professionnel affirmera à la mineure qu'elle n'est en rien responsable de la violence. Il rappellera que la loi interdit ces violences quelles que soient les causes et circonstances.

- Lui donner la parole, l'écouter, la laisser parler et prendre sa parole en considération.
- Reconnaître ses émotions par rapport à la menace vécue ou les MSF subies (la peur, l'angoisse, la colère...).
- Déculpabiliser et déresponsabiliser la mineure.
- Ne pas banaliser, ni minimiser les faits.

En cas de révélation spontanée lors d'une activité, il conviendrait de dire à l'enfant que vous avez bien compris et entendu. Vous lui proposez de vous rencontrer dans un endroit plus approprié. Si possible, vous fixez immédiatement ce rendez-vous.

Le professionnel pose des questions simples afin d'offrir un espace d'expression à la mineure. Les questions doivent être adaptées à l'âge et à la maturité de la mineure. Elles doivent permettre de repérer les mutilations sexuelles féminines, en projet ou réalisées, ainsi que les autres formes de violences que peut subir la mineure (violences physiques, psychologiques, verbales et/ou sexuelles, risque de mariage forcé...).

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains indique pour évaluer la situation globale de la mineure, qu'en cas de menace d'excision le professionnel doit évaluer l'imminence du danger, principalement en se basant sur la date du voyage. Il peut s'agir d'un déplacement à l'étranger mais également en France.

Une mineure menacée ou victime de MSF peut être victime d'autres formes de violences : violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles, risque de mariage forcé...

Les informations à communiquer à la mineure : le scénario de protection pour les mineures

Le professionnel peut donner à la mineure menacée de MSF quelques conseils simples qui lui permettront de réagir en cas de situation d'urgence :

- contacter les numéros d'appel d'urgence : 17 (police), 119 (Enfance en danger), 114 (contact par SMS pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés à s'exprimer) ;
- identifier parmi ses proches ceux et celles qui peuvent constituer un soutien ;
- en dernier recours à l'aéroport, se signaler aux agents de sécurité ou aux autorités ;
- informer la mineure pour lui permettre de bénéficier d'une prise en charge pluri-professionnelle.

Selon l'âge et la situation de la mineure, le professionnel pourra l'informer de l'existence d'associations spécialisées qui pourront l'écouter et l'aider.

Les sept étapes de l'entretien :

- créer un climat d'écoute et de confiance ;
- poser systématiquement la question des violences et détecter les signes de violences ;
- délivrer un message de soutien, de valorisation de sa démarche ;
- affirmer l'interdiction des MSF par la loi et la seule responsabilité de l'agresseur ;
- évaluer les risques encourus par la jeune fille et aider à planifier sa sécurité future (scénario de protection) ;
- apporter une solution dans son domaine de compétence (accompagnement social, médical, juridique...);
- informer et orienter la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs.

En cas de danger, alerter le partenaire du réseau le plus approprié (CRIP, forces de l'ordre, médecins, associations spécialisées).

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines: GSF; 2010. (5) :

En cas de risque de mutilation sexuelle (non imminent), notamment à l'annonce d'un voyage au pays chez une fillette appartenant à l'un des groupes ethniques concernés par les mutilations sexuelles féminines, il convient de procéder à un examen de la région vulvaire avant le départ. Il est utile d'informer les parents sur la nécessité de respecter l'intégrité physique de leur enfant et éventuellement de leur remettre un certificat médical indiquant l'absence de mutilation sexuelle au jour de l'examen. La rédaction d'un tel certificat médical peut être dissuasive.

La discussion doit être respectueuse des croyances familiales pour aider les parents à réfléchir sur les fondements qui sous-tendent cette pratique mais l'interdit doit être rappelé ainsi que l'évolution de la situation sur le continent africain où cet interdit est désormais inscrit dans les lois de divers pays.

Le rappel des risques pour la vie, la santé et l'avenir de la petite fille doit être fait. Une information basée sur la peur et la menace de complications futures, gynécologiques ou obstétricales, nous semble vouée à l'échec.

La mention de cette information sera explicitement consignée dans le dossier médical. Un signalement auprès de la Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes est recommandé.

► Conclusion du chapitre sur les moyens de protection de la mineure selon les données de la littérature

Les informations à communiquer à la mineure : le scénario de protection pour les mineures

Le professionnel peut donner à la mineure menacée de MSF quelques conseils simples qui lui permettront de réagir en cas de situation d'urgence :

- contacter les numéros d'appel d'urgence : 17 (police), 119 (Enfance en danger), 114 (contact par SMS pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés à s'exprimer) ;
- identifier parmi ses proches ceux et celles qui peuvent constituer un soutien ;
- en dernier recours à l'aéroport, se signaler aux agents de sécurité ou aux autorités ;
- informer la mineure pour lui permettre de bénéficier d'une charge pluri-professionnelle.

Selon l'âge et la situation de la mineure, le professionnel pourra l'informer de l'existence d'associations spécialisées qui pourront l'écouter et l'aider.

Prévention d'une future MSF chez les filles de la patiente

Les consultations prénatales, en dehors de l'urgence et du stress propres à l'accouchement, constituent des moments privilégiés pour évoquer l'avenir d'un enfant de sexe féminin et obtenir de la femme et de son époux qu'ils s'opposent à toute mutilation de leur fille.

Les MSF constituent un sujet difficile à évoquer, tant pour la femme mutilée que pour le professionnel de santé. Il est recommandé de choisir des mots qui ne choquent pas. On ne parle pas de mutilation à la femme, mais d'excision ou d'infibulation ; certaines femmes diront qu'elles sont fermées ou cousues.

Il est recommandé de :

- faire le lien entre des complications qu'elle a pu avoir avant ou pendant la grossesse et la mutilation qu'elle a subie (difficultés à uriner, infections urinaires à répétition...) ;
- aborder progressivement la question du devenir de la petite fille à naître ou de ses aînées ;
- rappeler que les MSF sont douloureuses et dangereuses pour l'enfant, qu'elles ne sont pas exigées par la religion et qu'elles sont interdites par la loi.

Il est recommandé de l'aider en :

- lui proposant de rédiger un certificat médical de non-excision pour ses filles ;
- en la mettant en contact avec des associations ;
- en lui remettant des documents d'information ou des documents édités localement lorsqu'ils existent.

Il est recommandé d'engager une discussion avec les deux parents et des membres de la famille élargie sur le sujet des mutilations sexuelles (complications, illégalité).

6.2 Conduite à tenir en cas d'un risque imminent de MSF pour une mineure

D'après les recommandations du Scotland Guidance Multi-Agency Guidance de 2017 (SCOT) (24) pour les risques imminents ou les risques sérieux de MSF :

Si un praticien dispose de l'information ou est inquiet sur le fait qu'une fille présente un risque imminent ou sérieux de MSF, le praticien doit faire un signalement au service de protection de l'enfance.

Les mesures d'urgence peuvent nécessiter d'assurer une action rapide si la fille est concernée par un risque immédiat ou est sur le point d'être emmenée à l'étranger pour subir une MSF.

Les appuis des adultes et des procédures de protection doivent être établis pour les cas de femmes vulnérables ou qui sont à risque sérieux de MSF.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) indique les principes généraux :

En cas de repérage d'une MSF (menace ou subie) ou de doute du professionnel, il est recommandé d'échanger en interne au sein de l'institution et/ou avec des partenaires externes.

Les échanges d'informations entre professionnels permettront de mieux évaluer la situation et de compléter éventuellement les éléments communiqués par l'enfant. Cette évaluation individualisée pluri-professionnelle permettra de déterminer la prise en charge et éventuellement les mesures de protection.

Quelques ressources pouvant être mobilisées

- Le 119 (Allô enfance en danger) ou le 3919 (Violences femmes info) pour obtenir des conseils et des informations.
- Le site stop-violences-femmes.gouv.fr, dans sa rubrique « Je suis un professionnel », recense les coordonnées des associations nationales et locales et propose des informations et des outils pour repérer et protéger les victimes.

Pour la mineure menacée de MSF

En cas de danger imminent de mutilations sexuelles féminines, le professionnel est tenu d'informer les autorités judiciaires par un signalement au procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel de la mineure.

L'autorité judiciaire pourra prononcer une interdiction de sortie du territoire et/ou une ordonnance de placement provisoire. Elle pourra également demander que l'enfant soit examinée par l'unité médico-judiciaire ou un médecin avant et après le voyage.

Ce signalement doit être doublé d'une information préoccupante adressée par le professionnel à la Cellule départementale de recueil, d'évaluation, de traitement des informations préoccupantes (CRIP).

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (GSF); 2010. (5)

Évaluer les risques de MSF et les prévenir chez ses filles

Des questions préalables doivent être abordées au sujet de :

- l'environnement familial (« *Les autres membres de votre famille restés au pays sont-ils pour l'excision ?* ») ;
- des filles de la famille (« *Vos autres filles sont-elles excisées ?* ») ;
- et de son positionnement vis-à-vis de la pratique de l'excision (« *Qu'en pensez-vous ?* » « *Y êtes-vous favorable ?* »).

N'hésitez pas à lui remettre des documents d'information ou à l'informer de réunions organisées sur le sujet dans votre région si celles-ci existent. Plusieurs situations peuvent se présenter.

La femme est défavorable à l'excision mais craint une pression familiale ou la pratique d'une excision contre sa volonté. Vous pouvez l'aider en :

- lui proposant de rédiger un certificat médical de non-excision pour ses filles ;
- en la mettant en contact avec des associations ;
- en lui remettant des documents d'information tels que la brochure « Protégeons nos petites filles de l'excision » ou des documents édités localement lorsqu'ils existent.

S'il existe un risque d'excision pour la fille d'une femme, connu et imminent (par exemple, autres filles de la famille déjà excisées et voyage prévu au pays), vous devez prévenir le procureur de la République.

Le médecin a également le devoir d'essayer d'éviter que ces mutilations soient perpétrées sur les autres enfants de la fratrie. L'impérative nécessité de la procédure de signalement et ses suites doivent être clairement exposées à la famille. Rappelons que le signalement judiciaire effectué dans les conditions prévues par la loi ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Selon les recommandations de Bromley Safeguarding Children Board en 2017 (19), lorsque l'on pense qu'un enfant risque de subir une MSF, les praticiens doivent être alertés sur la nécessité d'agir rapidement, avant que l'enfant soit agressée par une intervention de MSF effectuée au Royaume-Uni ou amenée à l'étranger pour subir cette mutilation.

Si le problème s'avère urgent, et si vous pensez qu'il existe un risque imminent, appelez la police ou l'équipe du *Multi-Agency Safeguarding Hubs* sans attendre.

► **Conclusion du chapitre « Conduite à tenir en cas d'un risque imminent de MSF pour une mineure »**

En cas de repérage d'une MSF (menace ou subie) ou de doute du professionnel, il est recommandé d'échanger en interne au sein de l'institution et/ou avec des partenaires externes.

Les échanges d'informations entre professionnels permettront de mieux évaluer la situation et de compléter éventuellement les éléments communiqués par l'enfant. Cette évaluation individualisée pluri-professionnelle permettra de déterminer la prise en charge et éventuellement les mesures de protection.

Quelques ressources pouvant être mobilisées

- Le 119 (Allô enfance en danger) ou le 3919 (Violences femmes info) pour obtenir des conseils et des informations. Les affiches 119 et 3919 sont présentées dans l'annexe 7 de l'argumentaire.
- Le site stop-violences-femmes.gouv.fr, dans sa rubrique « Je suis un professionnel », recense les coordonnées des associations nationales et locales et propose des informations et des outils pour repérer et protéger les victimes.

Qui alerter si le risque de MSF est avéré pour une patiente mineure ?

Le procureur de la République du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente par téléphone, fax, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

La Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental si la patiente est mineure. Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.

Il est recommandé d'être informé de la nécessité de mettre en place une action rapide : si la fille est concernée par un risque immédiat de MSF ou est sur le point d'être emmenée à l'étranger pour subir une MSF.

Il est recommandé de prendre en considération l'existence d'un risque identique pour ses sœurs.

Les numéros en cas d'urgence

Le 119

Le 119 destiné prioritairement aux mineurs en danger et ouvert à toute personne qui souhaite évoquer la situation d'un mineur potentiellement en danger.

Ce numéro est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM sept jours sur sept, 24 heures sur 24.

Le 39 19

Ce numéro est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM sept jours sur sept, 24 heures sur 24. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 22 heures, les samedis, dimanche et jours fériés de 9 heures à 18 heures.

Attention : en cas d'urgence, il faut bien évidemment appeler le 17 ou le 112.

Le Tchat : violences sexuelles et sexistes

Il existe dorénavant un Tchat : violences sexuelles et sexistes : pour en parler en direct avec la police ou la gendarmerie (24 heures sur 24, 365 jours/an).

Ce nouveau service en ligne permet de dialoguer en direct sept jours sur sept et 24 heures sur 24 avec un policier ou un gendarme spécialement formé et d'instaurer un échange personnalisé avec lui afin de signaler des faits de violences sexuelles et/ou sexistes dont vous êtes victime et pour lesquels vous êtes en recherche d'informations, de conseils ou d'assistance.

6.3 Conduite à tenir en cas de risque non imminent de MSF

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) indique que **lorsque le danger existe mais n'est pas imminent**, le professionnel doit informer sans délai la Cellule départementale de recueil, d'évaluation, de traitement des informations préoccupantes (CRIP).

Le signalement et l'information préoccupante se font par tous moyens : téléphone, fax... Une copie devra être conservée par le professionnel, mentionnant notamment le nom de l'interlocuteur et la date.

La CRIP, en vertu de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, fait réaliser « l'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante [...] par une équipe pluridisciplinaire de professionnels [...]. À cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée ».

Une fois le signalement et/ou l'information préoccupante réalisée, le professionnel doit continuer à suivre la mineure.

Dans le cas où les parents sont à l'origine ou soutiennent le projet d'excision, ils ne seront pas informés de la transmission de l'information préoccupante à la CRIP. Il convient de ne pas les associer au processus d'évaluation, ni de chercher à remplir un rôle de médiateur. Il existerait alors un risque de mettre en danger la mineure et d'accélérer le projet de mutilation sexuelle féminine.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (5) précise :

Si le danger n'est pas imminent

Il n'existe pas d'obligation à intervenir ni à signaler mais au titre de la prévention le praticien peut agir.

Si le risque concerne une patiente mineure (cf. article L.112-3 du Code de l'action sociale et des familles) :

Sur le terrain administratif, il peut alerter en premier lieu la cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil général qui traitera « toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être » (selon les termes de la loi du 5 mars 2007 modifiant les articles L. 226-1 et s. du Code de l'action sociale et des familles).

Sur le terrain judiciaire, il peut contacter le procureur de la République pour saisine du juge des enfants au titre de l'assistance éducative (article 375 et s. du Code civil). À nouveau, le Code de déontologie médicale oriente la démarche professionnelle du médecin face à l'enfant en danger : l'article 43 (article R.4127-43 du Code de la santé publique) dispose : « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.* »

Si le risque est connu mais non imminent, nous vous recommandons de contacter la CDRIP (Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes) ou l'aide sociale à l'enfance (ASE) du Conseil Général qui évaluera la situation et les modalités de prévention.

Le médecin a également le devoir d'essayer d'éviter que ces mutilations soient perpétrées sur les autres enfants de la fratrie. L'impérative nécessité de la procédure de signalement et ses suites doivent être clairement exposées à la famille. Rappelons que le signalement judiciaire effectué dans les conditions prévues par la loi ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Qui alerter en cas de risque de mutilations sexuelles ?

- **La Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général si la patiente est mineure.** Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.

Et selon le degré d'urgence

- **Le procureur de la République du tribunal de grande instance** du ressort du domicile de la patiente par téléphone, fax ou courrier, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Les recommandations du Scotland Guidance Multi-Agency Guidance de 2017 (SCOT) (24) indiquent pour la conduite à tenir en cas de risques potentiels de risque de MSF :

Une fille/femme est identifiée comme présentant un risque potentiel de MSF mais dont la situation actuelle n'indique pas que le risque est imminent ou significatif :

- une *Interagency Referral Discussion* doit être mise en place pour s'assurer que l'information est transmise de manière appropriée aux différentes agences concernées ;
- les praticiens doivent impliquer leurs collègues plus expérimentés. Ils peuvent avoir besoin de rechercher un avis et une recommandation auprès d'organisations, de représentants ou d'organismes nationaux.

On doit prêter attention au fait que dès qu'une enfant présente un risque d'être mutilée, elle présentera toujours ce risque.

► Conclusion du chapitre « Conduite à tenir en cas d'un risque non imminent de MSF pour une mineure »

Qui alerter si le danger n'est pas imminent ?

Il n'existe pas d'obligation à intervenir ni à signaler, mais au titre de la prévention le praticien peut agir.

Si le risque concerne une patiente mineure (cf. article L.112-3 du Code de l'action sociale et des familles) : sur le terrain administratif, il peut alerter en premier lieu la Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental.

Qui alerter en cas de risque de mutilations sexuelles ?

- **La Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Départemental si la patiente est mineure.** Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.

Il est recommandé de procéder à un examen de la région vulvaire.

Il est utile d'informer les parents sur la nécessité de respecter l'intégrité physique de leur enfant et éventuellement de leur remettre un certificat médical indiquant l'absence de mutilation sexuelle au jour de l'examen. La rédaction d'un tel certificat médical peut être dissuasive.

Il est recommandé de rappeler l'interdiction des MSF et leur illégalité en France et dans de nombreux pays du continent africain qui interdisent maintenant ces pratiques.

Le rappel des risques pour la vie, la santé et l'avenir de la petite fille doit être fait. Une information basée sur la peur et la menace de complications futures, gynécologiques ou obstétricales semble vouée à l'échec.

La mention de cette information sera explicitement consignée dans le dossier médical.

6.4 En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure

Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour le(s) responsable(s) de l'enfant mutilée sont définies par le Code pénal.

| INFRACTIONS | PEINES ENCOURUES | CODE PENAL | INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES |
|--|---|-------------------|---|
| <i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur.</i> | 20 ans de réclusion criminelle | Article 222-10 | <p align="center">CRIME</p> <p align="center">Cour d'assises</p> <p align="center">30 ans ⁽¹⁾ pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime</p> |
| <i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans</i> | 15 ans de réclusion criminelle | Article 222 | |
| <i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (sans circonstance aggravante)</i> | 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende | Article 222-9 | <p align="center">DÉLIT</p> <p align="center">Tribunal correctionnel</p> <p align="center">6 ans⁽²⁾ pour déposer plainte à partir de la date de l'infraction</p> |
| <i>Incitation d'une mineure à subir une mutilation sexuelle, par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre elle des pressions ou des contraintes de toute nature</i> | 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende | Article 227-24-10 | <p align="center">DÉLIT</p> <p align="center">Tribunal correctionnel</p> <p align="center">10 ans pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime</p> |
| <i>Incitation d'autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'une mineure</i> | 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende | Article 227-24-1 | |

1) Délai de prescription de 30 ans depuis la loi d'août 2018 : loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes NOR : JUSD1805895L.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037284450&categorieLien=id>

2) Loi n°2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) indique pour la mineure victime de MSF :

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction, qu'elles aient été commises en France ou à l'étranger. Le professionnel qui a connaissance d'une mutilation sexuelle féminine commise sur une mineure est tenu de la signaler au procureur de la République.

Une copie du signalement doit être adressée à la Cellule départementale de recueil, d'évaluation, de traitement des informations préoccupantes (CRIP).

Le signalement et l'information préoccupante se font par tous moyens : téléphone, fax... Une copie devra être conservée par le professionnel, mentionnant notamment le nom de l'interlocuteur et la date.

Une fois le signalement réalisé, le professionnel doit continuer à suivre la mineure.

Informé la victime de ses droits

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction punie par le Code pénal. Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières en 2010 (5) indique au regard de la loi pénale (responsabilité pénale) :

Si la patiente est mineure ou vulnérable (elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique), le médecin peut porter à la connaissance des autorités judiciaires (Procureur de la République), médicales ou administratives (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du Conseil Général) les atteintes constatées.

(L'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la possibilité de lever le secret professionnel pour celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives).

Qui alerter en cas de mutilations sexuelles avérées ?

- **Le procureur de la République du tribunal de grande instance** du ressort du domicile de la patiente par téléphone, fax ou courrier, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.
- **Et la Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général si la patiente est mineure.** Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.

S'il existe un risque d'excision pour la fille d'une femme connu et imminent (par exemple, autres filles de la famille déjà excisées et voyage prévu au pays), le médecin a également le devoir d'essayer d'éviter que ces mutilations soient perpétrées sur les autres enfants de la fratrie.

L'impérative nécessité de la procédure de signalement et ses suites doivent être clairement exposées à la famille. Rappelons que le signalement judiciaire effectué dans les conditions prévues par la loi ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Selon les recommandations du Scotland Guidance Multi-Agency Guidance (SCOT) de 2017 (24) pour la conduite à tenir devant une fille qui a subi une MSF :

Si un praticien suspecte, croit, ou sait qu'une MSF a été effectuée chez une fille, il doit prendre les mesures immédiates pour s'assurer que la fille reçoit les soins médicaux nécessaires et établir les mesures de protection de l'enfance.

Les recommandations de la Multi-Agency statutory guidance de 2016 (20) indiquent :

Fille de moins de 18 ans chez qui l'on suspecte qu'une MSF a été faite

Si un professionnel suspecte qu'une fille de moins de 18 ans a subi une MSF, un signalement doit être fait auprès des autorités compétentes locales et des services des protections de l'enfance.

Lorsque l'on suspecte une fille d'avoir subi une MSF, les professionnels de santé doivent :

- le noter dans leurs dossiers ;
- effectuer les évaluations pertinentes du risque ;
- suivre les procédures locales des multi-agences de protection de l'enfance.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (30) indique qu'en cas de doute, le professionnel doit aborder la question des MSF.

« *Est-ce qu'il est arrivé qu'on fasse du mal à ton corps, en bas, au niveau du sexe, au niveau de [reprendre le terme utilisé couramment pour désigner le sexe en fonction de l'âge de la mineure] ?* »

« *Sais-tu ce que c'est que l'excision ? As-tu déjà entendu parler de cela ?* »

Dans ses réponses, la mineure peut ne pas utiliser le terme « *mutilation sexuelle féminine* », ni même « *excision* ».

Les mots et expressions suivantes peuvent être utilisés par les victimes pour désigner une mutilation sexuelle féminine :

« *On m'a coupé ou on m'a fait quelque chose en bas.* » « *Il y avait beaucoup de sang.* » « *Il y a un truc qui m'a été rentré dedans.* » « *J'ai subi la tradition.* » « *J'ai été circoncise.* » ou « *Y a eu une circoncision féminine...* » « *Se laver les mains* » (traduction de l'expression bambara utilisée pour désigner l'excision) ou d'autres termes évoquant une purification.

Conclusion sur le chapitre « En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure »

Au regard de la loi pénale (responsabilité pénale)

Si la patiente est mineure ou vulnérable (elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique), le médecin peut porter à la connaissance des autorités judiciaires (procureur de la République), médicales ou administratives (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du Conseil Départemental) les atteintes constatées.

(L'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la possibilité de lever le secret professionnel pour celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives).

Qui alerter en cas de mutilations sexuelles avérées, pour une patiente mineure ?

Le procureur de la République du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente par téléphone, fax, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

La Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Départemental si la patiente est mineure. Si elle n'est pas créée, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.

Si les MSF ont déjà été subies par la mineure, selon son histoire personnelle, cette enfant peut développer des troubles de stress aigu et des troubles de stress post-traumatique.

Il est donc important pour le professionnel de savoir qu'après avoir vécu une telle agression, la victime peut être confuse et dans l'incapacité de se souvenir de tout ou d'une partie de ce qui s'est passé. Elle a des « *trous de mémoire* ».

Le médecin a également le devoir d'essayer d'éviter que ces mutilations soient perpétrées sur les autres enfants de la fratrie.

7. Conduite à tenir pour une patiente majeure

7.1 Si le risque concerne une patiente majeure

Selon les recommandations de *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19), l'approche doit être centrée sur la personne : quelles que soient les circonstances, les personnes ont des droits qui doivent être respectés tels que :

- la sécurité de la personne ;
- une information précise sur ces droits et ses choix possibles.

Les professionnels de santé doivent écouter les femmes victimes en respectant leur choix quand cela est possible. Parfois, la femme victime de mutilations peut vouloir prendre des mesures susceptibles de la mettre en danger. Dans ce type de situation, les professionnels doivent pouvoir expliquer les risques encourus par la victime et suivre les procédures nécessaires à la protection des enfants et des adultes.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (5) indique

Si le risque de MSF concerne une patiente majeure :

C'est sur le terrain de la prévention que le praticien devrait agir en informant la patiente sur les risques sanitaires de la mutilation et les conséquences juridiques d'un tel acte et/ou l'orienter vers des unités comme les unités de gynécologie-obstétrique, médico-psycho-sociales pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Dans tous ces cas de figure (atteinte avérée ou risque d'atteinte), il est suggéré au praticien :

- d'informer la patiente, au-delà des risques sanitaires de ces actes, des conséquences juridiques de ces atteintes en soulignant leur caractère criminel ou délictuel et leur possible poursuite en France ;
- d'inciter la patiente à contacter le réseau associatif qui l'orientera pour toute démarche, voire à déposer plainte auprès des services de police, de gendarmerie ou de justice.

7.2 En cas de mutilation avérée d'une patiente majeure

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction punie par le Code pénal. Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans.

Selon les recommandations du Scotland Guidance Multi-Agency Guidance (SCOT) de 2017 (24) :

- les professionnels de santé doivent discuter de la possibilité de signaler la femme ayant subi une MSF en tant que victime d'un crime. Si la femme est en âge de procréer, elle peut avoir besoin plus tard, d'une protection pour son enfant ;
- tout professionnel de santé qui obtient des informations sur les MSF doit enregistrer ces informations dans le dossier médical de la patiente ;
- les professionnels de santé doivent partager les informations au sujet des MSF avec les autres professionnels durant toute la durée de la vie d'une femme.

Ces recommandations indiquent comment répondre à une femme qui vient de subir une MSF.

Si la patiente a plus de 18 ans, il n'y a pas de nécessité d'une déclaration légale automatique à la police ni aux services sociaux. Si la femme révèle une MSF lors d'une consultation, cela peut être la première fois qu'elle parle à quelqu'un. Les praticiens ne doivent pas obligatoirement en référer

à la police. Les professionnels de santé doivent effectuer une évaluation initiale du risque de MSF pour les enfants de la patiente.

Si la femme est enceinte et/ou qu'elle a des filles, les praticiens doivent prendre en compte leur bien-être aussi bien que celui des autres filles de la famille au sens élargie. Elles peuvent être également à risque de subir une MSF.

Une femme peut révéler qu'elle a des filles âgées de plus de 18 ans qui ont déjà subi une MSF. Même si les filles ne veulent pas impliquer la police, il est important d'établir quand et par qui la MSF a été faite, et quelles sont les autres filles qui peuvent être à risque dans la famille d'être mutilées.

Si la famille a décidé de refuser de suivre la pratique des MSF, les professionnels doivent essayer de rechercher la raison de ce changement d'attitude :

- la crainte d'être poursuivie ;
- le manque de possibilités.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (30) indique :

Informé la victime de ses droits

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction punie par le Code pénal. Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité peut porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans.

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (5) c'est sur le terrain de la prévention que le praticien devrait agir en informant la patiente sur les risques sanitaires de la mutilation et les conséquences juridiques d'un tel acte et/ou l'orienter vers des unités comme les unités de gynécologie-obstétrique, médico-psycho-sociales pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Dans tous ces cas de figure (atteinte avérée), il est suggéré au praticien :

- d'informer la patiente, au-delà des risques sanitaires de ces actes, des conséquences juridiques de ces atteintes en soulignant leur caractère criminel ou délictuel et leur possible poursuite en France ;
- d'inciter la patiente à contacter le réseau associatif qui l'orientera pour toute démarche, voire à déposer plainte auprès des services de police, de gendarmerie ou de justice.

Conclusion sur le chapitre « En cas de mutilation avérée d'une patiente adulte »

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction punie par le Code pénal. Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans.

Si la patiente est majeure, le médecin peut révéler les faits avec l'accord de la patiente. Dans ces hypothèses, l'article 226-14 du Code pénal autorise le praticien à révéler. Cette disposition justifie le non-respect de l'obligation à se taire. Dans ces deux situations, le praticien ne peut être poursuivi, ni devant les juridictions pénales pour violation du secret professionnel, ni devant les juridictions ordinaires.

Dans le cas de MSF avérée, il est possible de signaler avec l'accord de la femme.

C'est sur le terrain de la prévention que le praticien devrait agir en :

- informant la patiente sur les risques sanitaires de la mutilation et les conséquences juridiques d'un tel acte ;
- l'orientant vers des unités comme les unités de gynécologie-obstétrique, médico-psycho-sociales pour une prise en charge pluridisciplinaire ;

- incitant la patiente à contacter le réseau associatif qui l'orientera pour toute démarche, voire à déposer plainte auprès des services de police, de gendarmerie ou de justice.

Si la femme est enceinte et/ou qu'elle a des filles, les praticiens doivent prendre en compte leur bien-être aussi bien que celui des autres filles de la famille au sens élargie. Elles peuvent être également à risque de subir une MSF.

Il est recommandé de dépister les autres formes de violences. Une femme victime de MSF court un risque accru d'être victime d'autres formes de violences (violences au sein du couple, violences intrafamiliale, violences sexuelles, mariage forcé).

8. Examen d'une patiente ayant subi une mutilation sexuelle féminine

8.1 Examen d'une femme et d'une jeune fille

Selon les recommandations de *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19)

Examen Clinique

Pour les professionnels de santé, si durant votre consultation, vous voyez des signes cliniques qui révèlent que l'enfant a subi une MSF, cela définit le point où la loi s'applique. La législation n'oblige pas le professionnel de santé à effectuer un examen complet clinique pour confirmer qu'une MSF a été pratiquée avant de rédiger un rapport.

L'examen d'une enfant plus âgée et d'une femme impose une approche avec de la sensibilité en se rappelant qu'un examen intime nécessite le consentement complet de la personne et sa coopération.

Il est important que autant que possible, les jeunes femmes puissent maintenir une image de leur corps en bonne santé, particulièrement si la jeune femme n'est pas informée qu'elle a subi une mutilation. Un langage sensible est nécessaire pour ces discussions.

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance* de 2017 (SCOT) (24) les éléments clefs de l'examen clinique sont :

- la plupart des filles et des femmes nécessiteront un examen gynécologique. Un accompagnateur sera nécessaire ;
- l'équipe médicale doit expliquer les motifs de l'examen clinique, qui le fera, pourquoi il y a aura un accompagnateur, et donner toute information qui pourrait rassurer la patiente ;
- ces informations doivent être données avec douceur, avant que la patiente ne se déshabille ;
- l'équipe médicale doit éviter les examens inutiles ;
- toutes les consultations doivent inclure des informations sur l'illégalité des MSF ;
- l'équipe médicale doit noter ces discussions dans le dossier de la patiente.

Les recommandations du *Service Public Fédéral Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement* et *GAMS* de 2011 (15) indiquent pour le déroulement d'une consultation :

Il existe plusieurs types de consultations :

- une femme excisée qui vient pour en parler ou pour être aidée (par exemple, une demande de désinfibulation, un rapport médical...) ;
- une femme excisée qui vient pour autre chose, et avec laquelle il faut aborder la question (par exemple, une consultation prénatale, une plainte de santé, une consultation pédiatrique) ;
- une femme qui vient avec son enfant pour un certificat d'intégrité des organes génitaux externes.

Quel que soit le type de consultation (médicale, psychologique, sociale) :

- prévoir un temps de consultation prolongé ;
- mettre la personne à l'aise ;
- parler, dès le début, un langage qu'elle comprend ;
- toujours s'adresser directement à la femme, même s'il y a une interprète ;
- essayer de ne pas l'interrompre ;
- ne pas lui donner trop d'informations à la fois ;
- à la fin de la consultation, faire le point pour voir ce qu'elle a compris des informations données.

Conseils spécifiques pour une consultation gynécologique

Prévoir un drap pour que la femme se l'enroule autour de la taille et ne monte pas nue sur la table directement (les femmes n'ont pas l'habitude d'aller chez le gynécologue, pour certaines ce sera la première fois).

Expliquer tout ce que vous allez faire, en particulier si vous utilisez des instruments (spéculum, écouvillon), car la femme ne les a peut-être jamais vus auparavant.

Vérifier avec la femme si elle doit informer son mari ou sa famille d'un traitement ou d'une intervention. Il se peut que la femme vous demande d'expliquer directement à son mari la nécessité d'une intervention chirurgicale (cela peut avoir plus de poids auprès du mari).

Si vous découvrez pour la première fois qu'une femme est excisée ou infibulée :

- contrôlez votre stupeur et vos émotions pour ne pas effrayer la femme. Une réaction inappropriée de la part d'un professionnel, une réflexion comme : « *C'est affreux ce qu'on vous a fait, il vous manque quelque chose* » peut faire beaucoup de tort ;
- n'en faites pas un cas d'école (évitez de faire venir les étudiantes et étudiants ou les collègues du service pour observer) ;
- après l'examen, vous pouvez lui expliquer ce que vous avez vu à l'aide de dessins. Si elle le désire, vous pouvez également proposer à la femme de se regarder dans un miroir pendant que vous répondez à ses questions sur ce qu'elle voit ;
- les émotions ne doivent jamais prendre le pas sur le professionnalisme. Certaines femmes ont accepté leur excision et vivent avec elle sans que cela n'affecte trop leur vie de femme et leur vie en couple.

La main tendue par le professionnel pour parler de l'excision ne doit donc pas se transformer en un interrogatoire.

Toutes les femmes ne sont pas demandeuses d'une prise en charge liée à leur excision. C'est leur droit, et on se doit de le respecter.

Des questions juridiques peuvent également être abordées lors de la consultation.

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières. 2010. (5), avant d'aborder cette problématique de façon plus précise avec la femme, l'examen clinique permet de confirmer le diagnostic de mutilation sexuelle féminine et de faire une évaluation des séquelles. On pourra utiliser la classification de l'OMS, ou faire simplement une description dans le dossier en précisant la présence du capuchon clitoridien, l'aspect du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. Un schéma est souvent utile. Parfois, une photographie de la vulve pourra être réalisée avec l'autorisation de la jeune femme.

Conduite à tenir en cas de refus d'examen chez l'adolescente

Certaines adolescentes, victimes de mutilation sexuelle ou ayant des antécédents d'agression sexuelle refusent l'examen de leurs organes sexuels externes.

Ce refus doit être consigné dans le dossier médical. Ce refus, lorsque la finalité et les modalités de l'examen ont été expliquées, doit être considéré, jusqu'à preuve du contraire, comme un indice fort de violences subies.

Il convient alors, dans le cadre d'un entretien en tête à tête, d'entamer une discussion au sujet d'éventuelles violences passées ou actuelles.

Ces questions ne sont pas gênantes pour les adolescentes si elles sont posées avec tact et respect. Une formulation indirecte : « *J'ai connu des jeunes filles de ton âge qui ont été concernées par* » peut aider à la révélation.

8.2 Examen d'une petite fille, d'un nourrisson

Les recommandations du Service Public Fédéral Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS de 2011 (15) indiquent :

Examen de la petite fille

Dans le cadre de l'examen habituel du nourrisson, le médecin donne des conseils sur l'hygiène de la vulve et des petits plis de la peau. Le médecin peut à cette occasion vérifier l'intégrité des organes génitaux externes (pas de malformation, pas de MSF).

Une mutilation de type I ancienne et déjà cicatrisée peut passer inaperçue chez un bébé mais une infibulation (type III) est, par contre, bien visible.

Chez une enfant plus âgée, l'examen se fait avec délicatesse en interrogeant l'enfant sur une symptomatologie éventuelle.

- Une fillette qui a été excisée ou infibulée peut se plaindre de troubles urinaires, de douleurs au niveau de la vulve.
- Si la mutilation est récente, elle ressentira de l'angoisse pour l'examen gynécologique qui lui rappellera ce qu'elle vient de vivre. Il faudra prendre le temps de la mettre en confiance.

Certaines pathologies vulvaires chez la fillette peuvent, pour le clinicien non averti, avoir une apparence quelque peu semblable à celle de séquelles de MSF. En cas de doute, il est conseillé de référer l'enfant à un confrère expérimenté.

- La plus fréquente est la coalescence des bords libres des petites lèvres, conséquence d'une irritation chronique de la vulve par manque d'hygiène.
- La deuxième, beaucoup plus rare, est le lichen scléreux qui peut entraîner la quasi-disparition des petites lèvres et la coalescence du prépuce du clitoris, avec accumulation de produits de sécrétion des glandes sébacées sous le prépuce ; cette dernière pourrait être confondue avec un kyste d'inclusion épidermique.
- Une lésion exceptionnelle consiste en la strangulation du clitoris du nourrisson par un cheveu de la personne qui lui prodigue ses soins.
- Il existe également des traumatismes de la vulve qui peuvent conduire à une ablation accidentelle du clitoris, mais le diagnostic différentiel, dans ce cas, ne pose pas de problème.

Certificats médicaux et suivi des filles à risque de subir une MSF

Un certificat médical attestant de la présence ou de l'absence d'une MSF peut être demandé à un médecin dans différentes circonstances : demande d'asile, demande d'autorisation de séjour pour raison médicale, demande d'autorisation de séjour pour raison humanitaire, suivi des petites filles.

Plusieurs types de certificats ou rapports existent selon le niveau de détails demandé et l'utilisation envisagée.

Selon les recommandations de *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19), l'examen d'une enfant ou d'une jeune personne devrait être fait en accord strict avec les procédures de protection de l'enfance et devrait normalement être effectué par un médecin pédiatre, de préférence expérimenté dans les problèmes de MSF.

► Conclusion du chapitre « Examen d'une patiente ayant subi une mutilation sexuelle féminine »

La législation ne nécessite pas qu'un examen complet clinique ait été effectué confirmant une MSF avant qu'un rapport soit fait.

Si un examen gynécologique s'avère nécessaire, il doit toujours se faire dans le cadre d'un examen clinique général.

Expliquer les motifs de cet examen, qui le fera, et toute information qui pourrait rassurer la patiente. Ces informations doivent être données avec douceur, avant que la patiente ne se déshabille. Il est recommandé d'éviter les examens inutiles.

