# Temps de sensibilisation **sur les mutilations sexuelles féminines**

**5 février 2021**

PRÉFET DE LA LOIRE-ATLANTIQUE
*Liberté Égalité Fraternité*

femmes ici et ailleurs

le planning familial44

Loire Atlantique

## Introduction

# Pierre-Yves Ginet,

## corédacteur en chef du magazine *Femmes ici et ailleurs*

Bonjour à toutes, bonjour à tous.

Je tiens d'emblée à remercier le Département de Loire-Atlantique de son initiative.

Le sujet qui nous rassemble aujourd'hui, nous lui avons bien évidemment consacré de nombreux articles, des reportages, des interviews. Il est une des illustrations les plus insupportables d'un système ancestral qui veut dominer, maîtriser les femmes.

Demain, 6 février, aura lieu la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (MGF), mise en place par les Nations Unies il y a quelques années. C'est dans ce cadre que se place cette matinée, portée par le Département et plus précisément l'Observatoire de lutte contre les violences envers les femmes du Conseil départemental de Loire-Atlantique.

Aujourd'hui, sur terre, au moins 200 millions de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi une mutilation sexuelle féminine. Et elles seraient 60 000 sur notre territoire.

La planète connaît de multiples bouleversements géopolitiques et sanitaires. Je pense entre autres à l'administration Trump, à la montée du nombre de pays gouvernés par des populistes hostiles aux droits des femmes, aux conflits, crises économiques et à l'augmentation et à la diversification des flux migratoires qui s'ensuivent et bien sûr, la crise du Covid. Ces éléments ont des conséquences ailleurs et des conséquences ici, sur les mutilations sexuelles féminines.
Face à ce fléau, des associations de femmes se battent de longue date pour enfin éradiquer ces pratiques inadmissibles. En juin 2019, le gouvernement a lancé un plan national pour combattre l'excision avec les acteur·trice·s concerné·e·s, dont le Conseil des gynécologues. Ce plan est intitulé « éradiquer les mutilations sexuelles féminines ».

Nous allons ce matin parler de la situation, locale, nationale et internationale. Nous parlerons de coutumes et de législations. Nous parlerons de prévention, de détection des filles, des femmes à risque. De l'accompagnement et de la prise en charge, notamment médicale, des victimes.

Pour ouvrir cette matinée, je passe d'abord la parole à notre hôte, le Département de Loire-Atlantique, représentée par Marie-Paule Gaillochet, conseillère départementale en charge de l'égalité des droits et de la lutte contre les discriminations.

## Introduction

# Marie-Paule Gaillochet,

## Conseillère départementale en charge de l'Égalité des droits et de la Lutte contre les discriminations du Département de Loire-Atlantique

Mesdames, Messieurs,

Depuis 2012, le 6 février marque le jour de la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations sexuelles féminines.

Véritable violation des droits humains des femmes et des filles, ces mutilations sont une atteinte inadmissible à l'intégrité physique des femmes et plus encore, une négation même du corps de la femme, réduisant celui-ci à un objet qu'on peut toucher, salir et détruire.

Parmi les nombreux témoignages de femmes ayant subi ces mutilations, je retiens celui de Zainab, excisée à l'âge de 8 ans, et qui expliquait que l'on a beau survivre et se rétablir progressivement, « les souvenirs et la douleur ne disparaissent jamais complètement ».

Parce que toute forme de violence doit être rendue visible et combattue, et parce que les mutilations sexuelles sont une réalité dans le monde entier, y compris en France et sur notre territoire, le Département de Loire-Atlantique a donc souhaité organiser cette demi-journée de sensibilisation dans le cadre de l'Observatoire départemental des violences faites aux femmes.

Cet Observatoire, qui fêtera ses cinq ans cette année, vise à animer une communauté d'intérêts autour de la question des violences faites aux femmes. En fédérant une vingtaine d'acteurs et d'actrices, qu'il s'agisse de collectivités, associations, ou institutions, cet observatoire a pour but, parmi ces différentes missions, de former les professionnel·le·s et de sensibiliser le grand public.

Cette volonté s'est notamment traduite l'année dernière par une journée d'étude sur les violences faites aux femmes en situation de handicap, et c'est dans cette même optique qu'est organisée la matinée d'aujourd'hui. En choisissant de mettre en lumière des situations parfois moins connues, notre volonté est bien de lutter de manière globale contre le caractère systémique des violences, quelle que soit la forme qu'elles prennent.

On estime à 200 millions de femmes dans le monde qui auraient subi des mutilations sexuelles, dont 60 000 dans notre pays, et probablement plusieurs centaines sur le territoire même de Loire-Atlantique. Loin d'être un phénomène marginal, ce drame humain est une réalité massive et une

illustration terrible des inégalités qui perdurent dans notre société. Aussi nous a-t-il semblé important de pouvoir proposer ce temps de sensibilisation.

Je conclurai en remerciant toutes les intervenantes de la matinée d'avoir accepté notre invitation. En nous apportant leur expertise, leur regard de professionnelles, de militantes, souvent des deux à la fois, elles participent pleinement à l'objectif que s'est fixé notre Observatoire : celui de sensibiliser le plus largement pour pouvoir combattre le plus efficacement.

Je vous remercie.

## Introduction

# Valérie Richaud-Taussac,

## Déléguée départementale aux Droits des femmes et à l'Égalité de Loire-Atlantique

Bonjour à toutes et à tous,

En juin 2019, la secrétaire d'État auprès du 1er Ministre chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, présentait le plan national d'éradication des mutilations sexuelles féminines, construit avec des partenaires et associations spécialistes du sujet.

Ce plan vise à renforcer la détection des risques d'excision, à former des professionnel.le.s et à sensibiliser la société à cette pratique néfaste.

Quelques éléments chiffrés :

- Une étude récente de l'INED (au milieu des années 2010) a dénombré 124 355 femmes adultes vivant en France, ayant subi une mutilation sexuelle.
- En 2016, sur les 205 683 filles originaires de pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées, 12 à 21 % étaient estimées comme encourant un risque de MSF.
- 7 300 enfants (au 30 septembre 2018) sont placées sous protection de l'OFPRA en raison des risques de MSF encourus en cas de retour dans leur pays d'origine.
- En 2019, en Loire-Atlantique, plus de 500 femmes demandeuses d'asile provenaient de pays où les MSF sont traditionnellement pratiquées. Ces femmes ont potentiellement des filles qui encourent le risque d'en subir à leur tour.

Si le 1er axe du plan national d'éradication des mutilations sexuelles féminines porte sur l'amélioration de la santé des femmes, le second a pour objet la sensibilisation et la formation des professionnel.le.s pour mieux prévenir ces mutilations. C'est pourquoi aujourd'hui, l'observatoire départemental des violences faites aux femmes de Loire-Atlantique, porté par l'État et le Conseil départemental de Loire-Atlantique, et leurs partenaires au premier rang desquels figure le Planning familial 44, propose cette matinée de sensibilisation à distance. J'espère qu'elle vous apportera des clés et des pistes pour agir dans vos domaines d'intervention respectifs.

Je remercie pour leur participation les intervenantes du jour et Pierre-Yves Ginet qui a la charge de lier et mettre en perspective la richesse des informations qui vous seront données. Cette matinée constitue une toute 1ère étape vers la coopération et la coordination nécessaires à l'éradication des mutilations sexuelles féminines.

## Table ronde #1

# Les mutilations sexuelles féminines : de quoi parle-t-on ?

**Pierre-Yves Ginet :**
Les mutilations sexuelles féminines : De quoi parle-t-on ? Quels sont les différents types de mutilations sexuelles féminines ? Les explications de ces actes ? Bien sûr, quelle est l'ampleur du phénomène, combien de femmes, de filles sont ainsi mutilées ou risquent de l'être ? Qu'en est-il en France, sur nos territoires ? Et comment identifier ces femmes, ces filles sur le sol national et notamment ici, en Loire-Atlantique ?

Telles sont certaines questions que nous allons aborder durant une heure. Avec nous pour répondre à ces questions :

Isabelle Gillette Faye, vous êtes sociologue de formation. Directrice générale de la Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) depuis 1990, vous êtes une experte reconnue à l'international sur les pratiques traditionnelles néfastes. Vous êtes enfin membre du Haut Conseil à l'égalité depuis 2019.

Sandrine Mansour, historienne et chercheuse spécialiste de la Palestine. Vous êtes aujourd'hui directrice du Planning familial 44, mouvement féministe d'éducation populaire qui milite pour le droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à l'avortement, à l'égalité des droits entre les femmes et les hommes et combat toutes formes de violences et de discriminations. En mars 2019, le Planning familial 44 a été soutenu par la Délégation départementale aux Droits des femmes et à l'Égalité pour mener un diagnostic concernant la problématique des mutilations sexuelles féminines dans le département de Loire-Atlantique.

Isabelle Gillette-Faye, ma première question sera pour vous : les mutilations sexuelles féminines ou mutilations génitales féminines, pour reprendre la terminologie internationale, de quoi parle-t-on exactement et quelles sont les conséquences pour les femmes, les filles victimes de ces pratiques, à différentes étapes de leur vie ?

**Isabelle Gillette-Faye :**
Si l'on reprend la définition de l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, en général, on identifie quatre types de mutilations sexuelles féminines :

- La moins commune, en terme clinique, est l'excision de type 1, l'ablation du prépuce qui entoure le gland du clitoris. J'ai envie de dire qu'elle est un peu illusoire : la probabilité d'enlever uniquement le prépuce qui entoure le gland du clitoris, sans toucher à ce dernier, est assez mince.

- Le type 2 est la forme la plus commune, que l'on retrouve sur quatre continents sur cinq : l'ablation totale ou partielle du gland du clitoris, voire celle (ou pas) des petites lèvres, en totalité ou partiellement.

- Le type 3 est la forme que l'on rencontre en Afrique de l'Est, dans la corne de l'Afrique : une ablation totale ou partielle du gland du clitoris, une ablation totale ou partielle des petites lèvres, puis une suture qui ferme l'entrée du vagin. On laisse un tout petit trou pour laisser passer les urines et les menstruations. On retrouve l'équivalent en Afrique de l'Ouest, avec ce que l'on appelle la coalescence : on colle les grandes lèvres et on laisse un petit pertuis pour laisser passer les urines et le sang menstruel. La différence entre les deux réside juste sur la technique de réalisation. Pour la victime, malheureusement, ça ne change pas grand-chose, avec une fermeture quasi complète de l'entrée du vagin, et des difficultés à évacuer ses urines, le sang des menstrues lorsque la personne est pubère. On imagine toutes les conséquences pour ces femmes.

- Le type 4 regroupe toutes les autres formes de mutilations existantes, quelles qu'en soient les formes. La catégorie est vaste. Depuis que l'on s'intéresse au corps des femmes, à leur anatomie, comment elles sont constituées, leurs organes, on découvre des pratiques, dans certains endroits où l'on n'imaginait pas de telles pratiques. Selon moi, cela est dû à la féminisation du monde médical : des femmes ont pu observer d'autres femmes. Mais aussi parce que des femmes anthropologues, des ethnologues ont pu travailler avec ces groupes de femmes, ce qui n'était pas le cas des hommes, qui ne pouvaient pas « s'occuper », observer ces femmes. Petit à petit, nous gagnons du terrain, nous gagnons en connaissance. Pour ce type, les conséquences sont complètement variables d'une femme à une autre.

Il y a au moins une complication commune à toutes ces femmes, quel que soit le type de mutilation : le risque de mortalité, lors de la pratique des mutilations sexuelles féminines, est important parce qu'à côté du clitoris, passe une artère très importante et comme toute artère, à partir du moment où elle est coupée, une perte de sang extrêmement conséquente advient, ce qui peut entraîner une mortalité immédiate. Ensuite, on recense des risques mortifères lors des grossesses, des accouchements, etc. ou encore des complications liées à tout ce qui est infection urinaire et uro-génitale, etc. qui peuvent arriver tout au long de la vie.

Mais, j'ai envie de souligner qu'une femme qui n'a pas subi une mutilation sexuelle féminine peut aussi rencontrer des complications uro-génitales, elle peut aussi être atteinte par un certain nombre de pathologies, tout au long de sa vie de femme. Ce n'est pas parce qu'une femme a subi une mutilation sexuelle féminine qu'elle va obligatoirement rencontrer certaines pathologies ou certaines complications, mais il est certain qu'il y a ici un risque aggravé de façon importante, autour de la sexualité, de la vie gynécologique et obstétricale, si l'on souhaite avoir des enfants ou en mettant au monde des enfants. C'est une vérité pour toutes les femmes, mais pour les femmes victimes de mutilations sexuelles féminines, on augmente les risques de façon plus ou moins variable et plus ou moins importante, selon aussi le lieu dans lequel on vit. Une femme qui accouche en France dans une maternité de type 3 aura probablement une prise en charge complètement différente d'une femme

qui va accoucher en milieu rural, même en France. Une femme qui va accoucher en milieu rural, parfois seule, parfois accompagnée d'une matrone, dans une zone villageoise où l'on ne va pas hésiter à la laisser en travail une semaine… en France ou dans une grande ville africaine, dans une capitale, où on dispose d'un bon plateau technique, on « provoquerait » l'accouchement. Là, nous nous trouvons dans des zones géographiques où l'on considère souvent que la femme doit accoucher par voie basse, peu importe les conséquences que cela peut avoir sur sa vie future.

Parfois, j'entends : « *on est mutilée sexuellement, on est frigide* » ou « *on est mutilée sexuellement, on est stérile* ». Il n'y a pas de lien de cause à effet évident. Et il ne faut jamais oublier que ces femmes peuvent parfois cumuler différents types de violences subies : violences faites aux femmes, violences faites aux enfants… Une femme qui a subi une mutilation sexuelle féminine peut par ailleurs avoir subi des agressions sexuelles, durant l'enfance ; elle peut subir un mariage précoce et/ou forcé, c'est-à-dire des viols, dès ses premiers rapports sexuels, avec un homme qu'elle n'a pas choisi ; et bien sûr, personne ne s'occupe de savoir si elle est hétérosexuelle ou pas, cela ne rentre pas en ligne de compte. Elles ont donc pu subir, tout au long de leur vie, des violences multiples, qui peuvent éventuellement s'aggraver au sein du couple, avec des violences, voire des viols conjugaux.

Mais, je le répète : les femmes qui n'ont pas subi une mutilation sexuelle féminine peuvent aussi être victimes de ces violences. Sauf que souvent, dans le cas de ces femmes, on se trouve face à un cumul de violences subies depuis l'enfance, qui à chaque fois attaquent leur intégrité physique et en particulier la sphère sexuelle. Cela peut avoir des conséquences extrêmement graves sur leur développement futur, sur la qualité des relations avec leurs partenaires. Mails il n'y a pas un lien de cause à effet que l'on doit faire automatiquement, notamment pour les professionnel·le·s de santé, des secteurs sociaux, etc. Il ne faut pas projeter notre vision des complications médicales ou des complications sexologiques sur la personne qui a été victime de mutilations sexuelles féminines, qu'on accueille et qu'on accompagne. Comme pour les femmes qui n'ont pas été victimes de mutilations sexuelles féminines, à chaque femme ses différences, ses approches, etc. Mais en revanche, il est important de toujours tenir compte de ce cumul des violences dans notre approche, dans notre écoute et de chercher la façon dont on peut entendre le mieux ce que ces femmes ont à nous dire.

**Pierre-Yves Ginet :**
Isabelle Gillette-Faye, vous qui êtes une experte et qui travaillez depuis très longtemps sur ces pratiques traditionnelles néfastes, quelles « explications » obtient-on quant à l'existence de ces pratiques, aujourd'hui ? Qu'en est-il des arguments religieux, coutumiers, sociologiques ou autres, qui sont en général avancés pour expliquer ce qui est un moyen de contrôler une nouvelle fois le corps des femmes ?

**Isabelle Gillette-Faye :**
Les arguments sont nombreux, puisque c'est une pratique qu'on arrive à faire remonter six siècles avant Jésus-Christ. Donc avant la prophétie de Moïse et douze siècles avant que l'Islam se soit structuré autour de la prophétie de Mahomet.

Quand on entend aujourd'hui qu'il s'agit d'une pratique musulmane, qui n'est pratiquée que par les musulmans et que tous les musulmans la pratiquent, ce n'est pas vrai.
Certains courants de l'Islam mettent sur le même plan la circoncision masculine et l'excision féminine et considèrent qu'il s'agit d'une purification nécessaire pour pouvoir faire ces cinq prières, etc. Prenons l'exemple de l'Indonésie, qui est le pays au monde où il y a le plus de mutilations sexuelles féminines : effectivement, dans cette partie de l'Asie et dans la majorité des pays d'Asie qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines, on vous donne une explication religieuse. Mais elle est très récente. L'islamisation de l'Indonésie remonte seulement au 11e siècle après Jésus-Christ.
En Afrique de l'Ouest, vous trouvez des chrétiens, des protestants ou des catholiques qui les pratiquent. Certains musulmans les pratiquent, mais pas tous.
Prenons l'exemple de l'Égypte : des musulmans les pratiquent, mais des coptes orthodoxes également.
En Éthiopie, les juifs falashas pratiquent les mutilations sexuelles féminines.

Le phénomène n'épargne aucune religion monothéiste.

Plus largement encore, des sociétés qui sont encore profondément animistes, par exemple certains groupes amérindiens de Colombie et du Pérou, ne se reconnaissent pas dans une religion dite « du livre », monothéiste et continuent à avoir des systèmes de pensée polythéistes ou païens. Certains groupes de populations pratiquent également les mutilations sexuelles féminines.
Dans d'autres contrées, on a découvert des populations qui célébraient ainsi la femme, qui pensaient la rendre ainsi beaucoup plus féconde.
Si je prends l'exemple des Bambaras ou des Dogons du Mali, ces populations considèrent qu'à la naissance, on n'est ni de sexe féminin ni de sexe masculin. Le prépuce qui entoure le gland chez l'homme serait une espèce de vagin qui entoure le pénis et l'empêcherait d'avoir des rapports sexuels dans le futur. Il est donc nécessaire d'enlever ce prépuce chez l'homme. Et chez la femme, on doit couper son clitoris, parce que sinon, il pousserait tout au long de la vie et que ce clitoris empêcherait alors, au moment du mariage et des premiers rapports sexuels, la possibilité pour l'homme de pénétrer la femme.

On retrouve des systèmes explicatifs divers et variés, quelle que soit la région du monde dans laquelle on se situe. Avec le temps, selon la période de l'histoire et la zone géographique, on trouve des modèles explicatifs différents, voire des modèles explicatifs qui vont se succéder, voire s'empiler les uns sur les autres.

Mais au final, ce qui est certain, c'est qu'il s'agit d'une norme sociale : « ma norme sociale est de pratiquer les mutilations sexuelles féminines, je m'en tiens à la norme sociale qui est celle de mon groupe d'appartenance ». Et cela peut changer d'un territoire à un autre, juste à côté. Pour illustrer cela… disons que je suis née en Pays de la Loire, à Angers. Imaginons que la norme sociale à Angers serait la pratique des mutilations sexuelles féminines. Je change de territoire, je vais en région Bretagne, et là, ce ne serait pas la norme de pratiquer des mutilations sexuelles féminines. Mais les Breton·ne·s auraient d'autres pratiques, d'autres normes.
Dans chaque culture, tradition, on trouve des pratiques dites traditionnelles qui sont extrêmement positives pour les bébés, pour les femmes, pour les jeunes mères… et en même temps, on trouve des

éléments qui ont un caractère néfaste, notamment sur la santé sexuelle et reproductive, ce qui est le cas des mutilations sexuelles féminines.

**Pierre-Yves Ginet :**
Donc on a bien compris, il y a parfois un argument religieux qui est avancé, alors que c'est sans fondement et d'autre part, c'est surtout sociologique. Que se passe-t-il pour celles et ceux qui ne se réfèrent pas, qui ne suivent pas cette norme sociale locale ?

**Isabelle Gillette-Faye :**
Des personnes font état, notamment dans le cas d'une demande d'asile, d'une demande de protection internationale, en expliquant qu'elles ont dû quitter leur zone géographique parce qu'elles se sont opposées à la pratique des mutilations sexuelles féminines. Cette demande est encore possible. En fait, souvent, ces personnes portent un discours contraire à la norme sociale, qui apportent de la contradiction, le font dans des sociétés où l'idée de base est que l'on soit sur la même façon de penser. Je reprends un exemple : je suis une maman ou un papa ou un couple qui quitte Angers pour se rendre dans un pays où on pratique les mutilations sexuelles féminines. Moi, en tant que mère, je suis opposée à cela. Mon conjoint y est strictement opposé. Et nous amenons notre enfant en vacances, par exemple en Guinée Conakry. Mais sur place, on ne va pas me poser la question, même si je suis la mère. On ne va pas poser la question à mon conjoint, au père de l'enfant, pour savoir s'il est d'accord ou pas, pour pratiquer les mutilations sexuelles féminines. Le groupe, les tantes, les grands-mères, les sœurs du père comme de la mère considèrent que c'est leur devoir de faire pratiquer l'excision sur cet enfant. Il faut bien comprendre que le point de vue de l'individu ne compte pas, c'est celui du groupe qui prime. Un proverbe que l'on utilise régulièrement sur le continent africain et notamment en Afrique subsaharienne dit qu'il faut tout un village pour éduquer un enfant. Et ça s'applique aussi aux mutilations sexuelles féminines.
Les gens transmettent des normes, donnent des règles aux enfants, pour développer ce qu'on appelle leur surmoi, son sens moral, la notion de bien et de mal, etc. Mais on passe d'abord par le groupe pour transmettre ces valeurs. Et de la même manière qu'on passe par le groupe pour inculquer des valeurs à cet enfant, cela peut inclure le marquage corporel, dont les mutilations sexuelles féminines.

**Pierre-Yves Ginet :**
Et ce qui fait que par exemple, une femme qui ne serait pas excisée peut se voir rejetée, dans l'optique d'un mariage ou par rapport à d'autres volets de la vie sociale…

**Isabelle Gillette-Faye :**
Très souvent, quand vous écoutez les mères et les grands-mères, elles vous disent « ma fille ou ma petite-fille ne va pas trouver de mari ». Vous ne comprenez pas comment cela est possible, elle pourrait très bien trouver un mari… Et bien non. En fait parce que, sous-entendu, il faut que cette jeune fille ou cette enfant qui vient de naître trouve un mari à l'intérieur de son groupe social d'appartenance. Les mères, grands-mères ou tantes sont convaincues d'être dans la bientraitance, puisqu'elles vont lui permettre de se marier, de devenir mère à son tour.

Et puis souvent, dans ces sociétés, peu importe que ce soit vrai ou pas, on considère qu'à 40 ans, une femme n'est plus féconde. Et à 40 ans, n'étant plus féconde, elle peut socialement prendre la parole au niveau des hommes. On va l'écouter, elle va prendre sa place dans la société. Donc en fait, si elles pratiquent la mutilation sexuelle féminine, c'est aussi pour donner à sa fille, nièce ou petite-fille, la meilleure place possible au sein de ce groupe social.

Bien sûr, cela change parce que les populations vivent de plus en plus en zone urbaine. Mais souvent, ces populations conservent la pratique, cette croyance, où il faut par exemple ce rite de passage qui permet de passer de l'enfance à l'âge adulte.
Maintenant, lorsqu'on pratique les mutilations sur des enfants qui n'ont que quelques jours, on ne peut pas parler de rite de passage, bien sûr, mais on conserve la pratique puisqu'effectivement, elle permet de contrôler la sexualité féminine. Il nous est arrivé d'accompagner des femmes que la belle-famille a refusées : « elle n'est pas excisée, on ne peut pas la marier à notre fils. » Et parfois, du coup, des femmes subissent une mutilation sexuelle féminine à un âge très tardif. Nous accompagnons aujourd'hui des femmes qui ont été excisées à 17, 18, 19 ou 20 ans, sans avoir vécu sur le territoire national concerné, ayant toujours vécu dans des zones où elles ont été protégées par leur père ou leur mère, ou qui ont réussi par différentes stratégies à faire croire que l'excision avait été pratiquée. Mais au moment du mariage, malheureusement, se pose la question.

Je donne un autre exemple : au Kenya, dans certains groupes, quand un homme se marie, il va épouser une très jeune femme, de 12, 13, 14 ans. L'objectif est qu'elle garde les animaux, lorsque cet homme est propriétaire d'un troupeau. Comme la jeune femme est mariée, elle peut sortir du village et aller garder ce troupeau. On va l'exciser pour qu'elle ne soit pas tentée d'avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes qui seraient à proximité du village. On considère qu'elle est marquée, elle appartient à un homme et donc on peut lui donner la responsabilité de garder le troupeau, ce qui représente un patrimoine. Les personnes ne sont pas dans l'idée d'une maltraitance, la conscience de commettre une violence. Cela est pensé comme quelque chose qui va permettre à la jeune femme d'évoluer socialement, d'avoir une place plus importante au sein de la société.

**Pierre-Yves Ginet :**
Isabelle Gillette-Faye, est-ce que vous pourriez, s'il vous plaît, nous donner quelques chiffres sur l'ampleur du phénomène dans le monde et en France ? Nous parler également, des populations en première ligne face à ces pratiques ? Les pays dans lesquels on retrouve cette pratique de façon importante ?
Et quid également de l'ampleur des mutilations sexuelles féminines en ces temps si particuliers, avec la crise sanitaire internationale, la géopolitique internationale - je pense à l'administration Trump qui a coupé des crédits à des associations de « planning familial » et d'accompagnement des femmes un peu partout dans le monde ?

**Isabelle Gillette-Faye :**
Au niveau de la France, nous avons 125 000 femmes résidant sur notre territoire ont subi une forme ou une autre de mutilations sexuelles féminines. Nous avons environ 10 à 20 % de leurs enfants qui seraient encore potentiellement à risque.

Ce n'est pas parce qu'une femme a subi une mutilation sexuelle féminine qu'elle est dans l'intentionnalité de le faire subir à son enfant. C'est la première chose à déconstruire : femme excisée n'égale pas enfants excisés. Majoritairement, les familles résidant sur le territoire français font le maximum pour protéger leurs enfants de l'excision.

Au niveau mondial, avant le covid, on considère que 200 millions de femmes sont concernées par les mutilations sexuelles féminines. 70 millions rien que pour l'Indonésie. Et donc 130 millions de femmes ailleurs à travers le monde, majoritairement sur le continent africain. Mais il faut préciser que nous avons des chiffres précis pour l'Afrique subsaharienne, ce qui n'est pas le cas dans d'autres régions et pays.

Nous savions aussi que nous avions 4 millions de nouveaux cas par an.

Effectivement, nos collègues qui agissent localement et qui dépendent des financements internationaux étaient très inquiet·e·s avec la baisse des financements de la présidence Trump. Certain·e·s ont dû arrêter des programmes en cours de route, n'ont pas pu en commencer d'autres qui étaient prévus.

Mais leurs programmes sont beaucoup plus larges, sur la santé de la reproduction en général. Et elles et ils sont souvent parvenu·e·s à récupérer des crédits sur la santé de la reproduction, pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines. Et finalement, en parlant avec les organisations de solidarité internationales qui travaillent sur le sujet, je pense à Équilibre et Population notamment en France ou même au Planning familial qui a certains programmes à l'international, ou à Plan international, Care… elles et ils m'ont dit que finalement, ces organisations ont quand même réussi, en faisant parfois de bric et de broc, à poursuivre l'essentiel des programmes, même si ce n'était pas complètement satisfaisant. L'Unicef disait « on arrive à s'en sortir, on va y arriver et réussir à maintenir la baisse des mutilations sexuelles féminines observée ces 30 dernières années ».

Et le covid est arrivé… Le premier effet covid a été la reprise des couteaux par les exciseuses qui avait abandonné l'excision, pour des raisons de survie, pour pouvoir manger et nourrir leurs enfants. Ensuite, on a vu l'effet sur les diasporas, qui ne pouvaient plus envoyer autant d'argent qu'auparavant, dans les familles, au pays. Vivant en Occident, ils n'avaient plus accès aux petits travaux, travail non qualifié ou auquel ils pouvaient avoir accès en étant sans titre de séjour. Je pense notamment à la fermeture de l'hôtellerie-restauration, qui emploie énormément de personnes pas ou peu qualifiées. Toutes ces personnes-là se sont retrouvées face à une baisse très importante de leurs revenus, et par voie de conséquence, l'argent ne partait plus des diasporas vers les pays d'origine.
Après plus d'un an de confinement, on voit les effets délétères de l'abandon de l'école sur les enfants et notamment les filles, dans ces pays. Pas question de laisser une fille sans rien faire : l'école est fermée ; les travaux domestiques, c'est bien, mais elle risque de perdre sa virginité, de fréquenter des garçons, d'être enceinte, d'apporter le déshonneur à la famille… Qu'est-ce qu'on fait ? On les excise, on les marie de force dans la foulée, et ainsi, en plus, on touche la dote, c'est une rentrée d'argent supplémentaire qui arrive au niveau de la famille… Le secrétaire général des Nations Unies n'y est pas allé par quatre chemins, il a répété, lors du lancement du forum Génération Égalité à Mexico : nous

avions un risque potentiel de 4 millions de nouveaux cas par an, nous allons avoir 2,7 millions en plus de jeunes filles victimes de mutilations sexuelles féminines lors de la prochaine décennie. Alors que nous avions anticipé, au contraire, une diminution de moitié.

Depuis trente ans, nous avions deux types de violences faites aux femmes et aux enfants qui diminuaient dans les pays les plus concernés, et pour lesquelles nous avions des chiffres très précis : les mutilations sexuelles féminines et les mariages précoces et forcés. Là, avec la crise sanitaire, nous allons faire face dans les années à venir à une multiplication des cas de mutilations sexuelles féminines et de mariages précoces et forcés.
On note notamment une montée très forte des mutilations sexuelles féminines en Asie. Au mois de décembre, nous avons connu le premier procès à Moscou, pour une situation de mutilation sexuelle féminine. Il y a vraiment une extension géographique du phénomène qu'on ne connaissait pas avant. Il y a quelques années, on imaginait que l'excision ne concernait que le continent africain et les pays vers lesquels migraient les Africain·e·s subsaharien·ne·s. Et là, nous découvrons qu'au Moyen-Orient, la pratique ne concerne pas que les Kurdes du Kurdistan irakien, que le phénomène est sans doute beaucoup plus développé qu'on ne l'imaginait, si on prend donc l'Asie, au sens large. La Malaisie, l'Inde et le Pakistan sont en partie concernés à cause de la communauté bohra, qui a une diaspora très étendue. Quand on m'appelle pour me parler d'un risque d'excision à Mayotte ou à Madagascar, alors que les Malgaches ou les Mahorais ne pratiquent pas les mutilations sexuelles féminines, cela vient en fait de la communauté bohra, d'origine indienne, qui peut être présente sur ces territoires depuis 2, 3, 4, 5 générations, et qui continue à pratiquer les mutilations sexuelles féminines. Le dernier procès que l'on a connu aux États-Unis, il y a 3 ans, concernait une femme médecin bohra qui, dans sa clinique du Michigan, pratiquait des mutilations sexuelles féminines sur des petites filles d'origine bohra.