L'examen d'une adolescente et d'une femme impose une approche avec de la sensibilité en se rappelant qu'un examen intime nécessite le consentement complet de la personne et sa coopération.

Il existe plusieurs types de consultations :

- une femme excisée qui vient pour en parler ou pour être aidée (par exemple, une demande de désinfibulation, un rapport médical...);
- une femme excisée qui vient pour autre chose, et avec laquelle il faut aborder la question (par exemple, une consultation prénatale, une plainte de santé, une consultation pédiatrique...);
- une femme qui vient avec son enfant pour un certificat d'intégrité des organes génitaux externes.

Quel que soit le motif de la consultation, il est recommandé :

- de prévoir un temps de consultation prolongé ;
- de mettre la personne à l'aise, parler, dès le début, un langage qu'elle comprend ;
- de toujours s'adresser directement à la femme, même s'il y a une interprète ;
- d'essayer de ne pas l'interrompre ;
- de ne pas lui donner trop d'informations à la fois ;
- à la fin de la consultation, de faire le point pour voir ce qu'elle a compris des informations données.

Conseils spécifiques pour une consultation gynécologique

- Prévoir un drap pour que la femme se l'enroule autour de la taille et ne monte pas nue sur la table directement (les femmes n'ont pas l'habitude d'aller chez le gynécologue, pour certaines ce sera la première fois).
- Expliquer tout ce que vous allez faire, en particulier si vous utilisez des instruments (spéculum, écouvillon), car la femme ne les a peut-être jamais vus auparavant.
- Si vous découvrez pour la première fois qu'une femme est excisée ou infibulée, contrôlez votre stupeur et vos émotions pour ne pas effrayer la femme. Une réaction inappropriée de la part d'un professionnel de santé, une réflexion comme : « *C'est affreux ce qu'on vous a fait.* », « *Il vous manque quelque chose.* » peut faire beaucoup de tort. Certaines femmes ont accepté leur excision et vivent avec elle sans que cela n'affecte trop leur vie de femme et leur vie en couple.

L'examen clinique permet de confirmer le diagnostic de mutilation sexuelle féminine et de faire une évaluation des séquelles.

Utiliser la classification de l'OMS ou faire une description dans le dossier en précisant la présence du capuchon clitoridien, l'aspect du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. Un schéma est souvent utile. Parfois une photographie de la vulve peut être réalisée si la femme ou la jeune fille l'autorise.

Après l'examen, expliquez ce que vous avez vu à l'aide de dessins. Si elle le désire, vous pouvez également proposer à la femme ou la jeune fille de se regarder dans un miroir pendant que vous répondez à ses questions sur ce qu'elle voit.

Examen d'une enfant et d'une adolescente

L'examen gynécologique d'une enfant ou d'une jeune fille doit être fait en accord strict avec les procédures de protection de l'enfance. Si cela est possible, il est recommandé de faire effectuer cet examen par un pédiatre de préférence expérimenté dans les problèmes de MSF.

Conduite à tenir en cas de refus d'examen chez l'adolescente

Ce refus doit être consigné dans le dossier médical. Ce refus, lorsque la finalité et les modalités de l'examen ont été expliquées, doit être considéré, jusqu'à preuve du contraire, comme un indice fort de violences subies. Il convient alors, dans le cadre d'un entretien en tête à tête, d'entamer une discussion au sujet d'éventuelles violences passées ou actuelles. Ces questions ne sont pas gênantes pour les adolescentes si elles sont posées avec tact et respect. Une formulation indirecte : « *J'ai connu des jeunes filles de ton âge qui ont été concernées par etc.* » peut aider à la révélation.

Examen de la petite fille et du nourrisson

Dans le cadre de l'examen habituel du nourrisson, le médecin peut donner des conseils sur l'hygiène de la vulve et des petits plis de la peau. Le médecin peut à cette occasion vérifier l'intégrité des organes génitaux externes (pas de malformation, pas de MSF).

Une mutilation de type I ancienne et déjà cicatrisée peut passer inaperçue chez un bébé, mais une infibulation (type III) est, par contre, bien visible.

Chez une petite fille plus âgée, l'examen se fait avec délicatesse en interrogeant l'enfant sur une symptomatologie éventuelle. Une fillette qui a été excisée ou infibulée peut se plaindre de troubles urinaires, de douleurs au niveau de la vulve. Si la mutilation est récente, elle ressentira de l'angoisse pour l'examen gynécologique qui lui rappellera ce qu'elle vient de vivre. Il est recommandé de prendre le temps de la mettre en confiance.

Certaines pathologies vulvaires chez la fillette peuvent, pour le clinicien non averti, avoir une apparence quelque peu semblable à celle de séquelles de MSF. En cas de doute, il est recommandé de référer l'enfant à un confrère expérimenté.

L'illégalité des MSF doit être également abordée lors de la consultation. Noter ces discussions avec les parents dans le dossier médical de la jeune patiente.

Certificats médicaux et droits d'asile

Un certificat médical attestant de la présence ou de l'absence d'une MSF peut être demandé à un médecin dans différentes circonstances : demande d'asile, demande d'autorisation de séjour pour raison médicale, demande d'autorisation de séjour pour raison humanitaire, suivi des petites filles.

9. Prise en charge médicale en premier recours et orientation

9.1 Prise en charge d'une mineure mutilée

La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) indique comme conseils pour mener un entretien avec une mineure, que le professionnel doit être particulièrement vigilant lorsqu'il accueillera la mineure. L'accueil participe à la création d'un climat de sécurité, de confiance et de confidentialité. Les premières attitudes et paroles du professionnel, ainsi qu'un endroit calme et confidentiel, faciliteront la communication et la relation avec la mineure. Pour elle, son entretien avec un adulte est une source de stress.

Les conditions matérielles et psychologiques de l'entretien favoriseront un dévoilement éventuel par la mineure des MSF.

Il est essentiel que l'adulte rassure et reçoive les informations avec bienveillance : la mineure doit se sentir écoutée sans être jugée. Le professionnel affirmera à la mineure qu'elle n'est en rien responsable de la violence. Elle-lui rappellera que la loi interdit ces violences, quelles que soient les causes et circonstances.

Les principes fondamentaux de l'entretien avec la mineure

- Recevoir dans un endroit calme et confidentiel.
- Parler d'un ton calme et rassurant.
- Rompre le silence au sujet des mutilations sexuelles féminines.
- Lui donner la parole, l'écouter, la laisser parler et prendre sa parole en considération
- Reconnaître ses émotions par rapport à la menace vécue ou les MSF subies (la peur, l'angoisse, la colère...).
- Déculpabiliser et déresponsabiliser la mineure. Ne pas banaliser, ni minimiser les faits.
- En cas de révélation spontanée lors d'une activité, il conviendrait de dire à l'enfant que vous avez bien compris et entendu. Vous lui proposez de vous rencontrer dans un endroit plus approprié. Si possible, vous fixez immédiatement ce rendez-vous.

Les questions sur les MSF

En cas de doute, le professionnel doit aborder la question des MSF :

- « *Est-ce qu'il est arrivé qu'on fasse du mal à ton corps, en bas, au niveau du sexe, au niveau de [reprendre terme utilisé couramment pour désigner le sexe en fonction de l'âge de la mineure] ?* »
- « *Sais-tu ce que c'est que l'excision ? As-tu déjà entendu parler de cela ?* »

Dans ses réponses, la mineure peut ne pas utiliser le terme « *mutilation sexuelle féminine* », ni même « *excision* ».

Les mots et expressions suivantes peuvent être utilisés par les victimes pour désigner une mutilation sexuelle féminine :

- « *On m'a coupé ou on m'a fait quelque chose en bas.* »
- « *Il y avait beaucoup de sang.* »
- « *Il y a un truc qui m'a été rentré dedans.* »
- « *J'ai subi la tradition.* »
- « *J'ai été circonscise* » ou « *Y a eu une circoncision féminine...* »
- « *Se laver les mains* » (traduction de l'expression bambara utilisée pour désigner l'excision) ou d'autres terme évoquant une purification.

Si les MSF ont déjà été subies par la mineure, selon son histoire personnelle, cette enfant peut développer des troubles de stress aigu et des troubles de stress post-traumatique (TSTP). Il est donc important pour le professionnel de savoir qu'après avoir vécu une telle agression, la victime peut :

- être confuse et dans l'incapacité de se souvenir de tout ou d'une partie de ce qui s'est passé. Elle a des « trous de mémoire » ;
- raconter les événements qu'elle a vécus sans émotion.

Comment réagir lors de la révélation par une mineure d'un risque de MSF et de MSF subies ?

Le professionnel, après la révélation des MSF par la mineure, doit donner un message clair à l'enfant sur la loi française qui interdit et punit cette violence ainsi que sur la seule responsabilité des adultes-agresseurs-ses sans porter de jugement moral ou de valeur. Il ne faut pas minimiser les faits révélés. Il convient de souligner l'acte de courage de la part de la mineure que représente la révélation des MSF. Le professionnel lui indiquera, d'une part, que des aides et une protection vont être mises en place et, d'autre part, que l'enfant peut revenir lui parler lorsqu'elle le souhaite.

À DIRE

- « *Tu as bien fait de venir me parler.* »
- « *Ce dont tu viens de me parler est une violence et c'est interdit en France.* »
- « *En France, les enfants sont protégés face aux violences.* »
- « *C'est ton corps, personne n'a le droit de te faire du mal.* »
- « *On n'a pas le droit de te faire cette violence, ni en France, ni dans le pays d'origine de tes parents.* »
- « *Nous allons t'aider et te protéger.* »
- « *Si tu veux, tu peux revenir me voir pour en parler.* »

À NE PAS DIRE

- « *Ce n'est pas grave.* »
- « *Je vais garder ton secret.* »
- « *Je n'en parlerai à personne, cela restera entre toi et moi.* »
- « *Tout va s'arranger.* »
- « *Tes parents sont des barbares.* »

En cas de non réponse ou de réponse négative, si des doutes subsistent, il convient de rester attentif :

- aux aspects non verbaux (gestes, regards, attitudes, pleurs, mimiques...) ;
- aux signes des violences, notamment les problèmes de santé chroniques, les blessures à répétition, les différentes formes de dépendance (alcool, drogue), tentatives de suicide, automutilations, anorexies, boulimies, dépressions ;
- au fait de prendre attache avec d'autres professionnel-le-s en interne ou extérieur-e-s à la structure pour discuter de ces interrogations.

Il est possible que la mineure ne réponde pas immédiatement au professionnel qui lui a posé la question. Elle sait toutefois qu'avec ce professionnel, elle pourra parler, qu'elle sera entendue et aidée. Le questionnement systématique ouvre un espace de parole à l'initiative du professionnel dans lequel la mineure entrera lorsqu'elle se sentira prête.

Si la révélation a été faite par une tierce personne (sœurs/frères, cousin-e-s, ami-e-s...), le professionnel doit rassurer celle-ci ou celui-ci sur le bien-fondé de sa démarche, lui rappeler que la loi interdit et punit les MSF. Si cette personne est une femme, il est nécessaire de lui demander si elle-même a été victime de MSF ou si elle est menacée de l'être.

Les sept étapes de l'entretien :

- créer un climat d'écoute et de confiance ;
- poser systématiquement la question des violences et détecter les signes de violences ;
- délivrer un message de soutien, de valorisation de sa démarche ;
- affirmer l'interdiction des MSF par la loi et la seule responsabilité de l'agresseur ;
- évaluer les risques encourus par la jeune fille et aider à planifier sa sécurité future (scénario de protection) ;
- apporter une solution dans son domaine de compétence (accompagnement social, médical, juridique...);
- informer et orienter la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs. En cas de danger, alerter le partenaire du réseau le plus approprié (CRIP, forces de l'ordre, médecins, associations spécialisées).

Les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 (15) indiquent pour la conduite à tenir et l'attitude en cas de dépistage.

Si, au cours de l'examen, on découvre que l'enfant est déjà excisée, il convient d'éviter toute attitude ou comportement qui risquerait de rompre le dialogue avec les parents.

L'anamnèse tentera de préciser à quel âge et dans quelles circonstances cela s'est produit. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et traitement précoce des complications) et d'éviter une MSF chez d'éventuelles petites sœurs (prévention).

À cette fin, il y a lieu de prendre contact avec une équipe multidisciplinaire avec qui vous avez l'habitude de travailler.

Vous pouvez les contacter pour signaler une situation, mais également pour demander un avis.

L'équipe pluridisciplinaire évaluera la situation, ses causes et ses conséquences, et veillera à ce que l'enfant bénéficie de tous les soins nécessaires. Elle accompagnera l'enfant et son entourage au cours de la prise en charge et de la reconstruction d'un cadre de vie relationnel sécurisant et favorisant son développement.

Selon les recommandations du RCOG de 2015 (22)

Comment prendre en charge une MSF récente : Les professionnels de santé doivent être vigilants et connaître les signes cliniques et les symptômes des MSF récentes qui comprennent : douleur, hémorragie, infection et rétention urinaire (grade D).

Les conclusions de l'examen doivent être enregistrées avec précision dans le dossier médical.

Les types IV de MSF pour lesquels il y a des petites incisions ou des coupures faites autour du clitoris ou à côté peuvent laisser très peu de signes visibles quand elles sont cicatrisées. Il convient d'envisager une documentation à partir de photos des conclusions (avis du groupe de travail).

Les procédures légales et réglementaires doivent être suivies. Toutes les femmes et les filles qui ont eu une MSF récente nécessitent d'être orientées vers les services de police et les services sociaux (niveau de preuve D).

► Conclusion sur le chapitre « Prise en charge d'une mineure mutilée »

Si, au cours de l'examen, on découvre que l'enfant est déjà excisée, il convient d'éviter toute attitude ou comportement qui risquerait de rompre le dialogue avec les parents.

L'anamnèse tentera de préciser à quel âge et dans quelles circonstances cela s'est produit. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et traitement précoce des complications) et d'éviter une MSF chez d'éventuelles petites sœurs (prévention).

Il est recommandé de prendre contact avec un service ou une équipe multidisciplinaire expérimentée dans la prise en charge des MSF, comportant un pédiatre afin de signaler une situation de MSF et demander un avis.

L'équipe (le service multidisciplinaire) évaluera la situation, ses causes et ses conséquences, et veillera à ce que l'enfant bénéficie de tous les soins nécessaires. Elle accompagnera l'enfant et son entourage au cours de la prise en charge et de la reconstruction d'un cadre de vie relationnel sécurisant et favorisant son développement.

Les procédures légales et réglementaires doivent être suivies.

Une fois le signalement réalisé, le professionnel doit continuer à suivre la mineure.

Comment réagir lors de la révélation par une mineure d'un risque de MSF et de MSF subies ?

Le professionnel, après la révélation des MSF par la mineure, doit donner un message clair à l'enfant sur la loi française qui interdit et punit cette violence, ainsi que sur la seule responsabilité des adultes-agresseurs-ses, sans porter de jugement moral ou de valeur. Il ne faut pas minimiser les faits révélés.

Il convient de souligner l'acte de courage de la part de la mineure que représente la révélation des MSF.

Le professionnel lui indiquera, d'une part, que des aides et une protection vont être mises en place et, d'autre part, que l'enfant peut revenir lui parler lorsqu'elle le souhaite.

9.2 Prise en charge d'une femme ayant subi une MSF

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières. GSF, 2010. (5) précise qu'à l'issue de la consultation, et dans toutes les situations énoncées précédemment, plusieurs choix sont possibles.

Proposer :

- un nouveau rendez-vous médical afin de revoir la patiente pour poursuivre le dialogue ;
- une prise en charge psychologique, le corps mutilé ayant conservé une trace mnésique physique mais aussi psychique probablement indélébile ;
- un suivi sexologique afin d'évaluer les retentissements de la mutilation sur la sexualité ;
- un contact avec une association ou une institution qui organise des groupes de parole autour de ces questions sur les conséquences sur le désir et le plaisir sexuels.

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance* (SCOT) de 2017 (24), la prise en charge dépend des symptômes ressentis par la femme, du type de MSF, et si la femme est enceinte ou non.

Les femmes ayant des symptômes gynécologiques tels que : une douleur pelvienne ou gynécologique, une incontinence, un prolapsus, un trouble des règles peuvent nécessiter d'être adressées à un service de gynécologie et d'urologie.

Les praticiens doivent réaliser une évaluation globale de la femme ou de la fille, examiner son dossier médical et, lui offrir l'appui et la protection dont elle a besoin. Elles doivent être transférées vers des services spécialisés et, si nécessaire, vers un service spécialisé en santé mentale.

Les professionnels de santé doivent proposer aux femmes une prise en charge, une aide, orientation vers une prise en charge spécialisée :

- une prise en charge psychosexuelle ;

- une consultation en santé mentale ;
- une consultation gynécologique avec un bilan incluant un examen gynécologique et uro-gynécologique ;
- les services de défense des droits, de soutien ;
- les services de protection de l'enfance ;
- une prise en charge chirurgicale pour une désinfibulation ;
- les services de soutiens locaux luttant contre les MSF.

L'équipe médicale ne doit jamais réinfibuler la patiente.

L'équipe médicale doit comprendre que la femme n'est peut-être pas au courant qu'elle a subi une MSF (lorsque la MSF a été réalisée durant son enfance).

Étant donné les conséquences au long terme des MSF, les professionnels de santé doivent s'assurer que la femme mutilée reçoit les soins adaptés à son bien-être et à ses besoins. Les professionnels de santé doivent respecter les souhaits des femmes.

Selon les recommandations de *Bromley Safeguarding Children Board* en 2017 (19)

Le suivi des femmes ayant subi une MSF.

Les professionnels de santé doivent rechercher à aider la femme en lui proposant de l'adresser à des associations locales qui peuvent lui apporter de l'aide, une prise en charge médicale ou vers d'autres types de services si cela est approprié, par exemple un service spécialisé en gynécologie.

Selon les recommandations du RCOG de 2015 (22)

Comment une MSF doit être prise en charge gynécologiquement ?

Les femmes doivent être adressées par leur médecin généraliste à un service de gynécologie. La patiente sera adressée vers un service spécialisé en MSF si cela est possible, ou vers une consultation en obstétrique et/ou en gynécologie prenant en charge les femmes ayant une MSF. Les enfants ayant une MSF ou pour lesquelles on suspecte une MSF doivent être vues par les services de protection de l'enfance.

Comment les femmes peuvent être évaluées en consultation gynécologique ?

Les femmes ayant une MSF peuvent avoir des symptômes directement attribuables à la MSF ou liés à une comorbidité gynécologique. Les gynécologues doivent interroger les femmes originaires des communautés qui pratiquent les MSF (avis du groupe de travail).

Les cliniciens doivent être informés que les séquelles psychologiques de MSF et les troubles sexuels peuvent survenir pour tous les types de mutilations sexuelles (niveau de preuve C).

L'examen gynécologique doit comprendre une inspection de la vulve afin de :

- déterminer le type de MSF ;
- si une désinfibulation est indiquée ;
- identifier toute autre anomalie liée aux comorbidités de la MSF (kyste d'inclusion épidermique) (avis du groupe de travail).

Toutes les femmes doivent se voir proposer :

- une orientation vers une évaluation psychologique et un traitement ;
- une sérologie VIH, hépatite B, C ;
- un dépistage en matière de santé sexuelle ;
- si approprié, les femmes doivent être orientées vers un service spécialisé dans les troubles psychosexuels, un service d'uro-gynécologie, un service spécialisé dans le traitement de la stérilité (avis du groupe de travail).

Les gynécologues doivent être informés que le rétrécissement du vagin lors d'une MSF de type III peut empêcher l'examen du vagin pour le dépistage des infections génitales ou un frottis du col.

Une désinfibulation peut s'avérer nécessaire avant certains actes gynécologiques tels que la prise en charge d'une fausse couche ou d'une interruption de grossesse (avis du groupe de travail).

9.2.1 Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique n'est pas évaluée dans le champ de la recommandation qui concerne le premier recours. Seule une synthèse de l'état des lieux est présentée dans ce rapport.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé en 2018 (2) et les recommandations du World Health Organization de 2016 (3) :

Les filles et les femmes vivant avec une MSF ont un risque plus élevé d'avoir des troubles psychiatriques que celles qui n'ont pas subi ces mutilations.

Recommandation 4 : une thérapie cognitivo-comportementale devrait être envisagée pour les filles et les femmes vivant avec une MSF et présentant des symptômes évocateurs des troubles anxieux, de la dépression ou de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Force de la recommandation : avec réserves (pas de données directes).

La thérapie cognitivo-comportementale peut être envisagée à condition :

- qu'un diagnostic psychiatrique de troubles anxieux, dépression ou état de stress post-traumatique ait été établi ;
- qu'elle soit proposée dans des contextes où les individus sont compétents (c'est-à-dire formés et supervisés) pour la dispenser.

La thérapie cognitivo-comportementale constitue un traitement fondé sur des données probantes, qui peut réduire efficacement ou supprimer les symptômes d'état de stress post-traumatique, de dépression, ou de troubles anxieux associés à d'autres affections, notamment chez les survivants, de torture et de la guerre et chez les victimes de violences sexuelles (31-34).

Compte tenu des données existantes sur les effets bénéfiques du traitement par thérapie cognitivo-comportementale pour ces troubles dans d'autres populations, le groupe d'élaboration des lignes directrices convient que l'on peut raisonnablement partir du principe que cette intervention peut également être bénéfique aux filles et femmes vivant avec une MSF. Les données indirectes ne faisant référence qu'à ces trois troubles psychiatriques, le groupe estime qu'une recommandation avec réserve est justifiée et précise que cette thérapie devrait être appliquée exclusivement aux filles et femmes ayant une MSF chez qui de tels troubles psychiatriques ont été diagnostiqués. Cette thérapie doit être dispensée par des personnes correctement formées.

Du point de vue des droits humains, le groupe d'élaboration des lignes directrices a rappelé avec insistance que le droit au meilleur état de santé possible comprend le droit à un état de complet bien-être physique, mental et social. Ces recommandations sont donc en conformité avec la réalisation du droit à la santé des filles et des femmes ayant une MSF.

Bonne pratique 3 : un soutien psychologique devrait être apporté aux filles et aux femmes qui vont subir ou ont subi une intervention chirurgicale contre les complications des MSF.

Les données qualitatives disponibles évaluées sur une population de filles et de femmes ayant une MSF provenant de deux études menées en Gambie et auprès d'une population de migrants en Norvège et aux Pays-Bas montrent que les femmes peuvent souffrir de séquelles psychologiques liées aux MSF, notamment :

- anxiété, peur ;
- sentiment de trahison ;
- douleur et colère (35).

Ce fait est corroboré globalement par les données d'une méta-analyse qui montre que le risque d'un diagnostic de trouble psychiatrique est plus élevé chez les femmes ayant subi une MSF que chez les femmes non mutilées.

Cela explique pourquoi les interventions de soutien psychologique peuvent être particulièrement nécessaires dans cette population, notamment dans le contexte d'événements stressants pouvant rappeler à la patiente le traumatisme initial des MSF, comme des interventions chirurgicales visant à corriger les complications liées aux MSF.

En l'absence de données directes relatives à l'effet des interventions psychologiques sur l'issue postopératoire chez les filles/femmes soumises à une intervention pour traiter les complications liées aux MSF, le groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné les données indirectes relatives aux effets des interventions psychologiques sur le rétablissement à la suite d'une intervention chirurgicale dans d'autres populations, notamment des opérations de l'abdomen ou d'une hernie (36, 37). Le groupe observe les bénéfices d'un soutien psychologique sur les facteurs suivants lorsque le soutien psychologique est proposé en plus des interventions chirurgicales :

- douleurs postopératoires ;
- rétablissement ;
- bien-être psychologique.

Se fondant sur des données indirectes, le groupe d'élaboration des lignes directrices a considéré que ce genre d'intervention devrait être mis à la disposition des femmes subissant une intervention chirurgicale visant à traiter les complications liées aux MSF.

D'après les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance* de 2017 (24), il est recommandé d'adresser les filles et les femmes ayant des problèmes de santé mentale tels que anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique, à un professionnel de santé spécialisé en santé mentale.

Johanssen, en 2018, dans sa revue, indique les services de consultations spécialisées en psychologie et en sexualité qui sont disponibles pour les femmes ayant subi une MSF, dans 13 pays incluant deux pays d'origine (le Burkina Faso et le Kenya). Les services de consultations de psychologie et de dysfonction sexuelle sont largement disponibles en France (38).

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines Nantes: GSF; 2010. (5).

Le but de l'accompagnement psychologique sera d'évaluer l'impact traumatique de la mutilation, de favoriser une remémoration élaborée et de permettre l'énonciation de ce qui a fait traumatisme dans une chaîne signifiante.

9.2.2 Prise en charge de la femme enceinte

La prise en charge obstétricale est considérée comme ne faisant pas partie du champ de la fiche mémo qui traite de la prise en charge en premier recours. Cette question présente un état des lieux.

Selon les recommandations du *Scotland Guidance Multi-Agency Guidance* de 2017 (24), identifier la présence d'une MSF constitue aussi rapidement que possible un élément déterminant pour les soins efficaces apportés durant la grossesse, les stratégies de prévention et de protection pour les filles. Les consultations de suivi constituent le moment idéal pour parler de MSF lors du recueil habituel des antécédents de la femme. Certains professionnels de santé recherchent de manière habituelle la présence d'une MSF chez toutes les femmes enceintes, reconnaissant qu'il n'est pas possible de l'identifier uniquement à travers le pays d'origine de la patiente.

Cependant, il peut arriver qu'une femme se présente à un stade plus tardif de la grossesse, où la MSF peut ne pas avoir été identifiée avant le début du travail. À tout stade de la grossesse, les

sages-femmes peuvent avoir la nécessité de parler de MSF à une femme et d'en évaluer le risque inhérent.

Lors de la discussion avec la femme (et l'autre parent si cela est approprié), le risque imminent de MSF qui suit la naissance doit être évalué et il doit être souligné que l'équipe devra initier les procédures de protection de l'enfance.

Si l'équipe de la maternité pense qu'il peut y avoir un risque de MSF à la suite de la naissance, l'équipe médicale doit discuter de ce risque avec le conseiller national en matière de protection de l'enfance, le visiteur de santé et les parents.

Si l'équipe de la maternité ne constate aucun problème lié à une MSF, l'évaluation du risque de la MSF doit être notée dans le dossier de la patiente et dans le dossier de l'enfant également.

Dans tous les cas, l'équipe médicale de la maternité doit partager cette information avec le médecin généraliste de la patiente, le conseiller national en matière de protection, le visiteur de santé et noter cette information dans le dossier de la femme et de l'enfant.

D'après les recommandations de l'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (16), chez les femmes enceintes une désinfibulation si elle n'a pas déjà été faite, peut s'avérer nécessaire avant ou même pendant l'accouchement par voie vaginale.

Quel que soit le type de MSF que la femme ait subi, il est important qu'une relation de confiance s'installe afin que les conseils et les aides soient efficaces. Si le nouveau-né est une fille, le risque qu'elle puisse subir le même type de mutilation existe. Il est crucial de parler à la femme et au père des risques liés aux mutilations sexuelles et du cadre juridique, car les MSF sont illégales dans la plupart des pays européens.

Selon les recommandations du RCOG de 2015 (22), les femmes ayant subi une MSF présentent un risque plus important d'avoir des complications obstétricales.

Toutes les femmes, sans tenir compte de leur pays d'origine, doivent être interrogées durant leur consultation prénatale sur un antécédent de MSF afin que la MSF soit identifiée le plus tôt durant leur grossesse. Ceci doit être documenté dans leur dossier (avis groupe travail°).

Les femmes identifiées comme ayant une MSF doivent être transférées vers un consultant : obstétricien ou sage-femme, responsable des soins pour les femmes ayant une MSF. Les protocoles locaux détermineront quels éléments doivent être entrepris par ses soignants et ceux qui peuvent être pris en charge par les obstétriciens, les sage-femmes dûment formées (avis groupe travail).

La sage-femme ou l'obstétricien doit s'assurer que toutes les informations pertinentes ont été documentées dans le dossier clinique de la patiente (avis groupe travail) :

- la vulve de la femme doit être inspectée afin de déterminer le type de MSF et si une désinfibulation est indiquée ;
- si l'ouverture du vagin est suffisante pour permettre l'examen du vagin et, si le méat urétral est visible, la désinfibulation ne semble pas être nécessaire,
- un dépistage de l'hépatite C doit être fait en plus des autres tests de dépistage de routine en prénatal (hépatite B, VIH et syphilis) ;
- la désinfibulation peut être faite en prénatal, durant le premier stade du travail ou à la fin de la délivrance et peut être de manière habituelle réalisée sous anesthésie locale dans une salle d'accouchement. Elle peut être réalisée également en peropératoire après une césarienne (avis groupe travail) ;
- la sage-femme ou l'obstétricien doit discuter, obtenir l'accord et noter la planification des soins prévus. Ceci doit être documenté dans le dossier ;
- les femmes doivent être informées qu'aucune réinfibulation ne sera faite, quelles que soient les circonstances (avis groupe travail).

Une femme pour laquelle une désinfibulation avait été planifiée et qui n'a pas pu être effectuée en raison d'une délivrance par césarienne doit être suivie en externe par un gynécologue. Une désinfibulation doit lui être proposée avant la grossesse suivante (avis GT).

La sage-femme s'occupant de la fin d'hospitalisation de la femme doit s'assurer que toutes les procédures règlementaires et légales ont été appliquées avant que la patiente quitte le service (avis GT).

Les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CGNOF) de 2011 (25), précisent que la surveillance du travail peut s'effectuer de façon habituelle.

Il faut proposer une analgésie péridurale à ces patientes. En effet, les douleurs liées à l'accouchement, notamment celles liées à la phase terminale de l'expulsion, peuvent rappeler à ces patientes le traumatisme physique et psychologique dont elles ont été les victimes dans leur enfance ou leur adolescence.

Cela peut contribuer à induire des troubles du lien affectif entre la mère et son nouveau-né. Les séquelles des MSF peuvent être la source de complications obstétricales plus ou moins complexes qu'il est important de pouvoir prévenir ou réparer en explorant les voies génitales des patientes dans de bonnes conditions et sans douleur.

Au moment de l'expulsion du mobile fœtal et du dégagement de la tête, des déchirures cutanéomuqueuses peuvent se produire.

Le plus souvent médianes antérieures, elles exposent la patiente à un risque de lésions urétrales. La pratique d'une épisiotomie (qui ne doit pas être systématique), associée à une section antérieure médiane contrôlée d'un pont cutanéomuqueux, permet le plus souvent de prévenir ces déchirures. Les déchirures sont le plus souvent limitées et la suture par des points séparés permet de réduire les saignements et accélère la cicatrisation.

Dans les cas d'une infibulation, les conséquences obstétricales sont plus importantes :

- une analgésie péridurale est indiquée ;
- la section de l'accolement médian des petites lèvres peut être indiquée au cours de la grossesse ou au début de l'accouchement pour permettre de surveiller le bon déroulement du travail et la dilation cervicale. L'étroitesse vestibulaire séquellaire peut rendre quasi impossible la réalisation d'un toucher vaginal. Le sondage vésical peut parfois poser des problèmes ;
- la présence de l'obstétricien en salle de travail, aux côtés de la sage-femme, au moment de l'accouchement, est indispensable afin de juger de la nécessité ou non de réaliser une désinfibulation ainsi qu'une épisiotomie ;
- la désinfibulation comme l'épisiotomie, si elles sont nécessaires, devront être réalisées dans la phase terminale de l'expulsion, au moment où la vulve est la plus amplifiée. Ceci permet de prévenir les déchirures périnéales et de réduire les pertes sanguines. Dans les cas où une extraction fœtale instrumentale est nécessaire, ce geste doit être confié à un obstétricien aguerri et une épisiotomie prophylactique est le plus souvent nécessaire. L'utilisation d'une ventouse semble le plus adapté car c'est l'instrument qui distend le moins la vulve.

La désinfibulation chirurgicale est un geste simple qui consiste à sectionner au ciseau la bride cutanéomuqueuse obstruant de façon plus ou moins complète l'orifice vestibulaire. La désinfibulation en cours de travail, avant l'expulsion, n'expose pas les patientes à un sur-risque de complications.

En l'absence de désinfibulation, des complications obstétricales majeures peuvent survenir. En effet, la vulve occluse, cicatricielle, scléreuse constitue un obstacle mécanique à la progression de la présentation.

Prévention de la réinfibulation et autre mutilation sexuelle

Une nouvelle infibulation (réinfibulation) après l'accouchement est fréquemment réalisée dans les pays en voie de développement. Elle est interdite en France.

Les motivations des demandes sont diverses telles que la peur d'être rejetée par son mari ou la nécessité d'augmenter le plaisir sexuel du conjoint. La prévention de la réinfibulation est une notion importante à connaître, car la période des suites de couches et du *post-partum* sont des moments privilégiés pour aborder ce problème avec la patiente. Il faut savoir que classiquement, les patientes attendent que la visite du *post-partum* ait eu lieu avant de subir une réinfibulation.

Lors de la visite du *post-partum*, le praticien doit aborder ce problème directement avec la patiente, assisté s'il y a lieu d'un interprète. Il ne doit pas hésiter à revoir la patiente régulièrement afin de prévenir ces ré-infibulations.

Le suivi en *post-partum*

La période d'hospitalisation en suites de couches est un moment propice pour que s'installe un dialogue confiant entre le personnel soignant et l'accouchée. Plusieurs points sont importants à signaler :

- le père peut être présent aux entretiens si la femme le souhaite. Beaucoup d'hommes méconnaissent la réalité du vécu traumatique des MSF de leur femme. Ils sont cependant souvent ignorants et tenus à l'écart de ces rituels perpétrés par les femmes. La période qui suit la naissance peut permettre une information objective à l'abri des pressions familiales. Le père peut devenir acteur de la protection de ses filles ;
- la question de la reconstruction clitoridienne peut être abordée avec un médecin ou une sage-femme formée : les adresses des différents services habilités à faire cette intervention sont alors communiquées ;
- les mesures de protection à l'égard des fillettes : c'est l'occasion de rappeler, si nécessaire, l'interdit des MSF, le risque pénal en France comme au pays d'origine ; l'information peut être renforcée par la remise d'une brochure « *Protégeons nos petites filles de l'excision* » avec les adresses utiles ;
- le courrier de sortie à l'attention du médecin généraliste : il explicitera le diagnostic des MSF chez la patiente, les éventuelles complications rencontrées et les risques éventuels encourus par le nouveau-né.

D'après les recommandations belges du service Public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et GAMS de 2011 (15), les points essentiels sont :

- la conduite à tenir lors de l'accouchement d'une patiente excisée ou infibulée doit être discutée et planifiée dès les premières consultations prénatales afin de préparer la femme et son entourage ;
- le maximum d'informations doit être noté dans le dossier afin d'éviter que la femme mutilée ait à répéter son histoire ;
- sans prise en charge adéquate, les femmes infibulées sont les plus sujettes aux complications en cours de grossesse et d'accouchement ;
- une désinfibulation au deuxième trimestre de la grossesse, sous une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie, peut être proposée aux femmes chez qui, en raison de l'infibulation, l'examen vaginal n'est pas possible ;
- la désinfibulation peut avoir lieu au moment de l'expulsion si les examens vaginaux sont possibles en cours de travail ;
- la réinfibulation de la patiente après l'accouchement pourrait donner lieu à des poursuites pénales.

Examen lors du suivi

Cet examen ne sera sans doute possible qu'après un premier bon contact et l'instauration d'un climat de confiance. Les observations doivent être retranscrites avec soin dans le dossier de la patiente, afin d'éviter les examens répétés.

Certaines caractéristiques propres à la femme infibulée sont à prendre en considération lors du suivi de la grossesse :

- elle est plus sujette aux infections, tant urinaires que vaginales ;
- elle peut refuser de prendre du poids dans la crainte d'accoucher d'un trop gros bébé. Pour la même raison, elle peut également refuser de prendre des compléments alimentaires (fer, vitamines) ;
- elle appréhende d'avoir à se soumettre à un examen gynécologique et particulièrement à l'utilisation du spéculum. Les craintes liées à la douleur ou aux complications de l'accouchement sont fréquentes ; elles devront être abordées par le praticien.

Suite à l'infibulation, l'examen vaginal peut s'avérer impossible. Une désinfibulation peut être éventuellement pratiquée en cours de grossesse, ce qui en facilitera la surveillance.

Liste des problèmes spécifiques aux femmes infibulées notés pendant les consultations prénatales

Sur le plan physique sont présents :

- plus grand risque d'infections urinaires ;
- une prise de poids insuffisante (peur d'avoir un gros bébé) ;
- une anémie (refus de prendre du fer, tabous alimentaires pendant la grossesse pour la même raison).

Sur le plan psychologique est présente une peur :

- de réaction du ou de la professionnelle de santé à l'infibulation ;
- de l'utilisation d'instruments pendant l'examen (spéculum) ;
- de recevoir un traitement non approprié (comme une césarienne) parce que le médecin n'a pas l'habitude de voir des femmes infibulées ;
- de la douleur pendant l'accouchement et le *post-partum* (réminiscence de la douleur de l'infibulation).

L'accouchement

Les femmes infibulées présentent un risque accru de complications et de mortalité maternelle à l'accouchement. La souffrance fœtale en cours de travail est plus fréquente et le taux de mortalité périnatale plus élevé.

L'obstacle que constitue le rideau cicatriciel chez les femmes infibulées entrave la descente de la tête du fœtus lors du travail d'accouchement. Ce blocage peut prolonger le travail de manière significative et causer une asphyxie du fœtus, entraînant parfois des séquelles neurologiques ou son décès.

La compression prolongée des organes du petit bassin par la tête du bébé peut diminuer le flux sanguin au niveau de ces derniers et causer leur nécrose. Il en résulte la formation de communications entre vagin et vessie ou vagin et rectum appelées fistules. Ces fistules ont un impact considérable sur la vie des femmes qui en sont affectées. Outre l'impossibilité pour elles de retenir l'urine ou les selles, celles-ci sont souvent rejetées par leur mari et leur communauté

La vulve de la femme étant indurée par la cicatrice, il y a un risque accru de déchirure et, par voie de conséquence, d'hémorragie du périnée à l'accouchement. La méconnaissance des mutilations génitales peut inciter les obstétriciens à pratiquer des césariennes injustifiées. Une étude récente ayant trait à la Belgique, trois pays scandinaves, le Canada et l'Australie, a démontré que les femmes originaires de Somalie accouchant dans les pays précités avaient subi significativement plus de césariennes et avaient eu significativement plus d'enfants mort-nés que les femmes autochtones.