Il faut continuer, pour celles et ceux qui observent cliniquement les enfants - les médecins, les pédiatres et les gynéco-obstétricien·ne·s - à regarder le sexe de toutes les femmes et de tous les enfants, parce que c'est la meilleure façon de repérer des situations de violences et d'agressions sexuelles sur les enfants, qu'il s'agisse de mutilations sexuelles féminines ou d'autres formes d'agressions sexuelles sur les femmes comme sur les enfants. Et pour les personnels comme moi - je suis sociologue – nous pouvons aussi, par la parole, par le dialogue, par l'écoute, voir ensemble quels types de violences les dames ont pu subir, rencontrer et se sortir de la tête que seules les femmes de peau noire vont être concernées. Les petites Kurdes sont parfois blondes aux yeux bleus et elles sont tout aussi excisées que des petites filles avec une peau plus sombre et des cheveux qui sont non raides et plus frisés. Il est essentiel d'écouter ces femmes, leurs paroles, sans représentation et de poser systématiquement la question des violences… Sachant que les mutilations sexuelles féminines ont une particularité : la dame peut vous raconter par le menu toutes les violences qu'elle a subies, mais peut omettre de parler des mutilations sexuelles féminines, parce que pour elle, cela ne rentre pas dans la case violences.

C'est sûr, quand on est pédiatre et qu'on examine un bébé au centre de protection maternelle infantile ou quand on est gynéco-obstétricien·ne et qu'on examine une jeune fille dans un centre de planification, idem pour une sage-femme, on sait examiner, repérer, dépister. Mais nous pouvons toutes et tous dépister, être acteurs et actrices, bénévoles ou professionnel·le·s, ne serait-ce que

simplement en parlant et en se sortant de l'idée que le phénomène ne concerne que les femmes d'origine africaine subsaharienne. Sur le continent africain, la majorité des femmes n'ont pas subi de mutilations sexuelles féminines.

Mais ailleurs, plus de femmes qu'on ne l'imagine sont concernées. On retrouve des mutilations sexuelles féminines sur quatre continents sur cinq, pratiquées par des allochtones ou par des autochtones, et parfois dans des régions où on ne l'imaginait absolument pas.

**Pierre-Yves Ginet :**
Un point très important quand on parle des droits des femmes, c'est évidemment le rappel à la loi. Est-ce que vous pourriez rapidement nous dire quelles sont les qualifications pour ces pratiques ? Quelles sanctions sont encourues ? Et par qui, parents, la personne qui pratique, etc. ? Qu'en est-il en France ? Mais aussi dans les pays dits d'origine, aujourd'hui, puisque dans ces pays dits d'origine, les lois évoluent aussi très vite, même si partout, on déplore un écart entre la loi et son application.

**Isabelle Gillette-Faye :**
Il y a effectivement une fracture importante entre la législation et l'application de ces législations. La France et le Burkina Faso font figure d'exceptions au niveau mondial. Je pense que d'ailleurs, le Burkina Faso nous bat très très largement… Les premières campagnes radiophoniques en langue vernaculaire ont été mises en place par Thomas Sankara dès 1975 et la loi est arrivée une dizaine d'années après, ils l'ont appliquée tout de suite. Le Burkina Faso - on commence à connaître la même chose en Côte d'Ivoire et en Guinée, a monté des tribunaux forains : ce n'est pas la personne arrêtée pour excision qui se rend au tribunal, c'est le tribunal qui se rend sur place, pour que l'ensemble du groupe entende bien que la pratique est interdite par la loi, que c'est un crime.
En France, nous avons connu en 40 ans une trentaine de procès, grâce notamment à Linda Weil-Curiel, une avocate qui a très tôt défendu la cause des femmes.

En France, la justice a tendance à déqualifier les mutilations sexuelles féminines, comme le viol, qui est de moins en moins passible de la cour d'assises, on correctionnalise de plus en plus. La déqualification, c'est comme pour toutes les violences faites aux femmes…

Dans les pays africains, il y a une vraie volonté de s'y mettre. Par contre, au niveau du Moyen-Orient et de l'Asie, nous sommes très loin du compte, puisque souvent, il n'y a pas de texte de loi.

Pour la France, les condamnations peuvent être très lourdes, puisqu'elles peuvent aller jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle. Les amendes peuvent aussi être extrêmement importantes.
Nous avons une particularité en France qui n'existe pas partout dans le monde : d'une part, vous pouvez être jugé·e et condamné·e à partir du moment où l'enfant réside habituellement sur le territoire français, on ne s'occupe pas de la question du droit au séjour. C'est le fait que l'enfant soit née sur le territoire français ou arrivée très jeune sur le territoire français qui détermine le fait qu'elle doit être protégée et que l'on peut juger une famille.

On peut aussi, du fait de la ratification du traité d'Istanbul, juger par exemple un oncle, une tante, une grand-mère, un grand-père qui auraient exercé des pressions à l'encontre des parents en vue d'exciser l'enfant.
Il y aussi l'extraterritorialité : on peut être jugé·e et condamné·e même si la mutilation a lieu en-dehors du territoire national.

Les victimes ont aussi la possibilité de porter plainte jusqu'à l'âge de 38 ans, soit 20 ans après la majorité, à partir du moment où elles ont subi une mutilation sexuelle féminine avant l'âge de 18 ans (sur le territoire français ou en dehors, peu importe). Les victimes ont cette opportunité-là et elles peuvent s'en saisir, si elles le souhaitent.

Nous avons donc, un arsenal juridique très important en France. Nous avons des moyens et des modes de prévention que tout le monde nous envie, parce que nous sommes dans le seul pays à avoir une approche holistique, avec maintenant un plan national triennal d'action, de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

Nous travaillons depuis fort longtemps sur le sujet. Et avant le covid, nous notions une accélération partout, dans les pays d'origine et dans les pays d'immigration. Mais pour être efficace, l'approche ne doit pas concerner que la loi : la loi nous sert de levier pour arrêter ces pratiques, mais il faut aussi déployer la prévention, la sensibilisation, savoir ce qu'on met en place lorsqu'on intervient auprès des familles concernées, comment intervenir auprès des jeunes. C'est un ensemble.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci, merci beaucoup Isabelle Gillette-Faye. Sandrine Mansour, directrice du Planning familial de Loire-Atlantique, je l'ai dit en vous présentant tout à l'heure. Le Planning familial 44 a mené un diagnostic concernant la problématique des mutilations sexuelles féminines dans votre département. Première question, pourquoi le Planning familial s'est-il mobilisé, lancé dans ce diagnostic et quelle réalité de terrain, lors de vos interventions de sensibilisation ou bien sûr, dans les centres de planification, vous a-t-elle amenées à vous positionner et à mener cette étude ?

**Sandrine Mansour :**
Bonjour. D'abord, je vais quand même préciser que nous sommes une association, parce qu'il y a souvent une confusion avec les centres de planification, qui sont rattachés à des établissements hospitaliers.
Dans notre association, nous avons un centre de planification qui propose des consultations médicales, gynécologiques, trois fois par semaine et qui draine une population très variée et très riche. En 2018, nous avons été confrontées à une demande extrêmement importante de certificat de non-excision : des femmes voulaient protéger leurs filles et avaient besoin, pour obtenir le droit d'asile, d'un certificat de non-excision. La loi énonce que ce certificat ne peut être délivré que par le médecin légiste. Le problème est que les délais pour obtenir un rendez-vous étaient tellement énormes, que les familles qui avaient un rendez-vous avec l'OFPRA se trouvaient complètement désemparées, ne sachant que faire. Elles se sont tournées vers nous.

Cela a d'abord entraîné un questionnement de nos soignantes et de nos conseillères conjugales et familiales sur cette question-là. Comment reconnaître les différents types d'excisions ? Nous avions donc cette question de connaître un peu plus le sujet, être un peu plus au fait de la question aussi par rapport aux différents pays d'où elles provenaient.
Et la seconde question, bien évidemment, a été de savoir si notre certificat serait valable. Nous avons contacté l'OFPRA, pour savoir si ce document allait être reçu ou pas. Nous n'avons jamais eu de réponse directe. Par la suite, nous avons été informées, de manière indirecte, que ce certificat ne serait pas recevable. Mais il n'empêche, ces rencontres nous ont plongées dans cette question-là, qui était une question du Planning familial, au niveau national, depuis fort longtemps. Mais nous, sur notre territoire, nous n'avions pas été énormément concernées jusque-là.

La Déléguée aux droits des femmes de Loire-Atlantique nous a alors demandé de faire un diagnostic. Une petite carte avait existé par le passé : elle donnait des informations sur les associations et les institutions de Loire-Atlantique, qui pouvaient accompagner les femmes, autour des questions des mutilations sexuelles féminines. Cette carte était désormais dépassée, nous n'avions plus d'informations mises à jour.
Nous avons effectué un diagnostic de l'existant, aujourd'hui. Cela nous a permis de voir que, même si nous ne sommes pas un territoire extrêmement concerné par rapport à d'autres départements, l'intérêt est de plus en plus important, parce que c'est une violence faite aux femmes, parce qu'il faut préserver les jeunes filles et les petites filles d'une violence qui parfois échappe aux familles, lors d'un voyage, pour des vacances, etc.
L'autre point, aussi, c'est la prise de conscience croissante des femmes, des hommes et de leurs familles et leur capacité à informer les populations qui conservent cette tradition, à sensibiliser, expliquer les dangers des mutilations.

Nous avons donc effectué un diagnostic et nous allons réimprimer une carte, avec l'ensemble des partenaires associatifs et institutionnels que l'on retrouve sur le territoire. Nous allons aussi produire un livret pour les professionnel·le·s, parce que nous avons constaté qu'elles et ils se sentent souvent démuni·e·s. Et cela ne concerne pas que les médecins, pour reconnaître, pour savoir analyser les différents types d'excision, mais plus largement tout le milieu socio-éducatif, médical, médico-social, pour leur permettre accompagner ces personnes. Quelles paroles prononcer quand elles et ils sont confronté·e·s à une femme qui veut parler, quand une famille veut se confier ou se prémunir ? Comment accompagner sans être dans le jugement, sans avoir d'idées préconçues ? Comment annoncer ou pas à une femme qu'on vient d'ausculter qu'elle est excisée, alors que la femme l'a occulté parce que le traumatisme est tellement grand, qu'elle ne le sait même plus ? Toutes ces questions font qu'il y a une vraie demande d'accompagnement.
Nous avons donc fait cette mise à jour et puis ce rappel à la loi, parce que c'est aussi un point que ne connaissent pas forcément les professionnel·le·s.

C'est ainsi que nous avons terminé ce travail, qui va être édité et qui va permettre d'accompagner les professionnel·le·s et les populations concernées. La petite carte s'adresse d'abord aux femmes et aux familles concernées, le livret est destiné aux professionnel·le·s.

**Pierre-Yves Ginet :**
Dans quel cadre s'est déroulé ce diagnostic et notamment le cadre institutionnel en fait de cette réalisation, la durée de l'enquête, le territoire géographique ?

**Sandrine Mansour :**
Quand cette question s'est posée pour le Planning familial, nous avons organisé une soirée, une conférence où nous avions convié l'UGOMPS, l'Unité de gynécologie-obstétrique médico-psychosociale qui dépend de l'hôpital de Nantes, où des groupes de paroles existent depuis longtemps et où exerçait notamment une chirurgienne spécialisée. Elle est venue nous expliquer.
De fil en aiguille, nous nous sommes donc penchées sur cette question-là, d'abord pour nous former, mais pour permettre aussi à d'autres de se former. Des partenaires associatifs ont souhaité se joindre à nous. Lors de discussions avec la Déléguée départementale aux droits des femmes, avec la volonté de l'État de mettre en œuvre des politiques publiques et d'accompagnement sur cette question, nous avons été mandatées pour établir et faire ce diagnostic.

Il s'est fait essentiellement sur l'agglomération nantaise, parce que c'est de là que nous avions la majorité des demandes. Au niveau associatif, plusieurs organisations qui accompagnent les femmes ou qui font de la sensibilisation sont concernées par cette question. Au niveau institutionnel, nous avons la chance, sur le territoire, d'avoir trois chirurgien·ne·s qui font de la reconstruction. De ce fait, un véritable parcours d'accompagnement peut être mis en place pour les femmes, quand elles vont consulter, pour une éventuelle reconstruction. Là aussi, il y a des idées à déconstruire : on n'est pas obligée d'avoir accès à une reconstruction, quand on a été victime de mutilation sexuelle féminine, il est très important de le souligner. Par contre, c'est une possibilité, comme celle d'être accompagnée par un·e sexologue, un·e psychologue. Différents parcours d'accompagnement sont possibles quant à la prise en charge physique et psychologique de la personne.

Il y a ensuite tout le travail de prévention. C'est plus le rôle des associations, accompagnées en cela par la Déléguée aux droits des femmes, dont c'est une des missions.

Nous avons donc contacté tous les partenaires répertoriés, associations et institutions, qui nous ont expliqué, ce qu'ils faisaient et ce qu'ils ne faisaient pas, quelles étaient leurs demandes, leurs besoins. Et nous avons fait un retour sur ces travaux au mois d'octobre, en invitant tous les partenaires qui avaient été contactés. C'est un groupe de bénévoles du Planning familial qui a conduit ce diagnostic pendant l'année 2019, jusqu'au début de 2020. Le rendu devait avoir lieu en mars 2020, mais du fait du confinement, cette restitution a été décalée au mois d'octobre.

Lors de cette restitution, est apparu clairement un besoin de mettre à jour régulièrement les informations, qui seront également disponibles sur un site internet, soit du Conseil départemental, soit de l'État. L'idée est d'avoir des lieux identifiés pour avoir accès aux informations, de les avoir également sur papier, parce que tout le monde n'a pas accès à internet, il est important de le rappeler. Second point soulevé, le besoin de formation, de sensibilisation, aussi bien pour les professionnel·le·s que pour les personnes cibles, les familles qui peuvent être concernées, qui risquent d'être touchées ou qui l'ont été.

Et le troisième point est de poursuivre le travail en partenariat. Il y a un intérêt, une prise de conscience et elle déborde le cadre de la métropole nantaise. J'ai été contactée à la fin de l'année 2020 par des éducatrices qui interviennent dans des établissements scolaires de zones rurales du département, où des familles s'étaient installées. Des jeunes filles arrivaient à l'âge de 16, 17 ans et s'étaient rendu compte qu'elles avaient été excisées. Elles voulaient en parler et l'infirmière scolaire était complètement désemparée. Il est certain que l'intérêt va être grandissant.

Quand on parle des professionnel·le·s qui accompagnent les femmes, je pense aux médecins, sages-femmes, infirmier·ère·s, mais également aux personnels issus du monde scolaire, par exemple les infirmier·ère·s scolaires, les éducateur·trice·s… tout le monde médico-social de manière large… C'est assez large aussi dans le domaine associatif. Il ne s'agit pas d'une formation sur le volet médical proprement dit, nous parlons davantage d'accompagnement et d'abord d'une meilleure connaissance des différentes formes d'excision.

Comment aborder la question ? Comment orienter les personnes ? Comment les accompagner ? Mais bien sûr, la première formation et sensibilisation essentielle, c'est auprès des femmes concernées et de leurs familles… Le mot « mutilation » est déjà problématique, parce que c'est une violence, mais qui n'est pas considérée comme telle au départ, mais parfois seulement considérée comme une cérémonie, une initiation, par les femmes. C'est l'occasion souvent, elles le racontent très bien, d'une fête au sein de la famille, au sein du village. C'est aussi une fête économique : pour les exciseuses, c'est un revenu, mais pour la famille qui va avoir une excision en son sein, c'est aussi l'apport de cadeaux importants, qui peuvent parfois être vitaux. Tous ces paramètres sont à prendre en compte. Il ne faut surtout pas arriver en disant « houlala, quelle horreur, vous avez été excisée ! ».

La première démarche, savoir en parler, savoir comment aborder la question, pour, dans un second temps, faire prendre conscience aux familles, aux femmes concernées, qu'il s'agit de violences et que ce n'est pas tolérable. C'est un crime en soi et il faut donc faire en sorte d'empêcher la reproduction de ce crime sur des petites filles, des adolescentes ou des jeunes femmes. Et après, dans un troisième temps, un peu en parallèle, les accompagner sur les risques au niveau de leur corps, les conséquences que cela pourrait avoir et les orienter vers les personnes, si elles en ressentent le besoin, qui pourront les aider, les informer, les accompagner, avec tout le cadre médical et psychologique.

Donc les axes de travail, les carences repérées aujourd'hui, le manque de formation et de sensibilisation. Nous avons aussi parlé des langues, parce que même si nous aurons des documents écrits, beaucoup se passe dans l'oralité. Nombre de traditions, de civilisations encore présentes aujourd'hui à travers la planète, sont dans l'oral et il est important de pouvoir accéder à ces femmes, leur permettre de comprendre, au travers de leur langue maternelle. Voir donc aussi quels sont les moyens dont nous disposons pour solliciter des associations qui ont des traducteurs et des traductrices, qui vont nous permettre de faire ces sensibilisations auprès de ces populations et de les accompagner avec leur vocabulaire et dans leur langue d'origine.

**Pierre-Yves Ginet :**
Nous avons ces trois axes. Isabelle Gillette-Faye, vous avez entendu ces préconisations du diagnostic réalisé par le Planning familial en Loire-Atlantique. Souhaitez-vous rajouter un élément qui vous semble manquer ou au contraire sur lequel il serait important d'accentuer l'effort ?

**Isabelle Gillette-Faye :**
Ce rapport me paraît extrêmement pertinent et c'est un apport très riche quant à toute la démarche qui peut être faite.
J'insisterais sur un point que Sandrine Mansour a souligné et qui, selon moi, est absolument essentiel : ce n'est pas parce que vous voyez une dame excisée, qu'elle a obligatoirement envie de se faire réparer via la chirurgie. C'est une possibilité, elle le peut, dans le cadre de son parcours d'accompagnement. Ce qui compte, c'est que ces femmes et ces jeunes filles sachent que ça existe, qu'elles peuvent éventuellement y avoir accès, mais il ne faut pas poser la question ainsi : « Vous êtes excisée, j'ai une solution, madame ». La chirurgie a un peu plus de 20 ans aujourd'hui, en France. Nous sommes passées par plein d'étapes. Au début, j'ai vu des dames qui sont arrivées en disant « le gynéco m'a prescrit d'aller me faire réparer » ou « le travailleur social m'a dit que comme j'étais excisée, c'était épouvantable, donc il fallait absolument que je me fasse réparer ». Il est donc très important d'insister sur la question de la sensibilisation, de la formation, et que ces exercices soient pluridisciplinaires. Vous avez la chance d'avoir sur la région de multiple interlocuteur·trice·s, au niveau du Département, avec l'Observatoire des violences, avec la Déléguée départementale aux droits des femmes, des associations comme Ubuntu qui fait des sensibilisations en milieu scolaire, Diariata N'Diaye et son application. Et grâce à ce diagnostic, le Planning familial a repéré les nouvelles personnes à pouvoir solliciter, au cas où, et identifié celles qui vont aller vers ces dames et et ces messieurs, en leur apportant l'écoute la plus la plus adaptée. Je pense que c'est la richesse du diagnostic qu'ont fait les bénévoles du Planning. Cela permet de sortir des carcans, des sentiers battus et d'éviter de dire qu'on découvre le phénomène. J'apprécie aussi d'aller à la fois vers les sachant·e·s et vers les principales concernées. C'est effectivement tout à fait remarquable.
Rappeler aussi l'importance de l'utilisation des langues vernaculaires : même si elles parlent très bien le français, elles ont parfois besoin de passer par leur langue d'origine, pour aborder certaines thématiques et notamment les plus intimes.

**Pierre Yves Ginet :**
Isabelle Gillette-Faye, une question sur le droit d'asile, sur la protection accordée aux femmes menacées par les mutilations sexuelles féminines pour elles ou pour leurs filles. Qu'en est-il aujourd'hui réellement de cette protection qui est dans les textes ? Et je pense aussi à cette situation sanitaire et cette circulation compliquée aujourd'hui, d'un territoire à l'autre…

**Isabelle Gilette-Faye :**
11 000 petites filles sont actuellement sous la protection de l'OFPRA, l'Office français pour les réfugiés et les apatrides. La première jurisprudence date de 1991 et donc en 20 ans, si on prend un peu de recul, c'est fantastique.
Mais on a toujours un véritable problème : ce n'est pas parce qu'une petite fille a obtenu la protection internationale, qu'elle peut faire venir ses frères et sœurs, resté·e·s au pays d'origine. L'éclatement

des familles est un vrai problème. Et le covid fait que depuis environ un an, un an et demi, tous les visas de réunification familiale, de regroupement familial, sont gelés. En tous cas, en Île-de-France, pendant les confinements, les personnes demandeuses d'asile n'avaient pas accès aux rendez-vous en préfecture leur permettant de déposer une demande d'asile. Là, cela semble aller un peu mieux, mais je ne sais pas pour combien de temps… La logistique administrative avec le covid fait qu'on ne peut pas leur proposer de rendez-vous et cela les prive d'un certain nombre de droits.
Après, bonne nouvelle, effectivement, en France, nous avons des enfants qui sont vraiment protégées et ça, c'est une fierté !

**Pierre-Yves Ginet :**
Sandrine Mansour, quand on parle de formation, de sensibilisation, de prévention, nous savons, en particulier pour les droits des femmes, que l'un des critères essentiels de succès sera la durée de l'opération, que c'est avec le temps que les actions portent leurs fruits. Le stop-and-go des financements, dû en général à des changements de majorité politique et aux rythmes d'élections diverses, est-ce, sur cette question des mutilations sexuelles féminines, encore plus un problème particulier ?

**Sandrine Mansour :**
Selon la loi, tout·e élève de collège doit avoir trois fois par an une information sur la vie affective et sexuelle dans son établissement scolaire. Nous en sommes bien loin, nous n'arrivons pas à répondre aux demandes… Et là en plus, nous faisons ce constat avec les différentes antennes du Planning familial à travers la France, avec la crise sanitaire, nous avons été submergées de demandes, parce qu'on enregistre une recrudescence de la violence, dans les établissements scolaires, liée notamment à ces questions de la vie affective et sexuelle. La pornographie prend une place de plus en plus importante, avec forcément un impact sur les comportements des jeunes. Il faut savoir qu'en France aujourd'hui, un enfant voit son premier film pornographique à l'âge de 9 ans… Il est donc impératif que nous soyons présent·e·s et de plus en plus jeune en fait, pas seulement au collège. Mais nous n'avons pas les moyens humains de faire face. Nous ne sommes pas les seules et il est vrai que la contradiction entre la volonté des lois, des textes et des décrets et le manque de moyens financiers stabilisés. Alors il est vrai que depuis quelques mois, nous avons l'impression que Madame Moreno a vraiment à cœur de voir augmenter nos moyens… Il faut effectivement que ces moyens soient pérennisés, qu'ils ne dépendent pas des changements de ministères, de figures. Il faut que ce soit inscrit comme une obligation pour la santé de toutes et de tous, que ces moyens ne soient pas suspendus parce qu'à un moment donné, on décide de couper les subventions. Nous sommes dépendantes des subventions, c'est une réalité, on ne vend pas la santé sexuelle et la vie affective et sexuelle. Cela fait partie intégrante de la santé, de la prévention. Et plus nous ferons de la prévention, moins cela coûtera aux institutions, en matière de crimes.
Cela a été très visible au moment du confinement, l'année dernière : les spots de télévision pour inciter à appeler au secours en cas de violences faites aux femmes ont eu un impact énorme. Pour la première fois, des voisin·e·s ont osé appeler au secours, alors qu'avant elle et ils se seraient tu·e·s. Les pharmacien·ne·s ont demandé à être formé·e·s. Depuis le mouvement Metoo, la prise de conscience est extraordinaire. Et c'est tant mieux, parce que cela va permettre d'une part aux femmes, comme pour les mutilations, de prendre conscience que ce qu'elles vivent est de la violence et que ce n'est

pas tolérable. Et en même temps, il faut passer par la formation, l'information. C'est par ce biais, que les petits garçons et les petites filles pourront savoir ce qui est de l'ordre du normal pour avoir une vie sexuelle épanouie, et ce qui n'est pas acceptable. Nous devons aller vers l'égalité hommes-femmes. Il faut que les différents gouvernements prennent conscience que c'est une action qui ne devrait pas avoir de couleur politique, il s'agit d'une action pour la santé de toutes et de tous.

**Pierre-Yves Ginet :**
Et ce qui est vrai pour l'État est également vrai pour les régions, pour les départements, pour les villes. Ma dernière question, Isabelle Gillette-Faye, le GAMS a produit un certain nombre de documents sur les mutilations sexuelles féminines : comment se les procurer ?

**Isabelle Gillette-Faye :**
Ne pas hésiter à consulter notre site internet, federationgams.org. Ou en cas d'oubli taper Fédération GAMS dans la barre de recherche et vous avez tous les outils possibles et imaginables : podcast, papier, digital, visuels…
Nous lançons de nombreuses campagnes audiovisuelles, nous utilisons énormément les réseaux sociaux… pour toucher les plus jeunes, pour pouvoir les sensibiliser à cette thématique et notamment à celle des mutilations sexuelles féminines.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci beaucoup. Je vais notamment inviter tou·te·s les professionnel·le·s à vous suivre sur Facebook ou sur Linkedin par exemple… ce qui est mon cas, où vous publiez énormément d'actus sur ces questions-là, c'est extrêmement enrichissant et je vous en remercie.
Merci beaucoup à toutes les deux pour ce moment de partage d'expertise. À très très bientôt.

# La sensibilisation en direction des jeunes : l'exemple de Fatoumata Gassama, fondatrice du projet UBUNTU

**Pierre-Yves Ginet :**
Deuxième sujet, même si nous l'avons déjà abordé, celui de la sensibilisation du grand public, notamment celui des jeunes. Avec nous, pour ce deuxième temps, nous recevons Fatoumata Gassama, étudiante en lettres étrangères appliquées, Nantaise lauréate de l'Institut de l'engagement.

Vous avez créé, Fatoumata Gassama, le projet Ubuntu qui vise à faire connaître l'excision auprès du grand public et notamment auprès des jeunes qui sont d'un âge peu différent du vôtre. Vous avez développé des outils de sensibilisation, avec cette exposition présente derrière nous, consacrée à cette question qui nous rassemble aujourd'hui. Son titre est « Excision, femmes mutilées ».

Ma première question, Fatoumata Gassama, est relative à votre parcours. Qu'est-ce qui vous a amenée à cet engagement, sur cette question difficile de l'excision ?

**Fatoumata Gassama :**
La question de l'excision est pour moi très intime, dans mon entourage. Je suis Guinéenne et Malienne et en fait, comme cela a été rappelé, l'excision, c'est banal chez nous. Ma mère a été excisée, mes cousines aussi et je suis un peu la seule qui a échappé à cette mutilation. En ayant lu des œuvres comme *Khady mutilée*, en ayant regardé *Fleur du désert*, et aussi en ayant eu à l'époque ce qu'ils appelaient une protection judiciaire, il fallait que je fasse quelque chose, parce que j'avais eu la chance d'y échapper. C'était pour moi juste normal d'en parler, de sensibiliser et de rapporter la parole d'autres jeunes femmes comme moi.

**Pierre-Yves Ginet :**
Bravo, parce qu'entre ce qui est normal et l'engagement, il y a en général un grand pas. J'ai parlé du projet Ubuntu que vous pilotez. Pouvez-vous nous le présenter ? Et puis une toute petite question évidente, que signifie Ubuntu ?

**Fatoumata Gassama :**
Ubuntu est un mot en langue bantoue qui vient d'Afrique du Sud et qui signifie « je suis parce que vous êtes ». Et cela résume bien le projet Ubuntu, il existe parce qu'en fait, il y a un certain air de « bon, l'excision existe ». Et c'est tout. Je n'ai pas été excisée, mais certaines femmes l'ont été. Il était important pour moi que le nom du projet reprenne exactement ce que j'essaye de faire.
Avec le projet Ubuntu, nous faisons de la sensibilisation pour les jeunes à partir de 13 ans. Nous nous rendons généralement dans les espaces jeunesse, dans les établissements scolaires, parfois dans les groupes hospitaliers et en faculté, pour sensibiliser à la question de l'excision, à travers l'exposition qui est derrière nous et aussi le jeu Wanita, qui permet de sensibiliser d'une façon plus ludique.

**Pierre-Yves Ginet :**
Si vous tapez « projet Ubuntu » sur internet, vous trouvez le site qui a été créé par Fatoumata Gassama. Cette exposition « Excision, femmes mutilées » est ici présente avec ces quatre panneaux. Pourriez-vous nous les présenter ?

**Fatoumata Gassama :**
L'exposition « Excision, femmes mutilées » se compose de quatre kakemonos. Un premier kakemono s'intitule « Excision, femmes mutilées », et rappelle ce qu'est l'excision, son étendue à travers le monde, les différents pays, le nombre de femmes mutilées, donc de 200 millions. Nous rappelons aussi les chiffres sur le territoire français. Le deuxième est intitulé « Briser les tabous », parce qu'il est important de montrer le sexe féminin dans son entièreté, sans l'excision et ensuite on y retrouve plusieurs schémas qui reprennent les trois types de mutilations, de façon pédagogique, puisqu'on s'adresse à des jeunes à partir de 13 ans. Le troisième s'intitule « Entendre la souffrance » : j'ai recueilli quelques témoignages de jeunes filles, je leur ai demandé si elles voulaient participer à cette exposition. C'était important, au-delà de voir des chiffres, de pouvoir se connecter d'une manière particulière à ces jeunes femmes-là. Et le quatrième kakémono que nous avons appelé « Comprendre pour agir », rappelle la loi, comment elle nous protège en France et il permet aux professionnel·le·s et aux jeunes de savoir où trouver de l'aide, les différentes associations.
Dans cette exposition, nous avons mis l'accent sur les illustrations parce qu'il était important de s'adresser aussi aux personnes analphabètes, car on parle de populations où généralement l'éducation scolaire n'est pas très présente.