L'article met en lumière la nécessité de revoir et de modifier le suivi anténatal et la modalité d'accouchement des Somaliennes immigrées. Il est probable que ces suggestions seront également d'application pour des femmes infibulées originaires d'autres régions.

9.2.3 Prise en charge des troubles de la sexualité

D'après l'Organisation mondiale de la Santé en 2018 (2) et les recommandations du World Health Organization de 2016 (3)

Recommandation 5 : des prestations de conseil en sexualité sont recommandées pour prévenir ou traiter la dysfonction sexuelle féminine chez les femmes ayant une MSF (force de la recommandation : avec réserves, pas de données directes).

Cette recommandation est assortie de réserves en raison :

- d'un manque global de données directes sur le recours aux prestations de conseil en sexualité, en particulier pour les femmes vivant avec une MSF ;
- du fait que ce sujet peut être très sensible.

Une revue systématique des effets des prestations de conseil en sexualité pour traiter ou prévenir la dysfonction sexuelle chez les femmes vivant avec une MSF a été évaluée pour appuyer cette recommandation (39). Les auteurs n'ont trouvé aucune étude répondant aux critères d'inclusion. Aucune donnée directe n'a pu être utilisée.

Les données actuelles disponibles issues d'une revue systématique des effets des MSF sur le fonctionnement sexuel des femmes, renforcent l'idée qu'une femme ayant subi une ablation d'une partie des tissus génitaux est davantage exposée au risque de ressentir des douleurs ainsi qu'une baisse de la satisfaction sexuelle et du désir.

Le groupe d'élaboration des lignes directrices souligne que :

- la chirurgie seule (en particulier la reconstruction du clitoris) ne traite pas tous les aspects de la dysfonction sexuelle pouvant survenir chez les femmes vivant avec des MSF (40) ;
- que d'autres interventions médicales comme l'utilisation de lubrifiants génitaux ne sont pas suffisamment étudiées.

Les études montrent que l'utilisation de gels risque de ne pas être acceptée par les femmes et leurs partenaires, en raison des pratiques sexuelles personnelles et de l'influence qu'exerce l'homme pour décider si et comment ces produits sont utilisés (41).

Compte tenu de ce qui précède, et conscient du fait que la sexualité des femmes est multifactorielle et dépend, entre autres, de l'interaction de facteurs anatomiques, cognitifs et relationnels, le groupe d'élaboration des lignes directrices note que l'offre d'alternatives thérapeutiques pour la dysfonction sexuelle, dans ce cas des conseils en sexualité, à la population des femmes concernées doit être considérée comme une priorité.

Sur la base de l'expérience clinique et des données indirectes allant dans le sens du conseil en sexualité comme traitement efficace pour la dysfonction sexuelle dans d'autres populations, y compris les patientes avec un cancer du sein et une maladie cardiovasculaire (42-45), le groupe d'élaboration des lignes directrices considère que l'intervention est bénéfique, à condition qu'elle soit bien adaptée aux différents pays et aux contextes culturels. Le groupe convient que, pour éviter des effets indésirables inattendus, comme la violence exercée par un partenaire ou la stigmatisation sociale, les caractéristiques telles que l'âge et l'état matrimonial de la patiente, ainsi que l'inclusion potentielle du partenaire, doivent être prises en compte lors de l'offre de conseils en sexualité aux femmes vivant avec des MSF.

En outre, selon la recommandation générale n°24 concernant l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), les États parties doivent garantir, sans préjugé ou discrimination, aux femmes et aux adolescentes, le droit à l'information, à l'éducation et aux services en matière d'hygiène sexuelle (46). L'offre de conseils en sexualité favorise la réalisation du droit des filles et des femmes vivant avec une MSF à une vie sexuelle saine.

Santé sexuelle féminine (recommandation 5)

Le meilleur état de santé possible comprend également le droit à la santé sexuelle. La santé sexuelle est un état de santé physique, émotionnelle, de bien-être mental et social en matière de sexualité et cela comprend, non seulement certains aspects de la santé reproductive – comme pouvoir contrôler sa fécondité par l'accès à la contraception et l'avortement, et ne pas souffrir d'infections sexuellement transmissibles (IST), de dysfonctionnement sexuel ni de séquelles liées à la violence sexuelle ou aux MSF –, mais également la possibilité d'avoir une vie sexuelle agréable et sans danger, contrainte, discrimination ni violence .

Selon de l'association Gynécologie sans frontières, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, GSF, 2010 (5) », il est nécessaire d'aborder avec les patientes le sens profond de la chirurgie réparatrice : celle-ci vise à restaurer la fonction sensuelle et sexuelle de la femme et dans le même temps l'estime de soi. « Être une vraie femme », disent-elles. Sans choquer, apprenons à expliquer simplement le vécu « après la réparation ».

Première étape : évaluer les connaissances physico-sensuelles de la sphère clitorido-vulvovaginale chez la femme excisée. Il semble, aux détours des entretiens, qu'il y ait un « vide », tant chez la femme que chez l'homme. En effet, leurs connaissances dans le domaine de la sexualité sont extrêmement floues car elles sont objets de tabous.

Seconde étape : appréhender et connaître son corps sexué.

La prise en charge ne critiquera pas les coutumes mais sera axée sur la restauration et sur les explications des sensations sensuelles et sexuelles à découvrir. Celles-ci doivent être claires et seront associées à des schémas. Il est ensuite possible d'ouvrir un temps de parole au compagnon.

Celui-ci n'est, semble-t-il, pas toujours hostile aux explications. Il prend conscience que cette connaissance permet une augmentation du plaisir amoureux partagé. La formulation est fondamentale. Par exemple : « *Vous découvrez que vous êtes sensible à tel type de caresse. Si vous échangez telles paroles pour guider votre partenaire vers la zone clitorido-vaginale sensible et agréable, vous aurez un meilleur épanouissement sexuel et cela apportera également une satisfaction sexuelle à votre conjoint* ».

Les plus jeunes couples sont de plus en plus demandeurs et à l'écoute de cette dynamique dans l'amour. La femme appréciera une explication simple pour connaître son corps : oser toucher son clitoris et l'hydrater avec un gel, le toucher et explorer les zones sensibles érogènes pour retransmettre à son partenaire les sensations qu'il pourrait reproduire ensuite en faisant l'amour.

N'oublions pas que des conseils donnés aux femmes « reconstruites » sont presque les mêmes que dans la population occidentale dont la plupart des femmes ne connaissent pas leur corps ni les zones érogènes.

Cette démarche de prise en charge par un sexologue a pour but de ne pas exclure une étape fondamentale dans la vie et permet à la patiente « d'adopter » pleinement son corps de femme avec la totalité des fonctions physiques et sensuelles comme à l'origine du monde et de la création. Le récit clinique suivant, réel, situera bien la quête profonde d'une demande de restauration corps et âme.

9.2.4 Prise en charge chirurgicale

La prise en charge chirurgicale n'est pas évaluée dans le champ de la recommandation qui concerne la prise en charge du premier recours. Seule une synthèse de l'état des lieux est présentée dans ce rapport.

► Données internationales

D'après l'Organisation mondiale de la Santé en 2018 (2) et les recommandations de l'OMS de 2016 (3)

Recommandation 1 : la désinfibulation est recommandée pour prévenir et traiter les complications obstétricales chez les femmes vivant avec une MSF de type III (force de la recommandation : forte (données de très faible qualité)).

Compte tenu du possible lien de cause à effet décrit entre les types de MSF et le risque de complications obstétricales, et sur la base des bénéfices cliniques décrits dans les revues, qui en plus montrent, lorsque des femmes qui n'ont jamais été infibulées servent de témoins, que la désinfibulation pendant l'accouchement par voie basse est une option qui n'augmente pas le risque de complications obstétricales supplémentaires, le groupe d'élaboration des lignes directrices a recommandé d'inverser les MSF de type III par une désinfibulation afin de prévenir et traiter les complications obstétricales.

Lorsqu'il est effectué avec un consentement éclairé, le rétablissement de l'anatomie et de la physiologie (dans la mesure du possible) par la désinfibulation peut donc être considéré comme un élément nécessaire à la défense du droit à la santé d'une femme et à la garantie de l'accès aux biens et services de santé dont a besoin une femme pour jouir pleinement de ce droit.

Recommandation 2 : la désinfibulation *ante-partum* ou *intra-partum* est recommandée pour faciliter l'accouchement chez les femmes vivant avec une MSF de type III, en fonction du contexte. (force de la recommandation : avec réserves (données de très faible qualité)).

Étant donné que la désinfibulation *ante-partum* et *intra-partum* semble comparable en termes de résultats obstétricaux, la décision concernant le moment de l'intervention doit reposer sur les facteurs contextuels suivants :

- préférence de la femme :
 - les femmes devraient être consultées sur leurs préférences. Par exemple, si une patiente accorde une grande importance aux résultats esthétiques postopératoires, la désinfibulation *ante-partum* devrait être privilégiée afin de permettre une durée de cicatrisation adéquate et des résultats esthétiques optimaux ;
- accès aux établissements de santé :
 - dans les endroits où les femmes risquent d'avoir des difficultés à atteindre des établissements de santé d'accès difficile, la désinfibulation *ante-partum* devrait être privilégiée ;
- lieu de l'accouchement :
 - étant donné que la désinfibulation doit être pratiquée par un soignant qualifié, dans les contextes où les accouchements à domicile sont fréquents, la désinfibulation *ante-partum* devrait être privilégiée. Il en est de même pour les endroits où les établissements de soins accueillent de nombreux patients ;
- niveau de compétence des soignants :
 - les troubles anatomiques tels qu'un œdème ou une distorsion des tissus pendant le travail peuvent poser des problèmes à des soignants moins expérimentés pratiquant une désinfibulation *intra-partum*. Dans ce cas, la désinfibulation *ante-partum* devrait être privilégiée. Dans les établissements avec des soignants expérimentés et bien formés, la désinfibulation *intra-partum* est acceptable.

Recommandation 3 : la désinfibulation est recommandée pour prévenir et traiter des complications urologiques – en particulier les infections urinaires récurrentes et la rétention d'urine – chez les filles et les femmes vivant avec une MSF de type III (force de la recommandation : forte (pas de données directes)).

Le groupe d'élaboration des lignes directrices souligne que le rétablissement de l'anatomie et de la physiologie (dans la mesure du possible) par la désinfibulation devrait être considéré comme un traitement pour les complications urologiques, mais aussi comme une tentative de rétablir un droit fondamental bafoué, en particulier le droit au meilleur état de santé possible pour les femmes ayant subi une MSF.

Bonne pratique 1 : des informations préopératoires adaptées doivent être communiquées aux filles et femmes qui veulent subir une désinfibulation.

En plus d'obtenir le consentement préopératoire, au moment de conseiller les femmes avec des antécédents de MSF, le personnel soignant, lors d'une réunion préopératoire, devrait toujours communiquer des informations équilibrées et non biaisées sur les avantages escomptés et les risques potentiels associés à une intervention.

Dans le contexte de la désinfibulation, cette réunion devrait être l'occasion de donner des informations sur les changements anatomiques et physiologiques auxquels on peut s'attendre après une désinfibulation (c'est-à-dire miction plus rapide, augmentation des pertes vaginales).

Bonne pratique 2 : les filles et les femmes désinfibulées doivent bénéficier d'une anesthésie locale.

Comme pour toute autre intervention chirurgicale, le groupe d'élaboration des lignes directrices a fait remarquer que, quel que soit le moment, la désinfibulation devrait être effectuée sous anesthésie locale. Cependant, l'anesthésie locale n'étant pas toujours disponible dans certains contextes à faibles ressources, lorsque la désinfibulation peut être indispensable à la progression du travail ou lorsqu'une affection met en danger la vie de la patiente, l'intervention doit être pratiquée même en l'absence d'anesthésie. Par exemple, elle peut être effectuée pour remédier à une obstruction lors de la deuxième phase du travail afin de délivrer la tête du fœtus, comme une épisiotomie.

Johanssen, en 2018, dans sa revue *Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries* (38) écrit : l'intervention de reconstruction du clitoris est disponible dans 13 pays dont trois sont constitués de pays d'origine des femmes et les dix autres, de pays qui reçoivent la migration.

L'intervention de reconstruction du clitoris est prise en charge par le système de santé publique dans un seul pays d'origine le Burkina Faso, et dans sept des pays où arrive la migration.

Les recommandations de l'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (16) indiquent pour la prise en charge chirurgicale :

Quand une femme connaît des complications après une MSF de type III, une ré-intervention chirurgicale de la vulve ou une désinfibulation sera nécessaire. Si une intervention s'avère nécessaire, il faut prendre en compte les influences culturelles de la patiente qui peuvent être importantes. La MSF peut être considérée comme un sujet tabou.

La désinfibulation chez les femmes enceintes doit être fait nécessairement avant (ou même pendant l'accouchement vaginal si cela n'a pas déjà été fait).

Quel que soit le type de mutilation sexuelle subie, il est important d'établir une relation de confiance afin que les conseils donnés soient efficaces.

Selon les recommandations du Scotland Guidance Multi-Agency Guidance de 2017(SCOT) (24) pour la désinfibulation :

L'équipe chirurgicale doit discuter de l'intervention chirurgicale avec la femme. Cette discussion doit inclure la présentation des bénéfices et des risques. La majorité des désinfibulations doivent être réalisées sous anesthésie locale chez des patientes en ambulatoire.

Les femmes qui ont une cicatrice génitale étendue ou qui sont stressées de manière importante par l'examen gynécologique peuvent nécessiter la mise en place d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie péridurale.

Les recommandations de l'OMS de 2016 (3)

Informations à donner à la patiente

L'éducation sur la santé et l'information sur la désinfibulation doivent être données aux filles et aux femmes ayant subi une MSF de type III.

Dans le cas d'une infibulation, chez une femme qui a subi une MSF de type III, l'éducation a pour objectif de donner une information scientifique non coercitive pour aider la patiente à comprendre les bénéfices et les complications possibles de l'intervention chirurgicale, associés à l'infibulation.

L'éducation sur la désinfibulation doit contenir les items suivants.

Une description de l'intervention chirurgicale :

- les bénéfices pour la santé de la désinfibulation ;
- les effets éventuellement négatifs de l'intervention chirurgicale à court et à long terme ;
- les modifications physiologiques et anatomiques que les patientes peuvent ressentir après l'intervention chirurgicale ;
- l'information sur les soins adéquats en postopératoire ;
- une information sur les conséquences sur la santé d'une réinfibulation et les bénéfices pour la santé de ne pas le faire.

Selon les recommandations du RCOG de 2015 (22)

- la nécessité d'une désinfibulation peut être déterminée par l'examen de l'appareil génital externe par un professionnel de santé expérimenté ;
- la désinfibulation est recommandée lorsque l'ouverture n'est pas suffisante pour permettre :
 - le flux urinaire et menstruel,
 - l'examen du vagin, des rapports sexuels agréables et un accouchement par voie vaginale en toute sécurité,
 - un examen de dépistage par frottis, de chirurgie gynécologique.

En pratique, la désinfibulation sera nécessaire pour la majorité des femmes ayant subi des mutilations de type III, en raison de l'étroitesse de l'ouverture vaginal.

Les femmes qui peuvent bénéficier d'une désinfibulation doivent être conseillées. On doit leur proposer l'intervention avant la grossesse, idéalement avant les premiers rapports sexuels (avis du groupe de travail).

La reconstruction du clitoris ne doit pas être réalisée, car les données publiées disponibles suggèrent un taux non acceptable de complications sans démontrer une conclusion en faveur d'un bénéfice (niveau de preuve B) (47).

Plusieurs publications incluant une large étude rétrospective ont affirmé que la chirurgie reconstructive du clitoris peut restaurer la fonction du clitoris. Il existe très peu de preuves publiées sur le fait que cette intervention améliore les sensations du clitoris, bien que l'amélioration de l'apparence de la vulve puisse apporter un bénéfice pour quelques femmes. Les études existantes sont rétrospectives avec un suivi de faible qualité. Il manque une évaluation standardisée de la fonction sexuelle.

Dans l'étude de Foldès (47), 2 938 femmes ont subi cette intervention. Seulement 29 % ont participé à un suivi de la chirurgie. Quatre pour cent ont nécessité une réadmission à l'hôpital en raison de complications chirurgicales. Il est nécessaire de réaliser des études cliniques avec une méthodologie bien conçue pour évaluer la sécurité et l'efficacité de cette intervention.

Selon les recommandations du *National Health Services* de 2015 (48), aucune étude longitudinale, publiée dans une revue à comité de lecture, et de niveau de preuve suffisant, n'est disponible pour démontrer l'efficacité de l'intervention de reconstruction du clitoris, bien que des spécialistes en Europe promeuvent cette intervention pour les femmes ayant une MSF. De manière générale et internationalement, il y a peu de preuves disponibles dans les publications qui traitent de cette intervention. Une étude française a été publiée et a rapporté les résultats de cette chirurgie pour restaurer la sensation du clitoris. Cette étude de cohorte prospective (47) de Foldès en 2012 a détaillé les résultats de la chirurgie reconstructive pour améliorer les sensations du

clitoris. La procédure spécialisée a été réalisée sur 2 938 femmes qui avaient subi une MSF durant l'enfance. Seulement 29 % des femmes ont été suivies durant l'année qui a suivi l'intervention et 4 % de ces femmes ont été réadmisées pour des complications chirurgicales. L'étude suggère des résultats positifs pour la majorité de ces femmes.

L'étude française ne paraît pas disposer d'un niveau de preuve suffisant pour pouvoir conclure sur cette intervention chirurgicale.

Les recommandations belges du service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et GAMS de 2011 (15) indiquent pour le traitement chirurgical des lésions :

Accolement des moignons des petites lèvres

Après excision l'encontre de l'accolement causé par une irritation chronique de la vulve chez la fillette prépubère, la pseudo infibulation (accolement des moignons des petites lèvres durant la phase de cicatrisation d'une excision) ne répond pas à l'application d'un onguent contenant un œstrogène. Il conviendra d'inciser la ligne d'accolement, de placer quelques points hémostatiques sur les tranches de section et de les maintenir séparées, par exemple à l'aide de tulle gras, jusqu'à guérison totale.

Occlusion de la partie distale du vagin : complications des MSF de types II, III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé

L'obstacle que peut constituer un rideau cicatriciel empêchant l'écoulement des sécrétions vaginales et du flux menstruel doit nécessairement être réséqué, avec la plus grande prudence et éventuellement sous guidance échographique.

Névrome du nerf dorsal du clitoris : toutes mutilations comportant une clitoridectomie

La section du nerf dorsal du clitoris et sa compression par du tissu cicatriciel peuvent causer une prolifération réactionnelle des fibres nerveuses et le développement d'une tumeur douloureuse à son extrémité. Le névrome peut atteindre un diamètre de plusieurs centimètres. Son ablation en est le traitement le plus efficace.

Kyste d'inclusion épidermique : tous types de mutilations génitales féminines

Le kyste de petite dimension, ne causant pas d'inconfort, ne nécessite pas nécessairement d'être traité. On prendra en considération la localisation du kyste et la pathologie iatrogène qui pourrait résulter de l'acte chirurgical pratiqué sur des tissus déjà endommagés.

Un kyste volumineux (des kystes de 15 cm de diamètre sont décrits) ou infecté doit être l'objet d'une marsupialisation. A cette fin, on pratiquera, à l'aide d'un bistouri, une incision verticale de la peau recouvrant le kyste et de la paroi de ce dernier, comme il est de coutume de faire pour un kyste du canal de la glande de Bartholin.

Le but de l'opération est de mettre le kyste à plat. L'énucléation du kyste n'est pas souhaitable : l'opération est plus longue, elle cause un traumatisme chirurgical plus important et n'est nullement plus efficace que la marsupialisation⁴. Après incision de l'abcès ou du kyste, les berges sont cousues à la peau et l'ouverture ainsi créée permet un drainage optimal du contenu.

Chéloïde : tous types de mutilations génitales féminines

Les chéloïdes sont extrêmement difficiles à traiter. En effet, leur résection donne souvent lieu à récurrence consécutive au traumatisme chirurgical. Il est donc indispensable que ce dernier soit réduit autant que faire se peut. Dans la phase postopératoire, un traitement local avec un corticostéroïde réduira la réaction cicatricielle.

Fistule : complication des MSF de types III et IV de l'Organisation mondiale de la santé

⁴ Marsupialisation : technique chirurgicale de drainage d'un abcès ou d'un kyste, que l'on ouvre vers l'extérieur.

Le traitement des fistules ne peut être décrit en détail ici ; il requiert une grande expertise de la part du chirurgien. Les taux de réussite atteignent 90 % pour les cas simples. Pour les cas compliqués, ces taux sont plus proches de 60 %. Deux semaines ou plus de soins postopératoires sont indispensables pour prévenir l'infection et assurer le succès durable de l'intervention. Un suivi psychologique est également indiqué pour traiter le traumatisme affectif et faciliter la réinsertion sociale de la patiente. Il est conseillé de pratiquer une césarienne lors de toute grossesse ultérieure.

Reconstruction du clitoris

La technique en question n'est pas à proprement parler une reconstruction de cet organe, après excision. Elle consiste, en réalité, en l'abaissement du moignon clitoridien (la pratique actuellement dans certains hôpitaux en France, en Espagne, au Burkina Faso et en Égypte (49, 50)).

La peau couvrant l'extrémité du moignon est réséquée ; ce dernier est ensuite dégagé du tissu cicatriciel avoisinant et son ligament suspenseur sectionné afin d'abaisser l'extrémité du clitoris jusqu'au niveau où est normalement situé le gland. Un surjet prenant le périoste et interposant les deux muscles bulbo-caverneux au-dessus de la partie distale du moignon clitoridien doit empêcher sa remontée. La partie supérieure de l'incision cutanée est ensuite suturée en deux plans (49, 50).

Seules deux études ont analysé les résultats de l'intervention, celle de Thabet en Égypte portant sur 60 cas de reconstruction du clitoris comparés à des cas témoins, et celle de Foldès en France portant sur une série de 453 femmes excisées ayant bénéficié d'une reconstruction du clitoris (49, 50). Selon l'étude française, dans 87 % des cas, un massif clitoridien aurait été visible 6 mois après l'intervention. Trois sur quatre de ces patientes auraient fait état d'une amélioration de la fonction sexuelle clitoridienne (50). L'appréciation du retentissement des MSF et de leur traitement sur la sexualité est sujette à caution suite au manque de données quant à la normalité dans ce domaine.

Il est important également de souligner que la prise en charge d'une femme excisée ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris. La femme qui fait la démarche de consulter doit pouvoir exprimer ses attentes, et le référent médical doit lui dire de manière objective les résultats qu'elle peut attendre de l'opération. Une discussion avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire permettra ainsi de mieux cerner la demande.

Les unités de prise en charge chirurgicale qui existent en France comprennent en général les professionnels suivants :

- sage-femme (information, explication) ;
- psychologue, ethno-psychothérapeute (évaluation du traumatisme) ;
- sexologue (évaluation des attentes sexuelles) ;
- infirmier de la cellule antidouleur (prise en charge de la douleur postopératoire) ;
- chirurgien, anesthésiste (prise en charge chirurgicale).

D'après le rapport de l'association Gynécologie sans frontières. GSF, 2010. (5), la désinfibulation lors de la grossesse ou de l'accouchement est indispensable pour permettre :

- les touchers vaginaux et la surveillance du col lors du travail ;
- les sondages vésicaux évacuateurs ;
- et surtout l'accouchement par voie vaginale.

En l'absence de désinfibulation, des complications obstétricales majeures peuvent survenir : la vulve occluse, cicatricielle, scléreuse constitue un obstacle mécanique à la progression de la présentation.

En dehors de la grossesse, la désinfibulation s'impose lorsque le pertuis préservé près de la fourchette s'oppose au libre écoulement de l'urine et/ou des règles. La gêne au libre écoulement des urines est source de rétention chronique d'urines dans le vagin, d'infection urinaire basse (cystite), voire d'infection urinaire haute (pyélonéphrite, insuffisance rénale).

La gêne au libre écoulement des règles est source de dysménorrhée, d'hématocolpos surinfecté, d'infections génitales basses, d'infections génitales hautes et donc de stérilité dramatique en raison de ses conséquences sociales en milieu africain.

Le procédé de reconstruction du clitoris après excision : cette technique, expérimentée en Afrique lors de missions chirurgicales, a bénéficié de l'expérience des techniques plastiques de reconstruction pénienne et de l'apport de recherches anatomiques sur l'innervation de l'organe. Elle vise à reconstituer un clitoris d'aspect et de situation normaux en retrouvant puis respectant son innervation.

L'opération de restauration du clitoris est considérée comme un acte de chirurgie réparatrice. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières cite la publication de Foldès sur 453 patientes (Série de P. Foldès) (50). Le suivi et l'évaluation se font sur le plan sensoriel (disparition de la douleur, sensibilité) ; sur le plan cosmétique (aspect, cicatrisation) ; sur le plan sexuel (apparition d'un potentiel de stimulation orgasmique) et sur le plan psychologique. Les patientes sont revues à 10 jours, 1 mois et 6 mois au minimum.

Tableau 18. Évaluation postopératoire des patientes d'après l'étude de Foldès en 2006 (50)

| Évaluation postopératoire : Anatomie | | Fonction clitoridienne | | |
|--------------------------------------|--|------------------------|-------------------------------------|------------|
| 0 | Pas de changement | 0 | Douleur persistante pas, de plaisir | 1 |
| 1 | Peu satisfaisant | 3 | Gêne légère | 13 (3 %) |
| 2 | Volume restitué en position anatomique, mais couvert | 50 (11 %) | Petite amélioration sans douleur | 84 (19 %) |
| 3 | Massif clitoridien visible | 135 (30 %) | Réelle amélioration | 146 (32 %) |
| 4 | Volume clitoridien normal | 168 (37 %) | Orgasme clitoridien parfois | 130 (29 %) |
| 5 | Aspect proche de la normale | 97 (21 %) | Sexualité clitoridienne normale | 65 (14 %) |
| NA | | 0 | | 14 (3 %) |

NA : non applicable, patientes sans partenaire ou ne souhaitant pas répondre

Sur le plan sensoriel : à ce stade de l'évaluation, les premiers résultats montrent une suppression constante et totale des phénomènes douloureux et notamment des gênes préexistantes vers la fin du premier mois ainsi qu'un résultat cosmétique satisfaisant pour les patientes et leurs partenaires au-delà de la sixième semaine.

Sur le plan cosmétique, les résultats anatomiques sont très satisfaisants, avec une restauration du massif clitoridien (au minimum de son volume) dans 87 % des cas. Le résultat anatomique est évalué par le chirurgien et non par les patientes pour deux raisons : tout d'abord, ces femmes ont une idée moins précise que le chirurgien du vaste éventail des différents aspects « normaux » du clitoris et de son capuchon et, d'autre part, elles recherchent en fait tant un aspect « normal » qu'un clitoris proéminent et très visible. Sur le plan sexuel : étant donné le caractère hétérogène de la population (origine géographique, langue parlée, milieu social), un questionnaire écrit, détaillé et potentiellement complexe ne peut être utilisé. Les résultats fonctionnels obtenus sont satisfaisants, avec une amélioration nette de la sexualité dans 75 % des cas. Un interrogatoire oral a été nécessaire pour cette évaluation.

Sur le plan psychologique, des contacts ont été pris pour la mise en place d'une consultation ethno-psychologique pour les patientes consentantes.

En conclusion, selon les auteurs, la technique présentée semble donner de bons résultats, tant anatomiques que fonctionnels. Simple de réalisation et reproductible, elle est actuellement réalisée sous anesthésie générale avec une journée d'hospitalisation.

Selon le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (5), il est important de ne pas oublier les effets « secondaires » possibles à l'issue de la chirurgie réparatrice.

En effet, l'intervention est souvent vécue avec appréhension par crainte de la douleur en postopératoire. Celle-ci peut réveiller l'évènement traumatique initial. La démarche de réparation entreprise par la femme peut être responsable d'un sentiment de rupture avec sa famille et ses racines.

Ces affects douloureux peuvent s'accroître lorsque la femme vit dans un climat d'insécurité lié à l'exil. Ce vécu devient dramatique lorsque la femme est bannie de sa communauté d'origine et qu'elle est en situation irrégulière, le pays d'accueil refusant sa régularisation.

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, 2011 (6) précise dans son rapport :

La chirurgie réparatrice : les contours de la demande.

La mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice remboursée par l'assurance maladie depuis 2004 constitue une avancée médicale significative. Elle permet notamment d'envisager les conséquences des mutilations sexuelles féminines sous l'angle de la santé publique. La technique a été mise au point en 2001 par le Dr P. Foldès ; il s'agit d'une clitoridoplastie avec libération du clitoris.

L'enquête ExH met en lumière le fait que les femmes « réparées » ont eu recours à l'opération pour deux principaux motifs : d'une part, pour « avoir une sexualité plus épanouie » et, d'autre part, pour « retrouver leur intégrité féminine ».

Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène (51), « Volet qualitatif du projet Excision et Handicap » permet d'éclaircir les contours de la demande en chirurgie réparatrice :

- plus de la moitié des femmes ont déjà entendu parler de l'opération de chirurgie réparatrice, les médias constituant le 1^{er} vecteur d'informations (44 %). Les plus jeunes, les plus instruites et celles qui ont été socialisées en France ont une meilleure information sur ce sujet ;
- 26 % des femmes, interrogées dans le cadre de cette enquête, sont intéressées par l'opération. Il s'agit de femmes plutôt jeunes, instruites et qui ont grandi en France, célibataires ou divorcées, séparées. Le principal motif étant, comme il a déjà été évoqué, l'épanouissement de la sexualité ;
- 60 % des femmes ne sont pas intéressées par l'opération ;
- 5 % des femmes (soit 28 femmes) ont eu recours à l'opération (ou sont en cours).

Elles présentent un niveau d'instruction plus élevé et ont plus souvent été socialisées en France.

Les femmes victimes d'excision souffrent de multiples violences et traumatismes. Selon le groupe, il convient d'insister sur le fait que sur le plan psychique, la « réparation » n'efface pas le traumatisme de l'excision. Physiquement, même lorsqu'il y a « réparation », la femme excisée ne retrouve pas une vulve similaire à celle d'une femme qui n'a subi aucune mutilation. En outre, le recours à la chirurgie réparatrice peut entraîner des difficultés d'ordre psychologique ou encore sexuel. À cet effet, ont été mises en place des équipes pluridisciplinaires (chirurgien, gynécologue, psychologue, sexologue...) suivant un protocole pour une meilleure prise en charge globale de la personne, appréhendant le processus de réparation et ses conséquences.

À ce jour, la France compte une dizaine d'unités réellement pluridisciplinaires mais leur nombre s'étend sur le territoire.

En définitive, peu de femmes ont recours à la chirurgie réparatrice qui, d'une part, ne s'adresse qu'aux femmes adultes et, d'autre part, ne constitue pas forcément une solution préétablie pour toute femme excisée.

D'après l'Institut national d'études démographiques en 2009 (14), sur les lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice, récemment, une étape importante a été franchie avec la mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice remboursé par l'assurance maladie. Actuellement, une quinzaine d'hôpitaux et cliniques propose l'opération. Cette avancée médicale ouvre la voie à la réversibilité des lésions qu'entraîne l'excision et il reste là aussi à identifier les situations pour lesquelles cette offre de soins est adaptée. Cette enquête a rédigé des recommandations :

- travailler à la définition d'une prise en charge systématique des femmes ayant subi une excision ;
- attirer l'attention sur les conséquences de l'excision sur la santé ressentie, tant dans le sentiment de tristesse que dans les douleurs dont l'intensité se traduit par des gênes au quotidien. Ces aspects plus subjectifs peuvent en effet apparaître de manière moins flagrante que des impacts physiques dans le cadre d'une consultation habituelle. Pour autant, la prise en compte de ces répercussions permettrait d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes excisées.

► **Conclusion sur le chapitre « Prise en charge d'une femme ayant subi une MSF selon les données de la littérature »**

Proposer une prise en charge pluridisciplinaire pour les femmes ayant subi une MSF (gynécologie, obstétrique, urologique, chirurgicale, psychologique, sexuelle, sociale).

À l'issue de la consultation, plusieurs choix sont possibles. Il est recommandé de proposer :

- un nouveau rendez-vous médical afin de revoir la patiente pour poursuivre le dialogue ;
- un suivi gynécologique vers des unités de gynécologie obstétrique, chirurgie, médico psychosociales pour une prise en charge pluridisciplinaire. Le protocole de chirurgie réparatrice (clitoridoplastie avec libération du clitoris) est remboursé par l'assurance maladie depuis 2004 ;
- une prise en charge psychologique, le corps mutilé ayant conservé une trace mnésique physique mais aussi psychique probablement indélébile ;
- un suivi sexologique afin d'évaluer les retentissements de la mutilation sur la sexualité et les conséquences sur le désir et le plaisir sexuels ;
- un contact avec une association ou une institution qui organise des groupes de parole autour de ces questions.

Si la femme est enceinte et/ou qu'elle a des filles ayant subi ou non une MSF, effectuez une évaluation initiale du risque de MSF pour ses enfants et évaluer le risque de MSF au niveau de la famille élargie (nièce, cousine).

Une femme peut révéler qu'elle a des filles âgées de plus de 18 ans qui ont déjà subi une MSF. Même si les filles ne veulent pas impliquer les autorités, il est important d'établir quand et par qui la MSF a été faite, et quelles sont les autres filles de son entourage qui peuvent être concernées par une MSF.

Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans.

► **Prise en charge chirurgicale**

L'opération de restauration du clitoris est considérée comme un acte de chirurgie réparatrice. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale.

Il est recommandé d'informer la patiente sur les modalités existantes de prise en charge (médicale et chirurgicale, notamment de reconstruction). Actuellement, une quinzaine d'hôpitaux et cliniques propose l'opération.

Les lésions pouvant être traitées chirurgicalement sont, par exemple :

Pour tout type de mutilation : accolement des moignons des petites lèvres, névrome du nerf dorsal du clitoris, kyste d'inclusion épidermique, cicatrices chéloïdes, chirurgie reconstructrice du clitoris.

- Pour les types de MSF II et III : occlusion de la partie distale du vagin ;
- pour les MSF de type III : désinfibulation ;
- pour les types de MSF III et IV : fistule.

Il est important de souligner que la prise en charge d'une femme excisée ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris. La femme qui fait la démarche de consulter doit pouvoir exprimer ses attentes, et le référent médical doit lui dire de manière objective les résultats qu'elle peut attendre de l'opération.

Il est recommandé de se référer sur le lien ci-dessous qui indique une liste actualisée de consultations et services spécialisés en matière d'activités chirurgicales.

<https://federationsgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excises-en-2018-1.pdf>

► **Prise en charge psychologique**

Les filles et les femmes vivant avec une MSF ont un risque élevé de développer une maladie psychiatrique.

Il est recommandé d'adresser à un avis spécialisé en psychiatrie les filles et les femmes ayant des problèmes de santé mentale tels qu'anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique, syndrome de stress post-traumatique compliqué.

La psychothérapie cognitive comportementale peut être proposée pour les filles et les femmes souffrant de troubles anxieux, d'une dépression, ou d'un syndrome de stress post-traumatique.

► **Prise en charge d'une femme enceinte**

La conduite à tenir lors de l'accouchement d'une patiente excisée ou infibulée doit être discutée et planifiée dès les premières consultations prénatales afin de préparer la femme et son entourage.

Le maximum d'informations doit être noté dans le dossier afin d'éviter que la femme mutilée ait à répéter son histoire.

Sans prise en charge adéquate, les femmes infibulées sont les plus sujettes aux complications en cours de grossesse et d'accouchement. Il est recommandé d'orienter la femme enceinte le plus précocement vers un service d'obstétrique spécialisé dans la prise en charge des MSF.

Liste des problèmes spécifiques aux femmes infibulées enceintes à prendre en compte lors des consultations prénatales

Sur le plan physique sont présents :

- un plus grand risque d'infections urinaires ;
- une prise de poids insuffisante (peur d'avoir un gros bébé) ;
- une anémie (refus de prendre du fer, tabous alimentaires pendant la grossesse pour la même raison).

Sur le plan psychologique est présente une peur de :

- la réaction du professionnel de santé à l'infibulation ;
- l'utilisation d'instruments pendant l'examen (spéculum) ;
- recevoir un traitement non approprié (comme une césarienne), parce que le médecin n'a pas l'habitude de voir des femmes infibulées ;

- la douleur pendant l'accouchement et le *post-partum* (réminiscence de la douleur de l'infibulation).

Une désinfibulation au deuxième trimestre de la grossesse, sous une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie, peut être proposée aux femmes chez qui, en raison de l'infibulation, l'examen vaginal n'est pas possible.

Une autre approche est possible si l'orifice vulvaire persistant après l'infibulation est de diamètre suffisant pour permettre d'examiner la patiente par voie vaginale. Dans ce cas, la désinfibulation peut être différée jusqu'à la phase d'expulsion du bébé.

Il est recommandé d'expliquer en quoi consiste la désinfibulation. Il est recommandé dans la mesure du possible de convaincre la patiente, avec beaucoup de tact et de patience, de l'intérêt qu'il y a à recréer une ouverture suffisamment grande pour permettre les rapports sexuels, l'émission de l'urine et l'écoulement du flux menstruel, sans la moindre entrave. Il est recommandé d'insister sur les répercussions néfastes pour la santé qu'entraîne l'infibulation, sans porter de jugement sur son contexte socioculturel.

Des planches anatomiques de vulves normales, infibulées et désinfibulées, et l'assistance d'une interprète peuvent se révéler être d'une grande utilité.

Il est recommandé d'aborder le thème de la réinfibulation illégale avec la femme et son partenaire.

► **Prise en charge des troubles de la sexualité**

Il est recommandé d'adresser à une consultation de sexologie les femmes mutilées ayant un trouble de la sexualité afin de prévenir et de prendre en charge leur dysfonctionnement sexuel.