**Pierre-Yves Ginet :**
Je tiens à le souligner, le graphisme est effectivement remarquable, dans cette exposition, pour les jeunes et aussi pour les moins jeunes. Et je voudrais le souligner, il n'y a pas très longtemps qu'on voit un clitoris, un sexe de femme dans son entièreté dans les manuels scolaires. Là, vous avez un panneau qui décrit les différents types de mutilations, avec des dessins qui les représentent, de l'excision du prépuce, du clitoris jusqu'à la plus terrible qui est le l'infibulation, très pratiquée notamment en Afrique de l'Est, au sud de l'Égypte, au Soudan, etc.
Arrêtons-nous si vous le voulez bien sur ce troisième panneau, « Entendre la souffrance », avec ces témoignages. Puis-je vous demander s'il vous plaît de nous relater un témoignage, et ensuite, de nous expliquer dans quel cadre vous avez recueilli ces témoignages de personnes qui ont subi ces mutilations ? Comment cela s'est-il passé ?

**Fatoumata Gassama :**
Je vais choisir celui du bas, que le public ne peut pas voir. Il est écrit : « On me demande d'écarter les jambes, je ne sais pas si c'était un couteau ou une lame, on m'a enfoncé cela deux ou trois fois, jusque à ce qu'elle enlève cette partie de moi. »
Ces témoignages, je les ai recueillis en ligne, sur mes réseaux sociaux personnels, j'ai interrogé des jeunes filles qui sont des amies. Je sais à qui appartiennent les témoignages. Franchement, j'ai juste dit que j'allais monter une exposition sur l'excision et demandé si quelqu'un·e avait envie de témoigner… J'ai reçu plus d'une trentaine de témoignages. Certaines jeunes filles ont écrit une ou deux

pages, expliquaient dans le détail comment on les a bernées, comment elles se sont senties sur le moment, après l'excision, le traumatisme qu'elles vivent encore aujourd'hui…
Pour n'importe qui, il n'est pas facile de lire un témoignage d'une femme qui vous explique qu'elle a été violentée. Mais quand cela concerne des personnes que vous connaissez depuis plus de dix ans, cela prend tout de suite une autre dimension… Il était impératif pour moi d'en parler. Dès que j'ai eu ces témoignages-là, c'est devenu encore plus important parce que si trente jeunes filles peuvent me confier leur témoignage, cela signifie qu'elles ont besoin de quelqu'une qui va relater tout ce qu'elles ont subi. Je ne sais pas comment l'expliquer, c'est juste intense émotionnellement, mais en même temps, c'est important de le faire.

**Pierre Yves Ginet :**
Bravo d'avoir si bien résumé cette problématique sur seulement quatre panneaux. Pour conclure, une question pratique : je suis certain que parmi les personnes qui nous écoutent se trouvent des personnes qui travaillent dans des établissements scolaires, dans des centres d'accueil de jeunes, dans différentes structures. Comment faire pour accueillir cette exposition ? Et comment l'accompagnez-vous ?

**Fatoumata Gassama :**
Il suffit de nous contacter par mail (projetubuntu.com, contact@projetubuntu.com). Après, à voir comment on peut prévoir ou pas un temps de sensibilisation autour de l'exposition. Il n'y en a pas forcément besoin.
Il était important pour nous qu'une personne qui ne sait pas ce qu'est l'excision puisse repartir avec toutes les informations après avoir lu l'exposition, en 5 minutes. Les temps de sensibilisation sont très intéressants pour les jeunes, mais s'il n'y en a pas, ce n'est pas grave, l'exposition se suffit à elle-même. Pour ces temps de sensibilisation, généralement, nous sommes deux animatrices, membres du projet Ubuntu dont moi, et l'infirmière scolaire. Sa présence est très importante, puisqu'elle va peut-être être confrontée à la question de l'excision. C'est un temps qui dure à peu près 1 h. À la fin, les jeunes ont toujours beaucoup de questions, ils sont très intéressés par la question, d'où l'importance d'en parler au moins une fois, d'autant qu'il n'y a encore rien dans les manuels scolaires.

**Pierre Yves Ginet :**
Merci beaucoup Fatoumata Gassama. Donc si vous travaillez dans un lycée, un collège, vous tapez projet Ubuntu ou vous envoyez un petit mail. Et vous pourrez bénéficier de cette exposition vraiment remarquable, qui s'installe en 10 minutes. Les problèmes logistiques n'existent pas, elle est sur roll-up. Je vous incite vraiment à la recueillir, à la faire tourner dans vos établissements et à inviter Fatoumata Gassama pour la faire vivre, notamment avec les infirmières scolaires.
Une question du public peut-être ?

**Anne Martinais :**
Quels sont les retours des jeunes à partir de vos sensibilisations et à partir de quel âge le faites-vous, pour les jeunes de quel niveau scolaire ?

**Fatoumata Gassama :**
Généralement, nous sensibilisons les jeunes à partir de la 4e et la 3e. Pas avant, c'est un choix du projet Ubuntu, parce que je pense qu'une certaine innocence doit être conservée.
Le principal retour… c'est comment faire pour aider ! Je n'ai pas forcément la réponse, mais les jeunes en 4e et en 3e ont aussi envie d'aider, de lutter contre l'excision à leur manière.

**Pierre Yves Ginet :**
Merci mille fois Fatoumata Gassama et bravo. Quand on vieillit, ça fait du bien de rencontrer des gens comme vous.

## Table ronde #2

# L'accompagnement des femmes excisées

**Pierre Yves Ginet :**
Passons maintenant à la deuxième table ronde de cette matinée, qui va porter sur l'accompagnement, la prise en charge des femmes excisées. Quels sont les dispositifs, les structures existantes pour ces femmes ? Nous avons en France des structures pionnières, très avancées sur ces questions. Qu'en est-il dans les territoires et notamment ici en Loire-Atlantique ? Et quand on parle de prise en charge, ce mot « accompagnement », de quoi parle-t-on concrètement ?

Avec nous pour répondre à ces questions, nous avons la chance d'avoir Ghada Hatem et Sandrine Guinebretière.

Ghada Hatem, vous êtes gynécologue-obstétricienne, vous avez fondé en 2016 la Maison des femmes de Saint-Denis qui est la première structure en France à offrir une prise en charge globale des femmes victimes de violences et de l'excision. Au sein de cette structure, on retrouve trois unités de soins, dont l'une est consacrée aux femmes victimes de ces mutilations. À cela s'ajoute un volet juridique, un volet social, un accompagnement policier, des groupes de parole, etc.

Sandrine Guinebretière, vous êtes également gynécologue-obstétricienne et vous pratiquez à la clinique Santé Atlantique à Saint-Herblain, dans la métropole nantaise. Cet établissement privé prend donc en charge la réparation des patientes excisées, ce qui n'est pas commun.

Ghada Hatem, nous avons terminé la table ronde précédente avec les préconisations du Planning familial, établies dans le cadre de ce diagnostic en Loire-Atlantique. Avez-vous des compléments à apporter, sur ces préconisations ou sur l'ampleur du phénomène, tel qu'il existe aujourd'hui ?

**Ghada Hatem :**
Les préconisations étaient assez complètes et nous n'avons pas la prétention d'avoir une vision plus large. Nous travaillons vraiment dans notre environnement, qui est la Seine-Saint-Denis et où malheureusement, du fait des migrations, beaucoup de situations relèvent de ce besoin. Ce qui nous semble essentiel, pour nous, dans ce département et dans une maternité, c'est de faire de la prévention à notre niveau, c'est-à-dire auprès des femmes qui accouchent, quand elles sont elles-mêmes excisées et qu'elles ont une petite fille, ou auprès des couples quand on a la chance de les avoir. Et puis dans les lycées et les collèges, où nous sommes très actives. Si chacun faisait ce travail à sa petite échelle, nous gagnerions beaucoup de parts de marché de femmes non excisées.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci pour ce préalable. Pouvez-vous nous décrire l'accompagnement que vous avez mis en place à Saint-Denis, à la Maison des femmes, en ce qui concerne la prise en charge des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines ? Sachant que votre établissement est vraiment pionnier au niveau

national en la matière, et il serait judicieux, je vais tout de suite mettre les pieds dans le plat, qu'il y en ait partout en France, des Maisons des femmes.

**Ghada Hatem :**
Ça, c'est bien vrai ! Juste pour rappeler l'histoire, quand la Maison des femmes n'existait pas, il y avait quand même une unité de prise en charge de l'excision, que nous avions montée en 2012-2013. Nous avions commencé avec Isabelle Gilette-Faye, mais cette unité n'avait absolument pas le même impact. À partir du moment où nous avons été identifiées avec un lieu spécifique, nous nous sommes aperçues que les femmes venaient vraiment pour la totalité de la prise en charge. Juste un petit exemple : nos groupes de parole ne décollaient pas quand nous étions dans l'hôpital. Une fois que nous avons été dans la Maison, les femmes se sont approprié ce lieu et ce moment. Nous avons même dû refuser des patientes.
Donc notre parcours… Je téléphone ou j'envoie un mail ou je viens sur place, parce que je suis excisée ou parce que je me demande si je suis excisée. Ou j'ai peur parce que mon mari veut emmener mes enfants au pays pour les faire exciser. On a immédiatement rendez-vous avec un·e chirurgien·ne. Pourquoi un·e chirurgien·ne ? Parce que cet examen nous permet de voir de quel type d'excision il s'agit, de voir si la femme est excisée et comment. Parfois, elle pense qu'elle l'est et elle ne l'est pas. Parfois, elle l'est très légèrement, du fait des nouvelles techniques : on pince, on coupe un petit peu, on garde donc la cérémonie, l'agression, mais globalement le clitoris est en place. Il est très important que nous puissions d'emblée dire à cette femme : « Vous avez ça et de toute façon la chirurgie chez vous n'a aucun intérêt ». Ce qui permet d'évacuer un sujet.
Ensuite, nous allons les orienter vers les choses qui vont leur faire du bien. Vers un·e psychologue, parce qu'il y a toujours un psychotraumatisme, même si on a été excisée bébé. Vers un·e sexologue parce qu'il y a toujours un impact sur la sexualité. Il peut y avoir des soins corporels. Je les envoie parfois voir un·e kinésithérapeute, nous avons des kinés qui sont spécialisé·e·s dans la rééducation des femmes qui ont subi une agression sexuelle. Il peut d'agir de quelque chose de plus global, comme de l'ostéopathie, un massage Shiatsu, etc. Et puis nous les orientons vers nos fameux groupes de parole et leur donnons la possibilité de participer à des ateliers d'amélioration de l'estime de soi, avec notamment le karaté, développé par la grande Laurence Fischer. C'est un karaté qui est aussi orienté sur le périnée. Elles peuvent aussi, quand elles sont demandeuses d'asile, avoir accès à notre permanence juridique, nous avons des avocat·e·s, des policier·ère·s. Il y a rarement besoin de porter plainte. Quand il y a des enfants, nous sommes en lien évidemment avec la cellule de recueil des informations préoccupantes ou avec le parquet, et il nous arrive de faire des signalements.
Voilà en gros le parcours mis en place. Et évidemment, s'il y a besoin d'opérer, nous opérons, mais notre objectif n'est pas d'opérer directement.

**Pierre-Yves Ginet :**
Vous avez parlé de Laurence Fischer, je vous invite vraiment à regarder *Fight for dignity*. Tapez dans votre moteur de recherche et allez voir tout ce qu'elle fait de formidable, ici et ailleurs, puisqu'elle travaille beaucoup notamment en République démocratique du Congo.

Sandrine Guinebretière, comme je l'ai dit, vous, vous pratiquez dans l'agglomération nantaise. Comment une gynéco-obstétricienne telle que vous est-elle arrivée à pratiquer ces réparations chirurgicales des mutilations sexuelles féminines ? Pourquoi ce choix ?

**Sandrine Guinebretière :**
Merci de me donner la parole. Je voulais remercier Sandrine Mansour de m'avoir invitée parmi vous aujourd'hui.
Alors comment ? En fait c'est une rencontre, en 2013, avec une jeune femme qui s'appelle Kumba, qui est venue me consulter pour une réparation. J'étais démunie. Je n'ai pas su quoi faire, je ne savais pas quoi lui dire sur le moment. C'était pour moi une première rencontre avec cette mutilation. Je me suis rapprochée d'un de mes confrères angevins, Sébastien Madzou, qui pratique énormément de réparations. Je suis allée avec lui pour voir ces réparations.
J'ai eu envie d'apprendre, de comprendre, d'aller vers les femmes mutilées et je suis rentrée en lien, grâce à mes confrères de la clinique, avec Charlemagne Ouédraogo et je suis parti à Ouagadougou en 2014, durant la « campagne » de réparation clitoridienne, qui se tient tous les ans et qui dure 15 jours. Il répare les femmes du Burkina Faso, mais aussi des pays frontaliers, du Bénin, du Togo… Les femmes qui en ont besoin, qui savent qu'il y a cette campagne, viennent en scooter et repartent en scooter avec un suppositoire de biprofénid… Ces interventions sont pratiquées sous péridurale, c'est assez impressionnant et très émouvant et voilà… Je ne peux que saluer le travail de ces hommes.
À mon retour, je me suis dit que j'allais prendre ma part de travail et aider les femmes, à ma petite mesure, à mon petit niveau, et c'est ce que je fais depuis 2014. Petit à petit, cette activité se développe, par le bouche-à-oreille, les femmes viennent me voir.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci Sandrine Guinebretière. Pourriez-vous nous présenter, pour le grand public, la réparation chirurgicale ?

**Sandrine Guinebretière :**
La réparation chirurgicale en fait… c'est comme l'iceberg pour le clitoris, ce qui a été coupé est juste une petite partie « émergée ». Dessous, à l'intérieur, chemine le reste du clitoris, qui fait 10 centimètres. Avec la réparation, on va juste retirer la cicatrice persistante et ensuite, on va de part et d'autre du clitoris restant, aborder la symphyse jusqu'à arriver à ce clitoris et le redescendre au-dessus de l'urètre, pour qu'il apparaisse. Il y a un suivi postopératoire qui est vraiment très important et qui est très long… Il est vraiment important que les femmes soient au courant qu'après l'intervention qui a lieu en ambulatoire, qui est assez simple, ce n'est pas terminé ! Ensuite, il y a des soins, nous revoyons les patientes au 10e jour, un mois après, trois mois après, six mois après. Tout cela afin que le clitoris finisse par prendre visage humain, si j'ose dire.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci cette précision chirurgicale et je pense que c'est important de comprendre. Ghada Hatem, souhaitez-vous ajouter un complément par rapport à cette chirurgie réparatrice ?

**Ghada Hatem :**

Non, cela a été très bien expliqué. Ce que je fais, et que peut être tout le monde ne fait pas, c'est de montrer aux femmes les photos post opératoire avant l'intervention, en leur disant : voilà, ça va ressembler à ça, est-ce que vous vous prenez ? Parce que parfois, certaines femmes pensent que la réparation va les transformer en une femme qui n'a jamais été excisée. Il est important, je crois, de montrer les limites de ce que nous faisons. Non, quelqu'un·e qui regarde, verra que cette femme a été excisée, mais verra aussi qu'on l'a réparée. Comme toujours, il est important de ne pas faire naître de faux espoirs.
Et ce qui me semble aussi important, c'est d'expliquer à tous les gens qui nous envoient des femmes et je pense notamment aux assistantes sociales dans les CADA ou dans les centres de Planning familial, dans l'espoir qu'on va opérer ces femmes parce qu'elles ne vont pas bien, que jamais la chirurgie ne va régler le problème. Opérer une femme qui dort dans la rue, c'est stupide. Opérer une femme qui n'a pas de plaisir, parce que la seule sexualité qu'elle connaît, c'est le viol, parce qu'elle a été mariée jeune avec un homme qu'elle n'aimait pas et que jamais, elle n'a fait l'amour avec quelqu'un dans sa vie, cela ne résout pas tous les problèmes. Il faut que nos partenaires sachent, pour ne pas dire à une femme : « Va voir Sandrine, va voir Ghada, elle va changer ta vie ». Non, on va commencer par travailler en profondeur les traumas et puis, après, nous verrons pour la chirurgie.

**Pierre-Yves Ginet :**
Donc, la chirurgie n'est pas la solution à tout. Il faut examiner chaque cas.
Sandrine Guinebretière, vous avez commencé à aborder la question : l'après-chirurgie. Que se passe-t-il ? Comment ces femmes sont-elles accompagnées ? Sur le plan médical, mais surtout sur le plan psychologique, avec toutes les disciplines qui ont été abordées par Ghada Hatem, qui existent à la Maison des femmes ?

**Sandrine Guinebretière :**
L'après-opération, ce sont des consultations rapprochées, comme je le disais. Nous avons, à la clinique, des psychologues qui voient les patientes à ma demande, nous avons un sexologue, nous avons des soins de support également, des ostéopathes, des naturopathes. Nous travaillons aussi en lien avec de nombreuses personnes, compte tenu de nos autres spécialités, comme l'endométriose, qui nécessitent ce type de prise en charge. Nous sommes assez bien organisé·e·s sur ce plan.
Mais je vous remercie encore une fois de m'avoir invitée, car pour l'instant, je suis un petit peu isolée, seule, et c'est pas toujours facile de mettre en place tout ça seule. J'espère donc faire partie d'un grand tout maintenant, pouvoir avancer en m'appuyant aussi sur l'expertise de Sandrine Mansour. Et j'aimerais bien aller visiter la Maison des femmes.

Alors la réparation, la reconstruction… Moi aussi, je montre des photos, je leur explique que ce n'est pas tout. Et en fait, ce que cherchent ces femmes, c'est être réparées. Même si cela ne ressemble pas à ce que c'était avant, même si ce n'est pas fonctionnel après. Parce que parfois, ça ne marchait pas avant et cela ne marche pas après. Parfois aussi, ça marchait déjà avant. Nous évoquons ces questions. Est-ce que vous pratiquez une auto sexualité ? Est-ce que ça marche ? Est-ce que vous avez du plaisir ? Sentez-vous ce clitoris qui reste un petit peu là ? Bien. C'est ça que je vais aller chercher et que je vais réparer. Donc, ces femmes, en fait, elles se veulent « entières », c'est le mot qu'elles utilisent. Parfois effectivement, l'intervention n'est pas à hauteur de ce qu'elles attendent. La consultation d'avant

opération doit être vraiment précise et nous ne devons pas laisser croire que tout va être parfait, après. Mais ces femmes sont, d'après ma modeste expérience, généralement satisfaites, parce qu'elles étaient avant tout dans une recherche de réparation, d'intégrité et pas forcément dans une recherche de la perfection, que nous n'atteindrons pas.

**Pierre-Yves Ginet :**
Ghada Hatem peut-être, en complément par rapport à cette question, compte tenu de votre expérience sur cette question de l'accompagnement après une intervention chirurgicale...

**Ghada Hatem :**
Chez nous, l'accompagnement d'après intervention repose sur le gynéco et le sexologue. Nous avons une évaluation sexologique précise en préopératoire et en postopératoire, pour voir s'il y a une amélioration et puis aussi une amélioration de l'estime de soi. Et je suis d'accord avec vous, c'est très flagrant, il y a des impacts tout à fait inattendus comme... « depuis que j'ai été opérée, j'ai quitté mon mari, j'ai passé mon permis moto, j'ai ouvert mon entreprise… », des éléments qui n'ont rien à voir. On voit bien qu'effectivement, ce n'est pas seulement l'anatomie, mais aussi tout ce qui se passe dans les têtes.

Et je voulais vous dire, Sandrine, vous êtes la bienvenue à la Maison des femmes. Si vous le voulez, vous pouvez joindre un petit club qui n'a aucune autre prétention que de partager les expériences. Nous l'avons fondé avec nos ami·e·s belges, il s'appelle « Care and share » et réunit toutes les équipes en France et d'ailleurs – nous avons des ami·e·s en Angleterre et aux Pays-Bas, qui pratiquent cette chirurgie, mais qui ne sont pas que dans cette chirurgie, qui sont dans un parcours holistique. Nous nous réunissons une fois par an pour discuter : « Qu'est-ce tu fais ? Comment tu gères la douleur ? Comment tu gères le postopératoire ? Comment tu gères telle demande ? Etc. » En 4, 5 ans, nous avons beaucoup avancé.

**Pierre-Yves Ginet :**
Ghada Hatem, restons avec vous. Quand on parle de prise en charge, d'accompagnement, au-delà de cette chirurgie, et même quand on parle de détection des femmes qui ont été victimes de mutilations sexuelles féminines, le rôle des professionnel·le·s de santé est bien évidemment central. Auriez-vous des conseils à donner aux praticiens, aux praticiennes qui peuvent être confronté·e·s à ces questions ? À des généralistes, à des infirmières scolaires, à des sages-femmes par exemple ? Puis vient peut-être la question du comment aborder la problématique, de façon globale ? Et de l'autre côté, quelles sont les obligations du corps médical face aux mutilations sexuelles féminines ? Quid par exemple du secret médical ?

**Ghada Hatem :**
Je commencerai par conseiller la lecture de l'excellent travail auquel nous avons participé, publié par la Haute autorité de santé, sur le praticien et les mutilations sexuelles, pour les praticien·ne·s de premier recours. Il est très important que les gens se sentent à l'aise et qu'elles et ils soient dans le respect. Il ne faut pas ne pas en parler, mais il ne faut pas en parler n'importe comment. Tout le monde peut en parler bien sûr. Mais, évidemment, les gynécologues et les généralistes sont les plus

concerné·e·s, parce que nous voyons que la femme est excisée. Et se pose la question : je lui dis ou je ne lui dis pas ? En fait, il faut toujours dire, mais en prenant la peine de savoir si la femme a envie d'entendre. Et donc y aller délicatement… Est-ce que vous savez ? Est-ce que vous voulez qu'on en parle ? Est-ce que ça pose problème ? Parfois les femmes disent : « Je sais et je ne veux pas qu'on en parle, je n'ai rien à dire, ça va très bien merci. » Il n'est alors pas utile de faire du *forcing*. Et puis il faut peser ses mots. J'ai parfois des patientes qui me disent qu'elles ont vu un·e gynéco pour un frottis - et la plupart du temps, il s'agit de femmes gynécologues – qui leur a dit : « Oh là là, mais qu'est-ce qu'on vous a fait, là ? Mais c'est affreux ! Mais vos parents sont des barbares ! »
Attention, cela part d'une bonne intention, mais en fait, non seulement on fait flop, mais des femmes qui allaient bien, qui pensaient qu'elles avaient une sexualité pas trop mal, brutalement, n'ont plus de désir, n'ont plus de plaisir, se vivent comme des monstres. Donc, il faut énormément d'attention et comme toujours dans nos métiers, faire attention à ce que l'autre en face entend, comprend et attend de nous.

**Pierre-Yves Ginet :**
Sandrine Guinebretière, comment cela se passe-t-il pour les femmes, ici, en Loire-Atlantique ? Comment arrivent-elles jusqu'à vous à la clinique ?

**Sandrine Guinebretière :**
Essentiellement par le bouche-à-oreille pour l'instant… Quand j'ai commencé, j'ai organisé des réunions, le soir, avec les confrères et consœurs généralistes, pour expliquer ma pratique. Kumba m'a accompagnée, elle tenait absolument à parler, elle avait envie de s'investir, de dire ce qu'elle avait vécu et pour moi, elle a vraiment été d'une grande aide. Du coup, j'ai certains confrères et certaines consœurs de Loire-Atlantique qui m'adressent des patientes. Mes confrères et consœurs de la clinique savent que j'ai cette activité et m'adressent aussi les patientes.
En tant qu'obstétricienne, parmi mes patientes, je suis amenée à voir des femmes excisées qui ne le savent pas. Ou qui peut-être le savent, mais qui n'en parlent pas de prime abord. Par exemple, hier, j'ai vu une patiente pour la première fois, je vais la suivre pour sa grossesse, elle ne parle pas français, elle était avec son mari, ils sont Guinéen·ne·s. Je n'ai pas abordé la question lors de ce rendez-vous. Je sais que je vais la voir le mois prochain, donc j'attends. La prochaine fois, j'essaierai de voir si nous pouvons en parler, voir quel est son désir ou pas d'entendre parler de ce qui existe. Juste une proposition, vous savez que ça existe, vous pourriez être réparée si vous le souhaitez. Si vous ne le souhaitez pas, évidemment, il n'est pas question qu'on fasse quoi que ce soit.
Certaines sages-femmes aussi commencent maintenant à me connaître, par leur réseau de sages-femmes, et m'adressent des patientes.
Le but est en fin de compte de flécher le parcours. C'est pour ça que nous sommes là. C'est ce que fait Ghada Hatem et c'est ce qu'il faut faire. Il faut qu'il y ait une visibilité sur ce qui est possible de faire, que les femmes ne soient pas perdues, qu'elles viennent me voir, ou mes confrères et consœurs du CHU ou de la clinique Bretéché, peu importe. Il faut qu'elles sachent où elles peuvent aller quand elles sont dans le besoin, dans la détresse.

Vous avez parlé du fait que je suis dans une clinique privée. Ce sont des choix de vie. Mais ce sont les hôpitaux qui nous ont fait. Nous avons toutes et tous été formé·e·s par les hôpitaux, nous leur devons

tout. Après, pour des raisons personnelles, parce qu'on se dit qu'on va être plus libre pour certaines choses en privé ou en public, peu importe. Ensuite, institutionnellement, le territoire, le GHT, le Groupe hospitalier territorial se partage entre les hôpitaux publics et privés. À mon sens, les établissements privés sont aussi responsables de la santé publique, ont aussi un devoir de soins à tout le monde. Très honnêtement, nous allons vers une unification des modes de pratiques. Il faut que tout le monde trouve son moyen d'exercer. Pour moi, il n'y a pas de paradoxe, à être dans le privé et à s'occuper des mutilations sexuelles féminines. Je suis dans le privé, parce que j'ai un cabinet dans le privé, parce que j'opère à cet endroit. Le parcours, pour les femmes, est pris en charge par la Sécurité sociale. Je ne prends pas de dépassement d'honoraires, évidemment. Je n'en prenais déjà pas pour la chirurgie, auparavant, et pour plein d'autres choses, donc pour moi, ce n'est pas un sujet. Voilà pour ce petit mot militant (rires).

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci pour ce petit mot militant. Ghada Hatem, vous voyagez beaucoup pour présenter ce que vous avez construit à Saint-Denis. N'hésitez pas à me contredire, mais ce qu'on entend dans le propos de Sandrine Guinebretière, c'est qu'il y a un fléchage, pour ces femmes, qui est en fait bricolé à coups de bouche-à-oreille, avec des bonnes volontés, qui font que ça marche, mais c'est à peu près tout. Et c'est ainsi sur la majeure partie de notre territoire…

**Ghada Hatem :**
Oui, c'est vrai. Mais, il y a quand même des équipes qui se sont un tout petit peu structurées. Et puis moi, je plaide pour ma chapelle, construisons des Maisons des femmes partout, mettons-y toutes les bonnes prises en charge médicales et le monde ira un peu moins mal.

**Pierre-Yves Ginet :**
Et pour que le monde aille moins mal, j'ai une dernière question pour vous. Et les hommes dans tout ça ? Parce que là on parle beaucoup, pour plagier madame Taubira, d'une « bande de femmes qui s'occupe d'une bande de femmes ». On a l'impression que tout pèse une nouvelle fois sur les femmes. Comment impliquer les maris, les pères, selon vous ?

**Ghada Hatem :**
Oui, cela pèse sur les femmes. Il ne faut pas oublier qu'on doit toujours raisonner en termes de « à qui profite le crime ». Parce que c'est un crime et ce crime profite aux hommes. Et malheureusement, il repose sur cette obsession des mères de marier leurs filles et d'avoir une famille « honorable ». L'honneur passait par la fille mariée, les hommes ne voulant épouser que des femmes excisées, la boucle est bouclée. Les femmes deviennent, comme souvent, les gardiennes de l'honneur des familles. Et elles s'imposent le fait d'emmener leurs filles vers l'excision, excision pratiquée par des femmes, parce que j'imagine que personne n'accepterait qu'un homme regarde le sexe des petites filles, tout simplement.

Il faudrait déjà que les hommes s'expriment en disant : « Non, nous ne voulons plus épouser de femmes excisées, parce qu'on s'ennuie au lit ». Nombre de mes patientes me disent : « En fait, moi,

j'élève les enfants et puis il a une maîtresse. Il me dit que sa maîtresse n'est pas excisée et que c'est bien plus rigolo qu'avec moi ». Donc, arrêtons l'hypocrisie !
En Belgique, un groupe d'hommes a créé un site, menspeakout, parce qu'ils ont bien compris qu'il fallait qu'ils prennent la parole. Et moi, à chaque fois que je peux, j'invite les patientes à venir avec leur mari. Juste une anecdote très émouvante : j'avais reçu une patiente qui était chrétienne, pas excisée, qui avait épousé un monsieur musulman qui voulait absolument exciser ses filles. Elle ne savait comment faire. Je lui ai dit de revenir en consultation avec lui. Il est venu, je lui ai fait la grande scène, je lui ai montré des photos, il était un peu blanc et ils sont partis. Trois mois après, elle est revenue. Je lui dis : « Alors, les vacances ? ». Elle m'a répondu : « Il a réuni le village, il a montré vos photos et il a dit, "le premier qui touche ma fille, je le tue." » Donc, oui, il faut aller vers les hommes et leur expliquer. Parfois, ils n'ont pas conscience de ce que c'est. On leur dit « exciser », ils ne comprennent même pas ce qu'on a fait à leur fille et à leur femme. Donc, soyons cru·e·s, soyons précis·es et je pense que ça fera aussi reculer les choses.

**Pierre-Yves Ginet :**
Avec toutes et tous donc.
Peut-être va-t-on maintenant passer aux questions qui ont été posées par le public ?

**Anne Martinais :**
Oui, nous avons de nombreuses questions. Tout d'abord, quel est le niveau de sensibilisation aux mutilations sexuelles féminine dans les études de médecine ?
J'enchaîne sur l'UGOMPS, elles et ils ne sont pas là aujourd'hui. Il y a le besoin de parler de leur accompagnement multidisciplinaire et comment travaillez-vous avec eux, Sandrine ?
La prise en charge financière est-elle est à 100 % ?
Conserve-t-on l'anonymat par rapport à la CPAM ?
Après une réparation, peut-on retrouver une sexualité satisfaisante ?
Combien d'opérations par an effectuez-vous à la polyclinique ?
Le problème de l'interprétariat chez les femmes qui ne parlent pas français...
Et enfin les travailleurs sociaux qui sont sollicités par des écoles, par des personnes qui sont inquiètes par un retour au pays et un projet éventuel de mutilation sexuelle féminine, mais qui n'ont rien de concret… Que préconisez-vous, dans ce cas-là ?