10. Données sur la législation des mutilations sexuelles féminines

10.1.1 La législation et le signalement en France

► Mutilations sexuelles, infractions et juridictions compétentes

Infractions caractérisant une mutilation sexuelle

Les crimes

Selon l'**article 222-11 du Code pénal**, « les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Ainsi, les mutilations sexuelles constituent des violences volontaires, réprimées par le Code pénal.

Plus spécifiquement, les mutilations sexuelles sont réprimées au sein du Code pénal au titre :

- **de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente** : article 222-9. Cette infraction est punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende ;
- si l'infraction est commise à l'encontre d'un mineur de 15 ans, la peine encourue est de 15 ans de réclusion criminelle et est de 20 ans si elle est commise par un ascendant sur toute personne ayant autorité sur le mineur (article 222-10) ;
- **de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner** : **article 222-7**. Cette infraction est punie de 15 ans de réclusion criminelle ;
- la peine est portée à 20 ans de réclusion si l'infraction est commise à l'encontre d'un mineur de 15 ans et à 30 ans si elle commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur le mineur (article 222-8) ;
- **de torture ou actes de barbarie** : **article 222-1** (mais également l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales) ;
- ces infractions sont punies de 15 ans de réclusion criminelle ;
- la peine est de 20 ans de réclusion criminelle si ces actes sont commis sur un mineur de 15 ans ou une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge (article 222-3 alinéa 2).

Les délits

Deux délits ont également été introduits par la **loi du 5 août 2013**, loi de transposition de la convention du Conseil de l'Europe du 11 mai 2011, à l'**article 227-24-1 du Code pénal** :

- le fait de faire à un mineur des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle alors que cette mutilation n'a pas été réalisée ;
- le fait d'inciter directement autrui, par l'un des moyens énoncés au premier alinéa, à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée ;
- ces délits sont punis de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

La complicité et la tentative

- **L'article 121-7 du Code pénal** dispose qu'« est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation. Est également complice la personne qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué une infraction ou donné des instructions pour la commettre ».

- Le complice de mutilations sexuelles sera puni comme auteur de l'infraction (**article 121-6**) : il encourt donc les mêmes peines que l'auteur des mutilations sexuelles.
- En application de **l'article 113-7**, et depuis une loi du 4 avril 2006, de **l'article 222-16-2 du Code pénal**, la loi française s'appliquera si les mutilations sexuelles ont été commises par un Français ou par un étranger sur le territoire français, si la victime est de nationalité française, mais également si les mutilations ont eu lieu à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement en France.
- **De plus, selon l'article 113-5**, les auteurs et complices de mutilations sexuelles pourront également être poursuivis en France si les mutilations commises à l'étranger sont réprimées à la fois en France et à l'étranger, ou encore si elles ont été constatées par une décision définitive par les juridictions étrangères.
- **En application de l'article 121-4 du Code pénal**, est auteur de l'infraction la personne qui tente de commettre un crime, ou dans les cas prévus par la loi, un délit. Par conséquent, la personne qui tente de commettre une mutilation sexuelle sera qualifiée d'auteur de l'infraction. Toutefois, pour les délits définis à l'article 222-24-1 (don, promesse, incitation à se soumettre à une mutilation sexuelle), la tentative n'est pas spécifiée dans les textes.

La non-dénonciation et la non-assistance à personne en péril

La non-dénonciation d'une infraction est définie à **l'article 434-1 du Code pénal**, qui dispose dans son alinéa 1^{er} « le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».

L'obligation de signalement pour tout citoyen

Article 434-3 du Code pénal⁵

« Le fait, **pour quiconque** ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Les parents seront poursuivis aussi si le crime est commis sur leurs enfants mineurs (**article 434-1 alinéa 2**).

Exception à la non-dénonciation d'une infraction pour les personnes astreintes au secret professionnel

Toutefois, une exception existe à la non-dénonciation d'une infraction pour les personnes astreintes au secret professionnel (**article 434-1 alinéa 3**) : selon **l'article 226-13**, cela concerne les personnes dépositaires de l'information à caractère secret par état ou profession, ou en raison d'une fonction ou mission temporaire. Cet article ne concerne toutefois pas « celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique » (**article 226-14 du Code pénal**). En application de **l'article 223-6 du Code pénal**, « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne et qui

5

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289453&cidTexte=LEGITEX T000006070719&dateTexte=20180806>

s'abstient volontairement de le faire, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ».

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Ainsi, les professionnels sociaux, médicaux ou encore les enseignants peuvent être poursuivis pour non-assistance à personne en péril si, connaissant l'imminence d'une mutilation sexuelle, ils ne saisissent pas les autorités compétentes.

Par ailleurs, « quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements, ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende » (**article 434-3 Code pénal**).

Enfin, selon l'**article 434-5**, « toute menace ou tout autre acte d'intimidation à l'égard de quiconque, commis en vue de déterminer la victime d'un crime ou d'un délit à ne pas porter plainte ou à se rétracter, est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende ».

L'allongement du délai de prescription

Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans. Le délai de prescription est de 30 ans depuis la loi d'août 2018 : loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes NOR : JUSD1805895L.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037284450&categorieLien=>

Les juridictions compétentes

Les mutilations sexuelles caractérisées par les **articles 222-1, 222-3 alinéa 2 et 222-7 à 10 du Code pénal**, sont des crimes. Elles relèvent, par conséquent, de la compétence de **la cour d'assises**.

Les deux délits définis à l'**article 227-24-1 du Code pénal** relèvent quant à eux de la compétence du **tribunal correctionnel**.

► Les publications traitant de la législation en France

Le Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes en 2018 (11), communiqué de lutte contre les violences : les mutilations sexuelles féminines citent : deux millions de fillettes sont victimes, chaque année dans le monde, de mutilations sexuelles, parmi lesquelles l'excision est la plus fréquente. En plus des risques d'infection dus à des opérations réalisées dans des conditions d'hygiène les plus précaires, ces pratiques sont interdites, aussi bien en France qu'au niveau international.

Elles peuvent actuellement être sanctionnées en France par des peines allant jusqu'à 20 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende.

- Une plaquette d'information explique les conséquences de ces mutilations et comment la loi les punit.
- Une fiche qui résume les principales dispositions de la loi en matière de lutte contre les mutilations sexuelles en France.

Le traitement judiciaire français des situations de mutilations sexuelles féminines

Depuis 1979, il y a eu en France plus de 20 procès à l'encontre de parents dont les enfants sont morts sur le territoire français à la suite d'excisions, mais aussi à l'encontre d'exciseuses. Les « affaires d'excision » ont été jugées en correctionnelle jusqu'en 1983 où la cour de cassation a établi que l'ablation du clitoris était bien une mutilation au sens du Code pénal français, à l'occasion du jugement d'une femme française ayant mutilé sa fille. Il s'agissait d'une affaire de mauvais traitement ne relevant pas d'un contexte traditionnel.

Dans les affaires « d'excision traditionnelle » traitées par la justice française, les peines de prison prononcées ont été assorties de sursis jusqu'en 1991 pour les exciseuses et jusqu'en 1993 pour les parents.

Les mutilations sexuelles féminines : dispositions législatives (partie législative du Code pénal)

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement de mutilation sexuelle. Ces pratiques peuvent actuellement être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

- de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du Code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de 15 ans (article 222-10 du code pénal) ;
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du Code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du Code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de 15 ans.

Une action en justice peut également être engagée au titre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, conformément à l'article 222-12 du Code pénal qui prévoit une sanction de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans.

Les modifications qui suivent, introduites par la loi, ont précisément vocation à rendre plus effective la répression de ces pratiques sans que soit instaurée pour autant de qualification juridique spécifique.

L'allongement du délai de prescription, en matière d'action publique

Comme c'est déjà le cas pour l'inceste, le délai de prescription en matière d'action publique, article 7 du Code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du Code pénal) ;
- les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du Code pénal).

Le renforcement de la répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger

Le nouvel article 222-16-2, inséré dans le Code pénal, a pour objectif d'étendre l'application de la loi française, sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles.

Très précisément, l'article 222-16-2 prévoit que « dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12 » – soit respectivement des violences ayant entraîné la mort, une mutilation ou une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours (ce qui correspond aux qualifications pouvant être retenues pour sanctionner les cas de mutilations sexuelles) – « sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7 » de ce même code, qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Les dispositions générales, visées à l'article 113-8 du Code pénal qui prévoit que, préalablement à l'engagement de toute poursuite d'un délit commis à l'étranger, une plainte, soit de la victime, soit de ses ayants-droit, ou une dénonciation de l'État étranger est nécessaire, ne sont pas applicables pour l'infraction prévue par l'article 222-12 de ce même code, à savoir les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours.

Lorsque le défaut d'information concerne une de ces infractions mentionnées au premier alinéa, commise sur un mineur de 15 ans, les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

La possibilité de lever le secret professionnel en cas de mutilations sexuelles

Le Code pénal prévoyait déjà, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, notamment du secret médical, en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (point 1 de l'article 226-14 du même code). C'est dans un souci de clarification, afin de lever toute ambiguïté possible quant à la définition des termes, et de favoriser la dénonciation des cas de mutilations sexuelles, qu'il a été décidé de les viser expressément dans l'article 226-14 du Code pénal.

Les associations partenaires du Service des droits des femmes et de l'égalité

Sur ce sujet, le Service des droits des femmes et de l'égalité a établi un partenariat avec deux associations principales : le Groupe femmes pour l'Abolition des mutilations sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS) et la Commission pour l'Abolition des mutilations sexuelles (CAMS).

Le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS), constitué de femmes africaines et de femmes françaises ayant des compétences dans les champs de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience de prévention des mutilations génitales féminines, a été créé à Paris en 1982. Le GAMS est financé par le Service des droits des femmes et de l'égalité et le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD). Il mène des actions de prévention auprès des populations africaines immigrées en France, de sensibilisation et d'information des professionnels sociaux et médico-sociaux, éducateurs et enseignants. Il organise également des journées de réflexion, de séminaires, participe à des émissions radiophoniques, télévisuelles et met à la disposition des personnes intéressées des ressources.

La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) section française, créée en 1982, se distingue des autres associations travaillant dans ce domaine en ce qu'elle a mené également son combat sur le terrain judiciaire en se portant partie civile lorsque des cas d'excision ont été connus en France. Ainsi, une vingtaine de procès ont eu lieu devant la cour d'assises.

La CAMS poursuit aussi un but éducatif. Dans cette perspective, elle a conçu et produit différents matériels :

- un film de 17 mn : *Le Pari de Bintou*. Il s'agit d'une fiction qui, par l'histoire qu'elle raconte et le caractère des personnages mis en scène, permet de percevoir de manière positive la lutte contre l'excision. La vidéo existe en version française (sous-titrée en anglais) et en version anglaise ;
- une cassette audio dont le texte, dit en français et quatre langues africaines, invite à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane ;
- des affiches et un dépliant expliquant sous forme de questions/réponses la position de la CAMS. La CAMS poursuit aussi son action à l'étranger par ses combats très nombreux, la diffusion de son matériel, et la participation à des réunions internationales sur le sujet des mutilations sexuelles.

Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) lutte également aux niveaux mondial, européen et national pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale en 2011 (6) indique :

La loi française : Le code pénal

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement de mutilations sexuelles. Ces pratiques sont actuellement poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

- de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du Code pénal). Les peines encourues, lorsque l'infraction est commise à l'encontre de mineurs de 15 ans, sont de 15 ans de réclusion criminelle ou de 20 ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur le mineur (article 222-10 du Code pénal) ;
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du Code pénal), ou à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle concerne des mineurs de 15 ans ou de 30 ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur ce mineur (article 222-8 du Code pénal).

Il est rappelé que la loi française est applicable à toute personne vivant sur le territoire national, quelle que soit sa nationalité.

Une action en justice peut être engagée jusqu'à 20 ans après la majorité de la victime.

La loi française s'applique aussi lorsque la mutilation est commise à l'étranger. Dans ce cas, l'auteur, qu'il soit français ou étranger, pourra être poursuivi en France, à condition que la victime soit de nationalité française ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (article 222-16-2 du Code pénal).

Par ailleurs, la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants prévoit que l'interdiction de sortie de territoire d'un mineur, ordonnée par le juge des enfants, dans le cadre de l'assistance éducative, est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République. Ce dispositif a vocation à s'appliquer afin de prévenir toute sortie du territoire en cas notamment de menace de mutilations sexuelles féminines, lorsque l'un des parents désire emmener une mineure à l'étranger.

Enfin, le Code pénal autorise, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, en cas d'atteintes sexuelles infligées – dont les mutilations sexuelles féminines – à une mineure ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. Il s'agit ici, à travers cette possibilité de levée du secret professionnel, de favoriser la protection des victimes.

En outre, il est relevé que la loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration qui rend la signature d'un contrat d'accueil et d'intégration obligatoire pour tout nouvel arrivant (obligation effective depuis le 1^{er} janvier 2007) élargit son champ d'application aux mineurs entre 16 et 18 ans et précise son contenu.

Ce contrat impose une formation civique portant sur les institutions françaises et les « valeurs de la République » (dont fait partie l'égalité homme-femme), ainsi qu'une formation linguistique (modulée suivant les besoins individuels et validée par un diplôme).

Le contrat d'accueil et d'intégration stipule que son signataire s'engage à ne pas exciser ou marier son enfant de force.

Le respect de ce contrat (le suivi des formations notamment) devient l'élément déterminant permettant l'obtention du premier renouvellement d'un titre de séjour temporaire, puis d'une carte de résident de 10 ans après un minimum de 5 ans de présence. Pour délivrer ces titres, les préfets

doivent s'appuyer sur les maires à qui il appartient désormais de se prononcer sur la « volonté d'intégration des demandeurs » et sur le respect des obligations prévues par le contrat.

Selon le groupe, le combat contre les mutilations sexuelles féminines passe par une lutte sur le terrain législatif avec l'organisation de procès qui ont permis un recul de la pratique sur le territoire français. La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (CAMS)⁶, notamment, a mené, dès l'origine et jusqu'à ce jour, un combat sur ce terrain, en se portant partie civile lors des procès qui se sont tenus pour des cas d'excision commis en France.

Pourtant, le groupe de travail regrette que la procédure judiciaire soit lente, sans certitude d'aboutir et dépende grandement de la sensibilité du procureur ; le risque de classement sans suite reste élevé, surtout lorsque l'excision a été pratiquée à l'étranger. En effet, afin que l'exemplarité des peines puisse jouer son rôle de prévention et de réparation pour les victimes, il importe que les poursuites soient effectivement engagées et que les peines soient dissuasives.

b) Demande d'asile et statut de réfugié

La volonté de se soustraire à une mutilation sexuelle féminine pour soi-même ou sa(es) fille(s) fait partie des situations pouvant entraîner l'admission au statut de réfugié depuis décembre 2001, marquant une avancée significative. Le statut de réfugié est accordé à toute personne craignant avec raison, selon les membres du groupe, d'être persécutée dans son pays du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques.

La protection subsidiaire est accordée à l'étranger établissant qu'il est exposé dans son pays à des menaces graves de peine de mort, de tortures ou de peines ou de traitements inhumains ou dégradants, ou, s'il s'agit d'un civil, à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée qui résulte d'une situation de conflit armé interne ou internationale.

Le groupe a pu constater combien il a été difficile de faire entendre que les femmes étaient un groupe social à part entière, lié au genre, et que les mutilations sexuelles féminines constituaient une violence politique contre celles-ci. Il est d'ailleurs observé que la mise en application de ces dispositions ne va toujours pas de soi.

En outre, les membres du groupe ont soulevé les difficultés liées à la mise en œuvre de la circulaire de 2006 donnant aux parents d'enfants scolarisés la possibilité de bénéficier d'une régularisation. Cette circulaire a en effet eu pour conséquence de créer un afflux important de demandeurs d'asile. Or un grand nombre de migrants sans papier ne remplissaient pas les critères définis dans cette circulaire et n'avaient donc pas la possibilité d'être régularisés. Puis, dans la mesure où ils s'étaient fait connaître des services de préfecture, certains d'entre eux, soutenus par des associations, se sont « engouffrés » dans la possibilité qu'offrait le droit d'asile politique relatif au risque d'excision. Ainsi, alors qu'on comptait entre 150 et 200 dossiers de demande d'asile par an, on est passé à 200 dossiers par mois. Les associations et les services de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ont été débordés. Durant l'été 2008, l'OFPRA a décidé de ne plus reconnaître l'asile politique aux parents mais d'utiliser la protection subsidiaire conformément à une directive européenne.

Il est précisé que si l'asile politique conventionnel donne droit à un titre de séjour valable 10 ans renouvelable, la protection subsidiaire, quant à elle, donne droit en théorie à une protection de l'État français durant 5 ans, avec un examen, en principe chaque année, des craintes actuelles éprouvées. Elle reste donc provisoire et aléatoire.

Par ailleurs, entre 2008 et début 2009, la protection subsidiaire n'était accordée qu'à l'enfant, non à toute la famille. Ceci a donné lieu à des situations où les enfants devaient rester sur le sol

⁶ Se distingue du Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés (GAMS)

français avec des parents ni régularisés, ni régularisables, sans omettre les pratiques très diverses adoptées par les préfetures.

Dans ce contexte, la fédération nationale Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés (GAMS) a entamé des travaux de réflexion avec la Commission nationale du droit d'asile (CNDA). Finalement, une nouvelle jurisprudence a été adoptée en mars 2009, permettant à l'ensemble de la famille de bénéficier de la protection subsidiaire.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières (5) indique les dates importantes pour les conséquences médicales immédiates et à court terme :

- 1984 : signature par la France de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- 1989 : signature par la France de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989) ;
- 1994 : Code pénal issu de la loi du 22 juillet 1992 qui renforce la protection de la personne ;
- 2006 : loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

Et la publication de textes destinés aux professionnels de santé :

- 2006 : circulaire DGS/SD 2 C n°2006-529 du 13 décembre relative à la formation de certaines professions de santé dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines ;
- 2007 : circulaire interministérielle DGS/SD 2 C n 2007-98 du 8 mars relative à la formation des étudiants en médecine, dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

Les qualifications pénales suivantes peuvent être retenues selon les conditions de commission de l'acte et selon sa gravité :

- * Article 222-7 du Code pénal : « *Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de 15 ans de réclusion criminelle* ». Circonstances aggravantes : article 222-8 du Code pénal : « *Lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de 15 ans, la peine est portée à 20 ans de réclusion criminelle ; elle est portée à 30 ans de réclusion criminelle lorsque les violences sont commises sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur* ».
- * Article 222-9 du Code pénal : « *Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende* ».
- Circonstances aggravantes : article 222-10 du Code pénal : « *Lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de 15 ans, la peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle ; elle est portée à 20 ans de réclusion criminelle lorsque les violences sont commises sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur* ».
- Article 222-11 du Code pénal : « *Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende* ».
- **Circonstances aggravantes** : article 222-12 du Code pénal : « *Lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de 15 ans, la peine est portée à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende. Lorsqu'elles sont commises sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, la peine encourue est portée à 10 ans d'emprisonnement et à 15 000 € d'amende. Des poursuites sont également possibles pour **non-assistance à personne en danger*** ».
- * **Art. 223-6 du Code pénal** : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne s'abstient volontairement de la faire sera puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

Depuis la loi du 4 avril 2006, pour renforcer l'effectivité de la répression des pratiques de mutilation sexuelle féminine, trois nouvelles mesures ont été mises en place.

Allongement du délai de prescription de l'action publique

Pour des faits non prescrits à la date d'entrée en vigueur de la loi du 4 avril, le délai de prescription de l'action publique (article 7 du Code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits) a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du Code pénal) ;
- les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du Code pénal).

* Répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger. L'objectif du nouvel article 222-16-2 du Code pénal est d'étendre l'application de la loi française aux mineurs de nationalité étrangère résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles : « *Dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8 [violences ayant entraîné la mort], 222-10 [violences ayant entraîné des mutilations] ou 222-12 [violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours] sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7* » du Code pénal qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Ainsi, même si la victime n'a pas la nationalité française, condition en principe exigée, la loi pénale française peut s'appliquer en cas de commission de l'infraction à l'étranger.

De plus, pour les délits, la plainte de la victime, là encore, n'est plus nécessaire pour engager les poursuites dans le cadre de la loi française. *Possibilité de lever le secret médical en cas de mutilations sexuelles féminines.

Le Code pénal prévoyait déjà, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, notamment du secret médical en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (alinéa 1 de l'article 226-14).

Dans un souci de clarification et pour favoriser leur révélation, les « mutilations sexuelles » sont maintenant expressément visées dans l'article 226-14 du Code pénal. Article 226-13 du code pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* »

Article 226-14 du Code pénal : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1 À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

2 Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; ... Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».

En vertu de ce dernier alinéa de l'article 226-14 du Code pénal, le médecin qui signale les faits dans les conditions visées ne peut faire l'objet d'aucune poursuite ni de sanction devant le Conseil de l'ordre.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières. (5) précise concernant le signalement :

En cas de risque imminent, le praticien a l'obligation d'intervenir : il doit en informer :

- le procureur de la République du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente (si vous n'en connaissez pas les coordonnées, adressez-vous aux services de police et de gendarmerie qui disposent des coordonnées des magistrats de permanence) ;
- les services du Conseil général (Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes).

Face aux mutilations sexuelles féminines, le praticien peut être confronté à deux situations distinctes :

- soit il constate l'existence d'une lésion des organes génitaux ;
- soit il a connaissance d'un risque de mutilation sexuelle.

Soit, il constate l'atteinte de l'organe génital féminin : les faits sont donc réalisés sur la personne de la patiente examinée.

Au regard de la loi pénale (responsabilité pénale)

- **Si la patiente est mineure ou vulnérable** (elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique), le médecin peut porter à la connaissance des autorités judiciaires (procureur de la République), médicales ou administratives (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du Conseil Général) les atteintes constatées.

(L'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la possibilité de lever le secret professionnel pour celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives).

- **Si la patiente est majeure**, le médecin peut révéler les faits avec l'accord de la patiente.

Dans ces hypothèses, l'article 226-14 du Code pénal autorise le praticien à révéler. Cette disposition justifie le non-respect de l'obligation à se taire. Dans ces deux situations, le praticien ne peut être poursuivi, ni devant les juridictions pénales pour violation du secret professionnel, ni devant les juridictions ordinaires, ce même article précisant que : « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues [ci-dessus] ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire* ».

Dans ces deux situations, le praticien ne peut être poursuivi, ni devant les juridictions pénales pour violation du secret professionnel, ni devant les juridictions ordinaires, ce même article précisant que : « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues [ci-dessus] ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire* ».

Au regard du code de déontologie (responsabilité disciplinaire des professionnels de santé)

Le professionnel de santé est un médecin

Outre le Code pénal, le Code de déontologie médicale détermine le cadre professionnel dans lequel le praticien intervient : en vertu de l'article R.4127-44 du Code de la santé publique (article 44 du code de déontologie) « *lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de [moins de] 15 ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives* ». Le respect de

ces règles relève des juridictions de l'Ordre des médecins. Depuis la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, le terme mineur concerne « l'adolescent jusqu'à 18 ans ».

Le professionnel de santé est une sage-femme

L'article R. 4127-316 du Code de la santé publique prévoit : « Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger ».

Le professionnel de santé est une infirmière

L'article R. 4312-7 du Code de la santé publique : « *Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il ou elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de [moins de] 15 ans.*

Soit, il a connaissance d'un risque de mutilation sexuelle. Dans la quasi-totalité des cas, ce risque concernera une mineure, mais peut aussi concerner une femme majeure par exemple dans la perspective d'un mariage. »

Si le danger de mutilation sexuelle est imminent et réel

Le praticien ne peut pas se retrancher derrière le secret médical, il a l'obligation d'intervenir :

- **pour empêcher la commission des faits** : cette intervention est une action personnelle pour s'interposer (sans risque pour celui qui agit) ou le plus souvent, pour avertir les autorités compétentes donc, révéler l'information (article 223-6 al. 1^{er} du Code pénal réprime l'omission d'empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne) ;
- **pour porter secours à la personne en danger** : à nouveau, l'obligation d'agir est une assistance directe et personnelle, à défaut une assistance indirecte en provoquant les secours. Cette diligence impose alors au praticien la révélation des informations dont il a eu connaissance aussi dans sa pratique médicale (article 223-6 al. 2 du Code pénal réprime l'omission de porter secours ou la non-assistance à personne en danger).

10.1.2 La législation internationale

La législation ailleurs dans le monde

Progressivement, les législations des pays concernés évoluent vers une pénalisation de la pratique des MSF.

Dans 24 des 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où elles sont pratiquées, les mutilations sexuelles féminines sont condamnées par la loi ou par un décret constitutionnel.

Selon le rapport de l'UNICEF *Unite for Children* en 2013 (4),

24 des 29 pays où sont les MSF sont concentrées ont adopté des décrets ou promulgué des lois en relation avec les MSF (4). Se référer au tableau ci-dessous.

Tableau 19. Pays ayant adopté des décrets ou promulgué des lois en relation avec les MSF d'après l'UNICEF (4)

| Pays | Année |
|--------------|-------|
| Bénin | 2003 |
| Burkina Faso | 1996 |

| Pays | Année |
|--------------------------------|-------------|
| Tchad | 2003 |
| République Centrafricaine | 1966, 1996* |
| Côte d'Ivoire | 1998 |
| Djibouti 1995 | 2009* |
| Égypte | 2008 |
| Érythrée | 2007 |
| Éthiopie | 2004 |
| Ghana | 1994, 2007* |
| Guinée | 1965, 2000* |
| Guinée-Bissau | 2011 |
| Iraq (région du Kurdistan) | 2011 |
| Kenya | 2001, *2011 |
| Mauritanie | 2005 |
| Niger | 2003 |
| Nigéria (quelques états) | 1999-2006 |
| Sénégal | 1999 |
| Somalie | 2012 |
| Soudan (quelques états) | 2008-2009 |
| Togo | 1998 |
| Ouganda | 2010 |
| République unifiée de Tanzanie | 1998 |
| Yémen | 2001 |

Note : certaines lois furent promulguées durant l'époque coloniale dans certains pays africains incluant le Kenya et le Soudan.

Ce tableau inclut seulement les législations qui ont été adoptées par les pays africains indépendants et ne reflète pas :

- l'état actuel de l'arsenal législatif ;
- les amendements des lois originales ni les nouvelles lois *.

Selon le Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes en 2018 (11), Communiqué de Lutte contre les violences : les mutilations sexuelles féminines, les textes de référence internationaux sont :

- la Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990. Elle dispose dans son article 24 que : « les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ». Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains, comme le Bénin ou le Mali ;
- la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984. Elle dispose dans son article 2 que : « les États parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes » ;
- la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Elle dispose dans son article 4 que : « la personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit ». Plus de cinquante États africains ont adhéré à cette charte ;
- la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Elle dispose, dans son article 21.1, que : « les États parties à la présente charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier :
 - 1a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ;
 - 1b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons ».

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale en 2011 (6) indique :

Au niveau international pour les résolutions européennes et internationales, il a été rapporté dans le cadre de ce groupe de travail que le recul de la pratique des mutilations sexuelles féminines sur le sol européen est dépendant du degré de mobilisation des États et de l'engagement de la société civile.

Il faudra encore attendre 2003 pour que l'ensemble des pays membres de l'Union africaine signent un protocole condamnant officiellement les mutilations sexuelles et les interdisent (dit protocole de Maputo ; entré en vigueur le 26 septembre 2005).

Par ailleurs, comme il l'a été relevé dans des développements précédents, des lois existent dans la plupart des pays africains mais sont encore inégalement appliquées.

En effet, il ne faut pas confondre ce qui se pratique dans les régions d'origine des migrants avec la politique menée au niveau national dans ces mêmes pays. Par exemple, au Sénégal, une loi interdit les MSF et plusieurs procès ont eu lieu, entraînant des condamnations. Le président actuel a d'ailleurs soutenu les associations luttant contre les mutilations sexuelles féminines. Or, les migrantes venues en France, victimes de mutilations sexuelles féminines, viennent d'une région très pauvre, enclavée, où les pratiques traditionnelles néfastes ont une grande importance et qui traversent trois pays : le Sénégal, le Mali et la Mauritanie. Si l'on prend l'exemple du Mali, il n'existe pas de loi contre l'excision. La Fédération des associations de femmes milite pour une loi, avec pour objectif l'abolition des mutilations sexuelles mais les résistances demeurent fortes.

11. Version de la recommandation soumise aux parties prenantes

Préambule

Cette thématique concerne l'ensemble des professionnels en charge du bien-être et de la santé des enfants, des adolescentes et des femmes.

Cette recommandation porte sur la prise en charge en premier recours des enfants, adolescentes, femmes, à risque ou victimes de mutilations sexuelles féminines (MSF). Dans le monde, 200 millions de filles et de femmes ont été mutilées dans au moins une quarantaine⁷ de pays qui pratiquent ces mutilations, soit parce que c'est une tradition locale, soit via les diasporas. Il s'agit d'une très ancienne pratique coutumière qui ne correspond aux préceptes d'aucune religion. En Europe, 500 000 filles et femmes sont mutilées ou exposées au risque de mutilations sexuelles féminines. Les mutilations sexuelles concernent entre 51 000 à 60 000 femmes⁸. En France, environ 11 % des filles de ces femmes mutilées sexuellement le sont également. Et entre 12 et 20 % (de 0 à 18 ans) de ces filles sont encore menacées du fait des convictions de leurs propres parents, soit par les pressions sociales exercées par les familles élargies demeurant dans les pays d'origine⁹.

Même si aujourd'hui, à l'échelle internationale, la majorité des victimes sont âgées de moins de 5 ans, en ce qui concerne la France, compte tenu de sa double approche préventive (notamment en PMI) et répressive (par les procès), les âges des potentielles victimes ont une nette tendance à reculer entre 6 et 18 ans. Les MSF sont interdites, aussi bien en France qu'au niveau international, y compris dans les pays d'origine.

Recommandations

1 Données générales

1.1 Définition des mutilations sexuelles

Elles sont définies par l'ablation totale ou partielle de tout ou d'une partie des organes sexuels externes à des fins autres que thérapeutiques. La classification des différents types de mutilations sexuelles féminines est proposée dans l'annexe 1 de la recommandation.

Cette classification est descriptive et ne préjuge pas de la gravité et des conséquences sur la santé des femmes et des mineures (des nouvelles-nées jusqu'à l'âge de 18 ans).

Un schéma des différents types de mutilations est proposé dans l'annexe 2 de l'argumentaire.

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) de type II et de type III représentent environ respectivement 80 % et 15 % des mutilations en France.

1.2 Les pays qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines

L'élément prioritaire à prendre en compte est l'origine et/ou le pays de naissance des parents, ainsi que l'ethnie et/ou la région d'origine, y compris pour les mineures nées en France. Pour mémoire, 200 millions de femmes sont mutilées sexuellement.

⁷ Se référer au chapitre 1.2.3 « Les mutilations sexuelles féminines dans le monde de l'argumentaire ».

⁸ Trente pays disposent d'études démographiques et de santé sur les populations. Par ailleurs, d'autres pays concernés n'ont pas de données quantitatives ou ne sont que des estimations. Par exemple, 70 millions pour la seule Indonésie sur les MSF.

⁹ Institut national d'études démographiques, « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France ». https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf.

Les MSF se pratiquent sur tous les continents.

Les MSF peuvent être pratiquées à tout âge et dans toutes les catégories socio-professionnelles. Les enfants mutilés sont de plus en plus jeunes. Quarante-quatre millions sont des filles âgées de moins de 15 ans. Dans la plupart des pays, la majorité des fillettes a été mutilée avant l'âge de 5 ans.

En France, le groupe de travail souligne que le risque existe à tout âge et en particulier à des moments clés de sa vie :

- après l'arrêt ou l'absence du suivi de PMI ;
- avant l'entrée au collège ;
- ou l'entrée au lycée.

En France, les pays les plus fréquents dont sont originaires les femmes et les mineures mutilées sexuellement sont présentés dans le tableau ci-dessous.

La prévalence des MSF en Afrique est proposée en annexe 3 de la recommandation.

Tableau 1. Ressortissants des pays concernés par les MSF en France

| Continents | Par ordre décroissant, les ressortissants des pays concernés par les MSF présents en France |
|------------------------|--|
| Afrique | Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Cameroun, Guinée-Conakry, Égypte, Togo Concernées dans des proportions moindres (par ordre alphabétique) : Djibouti, Érythrée, Gambie, Nigeria, Mauritanie, République Centrafricaine, Somalie, Soudan, Tchad |
| Asie | Indonésie, Inde (nord-sectes Dawoodi Bohra), Thaïlande (sud) |
| Proche et Moyen Orient | Iran, Irak, Yémen ¹⁰ |
| Océanie | Malaisie |

2 Les conséquences des mutilations sexuelles féminines

Tous les types de MSF peuvent avoir chez la mineure et la femme des conséquences dramatiques pouvant aboutir à leur décès.

Le groupe de travail souhaite que le terme « mineure » remplace les termes de fille et enfant. En précisant que c'est au sens de la Convention Internationale des droits de l'enfant de 0 à 18 ans.

2.1 Les conséquences médicales immédiates

| Conséquences médicales immédiates des MSF |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Décès par hémorragie grave, septicémie, choc neurogénique • État de choc psychotraumatique • Saignements, hémorragies • Douleur intense • Lésions traumatiques des organes voisins : l'urètre • Troubles urinaires : rétention urinaire réflexe ; dysurie • Infections aiguës internes et externes de l'appareil génito-urinaire • Facteur de risque possible de transmission des maladies hématogènes virales et bactériennes comme le tétanos, le VIH, les hépatites B et C, le virus d'herpès simplex • Fractures en rapport avec les mouvements de défense de la mineure ou de la femme |

2.2 Les conséquences médicales à moyen et long terme

La nature et la gravité des complications médicales dépendent du type de MSF.

¹⁰ Seul le Yémen dispose de sources scientifiques quantitativement fiables. Pour les autres pays, ce sont des données qualitatives.

2.2.1 Les complications des mutilations sexuelles féminines de types I et II

Les complications des mutilations sexuelles féminines de types I et II

- Douleurs chroniques vulvaires et pelviennes
- Mauvaise qualité de cicatrisation en raison de l'absence de conditions d'asepsie et l'absence de suture
- Cicatrices chéloïdes, névromes cicatriciels, kystes épidermiques, kystes des glandes vulvaires
- Diminution des rapports sexuels (apareunie, dyspareunie, fonction sexuelle altérée)
- Dysménorrhée, d'origine psychotraumatique

2.2.2 Les complications des mutilations sexuelles féminines de type III

Ces complications s'observent principalement dans les pays où se pratiquent les MSF de type III. En France ces complications sont beaucoup plus rares.

Complications des mutilations sexuelles féminines de type III

- Hématocolpos, infections génitales chroniques
- Infertilité en raison d'une augmentation des infections génitales hautes à répétition
- Dysurie et ses conséquences. Par exemple, infections urinaires récurrentes et notamment pendant la grossesse
- Dystocie, fistules vésico-vaginales, recto-vaginales
- Augmentation des pathologies de la grossesse (menace d'accouchement prématuré, mort fœtale in utero)

2.3 Les conséquences obstétricales

Lors de la grossesse, les mutilations sexuelles féminines sont associées à une augmentation du risque d'infection urinaire, de vaginose et par là même à un risque discrètement augmenté d'avortements spontanés tardifs et de menaces d'accouchement prématuré.

Lors de l'accouchement, des complications obstétricales graves sont décrites dans les pays en voie de développement :

- pour l'enfant : dystocie en rapport avec l'obstruction à la naissance avec anoxie néonatale, séquelles neurologiques, décès perpartal ou néo-natal ;
- pour la mère : fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, augmentation des pertes sanguines, augmentation du risque de césarienne et d'extractions instrumentales. Ces complications sont le plus souvent observées en cas d'infibulation.

Les complications obstétricales des MSF sont variables en fonction :

- du type de mutilation ;
- de la situation socio-économique de la famille ;
- du contexte sanitaire des pays où a lieu l'accouchement qui peut être très variable en zone rurale ou urbaine.

Les publications sont nombreuses et contradictoires. On estime que lorsque la situation sanitaire n'est pas optimale, les MSF de type III s'accompagnent d'une augmentation du nombre de décès per-partum notamment en raison d'une dystocie mécanique. Cette dystocie peut également entraîner la survenue de fistules uro-génitales et ano-génitales par nécrose des tissus.

Des complications telles qu'une augmentation de la durée du travail, des épisiotomies, des déchirures ou l'hémorragie de la délivrance sont rapportées. Ces complications sont à relativiser en fonction de l'âge de la parturiente (grossesses parfois (ultra) précoces) et en l'absence d'une aide médicale professionnelle formée à ce type de complications.

Dans les pays où l'accouchement est médicalisé, la désinfibulation des MSF de type III permet un accouchement dans des conditions proches de la normale et les mutilations de type II semblent principalement associées à une augmentation des déchirures périnéales antérieures.

2.4 Les conséquences sexuelles

Les troubles sexuels ne sont pas corrélés au type de mutilation et peuvent être multifactoriels (par exemple, mariage forcé ou autres violences subies, psychotraumatisme).

Conséquences sexuelles des MSF

- Troubles du désir (hypoactif), voire anaphrodisie (absence totale de désir)
- Dyspareunies, parfois douleurs permanentes (liées à des névromes par exemple)
- Pénétrations vaginales impossibles (brides cicatricielles, souvent séquelles d'accouchements traumatiques), vaginisme
- Fréquence diminuée des orgasmes, voire anorgasmie
- Difficultés dans la vie de couple

2.5 Les conséquences psychologiques

Les séquelles psychologiques des MSF sont fréquentes et participent au risque accru de développer des troubles psychiatriques et psychosomatiques.

Conséquences psychologiques des MSF

- Troubles du stress post-traumatique (par exemple, reviviscences diurnes et nocturnes (cauchemars)) (se référer au DSM 5)
- États dissociatifs post-traumatiques (par exemple, détachement, absence d'affect lors de l'évocation de la mutilation)
- Dépression, repli sur soi, perte de l'estime de soi, sentiment d'être différente, anormale, de honte, sentiment d'injustice, de colère
- Anxiété, phobies électives, angoisse des rapports sexuels et de l'accouchement

Au vu des complications sur la santé entre autres, la prévention est primordiale. Il est recommandé pour les professionnels en lien avec la famille et les enfants d'évaluer et de prévenir par tous moyens légaux le risque de MSF.