**Pierre-Yves Ginet :**
La liste est longue. Pour toutes les deux, les études de médecine et la sensibilisation des futurs docteurs et doctoresses sur ces questions…

**Sandrine Guinebretière :**
Il n'y a pas de sensibilisation. J'ai fait mes études à Bichat dans les années… je dois avoir eu mon internat en 94. Alors peut-être que maintenant, les choses ont changé. Nous n'en avons pas parlé. Sans parler du clitoris, qui n'existait même pas… C'est ce qu'on disait, des hommes qui parlent aux hommes, j'espère que ça a changé.

**Ghada Hatem :**
Moi, mes études, c'était au siècle dernier donc je n'en parle même pas. Mais, il y a un tout petit module maintenant dans le « desk », mais c'est très modeste. En fait, cela fonctionne beaucoup par compagnonnage, les étudiant·e·s intéressé·e·s viennent nous voir. J'ai pas mal d'étudiant·e·s en médecine qui viennent passer une semaine chez nous pour comprendre. Le sujet les intéresse vraiment.

**Pierre-Yves Ginet :**
Donc un vrai boulot à faire au niveau des études, pour nos futur·e·s médecins. Et sur ces questions, je renvoie au rapport du Haut Conseil à l'égalité qui vient de paraître sur cette question de la santé des femmes.
Deuxième question qui a été posée : l'UGOMPS… je vous avoue que je ne connais pas. Que signifie l'acronyme ?

**Organisation :**
Unité de gynécologie-obstétrique médico-psychosociale, à l'intérieur du centre hospitalier de Nantes. Il y a notamment une grande partie d'accompagnement pour les femmes issues de la migration. Cette unité traite cette question de l'excision depuis très longtemps, avec un chirurgien, le docteur Thibault Thubert, avec qui nous sommes également en contact.

**Sandrine Guinebretière :**
Je connais l'UGOMPS, mais je ne connaissais pas la définition exacte de l'acronyme. Je suis en lien avec l'UGOMPS, mais comme vous l'avez compris, je travaille dans une structure privée. L'UGOMPS travaille essentiellement pour le CHU dans lequel il est inclus et donc travaille avec le docteur Thubert. Il y avait une autre médecin juste avant Thibault Thubert, qui s'occupait des réparations clitoridiennes : nous avions projeté de travailler ensemble et puis elle est partie et cela ne s'est pas fait. Je pense qu'effectivement, il est clair qu'il va falloir que tout s'articule. Je connais Thibault Thubert personnellement, aucun souci de lien donc, nous nous voyons régulièrement pour d'autres sujets, notamment les prises en charge du périnée. Ici, à Nantes, nous avons une structure un peu particulière, le public et le privé travaillent ensemble. Nous avons une réunion par mois pour staffer des patientes avec des problèmes périnéaux.

**Pierre-Yves Ginet :**
La question financière, la prise en charge et l'anonymat au niveau de la CPAM…

**Ghada Hatem :**
Ce n'est pas comme les avortements. Il n'y a pas de raison à l'anonymat puisqu'on code un acte qui s'appelle… transposition du clitoris, je crois. Et donc la Sécurité sociale sait exactement quel acte nous avons réalisé sur cette patiente.

**Pierre-Yves Ginet :**
La prise en charge financière est-elle intégrale ?

**Ghada Hatem :**
Oui, c'est gratuit pour les patientes.

**Pierre-Yves Ginet :**
La sexualité après opération ?

**Sandrine Guinebretière :**
Ce que recherchent ces femmes, ce n'est pas seulement affaire de sexualité, même si cela peut aussi l'être. Des femmes décrivent finalement une réparation tant anatomique que fonctionnelle complète, alors qu'elles sont tout à fait épanouies. Il y a des femmes pour qui l'intervention ne va pas être efficace sur le plan du plaisir, de l'orgasme. Ça, on ne peut pas forcément le prédire avant. Il y a des cas où cela va être beaucoup plus compliqué. Pour les femmes qui ont une sexualité épanouie avant, cela va être plus facile. Pour celles qui ont une sexualité douloureuse, c'est compliqué.

**Pierre-Yves Ginet :**
Sandrine Guinebretière, la question était pour vous : combien d'opérations par an ?

**Sandrine Guinebretière :**
J'ai une activité modeste, qui augmente un petit peu. L'année dernière, j'ai réparé une dizaine de femmes.

**Ghada Hatem :**
Nous, à deux chirurgien·ne·s, nous devons en faire une centaine.

**Pierre-Yves Ginet :**
Question importante de l'interprétariat. Sandrine Guinebretière, je ne sais pas si vous avez un panel d'interprètes possible avec en plus toutes les origines dont Isabelle nous a parlé tout à l'heure et puis pareil pour vous Ghada Hatem-Gantzer à la Maison des femmes.

**Sandrine Guinebretière :**
J'ai un listing, au sein de la clinique, de personnes qui peuvent être interprètes. Et en fait, ce listing inclut les gens qui travaillent dans l'établissement, de la femme de ménage à l'aide-soignante, l'infirmière… tous les corps de métier sont représentés. Nous pouvons donc organiser la consultation en fonction de l'origine de la patiente, pour que la traductrice soit là.

**Pierre-Yves Ginet :**
Ghada Hatem, même question

**Ghada Hatem :**
J'ai beaucoup de chance, parce que je parle arabe, ce qui me permet d'entrer en contact avec des femmes de Somalie ou d'autres pays de la région. Nous avons aussi la chance, à l'hôpital, d'avoir accès à l'interprétariat par téléphone. On fait une demande : « Je veux un interprète en afar, en peul, etc. »

et on l'a. C'est extrêmement pratique. Parfois, les femmes appellent une copine et posent le téléphone sur la table, et puis nous discutons à trois, c'est bien aussi.

**Pierre-Yves Ginet :**
Les femmes de ménage qui sont utilisées comme interprète pour leurs compétences, je trouve ça assez formidable…
Dernière question qui était sur l'école, les interventions pour les personnes des établissements scolaires…

**Ghada Hatem :**
Je vais dans les écoles pour parler sexualité, affectivité et j'aborde toujours les violences évidemment intrafamiliales, les violences sexuelles et je termine par l'excision. Cela intéresse beaucoup les gamin·e·s, certain·e·s sont directement concerné·e·s. J'ai une fois une jeune fille qui s'est évanouie dans la salle et je pense que ce n'est pas par hasard. Ce que je leur dis est en lien avec la campagne « Excision, parlons-en ». Si vous percevez dans la famille une agitation, une promesse de fête un peu bizarre aux prochaines vacances… surtout, parlez-en à un·e adulte de confiance, à votre CPE, à l'infirmière scolaire, à qui vous voulez, parce qu'on peut vous protéger en vous interdisant de sortir du territoire. Et nous, il nous arrive de signaler au procureur une inquiétude qui a été soit remontée par une infirmière scolaire soit par une maman, de façon à ce que cette gamine ne puisse pas partir en vacances se faire exciser.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci beaucoup. Auriez-vous un point que nous n'avons pas abordé ou pas suffisamment abordé, un point sur lequel vous souhaiteriez insister davantage ?

**Ghada Hatem :**
Tout a été absolument parfait. Je crois juste, comme toujours, qu'il faut replacer l'excision dans ce qu'elle est, c'est à dire le début d'un continuum de violences et ne pas oublier que les femmes que nous accueillons, elles sont excisées, mais parfois, c'est le cadet de leurs soucis. Parce qu'après, elles ont été mariées de force, tapées tous les soirs, violées conjugalement tous les soirs, qu'elles sont parties, qu'elles ont traversé l'Afrique, elles se sont faites emprisonnées en Libye où elles ont subi des viols quotidiens, où elles ont ensuite pris un rafiot et perdu une copine, un·e enfant en Méditerranée, qu'elles sont arrivées en Espagne, en Italie, où elles ont été à nouveau victimes de violences… C'est toute cette violence qu'il faut prendre en charge, et pas que l'excision.

**Sandrine Guinebretière :**
Je voulais aussi juste revenir sur les hommes. C'est effectivement une affaire de femmes. Mais nous n'en sortirons pas sans que les hommes prennent parti pour les femmes. Comme le féminisme, il faut que les hommes soient féministes - et les femmes aussi évidemment. Il n'y a que comme ça que nous pourrons y arriver.

**Pierre-Yves Ginet :**
Quel merveilleux mot de fin. Merci, soyons toutes et tous féministes pour changer le monde.

Merci Ghada Hatem d'avoir remis au cœur ce continuum, ce système, ce patriarcat, avec cette excision qui est un des éléments de ce système de domination et qui en induit d'ailleurs beaucoup d'autres. Merci beaucoup, Sandrine Guinebretière, merci beaucoup Ghada Hatem pour ces partages.

# La place des services départementaux dans la prévention des mutilations sexuelles féminines

**Pierre-Yves Ginet :**
Passons maintenant, si vous le voulez bien, à la dernière présentation de la matinée, consacrée à la prévention, la détection des risques de mutilations sexuelles féminines sur le territoire de Loire-Atlantique.
Et nous allons faire un focus sur un dispositif, une action partenariale mise en place entre le centre hospitalier universitaire, le CHU, et les services départementaux de prévention maternelle infantile, la PMI.

Pour cela, nous avons avec nous ce matin Hélène Lobato-Lesoudier. Vous êtes directrice adjointe faisant actuellement fonction de directrice, à la direction Enfance famille du Conseil départemental de Loire-Atlantique. Cette direction Enfance famille, elle recouvre la PMI, dont je viens de parler, la protection de l'enfance et le centre départemental enfance famille, l'accueil d'urgence.

Hélène Lobato-Lesoudier, je vous invite à nous présenter ce dispositif spécifique à votre territoire, mis en place il y a quelques années entre le Département et l'hôpital. Quels sont les éléments qui faisaient la force de ce dispositif ?

**Hélène Lobato-Lesoudier :**
Bonjour à tous et toutes. Effectivement vous utilisez l'imparfait. Je vais vous indiquer quelques actions qui étaient menées en partenariat, sur cette thématique.
Ces actions ne sont plus à l'œuvre aujourd'hui et je crois que tout l'intérêt et le nombre de participant·e·s, à l'occasion de cette matinée, la richesse de nos échanges montre bien que c'est une question qui redevient d'actualité sur le département. Je donnerais effectivement quelques éléments de contexte qui vont permettre, je le pense, de relancer la machine.
Sur de nombreux sujets, les services du Département sont en partenariat avec le CHU, avec le Planning familial également. Il y a quelques années, les professionnel·le·s de PMI pré et post natal bénéficiaient de temps de formation, d'information sur cette question-là. Cela concernait les médecins, plus précisément. Ces actions d'information étaient menées par le CHU de Nantes. Il existait une conduite à tenir, pour prévenir les excisions possibles, lors de retour au pays, qui était à la base une procédure qui a été élaborée conjointement entre le CHU et le service de PMI, le Centre du voyageur international et justement l'UGOMPS du CHU. On m'a rapporté que le centre de vaccination, dès lors qu'une famille venait se faire vacciner pour préparer un retour au pays, et que les personnel·le·s sentaient qu'une excision y était alors possible, pouvaient impliquer les services de médecine légale qui faisaient alors un certificat de non-lésion au départ, pour ensuite assurer une vérification au retour, vérifier que la petite fille revient en bonne santé et n'a pas subi de violences. Ce sont des éléments qui perdurent

certainement aujourd'hui, puisque le CHU s'est recentré sur ses compétences internes. Mais aujourd'hui, la PMI n'est plus dans ce circuit.
Il existait également une fiche navette : lorsqu'une maman accouchait et qu'il était effectivement repéré qu'elle-même avait subi une excision, la maternité le signalait à la PMI de secteur, pour que celle-ci puisse assurer une vigilance un peu plus poussée.

**Pierre-Yves Ginet :**
Quels étaient selon vous les 2, 3 points clés qui faisaient la force de ce dispositif ?

**Hélène Lobato-Lesoudier :**
Je crois que les échanges de ce matin l'ont montré. C'est le partenariat, la formation, l'existence de procédures qui sont connues, diffusées et bien repérées.

**Pierre-Yves Ginet :**
Pour quelles raisons ce dispositif, à votre avis, est-il tombé en désuétude sur le territoire ?

**Hélène Lobato-Lesoudier :**
J'ai recueilli la parole de collègues qui ont plus d'ancienneté que moi sur le département. Il semble que ce soit lié au départ d'un certain nombre de médecins… Vous connaissez tous la vague de départ en retraite de cette profession… Ce serait donc dû au départ de médecins qui étaient impliqué·e·s, qui avaient été à l'initiative de ce partenariat, qui connaissaient les procédures. Et puis, il faut bien le dire, c'était une problématique qui se rencontrait peu fréquemment, qui donc ne permettait pas d'acquérir une expérience solide qui puisse se transmettre.

**Pierre-Yves Ginet :**
Que faudrait-il faire aujourd'hui, selon vous, pour redonner vie à ce dispositif, à ce partenariat CHU-PMI, pour qu'il redevienne efficient dans la réalité d'aujourd'hui, qui n'est plus celle d'hier, quant au nombre de personnes migrantes, quant à leurs origines ?

**Hélène Lobato-Lesoudier :**
Le contexte local et départemental a profondément évolué, en lien avec la dynamique de migration internationale qui impacte la France premier lieu et le le département de la Loire-Atlantique. Aujourd'hui, au titre de la direction Enfance famille, la PMI reste impliquée. Ces dernières années, je peux rappeler que les services de protection de l'enfance accompagnent et prennent en charge un certain nombre de garçons et filles originaires, pour un grand nombre d'entre elles et eux, de pays où l'excision est pratiquée. La Guinée, le Nigeria, la Côte d'Ivoire sont des pays où le taux de pratique de l'excision est important et ces taux de pratique de l'excision corrèlent avec le nombre de jeunes que nous prenons en charge, originaires de ces pays-là. Majoritairement, nous prenons en charge des garçons. Mais un certain nombre de jeunes filles sont également accompagnées. Nous avons pu ainsi prendre en charge 24 filles originaires de Guinée et 17 de Côte d'Ivoire et quand bien même, je rebondis sur les propos qui ont été tenus ce matin, quand bien même les filles sont minoritaires dans le public des mineur·e·s non accompagné·e·s, puisque c'est bien d'eux dont je parle, effectivement, il

me paraît absolument fondamental que les garçons puissent aussi être touchés par des actions prévention. À ce titre, ce matin, nous aurons une unanimité d'objectif, en tout cas sur cet enjeu.

Plus récemment, les Départements sont davantage confrontés à une arrivée plus importante de familles issues d'un parcours migratoire. Nous devons engager également une procédure de mise à l'abri, en tous les cas en ce qui concerne le Département, du public des femmes isolées avec enfants. Et là aussi, pour un certain nombre d'entre elles, elles sont originaires de pays où l'excision se pratique.

Nous voyons donc bien qu'à de nombreux égards, cette question va nécessiter aujourd'hui de réengager des actions de formation, de savoir ce qu'il faut faire. J'ai effectivement vu la question de la collègue de la cellule de recueil des informations préoccupantes… Que faire ? Vers qui orienter ? À ce stade, il semblerait vraiment très pertinent de poursuivre le partage d'informations qui s'est engagé dans le cas du diagnostic mené par le Planning familial, auquel ont modestement participé le service des mineurs non accompagnés et la PMI, pour réengager ce travail de réseau, de carnet d'adresses. C'est une question qui peut être très opérationnelle, puisque la question de l'excision peut constituer un argument en faveur d'une demande d'asile, pour une adolescente qui fait l'objet d'une mesure de placement. Et puis indirectement, cette jeune fille peut aussi, plus tard, donner naissance à une fille et on a effectivement un rôle à jouer dans ce cadre-là. Donc, constituer un carnet d'adresses, un réseau d'interlocuteur·trice·s… Il me semble que le travail de diagnostic qui est posé sur le département est un socle qui va nous permettre, collectivement, de nous réapproprier cette question et d'avancer.