3. Évaluer le niveau de risque de MSF

3.1 Les facteurs de risque qu'une patiente puisse être considérée à risque d'avoir une MSF

- Une mineure dont le père et/ou la mère vient d'une communauté pratiquant les MSF.
- La famille est originaire d'une communauté qui est connue pour pratiquer les MSF. Une femme peut être victime d'une pression exercée par son conjoint ou par d'autres membres de sa famille ou de celle de son conjoint ou de sa belle-famille. Elle peut être amenée à autoriser, voire à organiser la mutilation de sa propre fille.
- La mère de la fille, sa sœur, sa cousine ont subi une MSF. À défaut, un membre de la famille (grand-mère, tante, etc.) se chargera de faire pratiquer la MSF, avec ou sans l'accord des parents (père et/ou mère), partant du principe que le collectif prime sur l'individu.
- La famille indique que des personnes de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé ou que ces personnes sont impliquées dans l'éducation des petites filles.

Lorsque l'on aborde le sujet des MSF avec la famille :

- la famille croit que les MSF sont essentielles à sa culture, à ses coutumes ou à sa religion ;
- les parents minimisent les risques de santé et de mortalité liés aux MSF ;

- ils méconnaissent la législation française et celle du pays d'origine. Les parents pensent que le risque légal de pratiquer une MSF sur leur enfant est moindre pour eux s'ils sont à l'extérieur de la France.

3.2 Les indicateurs spécifiques chez une mineure

Naitre d'une mère qui a subi une MSF constitue un facteur de risque important. Les MSF sont pratiquées à tout âge et dans le contexte familial. Le fait d'avoir quitté son pays ne suffit pas toujours à assurer la protection de la fille, voire inversement peut-être renforcé par le repli identitaire.

- Les parents envisagent un voyage pour leur fille à l'étranger, y compris en Europe. Différents motifs peuvent être invoqués (fête familiale, maladie d'un proche, etc.) ou indiquent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée.
- La mineure confie au professionnel de santé qu'elle va participer à une fête, un rituel particulier, comme « un baptême », où elle recevrait « des cadeaux », « une belle robe », à une occasion de « devenir une femme » ou qu'elle va partir pour de longues vacances.
- La famille n'assure pas le suivi médical de la mineure (par exemple, carnet de santé vide).
- Les parents envisagent le retour au pays d'origine.
- Les parents demandent une vaccination, une prophylaxie pour un voyage à l'étranger. La mineure vient d'être vaccinée contre la fièvre jaune.
- Le voyage peut ne concerner que les filles de la famille.
- Un parent ou un membre de la famille, de l'entourage exprime son inquiétude sur le risque d'une MSF pour une mineure.
- La mineure parle de MSF lors d'une conversation, par exemple en parlant d'une autre enfant.
- Une mineure demande de l'aide à un adulte car elle est informée ou elle suspecte qu'elle risque de subir une MSF.

4. Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines ?

Il est recommandé pour une première consultation, quel que soit le motif, que la patiente soit vue seule.

Il est recommandé d'aborder le sujet sans craindre de heurter la personne chaque fois qu'il existe des facteurs de risque.

Il est recommandé de connaître un minimum le sujet et de s'assurer que l'on dispose du temps approprié pour écouter la patiente.

Utiliser un interprète

Le recours à un organisme d'interprétariat est indispensable en cas de barrière linguistique. L'interprète ne doit jamais être :

- un membre de la famille ;
- ou connu comme ayant une influence sur la mineure ou la femme ;
- ou faisant partie de la communauté dont est originaire la patiente.

Il est recommandé, lors d'un recours à un interprète, de noter son nom et le service auquel il appartient. Il est recommandé, dans le cas d'une impossibilité de recourir à un interprète, d'orienter la femme vers une structure de soins spécialisés ou une association s'occupant des MSF.

4.1 Aborder le sujet sereinement avec les patientes (femmes, mineures)

Il est recommandé de :

- partir du savoir et du vocabulaire de la patiente, d'apprendre de ses dires ;
- utiliser un vocabulaire adapté accessible ; essayer, avec la patiente ou sa famille, des mots pour désigner les mutilations sexuelles féminines comme : « la tradition », « la coutume » ou

« le rituel » ; « le sexe coupé », « esquizeé », « excisée », « infibulée », « ou « coupée en bas » (en désignant avec la main le bas du ventre) ;

- essayer d'identifier ce dont la patiente est prête à parler, ce dont elle veut parler, et partir de cela pour entamer la discussion ; ne pas anticiper les choses à sa place ;
- être patient, car la relation de confiance peut prendre du temps à s'installer au vu des violences vécues (mutilations sexuelles féminines, mariage précoce et/ou forcé, viols) ;
- ne pas utiliser les termes « normal » et « anormal » car la norme est une chose toute relative ;
- déculpabiliser et déresponsabiliser la patiente ;
- ne pas banaliser, ni minimiser, ni justifier les MSF ;
- ne pas porter de jugements, et tenir compte du fait que la patiente puisse vivre un conflit de loyauté avec ses parents ou sa communauté d'origine, ce qui rend sa démarche encore plus compliquée ;
- reconnaître les émotions de la patiente par rapport à la menace vécue ou les MSF subies (la peur, l'angoisse, la colère...).

4.2 Différentes situations rencontrées par le praticien

Il est recommandé de ne pas avoir de réactions trop vives ou inappropriées lorsque l'on n'est pas familier avec cette violence, ce qui pourrait humilier, être agressif, pour les patientes.

Il est proposé de débiter le questionnement par une question du type : « Vous venez d'un pays où peuvent se pratiquer les excisions. » « Savez-vous si vous êtes excisée ? » « Connaissez-vous des femmes qui ont été excisées dans votre famille ? »

4.2.1 La femme sait qu'elle est mutilée

Il est recommandé :

- d'ouvrir le dialogue si elle le souhaite ;
- d'évaluer l'impact de la mutilation sur sa vie et sa santé ;
- d'organiser la prise en charge sur le plan médical, psychologique, social et sexuel si telle est sa demande ;
- de lui demander si elle a des enfants et, si oui, des filles en France ou à l'étranger ;
- d'évaluer les risques de MSF chez ses filles et celles à naître pour éviter qu'elles n'en soient un jour victimes ;
- compte tenu de ses réponses et éventuellement de celles du père, mettre en place toutes les mesures de prévention et de protection de l'enfance.

La femme ne souhaite pas en parler

Si la patiente ne souhaite pas parler de sa propre excision, toutefois, il est recommandé d'aborder systématiquement le sujet des MSF en prévention pour ses filles et les mineures de son entourage.

Elle pourra, à son rythme, reprendre le dialogue si elle le souhaite. Il est important de l'informer et qu'elle comprenne que vous serez particulièrement vigilant pour ses filles (il est recommandé d'évaluer les risques de MSF chez ses filles et d'organiser la prévention).

Il est recommandé d'informer alors la patiente que le professionnel reste disponible et/ou de l'orienter vers un lieu spécialisé.

4.2.2 Si la femme ignore sa mutilation lors d'un l'examen gynécologique

Les MSF étant un crime, avant tout examen le praticien doit préciser à la patiente :

- qu'en cas de découverte d'une mutilation, il est dans l'obligation de l'informer des conclusions de l'examen ;
- qu'il est à sa disposition pour échanger dans le respect de ce qu'elle souhaite en savoir.

L'annonce constitue un événement majeur dans la vie de cette patiente. Le fait de ne pas en parler peut entraîner de graves conséquences :

- pour elle-même (la femme peut ressentir de la honte ou un manque de confiance ultérieur envers les professionnels de santé) ;
- pour le risque de MSF encouru par ses filles.

Il peut être utile de recourir à des outils pédagogiques d'information sur les MSF (se référer à l'annexe 14 de la recommandation).

4.3 Conseils pour mener un entretien avec une mineure

Le professionnel peut poser des questions sur les troubles et les difficultés repérés.

Le professionnel peut partir des troubles et des difficultés qu'il a constatés chez la mineure pour initier un échange avec elle. Il s'agit de lui offrir un espace lui permettant de révéler d'éventuelles violences subies, notamment une menace ou une mutilation sexuelle féminine subie.

- « Je m'inquiète pour toi, tu as l'air fatigué/inquiet/contrarié. »
- « Je m'inquiète pour toi au sujet de tes absences scolaires répétées/de la chute de tes résultats. »
- « J'ai constaté que tu avais des difficultés à te concentrer, est-ce que tu peux me dire ce qu'il se passe ? »
- « Je souhaiterais savoir comment les choses se passent à la maison, avec tes parents. »

Des questions sur les circonstances d'un éventuel voyage en projet

Lorsqu'il a connaissance d'un voyage dans un pays où se pratiquent les MSF, le professionnel doit poser des questions notamment sur les motifs de ce voyage, ses modalités.

Projet de voyage :

« J'ai appris que tu allais partir en voyage au [préciser le pays], est-ce que tu peux m'en parler ? »
« Avec qui est-ce que tu pars ? » « Qu'allez-vous faire ? » « Est-ce que tu as envie de partir ? » « Est-ce que tu as peur qu'il t'arrive quelque chose durant ce voyage ? » « Quand est-ce que tu pars ? »

Sans évoquer directement les MSF, certaines réponses de la mineure peuvent constituer des indices de l'existence d'un risque de MSF : « Je dois aller à une grande fête ou à une fête comme un baptême. » « Je dois avoir ou j'ai reçu des cadeaux, une belle robe. » « Je dois aller voir ma grand-mère, ma tante, qui est malade. » « Je vais au mariage de ma cousine. » « Je ne pars qu'avec mes sœurs ou mes cousines. »

4.4 Aborder le sujet des MSF avec les parents d'une mineure

Il est recommandé d'identifier à la naissance le risque de MSF afin que les mesures de prévention et de protection soient prises et maintenues. Il est important d'aborder le sujet avec les titulaires de l'autorité parentale.

Il peut arriver, au cours de la discussion, que l'on décèle une discordance d'opinion entre les deux adultes responsables de l'enfant.

Échanger sur les MSF, c'est d'abord avoir une posture d'écoute bienveillante sans jugement sur une tradition, une coutume ou une culture familiale (non seulement la maman de la mineure peut être excisée mais aussi la mère du père de la mineure, ses tantes...).

Lors de la discussion avec les parents, les futurs parents, il est recommandé d'aborder progressivement la question des MSF pour la petite-fille à naître et d'éventuelles aînées.

Il est recommandé :

- d'expliquer les conséquences immédiates et à moyen-long terme sur la santé de la mineure puis de la future femme ;
- de rappeler la loi en précisant que :
 - quel que soit le pays où cela pourrait se faire, la mineure vivant en France est soumise à la loi française (sans condition de nationalité),
 - que les MSF sont formellement interdites par la loi en France et dans de nombreux pays,
 - en leur remettant des documents d'information. Se référer au site <https://stop-violences-femmes.gouv.fr>.

Il est recommandé ensuite de noter sur le carnet de santé, ainsi que dans le dossier professionnel « Prévention excision avec les deux parents ». En cas de rendez-vous programmé avec un interprète, cette notion doit être notée aussi.

Il est recommandé d'aborder le sujet des MSF à des moments clés de la vie de la mineure :

- pour la nouvelle-née lors du premier examen ;
- lors de tout premier contact avec l'enfant ;
- lors d'un examen médical (vaccin, certificat de sport, etc.) ;
- lors d'un retour au pays d'origine annoncé par les parents, pour les vacances ou hors vacances scolaires.

5. Les signes évocateurs d'une MSF récente sur une patiente

Il peut arriver qu'une patiente révèle spontanément une MSF subie à un professionnel.

Cependant, dans la majorité des situations, ces violences sont non visibles et/ou tues. Les victimes n'en parleront pas spontanément.

Le cumul des signaux présentés ci-dessous doit être pris en considération et conduire le professionnel à envisager la possibilité que la patiente soit victime de MSF.

Il est recommandé d'évoquer qu'une MSF récente a été effectuée chez une patiente devant les signes suivants :

- modifications du comportement et de l'humeur : abattement, dépression, anxiété, signes d'envahissement émotionnel et psychologique, manque de concentration, chute des résultats scolaires, trouble des comportements alimentaires, tristesse, peureuse, rigidité, mutisme et le repli sur soi ;
- les fugues ;
- l'agressivité envers les autres et soi-même ;
- confiance, demande d'aide auprès d'un professionnel de santé mais sans expliquer quel est le problème ;
- difficultés à marcher, à s'asseoir, douleurs, sensation d'inconfort entre les jambes, douleur au niveau de la cicatrice ;
- douleurs pendant les règles entraînant des absences répétées de la mineure souvent non justifiées par un certificat médical ;
- difficultés pour uriner. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, à des séjours prolongés dans les toilettes ;
- crainte ou impossibilité d'effectuer certains mouvements : certaines mineures vont refuser de participer à des activités sportives, ou demander à être excusées des cours d'éducation physique sans un mot du médecin traitant ;
- refus de l'examen médical ;
- sections manquantes dans le carnet de l'enfant, voire absence du carnet de santé ;
- absentéisme inattendu et prolongé de l'école ou du collège ou de la crèche, de la halte-garderie ; absence de retour à l'école après des vacances scolaires prolongées (envisager le retour au pays pour être mutilée sexuellement et/ou mariée de force précocement ou non).

Il est recommandé de se référer au chapitre 4. Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines ?

6. Conduite à tenir pour la protection des mineures face à un risque d'une MSF

6.1 Les moyens de prévention et protection

6.1.1 Évaluer la situation globale de la mineure

En cas de menace de MSF, le professionnel doit évaluer l'imminence du danger, à partir :

- des facteurs de risque (se référer au chapitre 3. Évaluer le niveau de risque de MSF : les indicateurs spécifiques chez une mineure) ;
- des échanges avec les parents ou avec la mineure ;
- d'un possible départ imminent.

Le professionnel peut s'aider :

- de l'assistance et de l'accompagnement auprès du 119 (Enfance en danger),
- du médecin de la Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental (CRIP) ou d'un professionnel de la CRIP (si connu),
- ou d'un médecin de PMI ;
- des associations spécialisées (se référer à la liste des associations en annexe 12 des recommandations).

6.1.2 Le scénario de protection pour les mineures

Le professionnel peut donner à la mineure menacée de MSF, en fonction de son âge et de ses capacités, quelques conseils simples qui lui permettront de réagir en cas de situation d'urgence :

- contacter les numéros d'appel d'urgence : le 17 (police), 114 (contact par SMS pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés à s'exprimer) ;
- contacter :
 - le 119 (Enfance en danger) qui n'est pas un numéro d'appel d'urgence mais un numéro d'écoute de soutien et éventuellement d'orientation par leurs soins vers les services de protection de l'enfance adaptés),
 - la Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental (CRIP) en cas d'enfant en danger ou en risque de danger, avec notamment des médecins comme interlocuteurs, dans chaque département français, voire les services du procureur de la République ;
- de s'appuyer sur l'infirmière scolaire ;
- de prendre contact avec la PMI près de chez elle ;
- d'identifier parmi ses proches (à l'école, son voisinage, le médecin de famille, etc.) ceux et celles qui peuvent constituer un soutien ;
- de s'informer si des sœurs peuvent être concernées ;
- en dernier recours à l'aéroport, de se signaler aux agents de sécurité ou aux autorités ; de faire sonner le dispositif de la douane pour pouvoir être prise individuellement par les autorités pour pouvoir parler.

En cas de pression familiale, il est recommandé d'aider les parents en leur proposant :

- de rédiger un certificat médical de non-excision pour leurs filles (se référer à l'annexe 11 Certificat médical de non-excision), avec un contre-examen à la date de retour indiquée ;
- de rédiger une attestation précisant les risques juridiques et financiers et les complications pour la santé de la mineure. Plus le professionnel remet de documents (assortis d'un ou plusieurs tampons) aux parents, plus l'effet est dissuasif ;

- de les mettre en contact avec des associations spécialisées.

6.2 Conduite à tenir en cas d'un risque imminent de MSF pour une mineure

6.2.1 Signalement d'un risque imminent auprès du procureur de la République

Face à un risque imminent de MSF, le professionnel doit informer **en premier lieu et en urgence faire un SIGNALEMENT** (se référer au rappel des textes légaux en annexe 4).

C'est-à-dire que le professionnel **DOIT informer** :

- **Le procureur de la République** du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente ou de la mineure par téléphone et fax, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence).

Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double (se référer à l'annexe 9 : formulaire de SIGNALEMENT).

- **La Cellule de recueil des informations préoccupantes** du Conseil Général (CRIP) avec une copie du document écrit au procureur de la République, adressée au médecin de la CRIP. Si elle n'est pas créée, le médecin du service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.

Il est recommandé au médecin de conserver un double de cet écrit et d'en faire mention dans le dossier médical (se référer au modèle « formulaire de signalement » en annexe 9 des recommandations).

Il est recommandé à ce stade de ne pas informer les parents pour ne pas faire courir un risque supplémentaire à la mineure.

Le procureur de la République ou un juge des enfants, lorsque toute autre méthode de prévention semble vouée à l'échec, peut produire une interdiction de quitter le territoire. Il peut également faire appel aux forces de police ou de gendarmerie (brigade de protection des mineurs et/ou des familles) pour faire un rappel à la loi rigoureux.

Certains procureurs peuvent également proposer un examen des OGE de l'enfant avant le départ et au retour ; avec sanction en cas de manquement au droit français.

Il est recommandé de prendre en considération l'existence d'un risque identique pour les sœurs.

Il est recommandé de procéder à un examen de la région vulvaire.

La mention de cette information sur les MSF, ainsi que l'examen des organes génitaux externes, seront explicitement consignés dans le dossier médical.

Le signalement n'empêche pas la poursuite du suivi par le professionnel de santé.

Il est utile d'informer les parents sur la nécessité de respecter l'intégrité physique de leur enfant et éventuellement de leur remettre un certificat médical indiquant l'absence de mutilation sexuelle féminine au jour de l'examen, sur papier à en-tête, signé et tamponné (dans tous les sens).

La rédaction d'un tel certificat médical peut être dissuasive.

La famille est alors informée que :

- le même examen médical sera réalisé au retour (se faire préciser la date de retour prévue) ;
- la loi oblige tous les professionnels de santé, dont les médecins, à signaler aux autorités compétentes tout constat de mutilations sexuelles féminines, considérées comme un crime en France, comme dans de nombreux pays.

6.3 Conduite à tenir en cas de risque non imminent de MSF

6.3.1 Information préoccupante

Face à un risque non imminent de MSF, le professionnel doit faire une INFORMATION PRÉOCCUPANTE.

C'est-à-dire qu'il doit alerter la **Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental (CRIP)** en rédigeant et en adressant **au médecin de la CRIP** un certificat avec les éléments qui l'amènent à évaluer la présence de ce risque (se référer à l'annexe 10 : formulaire INFORMATION PRÉOCCUPANTE des recommandations).

À partir de cette information préoccupante, la CRIP, (en vertu de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant), fait réaliser « l'évaluation de la situation [de la] mineure [...] par une équipe pluridisciplinaire de professionnels [...]. À cette occasion, la situation des autres mineur[e]s présent[e]s au domicile est également évaluée ».

Il est recommandé que le professionnel de santé informe les parents de l'envoi de l'Information préoccupante.

Une orientation vers une association est à proposer afin que la suite de l'accompagnement complémentaire à la protection de la mineure soit faite.

6.4 En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure

6.4.1 Signalement d'un diagnostic constat de MSF auprès du procureur de la République pour une mineure

Le professionnel doit rédiger un **SIGNALEMENT** en urgence au **procureur de la République** du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la mineure par téléphone, et fax, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence).

Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Une copie de ce signalement sera à adresser au **médecin de la Cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général (CRIP)**.

Si elle n'est pas créée, le médecin du service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est destinataire en copie du courrier.

Il est recommandé au professionnel de rechercher l'existence de sœurs dans la fratrie et de le mentionner dans le certificat.

Il est recommandé au médecin d'informer les parents de cette démarche de signalement, la loi l'obligeant à signaler, mais que cela n'impactera pas sa prise en charge de la mineure comme de la famille.

Il est recommandé au professionnel :

- de remettre aux familles des documents d'information (se référer au site <https://stop-violences-femmes.gouv.fr>) ;
- d'adresser les familles vers des associations si elles le souhaitent.

7. Conduite à tenir pour une patiente majeure

7.1 Si le risque concerne une patiente majeure

Il est recommandé de l'orienter vers le 3919 (Femmes violences info numéro vert), vers une association spécialisée, vers un centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF).

Dans le cas d'un **risque imminent** de mutilation chez une femme majeure, on rentre dans le cadre des dispositifs de mise à l'abri des femmes en danger. Il est recommandé d'appeler le 17.

Il est rappelé au praticien qu'il ne peut pas signaler aux autorités en l'absence de consentement de la patiente (à l'inverse des mineures).

7.2 En cas de mutilation avérée d'une patiente majeure

Il est rappelé au médecin :

- que la patiente étant majeure, il n'y a pas d'obligation de signalement ;
- qu'il ne peut pas signaler aux autorités en l'absence de consentement de la patiente (à l'inverse des mineures).

Il est recommandé d'informer la victime de ses droits.

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction punie par le Code pénal. Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité peut porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 38 ans.

Il est recommandé de l'orienter vers le Centre d'Information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), ou une association spécialisée, qui peut l'accompagner vers un dépôt de plainte.

Il est recommandé de dépister les autres formes de violences. Une femme victime de MSF encourt un risque accru d'être victime d'autres formes de violences (violences au sein du couple, violences intrafamiliales, violences sexuelles, mariage forcé, précoce).

Il est recommandé au professionnel de questionner systématiquement la femme sur les violences subies afin de dépister ces violences et de l'orienter vers une protection et une prise en charge adaptée.

La prise en charge de la MSF est traitée au chapitre 9.2 Prise en charge d'une femme ayant subi une MSF.

8. Examen d'une patiente ayant subi une mutilation sexuelle féminine

Rappel : devant tout constat de MSF chez une mineure, le professionnel est tenu de faire un signalement au procureur de la République.

La législation n'impose pas qu'un examen des OGE soit effectué avant le signalement d'une suspicion de MSF.

Tout certificat médical doit être rédigé après un examen clinique objectivant les lésions ou leur absence.

Les conseils suivants s'appliquent à toutes les patientes en prenant en compte les spécificités liées à leur âge et à leurs situations.

Suite à une MSF, la patiente peut développer des troubles de stress aigu et des troubles de stress post-traumatique. Dans ce cas, la victime peut être confuse et dans l'incapacité de se souvenir de tout ou d'une partie de ce qui s'est passé.

8.1 Examens des femmes et jeunes filles

L'examen d'une patiente nécessite une approche avec de la sensibilité en se rappelant que tout examen nécessite le consentement de la personne.

Comme pour tout examen médical, les pratiques doivent être respectueuses, par exemple :

- il n'est pas nécessaire de déshabiller intégralement la patiente ;
- tout geste doit être expliqué ;
- ne pas inquiéter la patiente par une réaction inappropriée (verbale et non verbale). Les patientes n'ont pas l'habitude d'un examen génital ;

- *respect du consentement.*

L'examen clinique des OGE ne constitue pas un examen gynécologique et ne nécessite pas la pratique d'un toucher vaginal ou de l'utilisation d'un spéculum.

L'examen clinique permet de confirmer le diagnostic de mutilation sexuelle féminine. Il est recommandé de faire une évaluation des séquelles.

Il est recommandé de proposer à la femme ou à la jeune fille d'appuyer ses explications à l'aide d'un examen au miroir.

Il est recommandé d'utiliser la classification de l'Organisation mondiale de la santé, ou de faire une description dans le dossier en précisant :

- *la présence du capuchon clitoridien ;*
- *l'aspect du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres, du méat urinaire.*

Un schéma peut être utile dans le dossier médical.

Il est recommandé d'expliquer à la patiente les résultats de l'examen clinique à l'aide d'outils pédagogiques : dessins, schémas, mannequins¹¹.

En cas de doute diagnostique, il est impératif d'orienter la patiente sans rédiger de certificat médical vers un médecin spécialiste ou une équipe spécialisée dans les MSF.

Il est également recommandé de rechercher si elle a des filles et d'évoquer avec elle la prévention des MSF pour ses filles.

Concernant les mineures adolescentes, il est recommandé que le médecin lui rappelle :

- *que la loi interdit ces violences ;*
- *qu'elle n'en est en rien responsable, quelles que soient les causes et les circonstances.*

8.2 Examen d'une petite fille, d'un nourrisson,

Il est recommandé que toutes les mineures bénéficient d'un examen régulier des OGE dont les conclusions doivent être notées dans le carnet de santé.

Il est recommandé d'être vigilant par rapport aux MSF.

Comme pour tout examen clinique, il est nécessaire :

- *de parler à la mineure de façon adaptée à son âge et à son degré de compréhension ;*
- *de lui expliquer en quoi consiste l'examen clinique (oreilles, cœur, poumons, bouche, yeux et vulve) ;*
- *de rechercher une symptomatologie génito-urinaire lors de l'anamnèse ;*
- *de prendre le temps de rassurer la mineure, ainsi que ses parents, pour l'examen de la vulve, car il ne s'agit pas d'un examen intrusif ;*
- *chez un nourrisson :*
 - *de donner des conseils sur l'hygiène de la vulve et des plis permettant notamment de s'assurer de l'intégrité des organes génitaux externes,*
 - *une mutilation de type I ancienne et déjà cicatrisée peut passer inaperçue chez un bébé mais une infibulation (type III) est, par contre, bien visible.*

Si l'enfant manifeste (par exemple, serrer les jambes, hurlements) une opposition, il est recommandé de ne pas insister.

Selon le contexte et l'évaluation du niveau de risque, il est recommandé de proposer :

- *un nouveau rendez-vous ;*

¹¹ Par exemple, se référer au lien suivant : pour les outils pédagogiques : <https://federationgams.org/outils-msf/>

- ou d'appeler la Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental (le médecin de préférence).

Il est rappelé que l'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » de MSF (se référer à l'annexe 4 des recommandations).

Il est recommandé de noter dans le carnet de santé et dans le dossier médical les conclusions de l'examen clinique dont les organes génitaux externes.

Certaines pathologies vulvaires chez la fillette peuvent, pour le clinicien non averti, avoir une apparence quelque peu semblable à celles de séquelles de MSF (par exemple, une coalescence des petites lèvres, une partie postérieure des petites lèvres non formées).

En cas de doute diagnostic, il est recommandé d'adresser l'enfant à un confrère expérimenté.

Cas particulier de motif d'examen clinique : demande de certificat « de non-excision » dans le cadre d'une demande d'asile à visée de protection de la mineure contre un risque de mutilation au pays

Lors de la demande d'asile afin de protéger sa fille, la mère demande généralement également un certificat constatant qu'elle a été mutilée. Ces certificats peuvent être réalisés par tous professionnels de santé expérimentés dans les MSF.¹²

Dans le cadre de la demande d'asile (protection internationale) auprès de l'Office de protection des réfugiés et des apatrides) (OFPRA) ou de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), le certificat de non-mutilation de la mineure doit être rédigé au sein d'un service agréé par un médecin légiste (unité médico-judiciaire).

9. Prise en charge médicale en premier recours et orientation

9.1 Prise en charge d'une mineure mutilée

Rappel : toute constatation de MSF chez une mineure oblige à faire l'objet d'un signalement au procureur de la République. Une absence de signalement constitue une non-dénonciation de crime (se référer au chapitre 6.4.1. « Signalement d'un diagnostic constat de MSF auprès du procureur de la République pour une mineure). »

Le signalement permet aussi de protéger d'éventuelles sœurs dans la fratrie.

Il est recommandé d'adresser cette mineure vers un service de chirurgie pédiatrique ou une équipe multidisciplinaire expérimentée dans la prise en charge des MSF, pour obtenir un bilan médical de la MSF. Ne pas hésiter à contacter les médecins des associations.

L'équipe (le service multidisciplinaire) évaluera la situation, ses causes et ses conséquences. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et prise en charge précoce des complications).

Il est recommandé que :

- le service spécialisé et le médecin traitant de l'enfant travaillent de concert ;
- de proposer un suivi psychologique en s'appuyant sur la pédopsychiatrie de secteur.

Comment réagir lors de la révélation par une mineure de MSF subies ?

Il convient de souligner l'acte de courage et de confiance de la part de la mineure que représente la révélation d'une MSF.

¹² Se référer à l'annexe 6 des recommandations.

À dire : « Tu as bien fait de venir me parler. » « C'est interdit en France. » « C'est ton corps, personne n'a le droit de te faire du mal. » « On n'a pas le droit de te faire cette violence, ni en France, ni dans d'autres pays. » « Si tu veux, tu peux revenir me voir pour en parler. »

Il est recommandé d'avertir la mineure que le médecin est dans l'obligation d'informer les autorités compétentes.

À ne pas dire : « Ce n'est pas grave. » « Je vais garder ton secret. » « Je n'en parlerai à personne, cela restera entre toi et moi. » « Tout va s'arranger. » « Tes parents sont des barbares. »

9.2 Prise en charge d'une femme ayant subi une MSF

Il est recommandé de prendre le temps de dialoguer avec la patiente pour recueillir ses souhaits et ses besoins afin de lui proposer, si elle le souhaite, une prise en charge pluridisciplinaire (gynécologie, urologique, obstétrique, chirurgicale, psychologique, sexuelle, sociale).

Plusieurs choix sont possibles :

- un nouveau rendez-vous médical afin de revoir la patiente pour poursuivre le dialogue, si elle le souhaite ;
- un suivi gynécologique vers des unités de gynécologie obstétrique, chirurgie, et médico psychosociales pour une prise en charge pluridisciplinaire ;
- une prise en charge psychologique ;
- un suivi sexologique afin d'évaluer les retentissements de la mutilation sur la sexualité et les conséquences sur le désir et le plaisir sexuels ;
- un contact avec une association ou une institution qui organise des groupes de parole autour de ces questions.

Pour mémoire, il est recommandé d'évaluer le risque de MSF pour les filles de la patiente.

Une femme peut rapporter avoir des filles majeures ayant subi une MSF. Il est recommandé d'inviter ses filles à consulter pour elles.

9.2.1 Prise en charge psychologique

Les filles et les femmes peuvent présenter une grande variabilité individuelle dans l'assimilation psychique et physique des mutilations qu'elles ont subies.

Compte tenu du traumatisme majeur, cette grande variabilité est à prendre en compte par le médecin.

Il est recommandé d'adresser à un psychiatre/psychologue psychothérapeute les patientes ayant des troubles tels que : anxiété, angoisse, dépression, syndrome de stress post-traumatique, etc.

La psychothérapie cognitive comportementale peut être proposée, ainsi que d'autres techniques psychothérapeutiques, pour les troubles anxieux, une dépression, ou un syndrome de stress post-traumatique.

9.2.2 Prise en charge d'une femme enceinte

Il est recommandé de rassurer une femme enceinte ayant subi une MSF sur la possibilité que sa grossesse et son accouchement se déroulent sans complication avec un suivi obstétrical adéquat.

Il est recommandé d'adresser une femme mutilée sexuellement dès le début du deuxième trimestre de la grossesse vers un suivi en maternité. En effet, certaines femmes enceintes peuvent présenter un plus grand risque d'infections urinaires, une anémie ferriprive, etc.

La conduite à tenir lors de l'accouchement d'une patiente mutilée sexuellement doit être discutée et planifiée dès les premières consultations prénatales afin de préparer la femme et son entourage.

Le maximum d'informations doit être noté dans le dossier afin d'éviter que la femme mutilée ait à répéter son histoire.

Au cours du suivi obstétrical, il est recommandé d'informer la patiente :

- *qu'elle n'aura pas systématiquement de césarienne ou d'épisiotomie ;*
- *qu'en cas de désinfibulation, la réinfibulation est strictement interdite en France.*

Il est recommandé d'aborder l'illégalité de la réinfibulation avec la femme et son entourage.

9.2.3 Prise en charge des troubles de la sexualité

Il est recommandé d'adresser à une consultation de sexologie, les femmes, les couples rapportant un trouble de la sexualité.

9.2.4 Prise en charge chirurgicale

L'opération de réparation du clitoris est un acte de chirurgie réparatrice et non de chirurgie esthétique. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale.

Il est important de souligner que la prise en charge d'une femme mutilée sexuellement ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris.

Les lésions pouvant être traitées chirurgicalement sont, par exemple :

- *pour tout type de mutilation : accolement des moignons des petites lèvres, névrome du nerf dorsal du clitoris, kyste d'inclusion épidermique, cicatrices chéloïdes ;*
- *pour les types de MSF II et III : occlusion de la partie distale du vagin ;*
- *pour les MSF de type III : désinfibulation ;*
- *pour les types de MSF III et IV : complications urinaires.*

Annexe 1. La classification des différents types de mutilations sexuelles féminines

Tableau 2. Classification des mutilations sexuelles à partir de l'OMS, 2018)

| Types | Mutilation sexuelle féminine |
|--------------|--|
| Type I | Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et/ou du prépuce (clitoridectomie) |
| Type II | Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) : <ul style="list-style-type: none"> • IIa : ablation uniquement des petites lèvres • IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, • IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres. |
| Type III | Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) |
| Type IV | Autres procédés de mutilation sexuelle féminine pour des raisons non médicales (scarifications, percement, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...) |

Annexe 2. Schéma des différents types de mutilations sexuelles féminines

Sera complété ultérieurement

Annexe 3. Prévalence des Mutilations sexuelles Féminines

Tableau 3. Prévalence des MSF en Afrique d'après l'Unicef en 2013

| | Pays |
|--|--|
| Pourcentage des femmes âgées de 15 et 49 ans qui ont subi une MSF par pays | <ul style="list-style-type: none"> Somalie : 98 % ; Guinée : 97 % ; Djibouti : 93 % ; Sierra Léone : 90 % ; Mali : 89 % ; Égypte : 87 % ; Soudan : 87 % ; Érythrée : 83 % ; Burkina Faso : 76 % ; Gambie : 75 % ; Éthiopie : 74 % ; Mauritanie : 69 %. Libéria : 50 % ; Guinée-Bissau : 45 % ; Tchad : 44 % ; Côte d'Ivoire : 38 % ; Nigéria : 25 % ; Sénégal : 25 % ; République centrafricaine : 24 % ; Kenya : 21 % ; Yémen : 19 % ; République unie de Tanzanie : 15 % ; Bénin : 9 % ; Iraq : 8 % ; Togo : 5 % ; Ghana : 4 % ; Niger : 2 % ; Ouganda : 1 % ; Cameroun : 1 %. |
| Pourcentage des fillettes qui ont subi une MSF, âgées entre 0 et 14 ans par pays | <ul style="list-style-type: none"> Gambie : 56 % ; Mauritanie : 54 % ; Indonésie : 49 % ; Guinée : 46 % ; Érythrée : 33 % ; Soudan : 32 % ; Guinée-Bissau : 30 % ; Éthiopie : 24 % ; Nigéria : 17 % ; Yémen : 15 % ; Égypte : 14 % ; Burkina Faso : 13 % ; Sierra Léone : 13 % ; Sénégal : 13 % ; Côte d'Ivoire : 10 %. Kenya : 3 % ; Ouganda : 1 % ; République centrafricaine : 1 % ; Ghana : 1 % ; Togo : 0,3 % ; Bénin : 0,2 %. |

Annexe 4. Au regard des textes légaux (responsabilité pénale)

Le professionnel de santé est un médecin

Si la patiente est mineure ou vulnérable (elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique),

Selon le Code pénal

- le médecin peut porter à la connaissance des autorités judiciaires (procureur de la République), médicales ou administratives (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du Conseil Général) les atteintes constatées ;
- l'article 226-14 prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de MSF.

Selon le code de déontologie (Art 44) et le code de santé publique (Art. R.4127-44) :

le médecin « doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience »

Si la patiente est majeure, le médecin peut révéler les faits **avec l'accord** de la patiente. Dans ces hypothèses, l'article 226-14 du Code pénal, autorise le praticien à révéler. Cette disposition justifie le non-respect de l'obligation à se taire.

Dans ces deux situations, le praticien ne peut être poursuivi, ni devant les juridictions pénales pour violation du secret professionnel, ni devant les juridictions ordinaires.

Le professionnel de santé est une sage-femme

L'article R. 4127-316 du Code de la santé publique prévoit : « Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger ».

Le professionnel de santé est un infirmier

L'article R. 4312-7 du Code de la santé publique : « Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il ou elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de [moins de] 15 ans.

Annexe 5. Infractions, peines encourues et procédures pénales

Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour le(s) responsable(s) de l'enfant mutilée sont définies par le Code pénal.

| INFRACTIONS | PEINES ENCOURUES | CODE PENAL | INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES |
|---|---|------------------|--|
| Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. | 20 ans de réclusion criminelle | Article 222-10 | <p>CRIME</p> <p>Cour d'assises</p> <p>30 ans ⁽¹⁾ pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime</p> |
| Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans | 15 ans de réclusion criminelle | Article 222- | |
| Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (sans circonstance aggravante) | 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende | Article 222-9 | <p>DELIT</p> <p>Tribunal correctionnel</p> <p>6 ans⁽²⁾ pour déposer plainte à partir de la date de l'infraction</p> |
| Incitation d'une mineure à subir une mutilation sexuelle, par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre elle des pressions ou des contraintes de toute nature | 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende | Article 227-24-1 | <p>DÉLIT</p> <p>Tribunal correctionnel</p> <p>10 ans pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime</p> |
| Incitation d'autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'une mineure | 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende | Article 227-24-1 | |

(1) Délai de prescription de 30 ans depuis la loi d'août 2018 : loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes NOR : JUSD1805895L.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037284450&categorieLien=id>

(2): Loi n°2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale (1)

Le droit pénal français prévoit qu'une personne reconnue complice d'une infraction est punie de la même manière que l'auteur (article 121-6 du Code pénal).

L'article 121-7 du même Code établit que : « est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation ».

Est également complice la personne qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué une infraction ou donné des instructions pour la commettre. Les responsables de l'enfant qui seraient reconnus complices de la mutilation sont donc punis de la même manière que l'auteur.

Annexe 6. Législation sur le risque de mutilations sexuelles féminines et le droit d'asile

Le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

La loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile améliore la prise en compte du risque de mutilations sexuelles féminines chez les mineures dans le cadre des procédures de demande d'asile. Elle décrit les modalités du constat initial et du suivi de l'absence d'excision chez les mineures qui sollicitent l'asile pour ce motif (**article L. 752-3** du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

La loi n°2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie.

Arrêté du 23 août 2017 pris pour l'application des **articles L. 723-5 et L. 752-3** du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et définissant les modalités de l'examen médical prévu pour les personnes susceptibles de bénéficier, ou qui bénéficient, d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle féminine qu'elles encourent.

Annexe 7. Pour le personnel de la petite enfance (crèche, halte-garderie)

Il est important pour le personnel des milieux d'accueil de la petite enfance de connaître les pays les plus à risque de MSF.

Cela leur permettra, en lien avec l'équipe, de cibler le travail de prévention et d'entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les MSF et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l'excision se pratique.

Lors des soins de routine des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des langes, toilettes), il est possible de remarquer des signes évocateurs d'une mutilation sexuelle récente :

- *perte de sang ;*
- *plaie au niveau de la vulve ;*
- *douleurs à la miction ;*
- *douleurs lors des soins ;*
- *changement d'attitude de l'enfant.*

Attention, ces symptômes peuvent également correspondre à toute autre chose, comme une infection ou un simple érythème fessier. En cas de doute, il est recommandé que le personnel de la crèche prévienne le médecin référent de la crèche.

Annexe 8. Pour les professionnels au contact des mineures : enseignant, éducateur, etc.

Sera rédigé ultérieurement.

La cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) (joignable aux horaires d'ouverture des bureaux), les sévices ou privations constatés et les informations relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance. Ce modèle a été actualisé.

Le signalement des sévices ou privations constatés doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République ou des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être au médecin de la CRIP du conseil départemental (ex conseil général).

Si, dans l'urgence, le signalement au procureur est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Modèle de SIGNALEMENT en cas de mutilation sexuelle avérée ou de risque imminent sur une mineure

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :

- année :

- heure :

- le mineur :

- nom :

- prénom :

- date de naissance (en toutes lettres) :

- sexe :

- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

(Rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

- Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Conserver un double de ce document.

Modèle de SIGNALEMENT en cas de mutilation sexuelle avérée sur une femme majeure AVEC son consentement

(Établi par un médecin : art. 226-14 du code pénal)

***Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée
sur une femme majeure
à adresser au Procureur de la République***

Objet : Signalement d'une mutilation sexuelle avérée exercée sur une femme majeure.

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :

Madame ou Monsieur le Procureur.

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....
.....

J'ai examiné ce jour (jour, heure mois année) Mademoiselle/Madame

.....(Nom, prénom) née le

domiciliée à

qui a donné son accord à ce signalement .

Les signes suivants

.....m'amènent à penser que cette personne a subi une mutilation sexuelle.

Je vous prie de croire, Madame ou Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Cachet /Signature du médecin

(Si un certificat médical a été établi , le joindre)

Annexe 10. Certificat médical : exemple de formulaire d'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

(En-tête du service :)

Date :

Enfant(s) concerné(s) par l'information préoccupante

Ces éléments doivent être renseignés pour chacun des enfants concernés par l'information préoccupante

Nom : Prénom : Sexe : M F
Date et lieu de naissance :
Adresse du domicile de l'enfant :
Lieu de scolarisation ou assimilé :
Nom du Père : Nom de la Mère :
Titulaires de l'autorité parentale : Information déclarative sur justificatif
 père mère autre non connu

Nom : Prénom : Sexe : M F
Date et lieu de naissance :
Adresse du domicile de l'enfant :
Lieu de scolarisation ou assimilé :
Nom du Père : Nom de la Mère :
Titulaires de l'autorité parentale : Information déclarative sur justificatif
 père mère autre non connu

Composition de la famille (données d'état civil)

PERE : Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :

MERE : Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :

AUTRE ADULTE VIVANT AU DOMICILE, s'il y a lieu :
Nom : Date de Naissance :
Prénom :

ENFANT(S) DE LA FAMILLE dont les enfants concernés par l'information préoccupante :

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Lieu de scolarisation ou assimilé :

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Lieu de scolarisation ou assimilé :

Services destinataires :

- Responsable de secteur ASE, demande d'une mesure administrative
Ou Évaluation destinée aux autorités judiciaires, à l'initiative du service
 CRIP ou
 Réponse à une saisine de la CRIP n° dossier :
- Ou
 Procureur copie CRIP

Contexte de la vie de famille de(s) l'enfant(s) concerné(s)

Conditions de logement ; élément du budget familial ; situation au regard de l'emploi ; autres personnes au domicile ; langue parlée ; grade alternée....

Description et analyse de la situation

L'enfant concerné : on s'attachera à distinguer :

- Une observation de l'enfant : son état de santé, sa scolarité, son développement (compte tenu de sa classe d'âge). Un bilan est nécessaire pour chacun des enfants concernés par l'information préoccupante
- Une observation des relations intrafamiliales, notamment la problématique de l'enfant dans son environnement et le positionnement de chacun des membres de la famille.

NB : une grille de signaux d'alerte est jointe à la présente notice à titre indicatif (elle n'est pas à reprendre dans le rapport).

Les éléments de l'histoire familiale : seuls les éléments qui apportent un éclairage à l'évaluation de la situation sont à mentionner.

La(les) principale(s) problématique(s) repérée(s) : mise en évidence des éléments de danger.

Le point de vue de la famille.

Travail engagé

Actions du service auprès de la famille : dates et durée à préciser, implication des parents, raisons de l'échec s'il y a lieu...

Autres services intervenant auprès de l'enfant et de sa famille (préciser leurs coordonnées) ;
ex : mesure éducative, CMP, logement, RSA...

Travail de partenariat : Synthèse, inscription de la situation en CPPEF, ...

Information des parents

Rappel : la règle est d'informer les parents de la transmission d'un écrit (à la CRIP ou à l'ASE). La date et les modalités de cette information sont à préciser.

Si, dans l'intérêt de l'enfant, il a été retenu de différer l'information aux parents, le motif de cette dérogation doit être mentionné.

Conclusion du service

Rappel : Une orientation vers le Parquet doit répondre à l'un des trois cas suivants :

- danger et échec d'une protection contractuelle ;
- danger et impossibilité d'une protection contractuelle ;
- risque de danger et impossibilité d'évaluer.

+/- Certificat médical

Date : **signature du rédacteur**

Les informations transmises sont couvertes par le secret professionnel : elles sont strictement confidentielles, et à l'attention exclusive du destinataire visé. En cas d'erreur de transmission, merci de détruire le document et de nous informer au :

Annexe 11. Certificat médical de NON-EXCISION. Modèle de certificat médical de non-excision pour une patiente mineure (en vue d'un voyage)

Je, soussigné Docteurcertifie avoir examiné le.....l'enfant
..... en présence de..... (mère, père, parents)

L'examen des organes génitaux externes ne retrouve aucune lésion traumatique au niveau du clitoris, du méat urétral, des petites lèvres, des grandes lèvres.

Cette enfant ne présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Cette enfant sera revue en consultation leafin de vérifier l'intégrité des organes génitaux externes.

Certificat établi le..... et remis en main propre à..... pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature / cachet

Garder un double du certificat dans le dossier.

Les certificats médicaux de non-excision d'une mineure dans le cadre d'une demande d'asile, à la demande de l'Ofpra, doivent être réalisés au sein d'une structure médico-légale (UMJ).

Modèle de certificat médical de NON-EXCISION ou d'EXCISION pour une patiente majeure

Modèle de certificat médical d'excision ou de non excision pour une majeure

Je soussigné, Docteur, certifie avoir examiné le..... à sa
demande Mme / Mlle (Nom, prénom), née le (jour,
mois, année) domiciliée à

Après examen des organes génitaux externes, Mme / Mlle

- présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.
- ou
- présente une mutilation sexuelle féminine de type (I, II ou III) ... (description)

Certificat établi le et remis en main propre à..... pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature / cachet

Garder un double du certificat dans le dossier.

Annexe 12. Associations

Sera complété ultérieurement.

Associations spécialisées

- La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) : <http://www.cams-fgm.net/>
- Le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS) <http://www.federationgams.org/>
- Excision, parlons-en ! : <http://www.excisionparlonsen.org/>
- Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF)
- Gynécologie sans frontières (GSF)

Annexe 13. Sites de référence

Sera complété ultérieurement.

Ressources institutionnelles

- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (secteur santé) <http://www.sante-sports.gouv.fr/> (rubrique « Les dossiers de la santé de A à Z », dossier « Mutilations sexuelles féminines »)
- Ministère des solidarités et de la santé ; Secrétariat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations : <https://solidarites-sante.gouv.fr/> <http://stop-violences-femmes.gouv.fr> <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/> >
- Équilibres & populations - La page consacrée aux mutilations sexuelles féminines sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Suis-je-concernee,347.html>
- Un dépliant grand public sur les MSF réalisé par le Service des droits des femmes et de l'égalité est disponible en téléchargement :

En français : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/25-11-2014_depliant-MSF-2.pdf

En anglais : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/25-11-2014_depliant-MSF_version-anglaise-2.pdf

- La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes « Mesurer, comprendre et lutter contre les MSF » : données et bonnes pratiques » - n°9 – février 2016 <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no9-Mutilations-sexuelles.html>

Le guide du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Guide-Le-praticien-face-aux.html>

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) : inpes.santepubliquefrance.fr
> Le guide « Migrants/étrangers en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnel(le)s. » <https://bit.ly/2QuzXQD>
- Le guide du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche « Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir » http://cache.media.education.gouv.fr/file/11_Novembre/02/9/Violences_sexuelles_Guide-PDF_2014_Canope_370029.pdf

Autres ressources

- L'Unicef
- Organisation mondiale de la santé (OMS)

Annexe 14. Documents, brochures utiles, filmographie

- Livret d'accompagnement du court-métrage « Le-la professionnel-le face aux mineures menacées ou victimes de mutilations sexuelles féminines »
- Plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision »
- Le dépliant « Les mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi » (disponible en français et en anglais) <https://bit.ly/2QvTVdT>

: - « La tête ne sert pas qu'à retenir les cheveux », Sabine Panet, Pauline Penot, Thierry Magnier Romans Jeunesse, 2015.

- « Bilakoro », Johanna Bebeau, Château-Rouge production, 2006.

- « Kuma, la parole », Jessy Nottola et Julie Chevrolet, programmes courts humanitaires de sensibilisation produits et financés par l'ONG Bonya, 2009.

- « Moolaade », Ousmane Sembène, 2005.

D'autres ressources sur les violences faites aux femmes sont disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr et sur demande à l'adresse formation@miprof.gouv.fr

Des kits de formation, créés par la MIPROF, avec le concours de professionnels et d'experts, sont également disponibles pour d'autres formes de violences faites aux femmes.

Ces outils sont disponibles sur demande à l'adresse formation@miprof.gouv.fr.

Les courts-métrages de formation peuvent être visionnés sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr.

Des outils pour les professionnels sont disponibles sur les liens :

<https://federatongams.org/outils-msf/>

<https://federatongams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excises-en-2018-1.pdf>

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture :

(*) *Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.*

► Groupe de travail

(#) *Expert en désaccord avec la version définitive de la recommandation de bonne pratique*

. Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis.

(*) *Cette partie prenante a répondu à la phase de lecture*

► Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Les parties prenantes suivantes ont répondu à la consultation publique.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

| Titre | Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours |
|-------------------------------|---|
| Méthode de travail | Recommandations pour la pratique clinique (RPC) |
| Objectif(s) | <p>Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> * de favoriser la connaissance des professionnels de santé de premier recours sur les mutilations sexuelles féminines ; • de prévenir la survenue de mutilations sexuelles féminines par une meilleure information délivrée par les professionnels de santé aux femmes, aux jeunes filles et aux parents ; • de favoriser une meilleure prise en charge des enfants, des jeunes filles et des femmes lorsqu'elles ont subi une mutilation sexuelle ; • d'harmoniser les pratiques professionnelles. |
| Patients ou usagers concernés | Les enfants, adolescentes, femmes à risque ou victimes de mutilation sexuelle. |
| Professionnel(s) concerné(s) | Ces recommandations s'adressent aux médecins généralistes, aux pédiatres, aux médecins de PMI, aux médecins scolaires, aux gynécologues, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, médecins urgentistes, psychiatres, psychologues, médecins sexologues, ainsi qu'aux infirmières, auxiliaires de puériculture et à tout personnel qui prend en charge les enfants et les adolescents en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés. |
| Demandeur | Cf. saisine ou autosaisine HAS |
| Promoteur | Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles. |
| Financement | Fonds publics |
| Pilotage du projet | <p>Coordination : Titre Prénom Nom, chef de projet, Service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Titre Prénom Nom)</p> <p>Secrétariat : Mme Prénom Nom</p> |
| Recherche documentaire | <p>De mois année à mois année (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique)</p> <p>Réalisée par Titre Prénom Nom, avec l'aide de Titre Prénom Nom (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)</p> |
| Auteurs de l'argumentaire | Titre Prénom Nom, fonction, Ville des personnes ayant rédigé la plus grande partie de l'argumentaire dont éventuellement chef de projet |
| Participants | Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Titre (Pr, Dr, Mme, M.) Prénom Nom, spécialité, Ville), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants. |
| Conflits d'intérêts | Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur le site DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail. |
| Validation | Adoption par le Collège de la HAS en mois année |
| Actualisation | <p>L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.</p> <p>Personnalisation éventuelle</p> |
| Autres formats | Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr |
| Documents d'accompagnement | RPC « Titre du document d'accompagnement » (HAS année) : |

12. Avis des parties prenantes

| COMMENTAIRES SUR LA FORME | |
|--|---|
| Eléments (+) | Eléments (-) |
| <p><u>Planning Familial</u> Peut-on prévoir un tableau récapitulatif des conduites à tenir avant les annexes ?</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 3</u> Recommandations bien formulées, claires prenant en compte l'ensemble des facettes de la prise en charge de ces patientes (sexuel, psychologique, chirurgical, social) Reexplication appropriée des textes de loi</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 4</u> Le document « Prise en charge des MSF par les professionnels de santé » ressemble beaucoup à « Le praticien face aux mutilations sexuelles » qui a été fait en 2010. Cette recommandation de l'HAS aura une plus grande diffusion.</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 6</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposition de question lors des entretiens - Aborde tous les versants de la MSF <p><u>CNGOF - Relecteur 7</u> Très didactique et claire Un outil simple pour aider les praticiens séniors mais également les internes dans la prise en charge de ces patientes Rappels législatifs concis et clairs</p> <p><u>CNP de Pédiatrie</u> Très complet/situation à risques Côté médico-légal</p> | <p><u>MIPROF</u> De manière générale, une relecture attentive est nécessaire afin de mettre plus de liant entre les phrases et les paragraphes qui apparaissent parfois sans lien et donc rend plus complexe la compréhension.</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 3</u> Dans l'argumentaire, utilisation variable de MGF et MSF qu'il faudrait harmoniser</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 6</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'homogénéisation pour l'utilisation MSF ou MGF tout au long du texte - Beaucoup de références anglo-saxonnes avec l'absence de modification du texte pour l'adapter à la France - Beaucoup de fautes de grammaires, d'orthographe, de formulation - Document peu synthétique, avec beaucoup de répétition du fait du listing de la bibliographie (faire une synthèse en incorporant les références) <p>Des annotations et corrections ont été faites directement dans le texte ci joint</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 7</u> Le manque d'uniformité tout au long du texte : MGF/MSF</p> <p><u>CNP de Pédiatrie</u> Redondances/attitude à avoir/famille ETC... Types de mutilations pas assez décrits anatomiquement Importance et complexité de la prise en charge chirurgicale des séquelles</p> |
| COMMENTAIRES « PRÉAMBULE » | |
| <p><u>Collège infirmier français (CIF)</u> Conséquences obstétricales : risque discrètement augmenté d'avortements spontanés. Si possible, chiffrer ce risque.</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 1</u> La phrase « En Europe, 500 000 filles et femmes sont mutilées ou exposées au risque de mutilations sexuelles féminines. Les mutilations sexuelles concernent entre 51 000 à 60 000 femmes » n'est pas très claire ... qu'est ce qui différencie ces deux chiffres ... qui sont ces 51 à 60000 femmes ?</p> <p><u>CNGOF - Relecteur 2</u> La formulation des MSF en France n'est pas précise : préciser exactement le nombre absolu de filles concernées par un</p> | |

risque d'excision et combien avant 5 ans et combien entre 5 et 18 ans

CNGOF - Relecteur 3

Les mutilations sexuelles concernent 51 000 à 60 000 femmes : où ? En France ou en Europe ?

Selon les estimations, 12 à 21 % des filles risquent de subir des mutilations génitales féminines (MGF ou « excisions ») en France, sur une population totale de 205 683 filles âgées de 0 à 18 ans et originaires de pays où les mutilations génitales féminines sont pratiquées.

MIPROF

Proposition de rajouter des précisions sur l'interdiction de ces pratiques, notamment en se basant sur la convention d'Istanbul : « La convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestiques, dite convention d'Istanbul ratifiée par la France considère les MSF comme une « violation grave des droits humains des femmes et des filles ». Elle affirme également que « la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu « honneur » ne peuvent être « considérés comme justifiant de tels actes ».

Gynécologie sans frontières

Ligne 5 manque « de » ligne 7 manque un « point »

Reculer ou avancer en âge ?

COMMENTAIRES « 1.DONNÉES GÉNÉRALES »

MIPROF

Il me semble indispensable de rajouter des éléments sur la législation française qui interdit et punit ces violences. La connaissance de la législation permet ainsi aux professionnel.le.s de santé de se baser sur cette interdiction plus que sur des représentations personnelles, des jugements...

Gynécologie sans frontières

Retour de vacances au pays ou de visites à la famille

CNP de Pédiatrie

Insister sur le fait que ces mutilations sont pratiquées essentiellement par des femmes

COMMENTAIRES « 1.1 DÉFINITION DES MUTILATIONS SEXUELLES »

CNGOF - Relecteur 4

Le schéma est proposé dans l'annexe 3 de l'argumentaire et non dans l'annexe 2.

Pourquoi ne pas mettre les définitions dans ce chapitre au lieu de les mettre en annexe ? Cela éviterait de se reporter à chaque fois à l'annexe, surtout que les différents types de mutilation sont commentés dès les lignes et les paragraphes suivants.

Gynécologie sans frontières

TOUTE LÉSION DES ORGANES GÉNITAUX FÉMININS PRATIQUÉE POUR DES RAISONS NON MÉDICALES (y compris les nymphoplasties) et/ou esthétiques.

CNP de Pédiatrie

Le terme de prépuce dans la classification (type 1) ouvre la porte aux discussions concernant les circoncisions rituelles.

Le terme exact et non équivoque pour une fille est capuchon clitoridien et non prépuce qui en pratique est réservé au sexe masculin.

COMMENTAIRES « 1.2 LES PAYS QUI PRATIQUENT LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES »

CNGOF - Relecteur 2

Il est peut-être intéressant également de hiérarchiser la répartition du risque en France en nombre absolu en fonction du pays d'origine ; exemple : beaucoup plus de femmes venant du Mali que de Gambie.

CNGOF - Relecteur 4

- Moments-clés : il y a aussi le mariage
- Je pense qu'il faut compléter le tableau 1 en mettant aussi l'Amérique du Sud (Colombie, Brésil, Mexique) et l'Amérique du Nord (à cause des migrants) (voir article : A. Andro, M. Lesclingand. « Les mutilations génitales féminines. États des lieux et des connaissances. Population, 2016/2 ; Vol. 71 : 224-311 »). Il y a d'autres articles sur ce sujet. Il faut que l'on sache que les mutilations sexuelles féminines se font sur tous les continents.

CAMS

Les pays où l'excision est pratiquée : il faut ajouter les anciennes républiques soviétiques à dominante musulmane (Tchéchénie, Abkhazie, etc.), ce qui m'a été confirmé verbalement par des jeunes femmes invitées par le Centre Hubertine Auclert avant son déménagement de la rue du Trésor. La presse russe, relayée par la presse française, s'est récemment faite l'écho de cliniques à Moscou faisant de la publicité pour un pack excision.

CNGOF - Relecteur 6

Redondance de tableaux nécessitant une synthèse

Tableau 5, organisation par fréquence si possible

Tableaux 3 et 4 peu lisibles, les fusionner et les mettre sous la forme d'un vrai tableau

Intérêt des tableaux 7 et 8.

Gynécologie sans frontières

CERTES L'AFRIQUE AVEC 120 MILLIONS DE FEMMES MUTILÉES MAIS AUSSI L'INDONÉSIE AVEC 80 MILLIONS DE FEMMES

DIFFERENCIER L'AFRIQUE DE L'OUEST, AVEC SURTOUT TYPES 1 ET 2 ET L'AFRIQUE DE L'EST AVEC TYPE 3 PAS DE RAPPORT AVEC LA RELIGION MUSULMANE. EXEMPLE : MALI 90 % / NIGER 2 %.

Risque : rajouter Retour/vacances au pays, visites famille au pays.

Afganistan et Syrie (OFBRA 2018).

COMMENTAIRES « 2. LES CONSÉQUENCES DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES »

Planning Familial

La « majorité » civile est à un âge différent selon les lois des différents pays entre 15 et 21 ans.

CNP de Pédiatrie

Existence de pavillon des « fistuleuses » partout dans les hôpitaux en Afrique et femmes rejetées de la société.

COMMENTAIRES : « 2.1 LES CONSÉQUENCES MÉDICALES IMMÉDIATES »

CNGOF - Relecteur 4

- Lésions traumatiques des organes voisins : urètre, vagin, périnée postérieur.
- Fractures des membres (humérus, fémur, clavicules).

Gynécologie sans frontières

DANGEUREUSES, VOIRE MORTELLES.

COMMENTAIRES : « 2.2 LES CONSÉQUENCES MÉDICALES À MOYEN ET LONG TERME »

Planning Familial

Certaines sont communes à toutes les mutilations sexuelles, par exemple syndrome post-traumatique, douleurs, troubles sexuels avec les variations individuelles.

CNGOF - Relecteur 1

Ajouter ? conséquences psychiques du psychotrauma.

CNP de Pédiatrie

Insister sur les conséquences urinaires désastreuses du fait des fistules très fréquentes+++ et sur les sténoses vaginales.

Réparation chirurgicale souvent très compliquée, voire impossible.

COMMENTAIRES : « 2.2.1 LES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES DE TYPES I ET II »

CNGOF - Relecteur 1

Conséquences psychiques du psychotrauma.

CNGOF - Relecteur 4

- Rajouter pseudo-infibulation par accolement des petites lèvres.

Gynécologie sans frontières

Conséquences organiques du psycho-trauma (pathologies chroniques, douleurs).

Stress post-traumatique **CHOC PSYCHO TRAUMA c'est différent et à ajouter.**

Anorgasmie.

COMMENTAIRES : « 2.2.2 LES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES DE TYPE III »

CNGOF - Relecteur 1

Conséquences psychiques du psychotrauma.

CNGOF - Relecteur 4

- Dysurie et ses conséquences : infections urinaires récidivantes, ce qui entraîne des néphrites à répétition et cela aboutit à une insuffisance rénale chronique

Gynécologie sans frontières

Complications propres aux réinfibulations, d'autant que celles-ci seront répétées.

Décès maternel par HH au moment de l'expulsion si mauvaise prise en charge.

COMMENTAIRES : « 2.3 LES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES »

CNGOF - Relecteur 1

Dystocie en rapport avec l'obstruction à la naissance,
remplacé par : dystocie d'expulsion en rapport avec l'obstruction vaginale.

CNGOF - Relecteur 3

Dans l'argumentaire

Il faut remplacer lacération obstétricale par lésions obstétricale du sphincter anal (LOSA).

Il existe des nouvelles recommandations du CNGOF portant sur la protection périnéale avec une sous-section orientée MSF (Thubert et al GOF 2018).

- **En cas de mutilation sexuelle de type III, une désinfibulation avant l'accouchement est associée à une diminution du risque de LOSA (NP3) ; dans cette situation, une désinfibulation est recommandée avant l'accouchement (grade C).**

Je ne comprends pas le rationnel entre l'IRC liée à des infections urinaires à répétition provoquant une HTA gravidique et une pré éclampsie qui est un trouble de la placentation (page 47 de l'argumentaire).

Gynécologie sans frontières

Variabilité des conséquences anatomiques en fonction de l'expérience de l'exciseuse.

Du praticien (formation – niveau) qui pratiquera un acte gynécologique et/ou obstétrical sur une femme porteuse de MGF (accouchement, désinfibulation).

Le risque de vaginose est prouvée ? Ceci ne me semble pas le plus important ?

Peut-être commencer par le cadre sur les conséquences sexuelles et non par la phrase les tb sexuels ne sont pas corrélés au type de mutilation ? Ou mettre cette phrase après l'énumérations des conséquences sexuelles.

COMMENTAIRES : « 2.4 LES CONSÉQUENCES SEXUELLES »

CNGOF - Relecteur 4

Je pense que l'on peut être plus explicite et rajouter viols en plus de mariage forcé et autres violences subies

Gynécologie sans frontières

Impression d'être frigides, de ne pas avoir de plaisir parce que mutilées

Impression d'être différentes, OUI MAIS SEULEMENT QUAND ELLES SONT EN EUROPE. AU PAYS, ELLES FONT PARTIE DU GROUPE, ELLES SONT COMME LES AUTRES.

COMMENTAIRES : « 2.5 LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES »

CNGOF - Relecteur 4

Rajouter : comportement suicidaire.

Gynécologie sans frontières

Conséquences psychologiques du psycho-trauma.

Troubles du comportement dus au psychotrauma dû à MSF et aux violences associées (viols, torture, etc.).

Conséquences secondaires : fistules provoquent mise au ban de la société ou femme répudiée.

COMMENTAIRES : « 3. ÉVALUER LE NIVEAU DE RISQUE DE MSF »

Gynécologie sans frontières

3.1, dernier° : les parents privilégient l'insertion dans la communauté quel que soit le risque pour l'enfant

COMMENTAIRES : « 3.1 LES FACTEURS DE RISQUE QU'UNE PATIENTE PUISSE ÊTRE CONSIDÉRÉE À RISQUE D'AVOIR UNE MSF »

COMMENTAIRES : « 3.2 LES INDICATEURS SPÉCIFIQUES CHEZ UNE MINEURE »

Gynécologie sans frontières

Ne jamais minimiser ce risque quand l'enfant se confie ou fait part de son inquiétude.

COMMENTAIRES : «4. COMMENT ABORDER LA QUESTION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES »

MIPROF

À modifier « il est important de connaître un minimum le sujet » ou dire « il est important d'avoir une certaine connaissance du sujet », car cela tend à minimiser l'importance et la gravité du sujet et ne signifie pas suffisamment précisément ce qui est attendu du/de la professionnel.le de santé.

Concernant l'interprétariat, je m'interroge s'il n'existerait pas une législation sur les modalités de recours aux interprètes et notamment agréé.e.s par le ministère ?

CNGOF - Relecteur 3

De manière globale, je trouve qu'il ne ressort pas assez dans les recommandations le fait que les patientes ne se rendent parfois pas compte que leurs maux puissent être en rapport avec leurs mutilations

L'absence de compréhension du lien entre les symptômes ressentis par les patientes et leur MSF est probablement le

plus grand frein à la disparition de ces mutilations. Le fait d'insister sur ce point-là avec les patientes me paraît fondamental

Gynécologie sans frontières

Utiliser un interprète

Ne jamais utiliser quelqu'un faisant partie d'une ethnie OPPOSÉE... (conflits guerres, religieux)

+inclure chez l'adulte dans l'interrogatoire global la question des rapports et éventuelle dyspareunie, peut ouvrir sur une MSF non évoquée

COMMENTAIRES : « 4.1 ABORDER LE SUJET SEREINEMENT AVEC LES PATIENTES (FEMMES, MINEURES) »

Planning Familial

Dans cette partie, redire l'information sur les lois en France et les différents pays d'origine.

MIPROF

Rajouter :

- Donner un message clair sur la loi française qui interdit et punit cette violence ainsi que sur la seule responsabilité des adultes/agresseur.euse.s sans porter de jugement moral ou de valeur.

Gynécologie sans frontières

Grande importance d'une « boîte à images » et/ou de documents et schémas pour expliquer

Avoir à l'esprit que le diagnostic est parfois difficile à faire : se méfier des conclusions trop hâtives ++ en cas de type I ou II. Prendre le temps.

COMMENTAIRES : « 4.2 DIFFÉRENTES SITUATIONS RENCONTRÉES PAR LE PRATICIEN »

Planning Familial

Redire que l'examen de la vulve fait partie de l'examen pour toute femme venant en consultation pour un examen gynécologique quelle que soit son origine.

MIPROF

Rajouter un 4.2.3. sur la mineure victime.

Gynécologie sans frontières

SOIT LA PATIENTE EST DEMANDEUSE, SOIT ELLE NE L'EST PAS, À CE MOMENT FAUT-IL LA FAIRE PASSER D'UNE SITUATION OÙ ELLE SE SENT NORMALE, COMME TOUTES LES FEMMES DE SA COMMUNAUTÉ, À UNE SITUATION OÙ RAPIDEMENT ELLE VA DEVENIR ANORMALE. À NOS YEUX, SELON NOS NORMES, ON RISQUE D'OUVRIR LA BOÎTE DE PANDORE !

COMMENTAIRES : « 4.2.1 LA FEMME SAIT QU'ELLE EST MUTILÉE »

COMMENTAIRES : « 4.2.2 SI LA FEMME IGNORE SA MUTILATION LORS D'UN EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE »

Collège infirmier français (CIF)

Le professionnel peut partir des troubles et des difficultés qu'il a constatés.

Proposition d'ajout « ou signalées ».

MIPROF

À modifier « il peut être utile de recourir à des outils pédagogiques **et** d'information (...) »

Gynécologie sans frontières

Il est nécessaire de faire l'annonce avec tact. L'annonce doit être suivie d'un temps suffisant pour en parler, quitte à reporter l'annonce dans un temps dédié.

Être attentif aux demandes indirectes

COMMENTAIRES : « 4.3 CONSEILS POUR MENER UN ENTRETIEN AVEC UNE MINEURE »

Gynécologie sans frontières

ADRESSES SURTOUT AUX MÉDECINS DE PMI ET SCOLAIRES, VOIRE AUX GÉNÉRALISTES PLUS QU'AUX GYNÉCOS.

Parfois, les jeunes se confient sous la forme de « moi non, mais j'ai une amie que je connais.. » car elles peuvent avoir des notions d'interdit, de peur ou de honte...

Faire de l'information indirecte : vous direz à vos amis...

COMMENTAIRES : « 4.4 ABORDER LE SUJET DES MSF AVEC LES PARENTS D'UNE MINEURE »

MIPROF

Rajouter dans « il est recommandé (...) de rappeler la loi en précisant :

- « quel que soit le pays où cela pourrait se faire, la mineure vivant en France **ainsi que les auteurs ou complices** sont soumis à la loi française (...) »

CNGOF - Relecteur 4

Il faut revoir la mineure après son retour au pays d'origine.

Gynécologie sans frontières

RAPPELER LA LOI FRANCAISE, UN CRIME PUNI PAR LA LOI.

LA LOI PROTÈGE TOUS LES ENFANTS VIVANT EN France QUELLE QUE SOIT LEUR NATIONALITÉ.

LA LOI S'APPLIQUE POUR LES MSF COMMISES EN France COMME A L'ETRANGER

COMMENTAIRES « 5. LES SIGNES ÉVOCATEURS D'UNE MSF RECENTE SUR UNE PATIENTE »

COMMENTAIRES : « 6. CONDUITE A TENIR POUR LA PROTECTION DES MINEURES FACE À UN RISQUE D'UNE MSF »

Planning Familial

Redire à la jeune mineure la loi en France et l'obligation du signalement pour sa protection.

Gynécologie sans frontières

BIEN AVERTIR LES PARENTS, DEMANDER À REVOIR L'ENFANT AU RETOUR D'UN VOYAGE AU PAYS FAMILIAL. INFORMER DE NOTRE POSSIBILITÉ DE FAIRE UN SIGNALEMENT.

METTRE DES MOTS SUR LES MAUX À VENIR.

COMMENTAIRES : « 6.1 LES MOYENS DE PRÉVENTION ET PROTECTION »

COMMENTAIRES : « 6.1.1 ÉVALUER LA SITUATION GLOBALE DE LA MINEURE »

COMMENTAIRES : « 6.1.2 LE SCÉNARIO DE PROTECTION POUR LES MINEURES »

CNGOF - Relecteur 4

En général, la mineure, lorsqu'elle retourne au pays d'origine de ses parents, ne sait pas qu'elle va être excisée. Donc lui donner ces conseils avant son départ n'a pas beaucoup d'intérêts. De plus, ils sont complètement inutiles une fois qu'elle est hors de France.

Je pense qu'il ne vaut pas mieux « proposer » car il y a un risque de refus des parents. Il faut absolument « faire » ces certificats de non-excision aux parents.

COMMENTAIRES « 6.2 CONDUITE À TENIR EN CAS D'UN RISQUE IMMINENT DE MSF POUR UNE MINEURE »

COMMENTAIRES : « 6.2.1 SIGNALEMENT D'UN RISQUE IMMINENT AUPRÈS DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE »

MIPROF

Les informations contenues dans cette partie sont intéressantes et importantes mais leur organisation n'est pas claire et donc nie à sa lecture et à sa bonne compréhension.

Gynécologie sans frontières

MAIS AUSSI AU MEDECIN DE LA CELLULE DÉPARTEMENTALE DE RECUEIL, DE TRAITEMENT ET D'ÉVALUATION DES RISQUES DE MUTILATION, AVEC COPIE AU PRESIDENT DU DEPARTEMENT (INFORMATION PRÉOCCUPANTE)

COMMENTAIRES « 6.3 CONDUITE À TENIR EN CAS DE RISQUE NON IMMINENT DE MSF »

Planning Familial

Discuter avec la mineure de l'obligation du signalement avant d'en informer les parents.

COMMENTAIRES « 6.3.1 INFORMATION PREOCCUPANTE »

COMMENTAIRES « 6.4 EN CAS DE CONSTAT D'UNE MUTILATION SEXUELLE CHEZ UNE MINEURE »

COMMENTAIRES « 6.4.1 SIGNALEMENT D'UN DIAGNOSTIC CONSTAT DE MSF AUPRÈS DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE POUR UNE MINEURE »

COMMENTAIRES « 7. CONDUITE À TENIR POUR UNE PATIENTE MAJEURE »

MIPROF

Rajouter un 7.2.3 : la femme enceinte mutilée

Précisant notamment la nécessité d'un suivi attentif et d'une prévention particulière notamment en cas de naissance d'une petite fille.

CNGOF - Relecteur 6

Partout dans le texte on parle de mineur alors que l'on est dans le chapitre majeur.

Gynécologie sans frontières

ATTENDRE ET VOIR SA DEMANDE, Y RÉPONDRE MAIS NE PAS IMPOSER NOS IDÉES

COMMENTAIRES « 7.1SI LE RISQUE CONCERNE UNE PATIENTE MAJEURE »

Planning Familial

L'orienter vers les associations ou structure lui permettant une mise à l'abri, l'aider à préparer son départ du domicile familial.

MIPROF

La phrase « dans le cas d'un risque imminent de mutilation chez une femme majeure, on rentre dans le cadre des dispositifs de mise à l'abri des femmes en danger. Il est recommandé d'appeler le 17 » n'est pas suffisamment claire des situations dans lesquelles les professionnel.le.s de santé peuvent lever le secret professionnel **SANS** l'autorisation de la victime ou potentielle victime.

Par ailleurs cette phrase peut paraître en contradiction avec la suivante.

À clarifier.

COMMENTAIRES « 7.2 EN CAS DE MUTILATION AVÉRÉE D'UNE PATIENTE MAJEURE »

MIPROF

Rajouter dans le paragraphe « il est recommandé de l'orienter vers... » - « **Le 3919** »

Dans la phrase suivante : il s'agit ici d'une patiente majeure donc le risque de « mariage précoce » semble peu probable.

Je propose alors de rajouter « un risque accru d'être ou d'avoir été victimes d'autres formes de violences (...) »

CNGOF - Relecteur 4

On peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, soit jusqu'à 48 ans (voir annexe 5).

COMMENTAIRES « 8. EXAMEN D'UNE PATIENTE AYANT SUBI UNE MUTILATION SEXUELLE FÉMININE »

CNGOF - Relecteur 3

Je pense qu'il serait utile qu'en plus de stipuler qu'il existe des centres de référence avec des parcours de soins adaptés de mettre directement le lien dans le texte du site de la Gams pour l'accès aux soins qui actuellement est présent dans les annexes.

COMMENTAIRES : « 8.1 EXAMENS DES FEMMES ET JEUNES FILLES »

MIPROF

Dernière phrase p. 20, rajouter « si elle a des filles **et/ou des sœurs** »

1^{re} phrase p. 21 : pourquoi limiter aux mineures adolescentes ? il est important de rappeler que la loi interdit les violences et qu'elle n'y est pour rien, peu importe l'âge de la victime.

CAMS

Je n'aborde pas la question de l'asile... J'ai inauguré le raisonnement permettant que la Convention de Genève soit applicable (aff. Aminata Diop 1991) mais je suis très réservée devant les dérives auxquelles on assiste depuis un certain nombre d'années déjà. Dérives que les appels que je reçois de la part de postulants à l'asile confirment encore.

COMMENTAIRES : « 8.2 EXAMEN D'UNE PETITE FILLE, D'UN NOURRISSON »

Gynécologie sans frontières

Il est extrêmement délétère de faire faire les certificats de non-excision par les médecins des UMJ. C'est une réforme visant à rendre les demandes d'asile encore plus difficiles.

CNP de Pédiatrie

Je ne pense pas qu'il faille écrire dans le carnet de santé de l'enfant ce type de renseignement mais bien entendu dans le dossier médical.

Le certificat de non-excision peut être également rédigé par des médecins experts (gynécologues, chirurgien pédiatre, gynécologues pédiatres).

COMMENTAIRES : « 9. PRISE EN CHARGE MÉDICALE EN PREMIER RECOURS ET ORIENTATION »

MIPROF

« Il semble nécessaire ici de recommander la formation des professionnel.le.s de santé sur les MSF et notamment en

reprenant la liste des professionnel.le.s de santé de l'introduction du guide (p.7) :

médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI, médecins scolaires, gynécologues, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, médecins urgentistes, psychiatres, psychologues, médecins sexologues, ainsi que les infirmières, auxiliaires de puériculture et tout personnel qui prend en charge les enfants et les adolescents en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés. »

et notamment en accord avec l'action 82 du 5^e plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes.