Peut-être un dernier mot pour signaler que le Département s'est engagé dans deux actions importantes et sur lesquelles on va pouvoir peut-être effectivement inscrire la prévention à l'excision. Il y a tout d'abord le plan qui concerne le soutien aux jeunes majeur·e·s qui sortent de la protection de l'enfance, sur lequel il y a un axe parentalité : la jeune parentalité doit être un axe d'action, dans lequel on doit inscrire des actions d'information et de sensibilisation sur l'égalité hommes-femmes. Il me semble que la prévention de l'excision pourrait tout à fait s'inscrire dans ce contexte-là.
On peut aussi signaler la mise en route du plan santé protégée, en lien justement avec le CHU de Nantes, dont l'objectif est bien de construire ces réseaux, autour des enfants qui bénéficient de mesures de protection de l'enfance, qu'ils soient nés en France ou nés à l'étranger.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci beaucoup, Hélène Lobato-Lesoudier pour ces éléments, autour de ce dispositif qui a été et qui va revenir. Et nul doute que vous pourrez également vous enrichir, et vice-versa, des expériences menées sur d'autres territoires, je pense notamment, évidemment, à la Maison des femmes de Saint-Denis.

Nous arrivons au terme de cette matinée très dense, très enrichissante. On trouve quelques points qu'on entend beaucoup, cette nécessité de fléchage, de parcours connu, de process partagés… Comment accueille-t-on ? Comment diriger ? Vers qui orienter ?
Deuxième point qu'on entend beaucoup, la formation des professionnel·le·s, et pas uniquement les professionnel·le·s de santé.

Et le troisième axe qui revient : quand je dis formation, évidemment, que les études de médecine tiennent davantage compte de la santé des femmes. Et encore une fois, je vous renvoie vers ce rapport du Haut Conseil à l'égalité qui a été notamment coécrit par Catherine Vidal et Muriel Salle, qui parle de ces questions…

Et autre axe, autour de cette sensibilisation, dès le plus jeune âge… Je ne peux m'empêcher de citer feu les ABCD de l'égalité… Nous n'avons toujours pas compris pourquoi ils n'ont pas été mis en place. Moi, je vous avoue, c'est un mes dadas : partager la culture à l'égalité, l'égalité qui est une culture à construire dans notre pays, qui n'est aujourd'hui pas là, qui est à construire auprès du plus grand nombre, de toutes et tous.

Voilà pour ces quelques paroles de fin.

# Clôture

**Pierre-Yves Ginet :**
Pour conclure, je souhaiterais donner évidemment la parole aux personnes grâce à qui cette matinée a eu lieu, à nos hôtes qui ont mis en place cet événement.
Cécile Cholet, directrice générale adjointe à la Solidarité du Conseil départemental de Loire-Atlantique.
Puis Anne Martinais, coordinatrice de l'Observatoire de lutte contre les violences envers les femmes du Conseil départemental de Loire-Atlantique.

**Cécile Cholet :**
Mon mot de conclusion, ce serait d'abord de dire merci. C'est ce matin une première action de sensibilisation. Elle était importante, elle démontre la nécessité d'en parler, de lever un tabou. Les mutilations sexuelles féminines sont un sujet encore trop confidentiel en Loire-Atlantique. Je suis ravie de voir que de nombreux·ses professionnel·le·s et bénévoles se sont mobilisé·e·s ce matin.
Cette matinée avait pour objectif de mettre en lumière le sujet et de faire œuvre de pédagogie. Je pense que ce premier objectif est atteint. Elle nous invite à poursuivre notre action… exactement ce que vous disiez… sur les 3 axes : sensibilisation, formation et la coopération entre les acteur·trice·s de réseau. Cette première action de sensibilisation démontre que tou·te·s les professionnel·le·s susceptibles d'être en contact avec des femmes ou des filles victimes ou menacées d'être victimes de mutations sexuelles féminines doivent pouvoir être informé·e·s de cette pratique, afin d'accroître leur vigilance et surtout de savoir, une fois qu'elles ont été détectées ou repérées, ce qu'elles peuvent faire. Ne pas rester seul·e·s avec ces constats, savoir vers qui orienter.

Je tiens à souligner la diversité des participant·e·s, ce matin, devant l'écran. Elles et ils ont été nombreux·ses, divers·es. Ce sont autant les associations qui accompagnent les personnes demandeuses d'asile, réfugiées, migrantes, bien sûr les associations de lutte et de prévention des violences faites aux femmes, mais c'est aussi le milieu scolaire, des professionnel·le·s des écoles et des collèges qui sont présent·e·s. Ce sont des personnels médicaux, ce sont les personnels du tribunal aussi, de la justice de Nantes qui sont présents. Vraiment, je vous remercie d'avoir pris du temps ce matin et de vous être rendu·e·s disponibles pour ce sujet qui est un sujet d'actualité, et qui nécessite d'être animé régulièrement, pour ne pas qu'il y ait de ruptures dans nos coopérations. C'était vraiment l'idée de cette matinée, de commencer une mise en relation et vous y avez assisté en direct.
Il s'agissait donc d'une première mise en mouvement, une remise en mouvement et nous sommes heureux·ses à notre humble niveau partenarial, de pouvoir y contribuer.

Nous allons diffuser aussi le contenu de cette matinée, parce qu'il y a celles et ceux qui ont pu se rendre disponibles ce matin, mais, comme on a vu qu'il y avait beaucoup de choses qui passaient par le bouche-à-oreille et que les réseaux numériques nous permettent d'amplifier cela, nous allons diffuser cette matinée sous différentes formes, pour qu'elle puisse profiter au plus grand nombre.

Les échanges de ce matin ont pu confirmer que les mutilations sexuelles féminines sont autant d'actes de violences faites aux filles, aux jeunes femmes, aux femmes et qu'elles résonnent évidemment fortement avec nos politiques publiques de la solidarité. Elles résonnent aussi bien sûr avec l'action au quotidien des équipes, au contact de ces publics, notamment autour des repérages et de la prévention. Alors évidemment, ces points ne concernent pas que les professionnel·le·s du département, mais bien l'ensemble des services et des associations qui sont en contact, de près ou de loin, du secteur social ou non, simplement parce qu'elles et ils ont un contact avec ces publics. Elle révèle donc vraiment la nécessité de créer et de consolider les réseaux des intervenant·e·s pour qu'elles et ils puissent efficacement prévenir, accompagner et orienter et donc mieux protéger. Ce sera le sujet de la formation qui visera « comment repérer et accompagner par la parole, avoir les bons mots ». Nous avons bien entendu que ce point est délicat et sensible. Comment accompagner, vers qui orienter en toute sécurité les femmes et les filles menacées, sont des points absolument essentiels.

Au regard de ce qui a été dit ce matin, nous avons pris aussi conscience que ce sont les mères elles-mêmes qui peuvent être porteuses de certaines solutions, qu'elles sont elles-mêmes actrices de la protection de leur petite fille. Nous sommes attaché·e·s, en Loire-Atlantique, à la question du pouvoir d'agir des personnes concernées, elles peuvent être porteuses de leurs propres solutions ou en tout cas, elles peuvent être mobilisées. Il faut les encourager, y compris par la formation.

Un petit mot pour les professionnel·le·s, nombreux et nombreuses à agir dans différents domaines. Pour le département, pendant toute la matinée, j'ai beaucoup pensé aux sages-femmes, aux puéricultrices, aux médecins de la PMI évidemment, mais aussi aussi aux psychologues, aux intervenant·e·s social·e·s en police et gendarmerie, aux professionnel·le·s de la protection de l'enfance au sens large, et donc à la cellule de recueil des informations préoccupantes, qui s'est manifestée ce matin sur le tchat, et donc à l'ensemble des professionnel·le·s de l'aide sociale à l'enfance… Hélène Lobato-Lesoudier parlait bien sûr du service mineurs non accompagnés et plus largement de tou·te·s les travailleuses et travailleurs sociaux·ales dans nos espaces départementaux des solidarités. Toutes ces personnes touchées par ce premier socle de prévention sont autant de relais pour le réseau des intervenant·e·s, aux côtés de nos associations de Loire-Atlantique. Nous nous appuierons sur ce qui existe, évidemment. Nous l'amplifierons. Nous avons plein d'outils qui existent et qui gagnent à être connus. Nous nous appuierons sur ces outils de formation qui ont été notamment élaborés par la mission interministérielle pour la Protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Au-delà de la sensibilisation et de la formation des agent·e·s du Département de la Loire-Atlantique, c'est bien l'ensemble du réseau qui est concerné et que l'on souhaite animer.
L'enjeu, c'est vraiment d'être nombreux·ses à partager ce socle de culture commune, pour faire réseau. Nous avons eu l'occasion ce matin de valoriser ce qui est déjà conduit en Loire-Atlantique et ailleurs. Bien sûr nous avons besoin d'un réseau local, mais il faut s'enrichir aussi au-delà de nos frontières. Il faut également que les actions qui sont déjà conduites puissent être valorisées. Dans ce cadre-là, c'est évidemment l'Observatoire de lutte contre les violences faites aux femmes qui a toute sa place, qui pourra être un espace privilégié pour cette mise en réseau et cette animation.
Je tiens évidemment à remercier particulièrement Anne Martinais pour l'énergie, l'enthousiasme qu'elle a mis pour mobiliser chacun et chacune d'entre nous pour cette matinée, dans un délai assez court. Et je salue aussi sa pugnacité, parce qu'elle nous a rejoints dans un contexte de confinement et

faire réseau, alors que nous sommes toutes et tous derrière nos ordinateurs, c'est une gageure. Merci beaucoup pour cet engagement. Je vous laisse le mot de la fin.

**Pierre-Yves Ginet :**
Anne Martinais donc, coordinatrice de l'Observatoire de lutte contre les violences envers les femmes du Conseil départemental de Loire-Atlantique.

**Anne Martinais :**
Bonjour à toutes et à tous.
Je vais dire deux mots sur la façon dont ce travail en partenariat va se poursuivre. C'est vrai, on l'a dit, le sujet des mutilations sexuelles féminines est encore souvent tabou, beaucoup de professionnel·le·s se sentent démuni·e·s, sont en manque d'information. Apporter, comme ce matin, de la connaissance, le plus largement possible, avec des regards croisés de professionnel·le·s, pour permettre de lutter plus efficacement, c'est un des enjeux sur lequel l'Observatoire se mobilise. C'est un travail partenarial qui s'inscrit dans la durée. Dans un premier temps, nous allons, avec la Déléguée aux droits des femmes et à l'égalité et le Planning familial, comme l'a évoqué Sandrine Mansour, créer une plaquette en direction des professionnel·le·s, un trois volets avec les informations utiles et les contacts en Loire-Atlantique. Et puis nous proposerons une carte contact, en direction des femmes victimes.
Nous aurons ensuite d'autres temps de sensibilisation, dédiés certainement au repérage et aux signaux d'alerte. C'est un point qui est souvent revenu dans le tchat. L'idée est d'outiller, cette fois très concrètement, sur ces signaux d'alerte, les professionnel·le·s.
Au niveau national, il y a l'outil de la MIPROF, dont a parlé Valérie Richaud-Taussac. Le prochain temps de sensibilisation sera sans doute sur cet outil. Et puis évidemment, comme cela a été évoqué dans le diagnostic, nous avons la nécessité d'avoir un temps de sensibilisation en direction des femmes, avec les associations partenaires. En mobilisant, les femmes elles-mêmes.
Nous avons donc tout un programme de travail qui s'amorce, qui s'inscrit dans la durée et qui tente de répondre, c'était l'enjeu, au souhait évoqué par les professionnel·le·s lors du diagnostic du Planning familial.

Avant de laisser le mot de la fin à Pierre-Yves Ginet, que je remercie, je voulais à mon tour remercier toutes les intervenantes, dont celles de Loire-Atlantique que j'ai été amenée à connaître à cette occasion, et puis celles de Seine-Saint-Denis et de Paris, qui sont venues jusqu'ici, que je remercie vivement. Enfin, j'ai un remerciement très spécial à donner à Gaëlle Monfort et Diane Lepetit pour leur aide précieuse, sans laquelle cette matinée n'aurait pas été possible. Merci aussi à Gaëlle Daniel, bien sûr, pour son soutien, pendant toute la durée de cette préparation.

**Pierre-Yves Ginet :**
Merci beaucoup mesdames. Puisqu'il m'appartient de conclure, je vais vous dire qu'il y a une présentation PowerPoint qui existe sur les questions abordées aujourd'hui, qui n'a pas pu être diffusée. Elle peut vous être envoyée sur simple demande. Écrivez par exemple à l'Observatoire.

**Anne Martinais :**
Pour cette présentation PowerPoint, nous allons voir avec Ghada Hatem. Elle avait aussi un petit film fait dans le cadre des groupes de paroles de la Maison des femmes de Saint-Denis. Nous mettrons aussi le lien avec ce petit film.

**Pierre-Yves Ginet :**
Parfait.
Merci beaucoup à toutes les personnes présentes. Merci en particulier, Anne Martinais et Gaëlle Daniel pour cette matinée. Je le répète, félicitations au Département de Loire-Atlantique et à l'Observatoire de lutte contre les violences envers les femmes du Conseil départemental de Loire-Atlantique, de ne pas hésiter à créer des événements comme celui de ce matin. La dernière fois que j'étais venu, c'était pour un événement sur les violences envers les femmes en situation de handicap. Des sujets difficiles, qu'il faut impérativement mettre sur la table, comme vous le faites et cela reste une rareté au niveau national. Donc bravo et merci.

Un petit clin d'œil particulier à toutes les lectrices et à tous les lecteurs de *Femmes et ailleurs*, qui savent que c'est aussi un outil pour propager cette culture de l'égalité qui nous aide à penser différemment, à penser un monde où la place est répartie à 50/50 entre les femmes et les hommes. Si vous voulez nous retrouver, c'est tout simple : vous tapez femmesiciailleurs.com. Vous pouvez recevoir ce magazine qui est un vrai magazine d'information, fait par des journalistes, sans publicité et qui nous aide à bouger dans nos têtes pour faire avancer la culture de l'égalité.

Je voudrais avoir un dernier petit mot pour le public présent. Merci d'avoir suivi cette matinée. Vous avez été, au pic, à 222 ce matin ce qui veut dire, entre 250 et 300 à vous connecter dans la matinée. Merci beaucoup. On voit que cette question intéresse, quand on a le courage de la porter.

Mes derniers mots vont aller aux associations et je pense notamment à la Fédération GAMS qui se bat depuis tellement longtemps sur cette question et à qui nous devons tant.

Merci beaucoup d'avoir suivi cette matinée, merci au Conseil départemental. Je vous souhaite une très très bonne journée, à toutes et à tous. À très bientôt.

Département de Loire-Atlantique
Direction solidarités insertion
3 quai Ceineray – CS 94109
44 041 Nantes cedex 1
Tel 02 40 99 10 00
Courriel : contact@loire-atlantique.fr
Site internet : loire-atlantique.fr

Conception et impression : Département de Loire-Atlantique
Crédit photo : Gettyimages - Nicolas Balcazar / EyeEm
Juin 2021