COMMENTAIRES : « 9.1 PRISE EN CHARGE D'UNE MINEURE MUTILÉE »

COMMENTAIRES « 9.2 PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME AYANT SUBI UNE MSF »

Gynécologie sans frontières

Importance quand cela est possible d'une concordance de lieu pour l'accompagnement de cette personne, équipe pluridisciplinaire ++.

COMMENTAIRES : « 9.2.1 PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE »

CNGOF - Relecteur 1

Il est recommandé d'adresser à un psychiatre/psychologue.

REPLACER PAR : « IL EST RECOMMANDÉ DE PROPOSER UNE ÉVALUATION DES RETENTISSEMENTS PSYCHOLOGIQUES AVEC... »

Gynécologie sans frontières

Professionnels connaissant les spécificités de ces patientes.

COMMENTAIRES : « 9.2.2 PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE »

CNGOF - Relecteur 1

Ajouter :

il est recommandé que le suivi de grossesse et de l'accouchement fasse l'objet d'une évaluation en staff multidisciplinaire (sage-femme, obstétricien, anesthésiste, pédiatre, psy...).

CNGOF - Relecteur 4

La désinfubulation doit se faire juste avant l'accouchement.

CNGOF - Relecteur 5

1- Prise en charge de la femme enceinte doit s'accompagner aussi d'une proposition des séances de préparation à l'accouchement, soit dans une maternité ou sages-femmes libérales.

2- Pour les mutilations de type III préconise une désinfubulation avant 20 semaines aménorrhées si possible, sinon pendant le travail et surtout en péroperatoire lors d'une césarienne car souvent oublier par les obstétriciens croyants que la désinfubulation uniquement faite lors de l'accouchement par voie basse.

Gynécologie sans frontières

Préparer l'accouchement et/ou desinfubulation (sous anesthésie), et post-accouchement si projet de réparation derrière après le *post-partum*.

COMMENTAIRES : « 9.2.3 PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ »

Gynécologie sans frontières

Par des professionnels sexologues formés à ce type de difficulté (**SEXOLOGUES-PSYCHIATRES-PSYCHOLOGUES formés AU SUJET**).

COMMENTAIRES : « 9.2.4 PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE »

CNGOF - Relecteur 1

Partie distale du vagin

... *distale ou proximale ?? il s'agit de l'occlusion de l'orifice vaginal ...*

MIPROF

Cette partie pourrait être développée afin de préciser notamment que la chirurgie n'est pas une fin en soi, qu'elle doit être préparée et expliquée, qu'une évaluation de la situation doit être réalisée en amont afin de préconiser la meilleure actions...

Gynécologie sans frontières

Il est absolument nécessaire que la chirurgie de réparation clitoridienne soit entourée d'une prise en charge psychologique avant et après. Et sexologique.

La chirurgie N'EST PAS TOUJOURS NECESSAIRE ET NE VIENDRA QU'APRÈS DE LONGS ENTRETIENS ET UNE DEMANDE RENOUVELÉE EXPRESSE DE LA FEMME.

CNGOF - Relecteur 7

Domage qu'il n'y ait pas dans l'argumentaire des travaux plus récents que ceux cités, notamment sur la reconstruction clitoridienne et la prise en charge multidisciplinaire qui, certes, sont réalisées sur de petites séries mais qui reposent sur des questionnaires validés, études prospectives ou qui mettent en lumière l'intérêt de parcours de soins spécifiques ou qui montrent le lien entre l'anatomie clitoridienne et les scores de qualité de vie sexuelle et qui avaient d'ailleurs été présentés pour la plupart aux premières journées de 2017 à Genève organisées par OMS sur la PEC des MSF et qui mettent un peu plus de perspectives pour de futurs travaux :

- **Antonetti Ndiaye E et al. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2015**
- **Merckelbagh HM et al. Gynecol Obstét Fertil 2015**
- **Vital et al. EJOGRB 2016**
- **Abdulcadir J et al. Obstet Gynecol. 2017**

CNP de Pédiatrie

Pas assez développée sur la prise en charge des séquelles.

Prise en charge par des chirurgiens experts +++, peu nombreux malheureusement.

COMMENTAIRES : « LES ANNEXES DES RECOMMANDATIONS »

Collège infirmier français (CIF)

Pas de modèle de signalement ou d'information préoccupante pour les autres professionnels de santé autres que médecin ou sage-femme..

Planning Familial

Annexe 9 : peut-on mettre un modèle de signalement avec une féminisation du terme « mineur », par exemple : personne mineure ; avec bien sûr une féminisation de tous les accords grammaticaux.

CNGOF - Relecteur 1

RAS

À compléter.

CNGOF - Relecteur 2

Rendre les différents certificats très faciles d'accès.

Un document pour chaque département avec tél et mail du procureur, CRIP, coordonnées des associations, lieux de prise en charge.

MIPROF

p. 38, 41 et 42 – document peu lisible.

Annexe 13 : 1^{er} document indiqué : je n'ai pas trouvé le dossier MSF sur le site santé sports... il faudrait peut-être préciser l'adresse exacte où le trouver.

3^e document : pourquoi le titre « équilibres et populations » ? je dirais plutôt : « le site stop-violences-femmes.gouv.fr – page consacrée aux MSF puis mettre le lien précis sur la page en question ».

p. 45 – Annexe 14

1^{er} document je propose : livret de formation « Le.la praticienne face aux mineures menacées ou victimes de mutilations sexuelles féminines » accompagnant le court-métrage pédagogique « Bilakoro »

Je rajouterai en 2^e : livret de formation « l'entretien de la. du professionnel.le avec une mineure menacée ou victime de MSF » accompagnant le court-métrage pédagogique « Bilakoro ».

3^e doc : mettre plutôt le lien suivant : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/depliants-et-guides-308>

Car plus clair

Je propose de rajouter en 4^e outil : la lettre de l'observatoire national sur les violences faites aux femmes de février 2017 consacrée aux « mutilations sexuelles féminines : mesurer l'ampleur du phénomène dans le monde et en France, lutter pour l'abandon de la pratique, prendre en charge les femmes victimes » https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_-_MSF_-_fev_17.pdf

5^e doc : indiqué qu'il s'agit d'une vidéo et qu'elle est visionnable et téléchargeable sur le site Stop violences en précisant le lien.

Sur le paragraphe concernant les outils MIPROF, il y a des redondances, donc il peut être synthétisés, par contre il peut être rajouté que « ces outils sont visionnables et téléchargeables gratuitement ».

CNGOF - Relecteur 4

Il y a d'autres films : « Fleur de désert » de Sherry Hormann, 2009, « Noires douleurs » de Lorène Debaisieux, 2007

CAMS

- En ce qui concerne les textes légaux, il faut ajouter ceux qui visent les actes de torture et de barbarie. Les textes changent tout le temps et deviennent compliqués à comprendre dans leur articulation. L'exposé trop précis des sanctions de nature criminelle (mais qui ne sont pas prononcées par le jeu des circonstances atténuantes) est à mon avis de nature à freiner les signalements

- Filmographie : il manque « Ce n'est pas pour aujourd'hui » (5 min), réalisé par le musicien Bafing Kul, seul film qui montre crûment l'attitude de l'homme de la rue de Bamako (et de deux femmes) vis-à-vis de l'excision, attitude contre laquelle notre amie Sidibé lutte infatigablement.

J'aurais aimé voir figurer « Le pari de Bintou », 15 min, que j'ai produit, et qui avait la faveur des Africaines en France comme en Afrique où il a beaucoup circulé.

J'allais oublier : la traduction en anglais de la brochure de teinte rose saumon, qui est citée, devrait être retirée de la circulation !

Gynécologie sans frontières

Pas d'accord sur la classification

Type 1 : section minimale du clitoris ou du capuchon clitoridien

Type 2 et 3 : Je n'ai jamais vu d'atteinte des grandes lèvres que ce soit dans le type 2 et 3 ! À mon avis, il faut retirer l'ablation des grandes lèvres dans la classification. C'est pour nous l'excision.

Vérifier l'atteinte des grandes lèvres dans les excisions.

COMMENTAIRES : « ARGUMENTAIRE »

Planning familial

P 86 jusqu'au début du chap 7.2 : alors que cette partie a pour titre la personne majeure, le texte parle de personne mineure.

CNGOF - Relecteur 1

... à suivre

CNGOF - Relecteur 3

Dans l'argumentaire

Il faut harmoniser MSF et FGM/MGF dans le texte.

Il faut remplacer lacération obstétricale par lésions obstétricale du sphincter anal (LOSA).

Il existe des nouvelles recommandations du CNGOF, portant sur la protection périnéale avec une sous-section orientée MSF (Thubert et al GOF 2018).

- **En cas de mutilation sexuelle de type III, une désinfibulation avant l'accouchement est associée à une diminution du risque de LOSA (NP3) ; dans cette situation, une désinfibulation est recommandée avant l'accouchement (grade C).**

Je ne comprends pas le rationnel entre l'IRC liée a des infections urinaires à répétition provoquant une HTA gravidique et une prééclampsie qui est un trouble de la placentation (page 47 de l'argumentaire)

Page 51 : MSG à la place de MSF.

CNGOF - Relecteur 4

Page 61 : dans le chapitre « comment parler de MSF, 3^e ligne : faute d'orthographe : « parler à un confrère »

Page 75 : « D'après ces recommandations, si vous suspectez... »

Page 84 : « ... jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans. »

Page 89 : « ... peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans. »

Concernant le chapitre 9, les sous-chapitres ne sont pas dans le même ordre que dans « La prise en charge des MSF par les professionnels de santé »

Page 108 : retirer le ? dans le chapitre « Bonne pratique 3 »

Page 115 : « D'après le rapport de Gynécologie sans frontières... »

Pages 121 et 125 : concernant le délai de prescription : le délai de prescription de 30 ans depuis la loi aout 2018 : LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes NOR: JUSD1805895L n'a pas été mis.

Page 144 : annexe 4. Le lien Internet est correct. Mais soit on met tous les tableaux (avec donc tous les praticiens qui font la chirurgie de reconstruction), soit on n'en met aucun.

Page 160 : prévention des MSF

COMMENTAIRES : « AUTRES »

Collège infirmier français (CIF)

Il est inscrit sur tout le document « parents ». Certains enfants ne sont pas sous la responsabilité parentale.

Proposition ajout « responsables légaux ».

CMG

Le bureau du Collège ne souhaite pas apporter de modification au document transmis et remercie pour le travail effectué.

CNGOF - Relecteur 2

Proposer dans tous les endroits sensibles, crèches, écoles, maternité etc. des documents (affiches) concernant l'information et la répression.

CAMS

Dès les années 1983/84, une méthode, peu orthodoxe j'en conviens, a été mise en œuvre avec succès pour la prévention des MSF par une PMI parisienne : la menace de ne plus recevoir les allocations familiales en cas d'excision. De fait, la tutelle aux prestations sociales a été efficace, et profitable aux enfants, nous a expliqué une assistante sociale lors d'un des nombreux procès que j'ai plaidés devant les cours d'assises.

J'ai eu confirmation de l'efficacité d'une 'menace' de cette nature, non seulement par Hawa Gréou, l'exciseuse repentie qui s'est rapprochée de moi après être sortie de prison, avec laquelle j'ai écrit "Exciseuse" (avec l'assistance de Natacha Henry), mais aussi par de jeunes interlocutrices auxquelles je n'hésite pas à poser la question.

Commentaires des institutionnels

CNAM

Commentaires généraux :

Propositions de recommandation non gradées dans le document, indiquer le cas échéant qu'elles relèvent d'un AE.

Réintroduire en début de texte les enjeux et surtout les objectifs d'amélioration des pratiques pour sensibiliser davantage les professionnels de premier recours avec le sujet.

Propositions concernant la rédaction :

Préambule p 6

- Cf. commentaires généraux : ajouter les objectifs

Évaluer le niveau de risque de MSF p11

- Titre 3.1 formulation peu heureuse. Proposition : facteurs à considérer pour évaluer le risque de MSF chez une patiente
- 3.2 Les indicateurs spécifiques chez une mineure, 1^{er} dernière ligne : Le fait d'avoir quitté son pays d'origine ne suffit pas toujours à assurer la protection de la fille. Cette situation peut à l'inverse constituer un risque renforcé par un repli identitaire.

Différentes situations rencontrées par le praticien p12

- Dernières lignes p 12 : Il est recommandé de ne pas avoir de réaction trop vive ou inappropriée lorsque l'on n'est pas familier avec ce type de violence faite aux femmes. Les patientes peuvent se sentir humiliées ou agressées par ces attitudes.

4.2.1 la femme qui sait qu'elle est mutilée p 13

- 3^e bullet point : ~~tel~~ telle
- 4^e bullet point : des filles vivant en France
- **La femme ne souhaite pas en parler.** Si toutefois la femme ne souhaite pas... il est recommandé

DGS

Annexe

Ce projet de recommandation apparaît complet et cohérent et la grande qualité du travail fourni est à souligner.

Après les données du contexte social et juridique, les conduites à tenir par les professionnels de santé sont abordées de manière claire et concrète, ce qui est essentiel.

L'importance de prendre en charge la patiente de manière multidisciplinaire est bien mise en évidence tout au long du document.

Ces recommandations de bonnes pratiques répondent bien à l'objectif d'améliorer l'accueil et la prise en charge par les professionnelles de premier recours pour les enfants, les adolescentes et les femmes ayant eu ou à risque de subir des mutilations sexuelles féminines.

Cependant, ce document appelle quelques remarques et compléments indiqués en bleu ci-dessous avec les pages concernées :

Page de titre

Nous proposons de supprimer le mot « Méthode » pour ne laisser que « Recommandations pour... »

Page 6

« Les MSF sont interdites, aussi bien en France - délits ou crimes punis de 5 à 20 ans de réclusion - qu'au niveau international y compris dans les pays d'origine. »

Page 7

Dans « 1. Données générales », la phrase : « Les mutilations sexuelles féminines (MSF) de type II et de type III représentent environ respectivement 80 % et 15 % des mutilations en France » : y a-t-il des données sur la fréquence ?

Dans le tableau de bas de la page : faire un saut de ligne entre les pays majoritaires et ceux moins concernés pour améliorer sa lisibilité

Page 8

Au tableau 2.1 : ~~Facteur de risque possible de~~ transmission possible des maladies hématogènes virales et bactériennes comme le tétanos, le VIH, les hépatites B et C, le virus d'herpès simplex

Les complications qui sont constatées au pays d'origine ne sont-elles pas trop détaillées dans la partie 2.3 ?

Page 10

« Au vu des complications sur la santé entre autres, la prévention est primordiale. Il est recommandé pour les professionnels en lien avec la famille et les enfants d'évaluer et de prévenir ~~par tous moyens légaux~~ le risque de MSF. »

Page 11

Titre 3.1 : « Les facteurs de risque de ~~qu'une patiente puisse être considérée à risque d'avoir une~~ d'avoir une MSF ».

Titre 3.2 : « Les indicateurs spécifiques chez une mineure » : « Les signes d'alerte chez une mineure » semblent une meilleure formulation

« Naître d'une mère qui a subi une MSF constitue un facteur de risque important » : A déplacer peut-être au paragraphe précédent

Dans ce paragraphe, il faudrait hiérarchiser les signes d'alerte : en effet, ce n'est pas la même chose de parler de MSF que de faire vacciner sa fille contre la fièvre jaune (qui est obligatoire.)

Chapitre 4 et 5, page 12

Il nous semble qu'il faudrait donner une piste introductive pour le professionnel de 1^{er} recours.

Peut-être en démarrant sur des questions relatives à la puberté si c'est une jeune fille, et si c'est une femme sur l'examen gynécologique (plus questions contraception etc.. ?)

Toute cette partie apparaît assez éloignée de la pratique. Pourquoi ne pas partir de situations concrètes ? :

1. Découverte d'une mutilation lors de l'examen gynécologique
2. Signes cliniques devant faire rechercher une mutilation récente
3. Déclaration spontanée d'une mutilation
4. Crainte d'une mutilation pour sa fille mineure
5. Entretien préventif auprès des parents
6. Entretien diagnostique auprès d'une mineure

Chapitre 6

Nous proposons de mettre immédiatement les deux cas de figures : soit il existe un risque imminent, soit le risque est différé (et insérer dans cette partie différée le 6.1.2)

Les conduites à tenir pourraient être décrites sous forme d'algorithme, beaucoup plus parlant et plus clair pour un professionnel de santé et renforcer ainsi la portée du message.

Enfin il semblerait indispensable de mettre fortement en relief les recommandations relatives aux relations de confiance avec les patientes et à leur sécurité ainsi que les renvois aux informations en annexe afin de rendre ces messages les plus clairs et lisibles possibles (en gras, bien détachés du texte, police différente..).

13. Validation

13.1 Avis de la commission

Lors de la délibération du 22 octobre 2019 la Commission Recommandations, Pertinence, Parcours et Indicateurs a donné un avis favorable à la recommandation de bonne pratique avec demande de modifications mineures qui ont été intégrées.

13.2 Adoption par le Collège de la HAS

Lors de la délibération du 05 février 2020, le Collège de la HAS a adopté la recommandation de bonne pratique avec demande de modifications mineures qui ont été intégrées.

Annexe 1. Méthode de travail

► Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de part : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. tableau 1)

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

► **Gestion des conflits d'intérêts**

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

► **Actualisation**

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Annexe 2. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langues anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 2008 à mars 2018. Une veille a été réalisée jusqu'en juillet 2019.

Sources

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données Medline, Embase, Cinahl ;
- pour la littérature francophone : les bases de données Lissa et BDSP ;
- la Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Ci-dessous, la liste des sites consultés :

Association nationale des sages-femmes libérales – ANSFL
Bibliothèque interuniversitaire de santé - BIUS
Bibliothèque médicale Lemanissier
Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMéF
Centre Hubertine Auclert Île-de-France
Collège national des gynécologues et obstétriciens français – CNGOF
Comité pour la santé des exilés - COMEDE
Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles - CAMS
Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines – GAMS
Gynécologie sans frontières – GSF
Haute Autorité de santé – HAS
Institut national d'études démographiques – INED
La documentation française
Ministère des solidarités et de la santé
Santé publique France
Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes
Société française de gynécologie - SFG
Société française de médecine générale – SFMG
Société française de pédiatrie - SFP

Agence de la santé publique du Canada
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
American Academy of Family Physicians - AAFP
American Academy of Pediatrics – AAP
American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG
American Gynecological & Obstetrical Society - AGOS
American Pediatric Association - APA
American Pediatric Society - APS
Centers for Disease Control and Prevention - CDC
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
Centre for Reviews and Dissemination databases
Clinical Practice Guidelines Portal
CMA Infobase

Cochrane Library
Collège des médecins du Québec - CMQ
Department of Health - DH
European Society for Sexual Medicine – ESSM
European Society of Contraception and Reproductive Health - ESC
Fonds des Nations unies pour l'enfance - UNICEF
Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC
Guidelines International Network - GIN
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - INESSS
National Health and Medical Research Council - NHMRC
National Health Services - NHS
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
National Institutes of Health - NIH
New Zealand Guidelines Group - NZGG
NHS Evidence
Paediatric Society of New Zealand
Public Health England
Royal Australian College of General Practitioners - RACGP
Royal College of Nursing - RCN
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG
Royal College of Paediatrics and Child Health - RCPCH
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
Société canadienne de pédiatrie - CPS
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada - SOGC
The UN Refugee Agency - UNHCR
Toward Optimized Practice
Tripdatabase
United States Agency International Development – USAID
World Health Organization - WHO

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans les bases de données Medline, Embase et Cinahl.

Tableau 20. Stratégie de recherche dans les bases de données Medline, Embase et Cinahl

| Type d'étude/sujet | Termes utilisés | Période | Nombre de références |
|--|---|-------------------|----------------------|
| Mutilations sexuelles féminines | | | |
| Recommandations | | 01/2008 – 03/2018 | 62 |
| Étude 1 | (circumcision, female OR female genital mutilation)/de OR (female PRE genital PRE mutilation* OR female PRE genital PRE cutting OR infibulation* OR clitoridectom*)/ti,ab | | |
| ET | | | |
| Étude 2 | (position paper OR consensus OR guideline* OR recommendation* OR statement*)/ti OR (Delphi Technique OR Health Planning Guidelines)/de OR (Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH OR Guideline OR Practice Guideline OR Practice Guidelines OR Standards)/pt | | |
| Méta-analyses et revues systématiques | | 01/2008 – 03/2018 | 62 |
| Étude 1 | | | |
| ET | | | |
| Étude 3 | (meta analys* OR meta-analys* OR systematic literature review* OR systematic literature search OR systematic overview* OR systematic review* OR systematical literature review* OR systematical overview* OR systematical review* OR metaanalys*)/ti OR Meta Analysis/de OR (Meta-Analysis OR Systematic Review)/pt OR (Cochrane Database of Systematic Reviews)/so | | |

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en juillet 2019 sur les sites Internet énumérés ci-dessus. Une mise à jour a été effectuée sur les bases de données jusqu'en juillet 2019 et a apporté 14 références supplémentaires.

Résultats

Nombre références identifiées : 206

Nombres de références analysées : 131

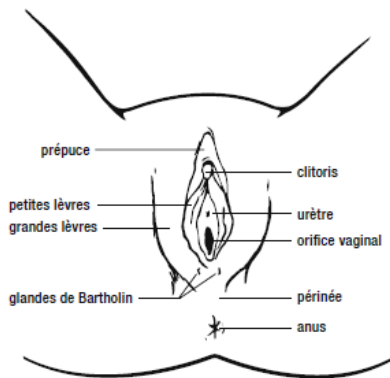
Nombre de références retenues : 53

Annexe 3. Schéma des différents types de mutilations sexuelles féminines

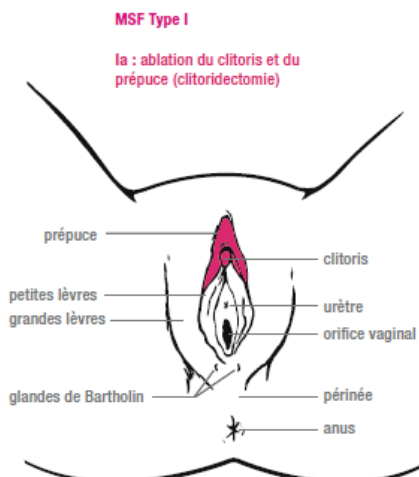
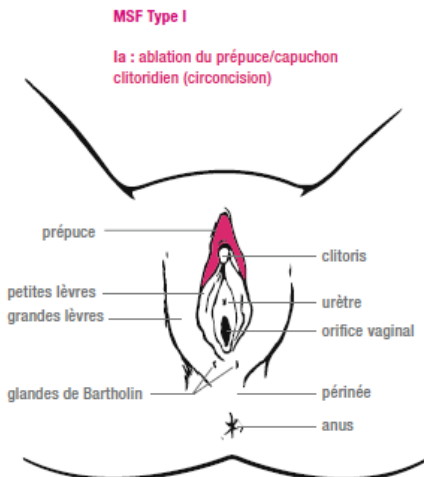
D'après les recommandations de World Health Organization de 2016, *Who guidelines on the management of health complications from female genital mutilation* (3).

Organes génitaux féminins non altérés

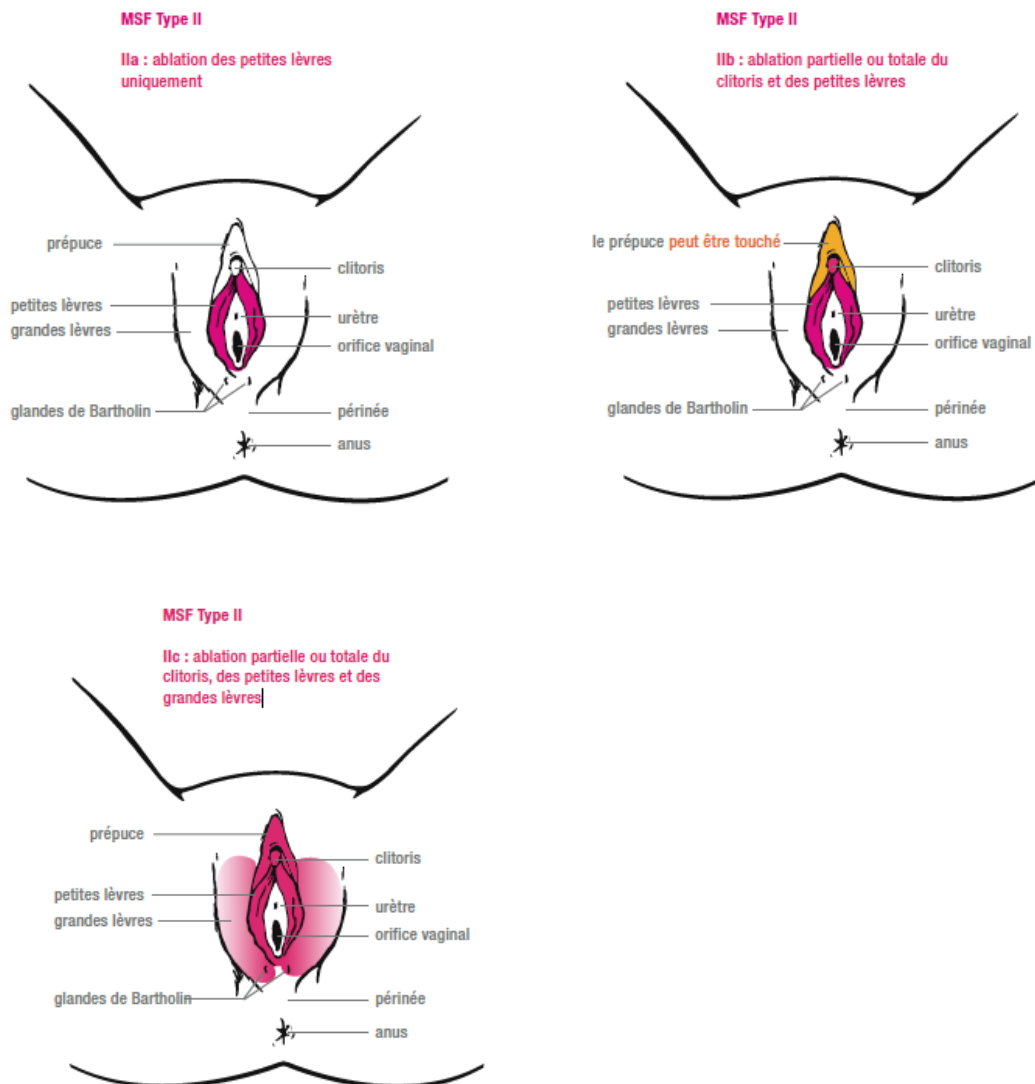
Organes génitaux féminins non altérés



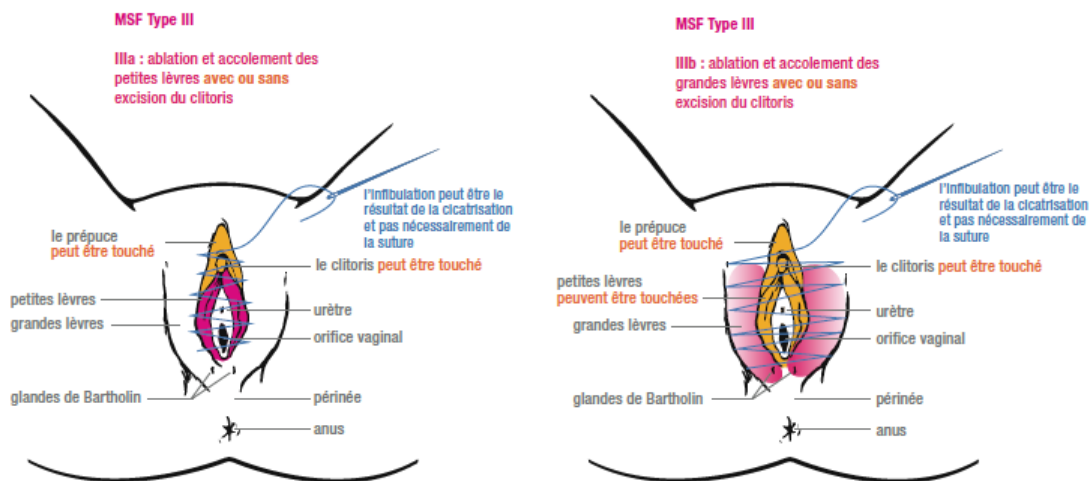
Type I. Ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce



Type II. Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)



Type III. Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)



Annexe 4. Formulaires de SIGNALEMENT

Des modèles de certificats médicaux accompagnés d'une notice explicative sont mis à disposition des praticiens par les ordres professionnels.

- Sur le site de l'Ordre national des médecins :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1675>

- Sur le site de l'Ordre national des sages-femmes :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/reporter-un-incident-de-maltraitance/>

Sévi­ces à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du Code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du Code de la santé publique) impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévi­ces dont il est victime.

L'article 226-14 du Code pénal délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à porter à la connaissance du procureur de la République (joignable 24 heures sur 24, 7 jours sur 7) ou de la Cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) (joignable aux horaires d'ouverture des bureaux) les sévi­ces ou privations constatés et les informations relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance. Ce modèle a été actualisé.

Le signalement des sévi­ces ou privations constatés doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République ou des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être au médecin de la CRIP du conseil départemental (ex conseil général).

Si, dans l'urgence, le signalement au procureur est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Modèle de SIGNALEMENT en cas de mutilation sexuelle avérée ou de risque imminent sur une mineure

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :

- année :

- heure :

- le mineur :

- nom :

- prénom :

- date de naissance (en toutes lettres) :

- sexe :

- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

(Rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-

-

-

-

-

-

-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général).

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Conserver un double de ce document.

Modèle de SIGNALEMENT en cas de mutilation sexuelle avérée sur une femme majeure AVEC son consentement

(Établi par un médecin : art. 226-14 du code pénal)

**Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée
sur une femme majeure
à adresser au Procureur de la République**

Objet : Signalement d'une mutilation sexuelle avérée exercée sur une femme majeure.

Nom :

Prénom :

Âge :

Adresse :

Madame ou Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....
.....

J'ai examiné ce jour (jour, heure mois année) Mademoiselle/Madame

..... (Nom, prénom) née le

domiciliée à

qui a donné son accord à ce signalement.

Les signes suivants

..... m'amènent à penser que cette personne a subi une mutilation sexuelle.

Je vous prie de croire, Madame ou Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Cachet /Signature du médecin

(Si un certificat médical a été établi, le joindre)

Annexe 5. Certificat médical : exemple de formulaire d'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

(En-tête du service)

Date :

Enfant(s) concerné(s) par l'information préoccupante

Ces éléments doivent être renseignés pour chacun des enfants concernés par l'information préoccupante

Nom : Prénom : Sexe : M F

Date et lieu de naissance :

Adresse du domicile de l'enfant :

Lieu de scolarisation ou assimilé :

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Titulaires de l'autorité parentale : Information déclarative sur justificatif

père mère autre non connu

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date et lieu de naissance :

Adresse du domicile de l'enfant :

Lieu de scolarisation ou assimilé :

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Titulaires de l'autorité parentale : Information déclarative sur justificatif

père mère autre non connu

Composition de la famille (données d'état civil)

PERE : Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :

MERE : Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :

AUTRE ADULTE VIVANT AU DOMICILE, s'il y a lieu :
Nom : Date de Naissance :
Prénom :

ENFANT(S) DE LA FAMILLE dont les enfants concernés par l'information préoccupante :

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Lieu de scolarisation ou assimilé :

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Lieu de scolarisation ou assimilé :

Services destinataires :

- Responsable de secteur ASE, demande d'une mesure administrative
Ou Évaluation destinée aux autorités judiciaires, à l'initiative du service

CRIP ou

Réponse à une saisine de la CRIP n° dossier :

Ou

Procureur copie CRIP

Contexte de la vie de famille de(s) l'enfant(s) concerné(s)

Conditions de logement ; élément du budget familial ; situation au regard de l'emploi ; autres personnes au domicile ; langue parlée ; grade alternée...

Description et analyse de la situation

L'enfant concerné : on s'attachera à distinguer :

- *Une observation de l'enfant : son état de santé, sa scolarité, son développement (compte tenu de sa classe d'âge). Un bilan est nécessaire pour chacun des enfants concernés par l'information préoccupante*
- *Une observation des relations intrafamiliales, notamment la problématique de l'enfant dans son environnement et le positionnement de chacun des membres de la famille.*

NB : une grille de signaux d'alerte est jointe à la présente notice à titre indicatif (elle n'est pas à reprendre dans le rapport).

Les éléments de l'histoire familiale : seuls les éléments qui apportent un éclairage à l'évaluation de la situation sont à mentionner.

La(les) principale(s) problématique(s) repérée(s) : mise en évidence des éléments de danger.

Le point de vue de la famille.

Travail engagé

Actions du service auprès de la famille : dates et durée à préciser, implication des parents, raisons de l'échec s'il y a lieu...

*Autres services intervenant auprès de l'enfant et de sa famille (préciser leurs coordonnées) ;
ex : mesure éducative, CMP, logement, RSA...*

Travail de partenariat : Synthèse, inscription de la situation en CPPEF, ...

Information des parents

Rappel : la règle est d'informer les parents de la transmission d'un écrit (à la CRIP ou à l'ASE). La date et les modalités de cette information sont à préciser.

Si, dans l'intérêt de l'enfant, il a été retenu de différer l'information aux parents, le motif de cette dérogation doit être mentionné.

Conclusion du service

Rappel : Une orientation vers le Parquet doit répondre à l'un des trois cas suivants :

- danger et échec d'une protection contractuelle ;
- danger et impossibilité d'une protection contractuelle ;
- risque de danger et impossibilité d'évaluer.

+/- Certificat médical

Date : _____ signature du rédacteur

Les informations transmises sont couvertes par le secret professionnel : elles sont strictement confidentielles, et à l'attention exclusive du destinataire visé. En cas d'erreur de transmission, merci de détruire le document et de nous informer au :

Annexe 6. Certificat médical de NON-EXCISION

Modèle de certificat médical de non-excision pour une patiente mineure (en vue d'un voyage)

Je, soussigné Docteurcertifie avoir examiné le.....l'enfant
..... en présence de..... (mère, père, parents)

L'examen des organes génitaux externes ne retrouve aucune lésion traumatique au niveau du clitoris, du méat urétral, des petites lèvres, des grandes lèvres.

Cette enfant ne présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Cette enfant sera revue en consultation leafin de vérifier l'intégrité des organes génitaux externes.

Certificat établi le..... et remis en main propre
à..... pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature / cachet

Garder un double du certificat dans le dossier.

Les certificats médicaux de non-excision d'une mineure dans le cadre d'une demande d'asile, à la demande de l'Ofpra, doivent être réalisés au sein de structure médicolégale (UMJ).

Modèle de certificat médical de non-excision ou d'excision pour une patiente majeure

Je soussigné, Docteur..... certifie avoir examiné leà sa
demande Mme/Mlle.....(Nom, prénom), née le (jour mois
année) domiciliée à

Après examen des organes génitaux externes, Mme/Mlle.....

- Présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Ou

- Présente une mutilation sexuelle féminine de type (I II III) (description).

Certificat établi le et, remis en mains propre

À pour servir et faire valoir ce que de droit

Date :

Signature/cachet

Garder un double de certificat dans le dossier

Annexe 7. Associations, numéros d'urgence, sites institutionnels, outils

Associations impliquées en particulier en France dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines

CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles)

6, place Saint Germain des Prés 75006 Paris

Courriel : linda.weilcuriel@cams-fgm.org - Site : <http://www.cams-fgm.org/>

Excision, Parlons-en !

51, avenue Gambetta 75020 Paris

contact@excisionparlonsen.org

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

GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles)

67, rue des Maraîchers 75020 Paris

Courriel : association.gams@wanadoo.fr

Site Internet : www.federationgams.org

GSF (Gynécologie sans frontières)

Faculté de Médecine de Nantes - 1, rue Gaston Veil 44053 Nantes cedex 1

Courriel : admin.gynsf@gmail.com Site Internet : <http://www.gynsf.org>

Institut Women-Safe : site Internet: www.women-safe.org

Tél. : 01 39 10 85 35/06 15 70 92 39

20 rue Armagis (pavillon Nivard)

78100 Saint-Germain-en-Laye

MFPF (Mouvement français pour le planning familial) 4, square Saint Irénée 75011 Paris

Courriel : mfpf@planning-familial.org

Site : <http://www.planning-familial.org>

Associations spécialisées

CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles)

Site : <http://www.cams-fgm.org/>

GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles)

Site Internet : <https://federationgams.org/contacts/>

Excision, Parlons-en ! : <http://www.excisionparlonsen.org/>:

GSF (Gynécologie sans frontières)

Site Internet : <https://gynsf.org/>

MFPF (Mouvement français pour le planning familial)

Site : <https://www.planning-familial.org/fr>

Institut Women-Safe (78) :

Site internet: www.women-safe.org

Les numéros de téléphones en urgence

Le 119 : service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger

Le 119 est destiné prioritairement aux mineurs en danger et est ouvert à toute personne qui souhaite évoquer la situation d'un mineur potentiellement en danger.

Ce numéro est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM sept jours sur sept, 24 heures sur 24.

Le 39 19 : Violences femmes info

Numéro national d'écoute destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés.

Ce numéro est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM sept jours sur sept, 24 heures sur 24. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 22 heures, les samedis, dimanches et jours fériés de 9 heures à 18 heures.

Attention : En cas d'urgence, il faut bien évidemment appeler le 17 ou le 112, le 114 (contact par SMS pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés à s'exprimer)¹³.

Le Tchat : sur la plateforme de signalement anonyme en ligne des violences sexuelles et sexistes : service-public.fr <https://www.service-public.fr/cmi>,

Il existe dorénavant un Tchat : pour parler en direct des violences sexuelles et sexistes avec les services de police ou de gendarmerie, depuis Service-public.fr (24 heures sur 24, 365 jours/an).

Ce nouveau service en ligne permet de dialoguer en direct sept jours sur sept et 24 heures sur 24 avec un policier ou un gendarme spécialement formé et d'instaurer un échange personnalisé avec lui afin de signaler des faits de violences sexuelles et/ou sexistes dont vous êtes victime pour lesquels vous êtes en recherche d'informations, de conseils ou d'assistance.

Cette discussion interactive doit permettre de bénéficier d'une orientation et d'un accompagnement dans les démarches directement de chez soi vers un service de police, une unité de gendarmerie ou une association susceptible de venir en aide avec professionnalisme et disponibilité.

¹³ Un modèle des affiches 119 et 3919 est disponible dans l'annexe 8 de la recommandation

116 006 : le numéro d'aide aux victimes

Le numéro d'aide aux victimes gratuit et ouvert 7 jours sur 7 de 9 heures à 19 heures.

Cette plateforme téléphonique s'adresse aux victimes d'infractions (vols, agressions...) mais aussi aux victimes d'accidents de la route, d'événements collectifs, d'attentats ou de catastrophes naturelles.

Dans le respect de l'anonymat de l'appelant, ce dispositif écoute et dirige les victimes vers les réseaux associatifs d'aide aux victimes et les services spécialisés.

Ce service est également accessible aux Français de l'étranger au 00 33 1 80 52 33 76 (numéro à tarification normale).

0 800 235 236 : Fil Santé Jeunes (18 à 25 ans)

Le numéro Fil Santé Jeunes est ouvert tous les jours de 9 heures à 23 heures (+ 1 Tchat). L'appel est gratuit depuis tous les téléphones.

Sites de référence, outils brochures, filmographies

Ressources institutionnelles

Le site Stop violences-femmes.gouv : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr> :

<https://stop-violences-femmes.gouv.fr/depliant-et-guides-308> et le dépliant « mutilations sexuelles féminines un crime puni par la loi » : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_Mutilations2015_FR.pdf

Le guide du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » <https://ansfl.org/document/guide-le-praticien-face-aux-mutilations-sexuelles-feminines/>

Livret de formation « l'entretien de la. du professionnel.le avec une mineure menacée ou victime de MSF » accompagnant le court-métrage pédagogique « Bilakoro ». https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_presentation_kit_bilakoro_2018.pdf .

Le court-métrage « Bilakoro » et le livret d'accompagnement constituent un kit de formation sur le repérage et la prise en charge des mineures confrontées aux mutilations sexuelles féminines. Ce kit de formation s'adresse en premier lieu aux travailleuses-eurs sociales-aux et aux professionnel-le-s scolaires et parascolaires (enseignant-e-s, conseiller-e-s principal-e-s d'éducation, psychologues scolaires, infirmier-e-s et médecins scolaires.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) MIPROF : outils de formation : violences au sein du couple et les violences sexuelles. <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au>. Les outils sont visionnables et téléchargeables gratuitement sur demande à l'adresse formation@miprof.gouv.fr.

Des kits de formation, créés par la MIPROF avec le concours de professionnels et d'experts, sont également disponibles pour d'autres formes de violences faites aux femmes. Les courts-métrages de formation peuvent être visionnés sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr.

La lettre de l'Observatoire national sur les violences faites aux femmes de février 2017 consacrée aux « mutilations sexuelles féminines : mesurer l'ampleur du phénomène dans le monde et en

France, lutter pour l'abandon de la pratique, prendre en charge les femmes victimes » https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_MSF_fev_17.pdf

Guide pratique destiné aux professionnel(le)s.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

Le guide du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche « Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir »
http://cache.media.education.gouv.fr/file/11_Novembre/02/9/Violences_sexuelles_Guide-PDF_2014_Canope_370029.pdf

L'OFPPA, Office français de protection des réfugiés et apatrides. « Demander l'asile en cas de mutilation sexuelle féminine » - <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile-et>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) : inpes.santepubliquefrance.fr >
Le guide pratique « Migrants/étrangers en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale » <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

Associations pour les victimes

La fédération France Victimes, espace d'information, d'orientation et d'accompagnement des victimes, (un centre national et ses 130 associations locales) qui sont les spécialistes du droit pénal et de la protection des victimes en France. Le Numéro européen et français est le 116 006.

L'association Centre de Victimologie pour Mineurs(CVM). Elle ne propose pas d'accompagnement personnalisé mais informe et oriente les mineures victimes, les familles, les professionnels vers les aides adaptées. Le centre propose :

- les coordonnées des Cellules de recueil des informations préoccupantes du Conseil départemental en France (CRIP); <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/coordonnees-des-crip-de-france-cvm.pdf> ;
- des guides sur l'Information Préoccupante et le Signalement : réalisés par les départements : <https://cvm-mineurs.org/page/guides-sur-l-information-preoccupante-et-le-signalement>

Autres ressources, sites, outils, brochures, filmographie, affiches

Le guide de l'association Gynécologie sans frontières de 2010 « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » <https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

La Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) <https://federationgams.org/excision/documentation-msf/> propose des outils de formation, des liens vers les sites institutionnels, différents supports (ouvrages filmographie, musiques).

Grand public : <https://federationgams.org/excision/documentation-msf/>

Professionnels : <https://federationgams.org/outils-msf/>

Adolescent.e.s : <http://www.alerte-excision.org/>

Des outils pour les professionnels sont disponibles sur les liens :

<https://federationgams.org/outils-msf/>

<https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excis%C3%A9es-en-2018-1.pdf>

Le lien ci-après indique une liste actualisée de consultations et services spécialisés en matière d'activités chirurgicales. <https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excis%C3%A9es-en-2018-1.pdf>

La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS). <http://www.cams-fgm.net/index.php/category/documentation>

Le film « Le pari de Bintou », fiction de 17 minutes.

Une cassette audio dont le texte dit en français, peul, bambara, sarakole et toucouleur, quatre langues africaines, invite à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane.

La bande dessinée : <http://www.cams-fgm.net/index.php/gallery/Bintou> :

Excision-parlons-en ! Agir en réseau pour mettre fin à l'excision
<http://www.excisionparlonsen.org/nos-outils/publications/#ficheReflexe> propose des outils

<http://www.excisionparlonsen.org/wp-content/uploads/2018/01/Prevention-vacances-scolaires.-Excision-parlons-en-2.pdf>

Équilibres & populations : <http://equipop.org/fr/equipop-2/>

Plan international France : <https://www.plan-international.fr/>

SOS Africaines en danger : (75) <https://www.sosafricainesendanger.org/>

Maison des femmes de Saint-Denis (93) : <https://www.lamaisondesfemmes.fr/>

Marche en corps (Bretagne) : <https://marcheencorps.wordpress.com/>

Association culturelle Zassa d'Afrique (ACZA) (Bretagne) : <http://www.acza-35.fr/>

Association terre de couleurs (Bretagne) : <http://terres-de-couleurs.blogspot.com/>

Les orchidées rouges (Nouvelle-Aquitaine) : <https://www.lesorchideesrouges.org/>

Association sojaldicienne de promotion de la santé (ASPROS) (Nouvelle-Aquitaine) :
<http://www.aspros-sante.fr/activites/>

Ressources internationales

Europe institutionnel (en anglais)

<https://eige.europa.eu/gender-based-violence/female-genital-mutilation>

End FGM European Network : <http://www.endfgm.eu/>

Nations unies (institutionnels) :

UNICEF : <https://www.unicef.org/fr/th%C3%A8mes/mgf>

Le rapport de l'UNICEF de 2013 « Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements. »

https://www.unicef.org/french/protection/files/FGM_Report_Summary_French_16July2013.pdf

OMS : https://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/

FNUAP : <https://www.unfpa.org/fr/mutilations-g%C3%A9n%C3%A9ritales-f%C3%A9minines>

Pour aller plus loin

Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances population, 2016 :

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27043/mutilationsgenitales.population.2016.2.fr.pdf

International (associatif) :

Le Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme et de l'enfant (anglais/français) : <http://iac-ciaf.net/>

Dernières statistiques et rapports pays, en anglais, français et arabe : <https://www.28toomany.org/>

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)

Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidemiol Hebd 2019 ;21 : 392-99
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html

Pour s'auto-former (plusieurs langues européennes, dont le français) : United to END FGM (*Ensemble pour en finir avec les MGF*) est une plateforme européenne de connaissances à destination des professionnels amenés à travailler avec des femmes et des filles concernées par les mutilations génitales féminines (MGF). Il s'agit d'un projet transnational, cofinancé par l'Union européenne (UE) et mis en œuvre par un consortium de 12 partenaires et quatre partenaires associés à travers l'UE. <http://uefgm.org/index.php/about/?lang=fr>

Affiches 119 et 3919

L'affiche 119 : « Enfants en danger ? Parents en difficulté ? Le mieux c'est d'en parler » est disponible sur le lien :

https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/partenariats/affiche_a4_2_bd_2.pdf



**Enfants en danger ?
Parents en difficulté ?**
Le mieux, c'est d'en parler !

119

24H /24 APPEL NATIONAL GRATUIT 7 jours

ALLÔ ENFANCE EN DANGER



 **www.allo119.gouv.fr** 

L'affiche 3919 « Violences femmes info » est disponible sur le lien : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Affiche_finale_40x60_-_Impression.pdf

The poster features a background of grey concrete with various terms related to violence against women written in white, hand-painted graffiti. The central text is contained within a white, jagged-edged shape that looks like a hole in the concrete. The text includes: 'VIOLENCES CONJUGALES VIOL HARCELEMENT', 'VIOLENCES FEMMES INFO', 'APPELEZ LE 3919', 'Appel anonyme et gratuit.', 'AGRESSEMENT SEXUEL', 'VIOL', 'VIOL', 'PSYCHOLOGIQUE', 'MARIAGE FORCÉ', 'ATTOUCHEMENT', 'EXCISION AGRESSION', 'VIOLENCE', and 'PSYCHOLOGIQUE SEXUELLE'.



FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES
DES PROFESSIONNEL-LE-S VOUS ÉCOUTENT
ET VOUS ACCOMPAGNENT.
stop-violences-femmes.gouv.fr

SEXISME
PAS NOTRE GENRE!

Annexe 8. Pour les personnels de la petite enfance (crèche, halte-garderie) et les professionnels au contact des mineures (enseignants, éducateurs, etc.)

À l'intention des professionnels des milieux d'accueil de la petite enfance (garderies, crèches, ...)

D'après les recommandations du Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS de 2011 (15)

Points essentiels

- Lors des soins de routine des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des langes, toilettes), le personnel peut remarquer des signes évocateurs d'une excision ou une infibulation récente.
- En cas de doute, le personnel de la crèche ou la gardienne agréée peut contacter le médecin de la crèche ou le conseiller pédiatre de la zone de responsabilité.

Les professionnels qui travaillent dans les lieux d'accueil des enfants de moins de 3 ans occupent une position très importante dans la prévention ou la détection des cas de MSF. En effet, ils sont tous les jours en contact avec les enfants et peuvent déceler, le cas échéant, un cas d'excision récente.

Il est important pour le personnel des milieux d'accueil de connaître les pays les plus à risque.

Cela leur permettra, en lien avec l'équipe, de cibler le travail de prévention et d'entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les MSF et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l'excision se pratique

Lors des soins de routine des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des langes, toilettes), le personnel peut remarquer des signes évocateurs d'une excision ou une infibulation récente :

- perte de sang ;
- plaie au niveau de la vulve ;
- douleurs à la miction ;
- douleurs lors des soins ;
- changement d'attitude de l'enfant.

Attention ! Ces symptômes peuvent également correspondre à toute autre chose, comme une infection ou un simple érythème fessier.

En cas de doute, le personnel de la crèche ou la gardienne agréée préviendra le médecin référent de la crèche ou le conseiller pédiatre de la zone de responsabilité, et éventuellement l'équipe.

Pour les professionnels au contact des mineures enseignant, éducateur, etc.

D'après :

- la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains en 2014 (30) ;
- les recommandations du Bexley Safeguarding Children Board en 2016 (21) ;
- les recommandations de la *multi-agency statutory guidance* de 2016 (20) ;
- les recommandations du Bromley Safeguarding Children Board en 2017 (19), pour les signes qu'une enfant puisse être considérée à risque d'avoir une MSF.

Comment évaluer le risque d'une MSF ?

- Naitre d'une mère qui a subi une MSF constitue un facteur de risque important. Les MSF sont pratiquées à tout âge et dans le contexte familial.

Rechercher les éléments suivants

- Le père et/ou la mère et/ou la famille de la mineure vient d'une communauté pratiquant les MSF.
- La famille n'assure pas le suivi médical de la mineure (par exemple, carnet de santé vide).
- La famille indique que des personnes de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé ou que ces personnes sont impliquées dans l'éducation des petites filles.
- **L'un des critères ci-dessous peut suffire à alerter.**

Les parents envisagent un voyage pour leur fille à l'étranger, y compris en Europe - différents motifs peuvent être invoqués (fête familiale, maladie d'un proche, etc.) - ou indiquent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée.

- Les parents envisagent le retour au pays d'origine. Le voyage peut ne concerner que les filles de la famille.
- Un parent ou un membre de la famille, de l'entourage exprime son inquiétude sur le risque d'une MSF pour une mineure.
- La mineure confie qu'elle va participer à une fête, un rituel particulier, comme « un baptême », où elle recevrait « des cadeaux », « une belle robe », à une occasion de « devenir une femme » ou qu'elle va partir pour de longues vacances.
- La mineure parle de MSF lors d'une conversation, par exemple en parlant d'une autre enfant.
- Une mineure demande de l'aide à un adulte car elle est informée ou elle suspecte qu'elle risque de subir une MSF. Ne jamais minimiser ce risque quand l'enfant se confie ou fait part de son inquiétude.

Si l'on peut aborder le sujet des MSF avec la famille : la famille croit que les MSF sont essentielles à sa culture, à ses coutumes, ou à sa religion :

- les parents minimisent les risques de santé et de mortalité liés aux MSF ;
- ils méconnaissent la législation française et celle du pays d'origine. Les parents pensent que le risque légal de pratiquer une MSF sur leur enfant est moindre pour eux s'ils sont à l'extérieur de la France.

En cas de doute, il est recommandé que le professionnel contacte l'infirmière scolaire, le médecin scolaire, le médecin de la PMI.

COMMENT REPÉRER QU'UNE MSF vient d'être pratiquée ?

Dans la majorité des situations, ces violences sont non visibles et/ou tues. Les victimes n'en parleront pas spontanément.

Le cumul des signaux présentés ci-dessous doit être pris en considération et conduire le professionnel à envisager la possibilité que la mineure soit victime de MSF :

- modifications du comportement et de l'humeur : abattement, dépression, anxiété, chute des résultats scolaires, manque de concentration, trouble des comportements alimentaires, tristesse mutisme, le repli sur soi ;
- les fugues ;
- l'agressivité envers les autres et soi-même ;
- une confiance, une demande d'aide mais sans expliquer quel est le problème ;
- difficultés à marcher, à s'asseoir, douleurs, sensation d'inconfort entre les jambes ;
- douleurs pendant les règles entraînant des absences répétées souvent non justifiées par un certificat médical ;
- difficultés pour uriner. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, à des séjours prolongés dans les toilettes ;
- crainte ou impossibilité d'effectuer certains mouvements : certaines mineures vont refuser de participer à des activités sportives, ou demander à être excusées des cours d'éducation physique sans un mot du médecin traitant ;
- refus de l'examen médical ;

- sections manquantes dans le carnet de l'enfant, voire absence du carnet de santé ;
- absentéisme inattendu et prolongé de l'école ou du collège, absence de retour à l'école après des vacances scolaires prolongées (envisager le retour au pays pour être mutilée sexuellement et/ou mariée de force précocement ou non).

En cas de doute, il est recommandé que le professionnel contacte l'infirmière scolaire, le médecin scolaire, le médecin de la PMI.

Annexe 9. Prévention des MSF

Selon l'Organisation mondiale de la santé en 2018 (2) et en 2016 (3).

Bonne pratique 4 : des interventions d'IEC (information, éducation et communication) concernant les MSF et la santé de femmes devraient être fournies aux filles et femmes vivant avec une MSF.

D'après la définition de l'OMS, les interventions d'information et d'éducation sont « une approche de santé publique visant à modifier ou renforcer les comportements sanitaires d'un public cible, pour un problème spécifique et dans une période de temps prédéterminée, au moyen de méthodes et principes de communication ».

Une revue systématique récente comprenant cinq études menées dans des pays africains (52) a porté sur les effets des interventions d'information et d'éducation, sur le thème des MSF et d'autres thèmes liés à la santé pour les filles et femmes vivant avec une MSF.

La revue concluait que les interventions d'information et d'éducation semblaient avoir des effets positifs sur les filles et les femmes vivant avec une MSF et d'autres membres de la communauté en réduisant :

- la propension des femmes à recommander les MSF pour leurs filles ;
- la timidité des femmes pour parler des MSF ;
- les nouveaux cas de MSF chez les filles âgées de 5 à 10 ans, 2 ans après les séances d'éducation pour les femmes et les hommes.

Cette revue systématique a identifié plusieurs interventions d'information et d'éducation qui ont été menées au sein des communautés avec une forte prévalence de MSF, telles que :

- modules d'éducation participatifs sur la santé des femmes, l'hygiène de base, la résolution de problèmes et les droits humains ;
- (action de sensibilisation ciblée contre les MSF ;
- campagnes médiatiques pour amorcer et rendre public le dialogue sur les MSF et les effets préjudiciables correspondants ;
- initiatives communautaires pour inciter des groupes à rédiger des déclarations publiques contre les MSF.

Il a toutefois été noté que les programmes qui confèrent une autonomie accrue aux femmes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, en les encourageant à connaître leur corps et à exercer leurs droits, restent extrêmement rares. Selon les estimations des Nations unies, la grande majorité des adolescents et des jeunes n'a pas accès à l'information et à l'éducation sur leur corps et les conséquences négatives liées aux MSF.

Le groupe a souligné qu'il était important de veiller à la qualité du contenu des interventions d'information et d'éducation afin d'éviter les effets indésirables inattendus, comme recréer un traumatisme, en particulier chez les filles et les femmes pour lesquelles un état de stress post-traumatique a été diagnostiqué.

Par conséquent, les interventions pédagogiques devraient :

- être fondées sur des données probantes et scientifiquement exactes ;
- être sans préjugé ;
- ne pas porter de jugement ;
- être sensibles et respectueuses ;
- ne pas être stéréotypées ;
- être fondées sur les capacités d'évolution des adolescents (quand elles s'adressent à ce groupe).

Bonne pratique 5 : des mesures d'éducation et d'information sanitaires sur la désinfection doivent être prises pour les filles et les femmes vivant avec une MSF de type III

L'éducation sanitaire est la fourniture de renseignements exacts et fiables pour qu'une personne soit amplement informée sur le sujet et fasse des choix éclairés. Dans le cas de la désinfibulation pour les filles et les femmes vivant avec une MSF de type III, l'éducation sanitaire vise à fournir des informations non contraignantes pour aider les patientes à comprendre l'intervention chirurgicale, ses avantages ainsi que les éventuelles complications.

L'éducation sanitaire sur la désinfibulation devrait contenir les éléments suivants :

- une description de l'intervention chirurgicale ;
- les bienfaits pour la santé de la désinfibulation ;
- les éventuelles suites opératoires indésirables immédiates et à long terme ;
- les changements anatomiques et physiologiques que les patientes peuvent connaître après l'intervention ;
- les informations sur les soins postopératoires adaptés ;
- les informations relatives aux conséquences sur la santé de la réinfibulation et les avantages de ne pas y avoir recours.

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices a souligné que les services d'éducation et d'information sanitaires sur la désinfibulation dispensés aux femmes vivant avec des MSF pouvaient avoir deux avantages. Premièrement, ils garantissent à la patiente le principe de l'autonomie, exprimé par une prise de décision totale et éclairée, qui est un thème central dans l'éthique médicale, consacré dans la législation sur les droits humains. Pour respecter l'autonomie dans la prise des décisions, les conseils, avis et informations fournis par les personnels de santé ou d'autres personnels d'appui doivent être non-directifs, et permettre aux personnes de prendre les décisions qui leur conviennent le mieux.

Deuxièmement, informer les filles et les femmes sur les effets de la désinfibulation sur la santé et également des implications de la réinfibulation peut contribuer à réduire les demandes de réinfibulation, intervention qui est de plus en plus interdite dans plusieurs pays. Cela était corroboré par les données existantes issues d'une revue systématique portant sur l'impact des conseils avant la désinfibulation sur la satisfaction des patientes et le taux de demandes de réinfibulation chez les femmes vivant avec des MSF de type III. La seule étude répondant aux critères d'inclusion était un résumé d'une étude cas-témoins prospective. Cette étude faisait état d'une baisse du taux de demande de réinfibulation chez les femmes avec des MSF de type III post-accouchement après avoir bénéficié de conseils prénatals avant la désinfibulation. Toutefois, ces résultats ne sont pas significatifs sur le plan statistique (données de très faible qualité).

Bonne pratique 6 : il incombe aux soignants de fournir des informations fiables et claires, en utilisant un langage et des méthodes faciles à comprendre pour les clientes

Toute personne a le droit d'être pleinement informée par du personnel convenablement formé. Les prestataires de soins de santé ont la responsabilité de communiquer des informations claires et exactes, en utilisant des termes et des méthodes que peut aisément comprendre l'utilisateur, en même temps que des conseils appropriés non coercitifs, pour aider les intéressées à décider pleinement, librement et en connaissance de cause.

Bonne pratique 7 : des informations concernant les différents types de MSF et leurs risques immédiats et à long terme devraient être communiquées aux soignants qui s'occupent des filles et des femmes vivant avec des MSF.

Pour s'occuper des filles et des femmes vivant avec des MSF, les soignants doivent être compétents et correctement formés pour identifier, traiter ou orienter les patients susceptibles de présenter diverses complications de santé dues à différents types de MSF. Dans de nombreux cas, cette obligation pourtant évidente n'est pas respectée, comme l'indiquent les données qualitatives disponibles discutées par le Groupe d'élaboration des lignes directrices.

Bonne pratique 8 : les informations communiquées aux soignants concernant les MSF devraient clairement indiquer que la médicalisation est inacceptable

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices s'est dit préoccupé par l'augmentation de la médicalisation qui est un effet inattendu potentiel de la communication d'informations sur les MSF aux agents de santé. Pour éviter cela, toutes les informations données devraient :

- traiter spécifiquement de la médicalisation et de ses risques ;
- avoir un contenu scientifiquement correct et fondé sur des bases factuelles ;
- cibler également le personnel non médical, qui dans certaines structures prodigue des soins ;
- être communiquées dans la langue locale (donc une bonne traduction) afin ce qu'elles soient bien comprises.

Le rapport de l'association Gynécologie sans frontières, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, GSF, 2010 (5) » indique pour la prévention des MSF

Prévenir les MSF La lutte contre les mutilations sexuelles féminines passe par l'information et l'éducation des populations, déjà fragilisées par leur condition de migrants. Elle suppose la formation de l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants médico-sociaux spécialement entraînés à l'accueil des femmes, notamment dans les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, les centres de planification ou d'éducation familiale, les consultations prénatales et postnatales.

Des actions de formation du personnel de santé scolaire, médecins, infirmières sont, elles aussi, nécessaires. Depuis les années 1983/1984, des actions de prévention ont été mises en œuvre par l'État et les collectivités territoriales.

Réalisées notamment dans les consultations des services de PMI des départements les plus touchés par ces pratiques, en collaboration avec des associations de femmes africaines et françaises, ces actions ont abouti à un net recul de ces pratiques Dans toute la mesure du possible, il est important de favoriser la participation des hommes à cette démarche.

Circulaire n° 2018-111 du 12-9-2018. Enseignements primaire et secondaire. L'éducation à la sexualité NOR : MENE1824340C

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/09/cir_43964.pdf (53)

L'éducation à la sexualité est inscrite dans le Code de l'éducation (articles L. 121-1 et L. 312-16) depuis la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001. L'article L. 312-16 est ainsi libellé :

« Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain. Elles peuvent associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du Code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le Ministère de la santé peuvent également y être associés. »

Mise en œuvre au travers de séances dédiées

Inscrite dans la loi depuis 2001, l'éducation à la sexualité prend place également dans le cadre de séances spécifiques. En lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires, cette base de trois séances annuelles permet de concevoir une continuité éducative et de relier les différents apports avec les domaines biologiques, psycho-émotionnels, juridiques et sociaux, conformément aux objectifs définis ci-dessus.

Ces séances peuvent être co-animées par des partenaires extérieurs institutionnels et associatifs. Il convient, dans ce cas, de s'assurer que les intervenants sont formés, issus d'associations ayant reçu l'agrément national ou académique. Pour plus de cohérence et d'efficacité, ces interventions

doivent faire l'objet d'une préparation en amont avec les membres de l'équipe éducative et se dérouler en présence et sous la responsabilité d'un membre de cette équipe.

Les séances d'éducation à la sexualité peuvent cependant susciter chez certains élèves des questionnements d'ordre privé ou encore révéler des difficultés personnelles. Ceux-ci ne doivent pas être traités dans un cadre collectif mais relèvent d'une prise en compte individuelle de l'élève qui peut s'appuyer sur tout adulte de la communauté scolaire, et plus particulièrement sur les compétences spécifiques des personnels de santé et sociaux.

Le dialogue et l'accompagnement qui s'exercent à l'occasion des visites médicales et de dépistage, de l'accueil à l'espace santé ou de l'entretien social, permettent d'établir avec les élèves une relation de confiance et un échange en toute confidentialité.

Références

1. Éradiquer les mutilations sexuelles féminines. Plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines. Paris: Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations; 2019.
https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/06/Mutilations-sexuelles-feminines_2019_plan-national_FINAL.pdf
2. Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève : OMS ; 2018.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/9789242549645-fre.pdf?ua=1>
3. World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva : WHO; 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf
4. UNICEF Unite for Children. Female Genital Mutilation/Cutting : A statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York: UNICEF; 2013.
https://www.unicef.org/french/protection/files/FGCM_Lo_res.pdf
5. Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Nantes : GSF ; 2010.
<https://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>
6. Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. La prévention des violences faites aux femmes, spécifiquement des mutilations sexuelles. Paris : CSIS ; 2011.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000125.pdf>
7. Institut national d'études démographiques, Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines dans le monde. Population & Société 2017 ; 543.
8. Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidémiol Hebd 2019 ; 21 : 392-99.
9. Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes. Mutilations génitales féminines. Combien de filles courent-elles un risque en France ? Vilnius : EIGE ; 2018.
10. Equality ElfG. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta. Vilnius : EIGE ; 2018.
11. Lutte contre les violences : les mutilations sexuelles féminines [En ligne]. Paris: Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes ; 2018.
<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/lutte-contre-les-violences-les-mutilations-sexuelles-feminines/>
12. UNICEF Unite for Children. Female genital mutilation/cutting a global concern New York : UNICEF ; 2016.
https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/04/FGMC-2016-brochure_250.pdf
13. Institut national d'études démographiques, Andro M, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population Sociétés 2007 ;438 : 2-4.
14. Institut national d'études démographiques, Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et handicap (ExH). Excision et handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Paris : Panthéon Sorbonne Université Paris 1 ; 2009.
https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf
15. Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et GAMS. Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées. Bruxelles: SFP santé public ; 2011.
16. EBCOG position statement on female genital mutilation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2017 ; 214 : 192-3.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.019>
17. Perron L, Senikas V, Burnett M, Davis V, Aggarwal A, Bernardin J, *et al.* Female Genital Cutting. J Obstet Gynaecol Can 2013 ; 35(11) :1028-45.
[http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30792-1](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30792-1)
18. Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Résumé d'orientation Genève: OMS ; 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf
19. Bromley Safeguarding Children Board. Bromley female genital mutilation guidance document. Bromley: BSCB ; 2017.
https://media.inzu.net/f0e9b37b8c44e338f64ae38c6d41e267/mysite/articles/637/1_BromleyFGMGuidanceProtocol13April2016.pdf
20. Home Office Government. Multi-agency statutory guidance on female genital mutilation. London: HM Government ; 2016.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/512906/Multi_Agency_Statutory_Guidance_on_FGM_-_FINAL.pdf
21. Bexley Safeguarding Children Board. Female genital mutilation. Guidance for all staff. Bexley : BSCB; 2016.

<http://www.bexleyccg.nhs.uk/Downloads/Safeguarding%20children/FGM%20guidance%20for%20staff%20by%20Bexley%20LSCB.pdf>

22. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Low-Beer NM, Creighton SM. Female genital mutilation and its management. London : RCOG ; 2015.

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>

23. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes : a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2014 ; 4(11) : e006316.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>

24. Scottish Government. Responding to female genital mutilation in Scotland. Multi-agency guidance. November 2017. Edinburgh : SG ; 2017.

<http://www.gov.scot/Resource/0052/00528145.pdf>

25. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Philippe HJ, Carton V, Gosselin C, Jarrousse N, Dugast S, *et al.* L'obstétricien face aux mutilations sexuelles féminines. Paris : CNGOF ; 2011.

26. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Berg. RC, Underland V. Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Oslo : NOKK ; 2013.

27. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006 ; 367(9525) : 1835-41.

[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68805-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68805-3)

28. Chalmers B, Omer-Hashi K. What Somali women say about giving birth in Canada. *J Reprod Infant Psychol* 2002 ; 20 : 267-82.

29. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen RE, Sundby J, Stray-Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 ; 81(4) : 317-22.

30. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences faites aux femmes. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation "Bilakoro". L'entretien de la professionnel-le avec une mineure menacée ou victime de mutilations sexuelles féminines. Paris : Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes ; 2014.

31. Adelufosi A, Edet B, Arikpo D, Aquaisua E, Meremikwu MM. Cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder, depression, or anxiety disorders in women and girls living with female genital mutilation : A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet* 2017 ; 136 (Suppl 1) : 56-9.

<http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12043>

32. Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T, *et al.* Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *N Engl J Med* 2013 ; 368(23) : 2182-91.

<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1211853>

33. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; (12) : CD003388.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>

34. Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; (11) : CD009317.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2>

35. Smith H, Stein K. Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet* 2017 ; 136 : 60-4.

<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12051>

36. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV. The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health* 1982 ; 72(2) : 141-51.

37. Rosenberger PH, Jokl P, Ickovics J. Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. *J Am Acad Orthop Surg* 2006 ; 14(7) : 397-405.

38. Johansen REB, Ziyada MM, Shell-Duncan B, Kaplan AM, Leye E. Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. *BMC Health Serv Res* 2018 ; 18(1) : 240.

<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3033-x>

39. Okomo U, Ogugbue M, Inyang E, Meremikwu MM. Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet* 2017 ; 136 Suppl 1 : 38-42.

<http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12049>

40. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: An analysis. *Int J Obstet Gynaecol* 2015 ; 122(3) : 294-303.

<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13217>

41. Woodsong C, Alleman P. Sexual pleasure, gender power and microbicide acceptability in Zimbabwe and Malawi. *AIDS Educ Prev* 2008 ; 20(2) : 171-87.

<http://dx.doi.org/10.1521/aeap.2008.20.2.171>

42. Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007 ; 14(5) : 672-8.

<http://dx.doi.org/10.1097/HJR.0b013e3282ee52d>

43. Song H, Oh H, Kim H, Seo W. Effects of a sexual rehabilitation intervention program on stroke patients and their spouses. *NeuroRehabilitation* 2011 ; 28(2) : 143-50.

<http://dx.doi.org/10.3233/nre-2011-0642>

44. Fruhauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav* 2013 ; 42(6) : 915-33.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>

45. Kashani FL, Vaziri S, Akbari ME, Far ZJ, Far NS. Sexual skills, sexual satisfaction and body image in women with breast cancer. *Procedia Soc Behav Sci* 2014 ; 159 : 206-13.

46. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Les femmes et la santé. Recommandation générale n° 24 : Article 12 de la convention. Adoptée lors de la vingtième session du comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), cinquante-quatrième session de l'assemblée générale [En ligne]. New York : Nations Unies ; 1999.
<http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>

47. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012 ; 380 (9837) : 134-41.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60400-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60400-0)

48. National Health Services. Clinical commissioning policy statement: genital surgery to improve clitoral sensation for women who have undergone female genital mutilation. London : NHS ; 2015.
<https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/e10-surgcl-trt-fgm.pdf>

49. Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res* 2003 ; 29 (1) : 12-9.

50. Foldès P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas *Gynecol Obstet Fertil* 2006 ; 34 (12) : 1137-41.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2006.09.026>

51. Institut national d'études démographiques, Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Rapport final. Volet qualitatif du projet Excision et handicap (ExH). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène ; 2009.

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/volet_qualitatif_de_exh_rapport_final.fr.pdf

52. Esu E, Okoye I, Arikpo I, Ejemot-Nwadiaro R, Meremikwu MM. Providing information to improve body image and care-seeking behavior of women and girls living with female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2017 ; 136 : 72-8.

<http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12058>

53. Circulaire n° 2018-111 du 12-9-2018. Enseignements primaire et secondaire. L'éducation à la sexualité NOR : MENE1824340C Bulletin Officiel de l'Education Nationale 2018 ; (33).

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture :

- Association nationale des auxiliaires de puériculture (Anap)
- Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)
- Collège de la médecine générale (CMG)*
- Collège infirmier français (CIF)*
- Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)*
- Collège national des sages-femmes de France (CNSF)*
- Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)
- Fédération nationale Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (Gams)*
- Ikambere
- Ministère de l'éducation nationale - Direction générale de l'enseignement scolaire*
- Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)
- Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG)*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

M. Pierre-Henri Bass, psychologue clinicien, Paris

Dr Nathalie Candiolo, médecin généraliste, Le Blanc-Mesnil

Dr Céline Deguette, médecin Légiste, Paris

Mme Mathilde Delespine, sage-femme, Saint-Denis

Mme Mélanie Dupont, psychologue, docteur en psychologie, Paris

Dr Pierre Foldès, chirurgien urologue, Saint-Germain-en-Laye

Dr Olivier Garbin, gynécologue-obstétricien, Strasbourg

Mme Isabelle Gillette-Faye, sociologue, Paris

Dr Ghada Hatem-Gantzer, gynécologue-obstétricien, Saint-Denis

Dr Véronique Martin, médecin de PMI, Paris

M. Jérôme Moreau, représentant d'utilisateurs, Nevers

Dr Patrick Ouvrard, médecin généraliste, Angers

Mme Michèle Zanardi-Braillon, sage-femme, Reims

► Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis

- Association nationale des auxiliaires de puériculture (Anap)
- Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)
- Collège de la médecine générale (CMG)*
- Collège infirmier français (CIF)*
- Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF)*
- Collège national des sages-femmes de France (CNSF)
- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (Cams)*

- Confédération du planning familial*
- Conseil national professionnel de médecine d'urgence
- Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)*
- Fédération française de psychiatrie (FFP)
- Fédération française de sexologie et de santé sexuelle (FF3S)
- Fédération nationale Groupe l'abolition des mutilations sexuelles (Gams)
- Gynécologie sans frontières*
- Ikambere
- Ministère de l'éducation nationale - Direction générale de l'enseignement scolaire
- Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof)*
- Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)
- Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG)

(*) Cette partie prenante a répondu à la phase de lecture

► **Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet**

Mme Saphia Guereschi, infirmière, Paris.

Remerciements

La HAS remercie l'ensemble des participants à l'élaboration de la recommandation.

Droit d'auteur

Ce document est publié par la Haute Autorité de Santé qui en détient les droits. À l'exception des contenus auxquels sont attachés des droits de propriété intellectuelle de tiers, les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées conformément aux articles L. 321-1 et suivants du code des relations entre le public et l'administration. La réutilisation de ces documents est soumise à la condition qu'ils ne soient pas altérés, leur sens dénaturé et que leur source et la date de leur dernière mise à jour soient mentionnés.

Les éléments suivants, auxquels sont attachés des droits de propriété intellectuelle de tiers, ne sont pas réutilisables sans l'accord préalable des intéressés :

Si vous souhaitez reproduire ou réutiliser ces contenus, merci de bien vouloir contacter le Service juridique de la Haute Autorité de santé pour connaître les conditions applicables à leur utilisation à l'adresse suivante : [service.juridique\[at\]has-sante.fr](mailto:service.juridique[at]has-sante.fr).

Fiche descriptive

| Titre | Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours |
|-------------------------------|--|
| Méthode de travail | Recommandations pour la pratique clinique (RPC). |
| Objectif(s) | <p>Il s'agit</p> <ul style="list-style-type: none"> • de favoriser la connaissance des professionnels de santé de premier recours sur les mutilations sexuelles féminines ; • de prévenir la survenue de mutilations sexuelles féminines par une meilleure information délivrée par les professionnels de santé aux femmes, aux jeunes filles et aux parents ; • de favoriser une meilleure prise en charge des enfants, des jeunes filles, et des femmes lorsqu'elles ont subi une mutilation sexuelle ; • d'harmoniser les pratiques professionnelles. |
| Patients ou usagers concernés | Les enfants, adolescentes, femmes à risque ou victimes de mutilation sexuelle. |
| Professionnel(s) concerné(s) | Cette recommandation s'adresse aux médecins généralistes, aux pédiatres, aux médecins de PMI, aux médecins scolaires, aux gynécologues, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, médecins urgentistes, psychiatres, psychologues, médecins sexologues, ainsi qu'aux infirmières, auxiliaires de puériculture et tout personnel qui prend en charge les enfants et les adolescents en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés. |
| Demandeur | Cf. autosaisine HAS. |
| Promoteur | Haute Autorité de santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles. |
| Financement | Fonds publics. |
| Pilotage du projet | <p>Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach).</p> <p>Secrétariat : Mme Sladana Praizovic.</p> |
| Recherche documentaire | <p>De mois année à mois année (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique).</p> <p>Réalisée par Mme Virginie Henry, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du Service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès).</p> |
| Auteurs de l'argumentaire | Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS. |
| Participants | Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants. |
| Conflits d'intérêts | Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur le site DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail. |
| Validation | Adoption par le Collège de la HAS en février 2020. |
| Actualisation | L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication. |

| Titre | Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours |
|----------------------------|---|
| Autres formats | Argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique, et les fiches outils téléchargeables sur www.has-sante.fr |
| Documents d'accompagnement | Argumentaire de bonne pratique « Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours » Fiche Outil : « Évaluer le risque » Fiche Outil : « Repérer et aborder la question » Fiche Outil : « Comment aborder le sujet avec les parents » Fiche Outil : « Comment protéger une patiente mineure » Fiche Outil : « En cas de mutilation chez une patiente mineure » Fiche Outil : « Comment protéger une patiente majeure » |

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr