

N° 479

---

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 16 mai 2018

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) sur les  **mutilations sexuelles féminines,***

Par Mmes Maryvonne BLONDIN et Marta de CIDRAC,

Sénatrices

---

(1) Cette délégation est composée de : Mme Annick Billon, *présidente* ; M. Max Brisson, Mmes Françoise Cartron, Laurence Cohen, Laure Darcos, Joëlle Garriaud-Maylam, Françoise Laborde, M. Marc Laménie, Mme Claudine Lepage, M. Claude Malhuret, Mme Noëlle Rauscent, *vice-présidents* ; Mmes Maryvonne Blondin, Marta de Cidrac, Nassimah Dindar, *secrétaires* ; Mmes Anne-Marie Bertrand, Christine Bonfanti-Dossat, Céline Boulay-Espéronnier, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Guillaume Chevrollier, Roland Courteau, Mmes Chantal Deseyne, Nicole Duranton, Jacqueline Eustache-Brinio, Martine Filleul, M. Loïc Hervé, Mmes Victoire Jasmin, Claudine Kauffmann, Valérie Létard, M. Martin Lévrier, Mme Viviane Malet, M. Franck Menonville, Mmes Marie-Pierre Monier, Christine Prunaud, Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Dominique Vérien.



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>I. UNE MOBILISATION INTERNATIONALE IMPUISSANTE FACE À DES PRATIQUES QUI FONT UNE VICTIME TOUTES LES QUINZE SECONDES DANS LE MONDE</b> .....	11
<b>A. LES STATISTIQUES MONDIALES : 200 MILLIONS DE VICTIMES DONT 44 MILLIONS ONT MOINS DE 15 ANS</b> .....	12
1. <i>Des statistiques préoccupantes</i> .....	13
a) Des pratiques présentes dans 30 pays répartis sur trois continents .....	13
b) Un phénomène mondial .....	16
2. <i>Le poids de la tradition</i> .....	17
3. <i>De très lourdes conséquences pour les victimes</i> .....	20
a) Un traumatisme terrible .....	20
b) Des facteurs aggravants : la responsabilité de la famille et le non-dit .....	21
c) De graves conséquences pour la santé des victimes, tout au long de leur vie .....	22
4. <i>Un dévoiement de la médecine à combattre : la participation de professionnels de la santé, dans certains pays, aux mutilations sexuelles féminines</i> .....	24
<b>B. UNE VIGILANCE INTERNATIONALE INDÉNIABLE</b> .....	26
1. <i>L'engagement de la communauté internationale contre les mutilations sexuelles féminines</i> .....	26
a) La montée en puissance progressive de la mobilisation internationale .....	27
b) L'engagement de l'ONU depuis les années 1990 .....	27
c) Le renforcement de la mobilisation internationale avec la création de la Journée internationale de tolérance zéro .....	29
d) Un cadre juridique récent .....	30
(1) Au niveau international .....	30
(2) Au niveau national .....	31
2. <i>La lutte contre les mutilations sexuelles féminines, une exigence européenne</i> .....	33
a) La mobilisation de l'Union européenne .....	33
(1) Les résolutions du Parlement européen .....	33
(2) L'initiative <i>Spotlight</i> .....	34
b) La dénonciation des mutilations sexuelles féminines : un engagement de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe .....	35
3. <i>L'éradication de ces pratiques à l'échéance de 2030 : un objectif crédible ?</i> .....	36
<b>II. UNE RÉALITÉ NATIONALE PERSISTANTE, QUI IMPOSE LA POURSUITE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE DYNAMIQUE POUR LUTTER CONTRE CES PRATIQUES</b> .....	37
<b>A. LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES EN FRANCE</b> .....	38
1. <i>L'état des lieux</i> .....	38
a) Origines historiques et géographiques des mutilations sexuelles féminines .....	38
b) Des statistiques à affiner .....	38
c) Un ancrage dans le continuum des violences faites aux femmes .....	40

2. <i>Des évolutions à prendre en compte</i> .....	42
a) La nécessité d'une vigilance accrue à l'égard des adolescentes, à la fois de la part des professionnels de santé et des personnels de l'Éducation nationale .....	42
b) Une bonne pratique à généraliser : le repérage par l'Aide sociale à l'enfance des mineures menacées d'excision .....	45
c) L'influence de la diversification récente des flux migratoires .....	45
d) L'apparition de nouvelles formes de mutilations .....	46
<b>B. UN CADRE JURIDIQUE ÉTOFFÉ</b> .....	47
1. <i>Une répression effective en France</i> .....	47
a) Une loi pénale rigoureuse .....	47
b) L'obligation de signalement par les professionnels de la chaîne médicale .....	48
c) Une réponse pénale rigoureuse à poursuivre impérativement .....	48
2. <i>La menace d'excision prise en compte dans le droit d'asile</i> .....	50
a) La menace de mutilation à l'origine de demandes d'asile .....	50
b) Législation française de l'asile et protection contre le risque de mutilation .....	52
c) La question de la protection des mineures menacées d'excision .....	53
<b>C. UNE MOBILISATION À INTENSIFIER</b> .....	57
1. <i>Un effort de sensibilisation et d'éducation à poursuivre auprès des femmes exposées et des hommes de leur entourage</i> .....	57
2. <i>L'action indispensable du secteur associatif</i> .....	60
3. <i>L'accueil médical des victimes : un effort à encourager dans un esprit pluridisciplinaire</i> .....	62
4. <i>Un impératif : sensibiliser et former tous les professionnels concernés</i> .....	65
a) Les professionnels de santé .....	65
b) La communauté éducative .....	68
c) Les personnels consulaires .....	68
d) Des outils de formation à mobiliser .....	69
e) L'enjeu de la formation des professionnels : le signalement des mutilations sexuelles féminines .....	70
<b>III. LES CONCLUSIONS DE LA DÉLÉGATION</b> .....	73
<b>A. 15 CONSTATS ET POINTS DE VIGILANCE EN MATIÈRE DE MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES</b> .....	73
<b>B. 15 RECOMMANDATIONS :</b> .....	75
1. <i>Pour une meilleure connaissance de l'ampleur des mutilations sexuelles féminines en France, dans une logique de prévention</i> .....	75
2. <i>Pour renforcer la protection des fillettes et des adolescentes contre les mutilations sexuelles</i> .....	75
3. <i>Pour soutenir l'action des associations dans la lutte contre l'excision</i> .....	75
4. <i>Pour approfondir la contribution de la politique française de l'asile à la prévention des mutilations sexuelles féminines et à la protection des victimes</i> .....	76
5. <i>Pour la poursuite, en France, d'une réponse pénale rigoureuse</i> .....	76
6. <i>Pour renforcer la formation des professionnels au repérage, à l'orientation et à l'accompagnement des victimes</i> .....	77
<b>EXAMEN EN DÉLÉGATION</b> .....	79
<b>ANNEXES</b> .....	95
<i>Comptes rendus des déplacements</i> .....	97
<i>Liste des personnes auditionnées</i> .....	105
<i>Comptes rendus des auditions</i> .....	107

---

Dès le 9 novembre 2017, la délégation a souhaité inscrire à son programme de travail pour la session 2017-2018 le thème des **mutilations sexuelles féminines**.

Ce projet est dû à une initiative conjointe de nos collègues Maryvonne Blondin et Marta de Cidrac, qui ont spontanément suggéré d'organiser pour la délégation une visite du *Women Safe - Institut en santé génésique* de Saint-Germain-en-Laye ainsi qu'une rencontre avec le Docteur Pierre Foldès, son co-fondateur, dont la technique chirurgicale pionnière a permis depuis quelque trente années d'opérer environ 4 500 femmes victimes de mutilations.

Maryvonne Blondin a également eu à cœur de faire le lien entre l'agenda de la délégation et les travaux de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe dont elle est membre.

Les mutilations sexuelles ont en effet toute leur place dans un programme de travail que la délégation aux droits des femmes a centré cette année sur le thème des **violences faites aux femmes** dans toutes leurs dimensions : violences conjugales, harcèlement sexuel, agressions sexuelles et viol.

L'audition du Docteur Ghada Hatem, fondatrice de *La Maison des femmes* de Saint-Denis, le 14 décembre 2017, a montré que l'on peut difficilement séparer la problématique des mutilations sexuelles de celle des violences faites aux femmes en général et que l'excision s'inscrit bel et bien dans le *continuum* de ces violences, avec le mariage forcé, le viol, notamment conjugal, et les violences intrafamiliales.

Ces pratiques, dont les conséquences sur la santé sont inquiétantes, sont incontestablement une **violence faite aux femmes** et une **violation des droits fondamentaux des femmes et des filles**, ainsi que le soulignent les témoignages bouleversants de victimes comme Katoucha Niane, célèbre mannequin devenue militante de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, auteure de *Dans ma chair*<sup>1</sup>, ou de Halimata Fofana, auteure de *Mariama, l'écorchée vive*<sup>2</sup>, élevée en France et excisée à l'âge de cinq ans.

Même si les exciseuses sont en général des femmes, et bien que ces pratiques soient parfois défendues par les femmes elles-mêmes, les mutilations ne s'inscrivent pas moins, comme l'exprime fort justement une résolution du Parlement européen, dans une conception des rapports entre les sexes « [perpétuant] des valeurs traditionnelles selon lesquelles les femmes sont considérées comme des objets et la **propriété des hommes** »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Sylvia Deutsch, *Katoucha Niane, Dans ma chair*, Michel Lafon, 2007.

<sup>2</sup> Éd. Karthala, 2015.

<sup>3</sup> « Vers l'éradication des mutilations génitales féminines », 6 février 2014, 2014/2511 (RSP).

« *C'est un crime d'homme, né de la peur primale qu'ont les hommes de la sexualité féminine : ils ont voulu la contrôler et ont inventé cette arme terrifiante qu'est la mutilation du clitoris* », a rappelé d'emblée le Docteur Pierre Foldès devant la délégation, le 22 mars 2018<sup>1</sup>.

Ainsi que le souligne de surcroît une étude de l'INED, les mutilations relèvent d'une exigence de « *maîtrise des pulsions sexuelles pour préserver la virginité de la jeune femme puis la fidélité de l'épouse* »<sup>2</sup> : en d'autres termes, elles s'inscrivent dans une logique de **maîtrise de la sexualité des femmes par les hommes**, même si un rapport de l'Unicef de 2013 constate que dans les pays concernés, « *les femmes et les hommes manifestent une volonté équivalente de mettre un terme à ces pratiques* » et qu'en Guinée, en Sierra Leone et au Tchad, « *bien plus d'hommes que de femmes souhaitent l'arrêt des mutilations génitales féminines* »<sup>3</sup>.

Les mutilations sexuelles féminines constituent également, si l'on considère que dans le monde **44 millions de jeunes filles de moins de 14 ans** ont été excisées, une **violence faite aux enfants** ; « *trois millions de fillettes encourent un risque chaque année* », a pour sa part relevé le Docteur Pierre Foldès lors de son audition<sup>4</sup>.

Dans une vidéo réalisée par l'association *Excision parlons-en*<sup>5</sup>, particulièrement mobilisée contre les mutilations sexuelles féminines, la présidente de la Commission nationale consultative des droits de l'homme affirme que l'excision « *n'est pas un mini sujet* » devant lequel on pourrait « *fermer les yeux* ». Moïra Sauvage, ancienne présidente de l'association *Excision parlons-en !*, rappelle dans ce film combien il est difficile d'évoquer ces pratiques : « *C'est un sujet encore tabou, qui touche au sexe et à la notion de culture. Ces deux éléments font qu'on n'a pas envie d'en parler* ». Pourtant, comme le souligne dans la même vidéo la Défenseure des enfants, l'excision « *nous concerne tous* », « *elle concerne la place que l'on donne à la femme, à l'enfant et à l'humain dans nos sociétés* ».

Les mutilations sexuelles féminines doivent donc être **combattues par tous les moyens**, *a fortiori* parce qu'elles sont liées à d'autres pratiques tout aussi inadmissibles : les **mariages précoces** et les **mariages forcés**.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire compte tenu des efforts très importants accomplis en France depuis trente ans pour lutter contre ces mutilations, celles-ci n'ont pas disparu du territoire national malgré des évolutions statistiques encourageantes. **La persistance de cette menace**

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition.

<sup>2</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, Les mutilations sexuelles féminines, état des lieux et des connaissances, INED, 2016/2, vol. 71, p. 229.

<sup>3</sup> Unicef, Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements, 2013.

<sup>4</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition.

<sup>5</sup> Vidéo « *Excision, parlons-en ! : le clip* » ; <https://www.youtube.com/watch?v=TTOCUtfgISE>

---

**impose de ce fait une mobilisation déterminée des pouvoirs publics : ce rapport s'inscrit dans le constat de cette exigence.**

La délégation a donc souhaité apporter sa contribution à la **Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines** qui chaque année, le **6 février**, rappelle l'engagement de la communauté internationale à lutter contre la persistance de ces pratiques.

Elle a ainsi pris deux initiatives, à l'occasion du **6 février 2018** :

- une visite du *Women Safe - Institut en santé génésique* de Saint-Germain-en-Laye, le lundi 5 février<sup>1</sup>, et l'assistance à un groupe de parole auquel participaient trois patientes de l'institut ;

- une table ronde<sup>2</sup>, le 8 février 2018, au cours de laquelle elle a entendu Isabelle Gillette-Faye, présidente de l'association *Excision, parlons-en !*, très engagée dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines ; le Docteur Ghada Hatem, gynécologue, fondatrice de *La Maison des femmes* de Saint-Denis ; le Docteur Morrissanda Kouyaté, expert auprès des Nations unies sur les mutilations génitales féminines et les mariages forcés, directeur exécutif du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ; Fatiha Mlati, directrice de l'intégration de *France terre d'asile*, membre de la Commission d'orientation de la MIPROF et Ernestine Ronai, co-présidente de la commission *Violences de genre* du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE|fh), ainsi que Diaryatou Bah, auteure de *On m'a volé mon enfance*<sup>3</sup>, qui a témoigné devant la délégation de son expérience bouleversante.

Par ailleurs, la délégation a rencontré, le 12 mars 2018, des résidentes du foyer *Une Femme, un Toit*<sup>4</sup> (FIT), dédié à l'hébergement des jeunes femmes victimes de violences, dont 8 % des résidentes ont été victimes de mutilations sexuelles. Elle y a eu un échange avec une ancienne patiente de *Women Safe*, opérée pendant son séjour à *Une Femme, un Toit*. La délégation salue l'engagement de la directrice de ce foyer, Marie Cervetti, contre l'excision.

---

<sup>1</sup> Ont participé à ce déplacement la présidente de la délégation, les deux co-rapporteuses, ainsi que Laurence Cohen, vice-présidente et Marie-Pierre Monier. Voir en annexe le compte-rendu de ce déplacement.

<sup>2</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette table ronde, qui était ouverte au public et a fait l'objet d'un enregistrement vidéo disponible sur le site du Sénat.

<sup>3</sup> Ed. Anne Carrière, avril 2006.

<sup>4</sup> La directrice de ce centre d'hébergement et de réinsertion sociale avait suggéré cette visite, à laquelle ont participé les deux co-rapporteuses, Françoise Laborde et Claudine Lepage, vice-présidentes ainsi que Loïc Hervé, dès le 15 novembre 2017, lors d'une réunion plénière du Haut Conseil à l'Égalité au cours de laquelle Annick Billon, présidente, avait exposé le programme de travail de la délégation pour la présente session.

Les co-rapporteuses et Annick Billon ont également entendu, le 15 mars 2018, le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol (CFCV)* et ancienne médecin de PMI, particulièrement engagée, elle aussi, contre les mutilations sexuelles féminines.

Enfin, le 22 mars 2018, ces informations ont été complétées par l'audition du Docteur Pierre Foldès et de Frédérique Martz, directrice générale de *Women Safe – Institut en santé génésique*<sup>1</sup>, pour évoquer les **aspects médicaux des mutilations ainsi que l'accompagnement médical, social et psychologique proposé aux patientes de l'institut** dans un esprit pluridisciplinaire.

Ce rapport présente l'état des lieux des mutilations sexuelles dans le monde et la mobilisation internationale que ces pratiques ont suscitée depuis les années 1990.

Il aborde dans un second temps la problématique de l'excision en France et appelle à une intensification de la mobilisation de tous les acteurs contre la persistance de ces mutilations.

Il a paru à la délégation qu'elle devait, à travers le présent rapport :

- intervenir dans un débat auquel nos collègues du Parlement européen et de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe ont apporté leur contribution ;

**- et rendre hommage à l'action de toutes celles et ceux qui œuvrent au quotidien pour faire avancer ce combat contre les mutilations sexuelles féminines.**

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition, qui a fait l'objet d'un enregistrement vidéo disponible sur le site Internet du Sénat.

## COMMENT DÉSIGNER LES MUTILATIONS ET LEURS VICTIMES ?

### REMARQUES CONCERNANT LA TERMINOLOGIE

Une étude de l'INED publiée en 2016<sup>1</sup> estime que « l'évolution des termes mobilisés pour nommer ces pratiques et les débats qui les ont souvent entourées sont significatifs des changements de paradigmes dans la perception de ces pratiques », un changement de vocabulaire s'étant produit parallèlement au développement d'une mobilisation internationale visant à les éradiquer.

En 1958, quand l'ONU - et en 1959 l'OMS - se saisissent pour la première fois de ces questions, ces institutions se réfèrent à des *opérations rituelles fondées sur la coutume*.

À partir du milieu des années 1970, ces pratiques sont considérées sous l'angle de leurs conséquences néfastes pour la santé et comme des violences. La notion de *mutilations* l'emporte alors.

Les débats terminologiques n'ont toutefois pas cessé, ainsi que le fait observer le rapport sur *Les mutilations génitales féminines en Europe* fait par Béatrice Fresko-Rolfo au nom de la commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe<sup>2</sup> :

- au Royaume-Uni, certains privilégient la notion de *cutting*, « dans un souci de ménager la sensibilité des femmes concernées », mais certains considèrent que ce terme « tend à minimiser la gravité de la pratique »<sup>3</sup> ;

- dans les pays francophones, la référence aux *mutilations sexuelles féminines* plutôt qu'aux *mutilations génitales féminines* souligne « la volonté de contrôle de la sexualité de la femme » par la pratique des mutilations. L'expression de *mutilations génitales féminines*, présente dans les textes de l'ONU, est « retenue par la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique ainsi que par la grande majorité des organisations non-gouvernementales actives dans ce domaine »<sup>4</sup> ;

- la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a déclaré en novembre 2013 préférer le terme de *mutilations sexuelles féminines*, qui renvoie à la notion de « *violation des droits fondamentaux des fillettes et des femmes* », afin de souligner que « ces mutilations doivent avant tout être combattues sur le terrain des droits de la personne humaine » et ne pas « être réduites à [des] *problématiques médicales* » et à l'« *aspect biologique de la pratique* », que sous-tend le terme de « *mutilations génitales* »<sup>5</sup> ;

<sup>1</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances, Population 2016/2 (Vol. 71), pp. 224 à 331.

<sup>2</sup> Doc. 14135, 19 septembre 2016.

<sup>3</sup> Les mutilations génitales féminines en Europe, rapport de B. Fresko-Rolfo au nom de la commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'APCE, Doc. 14135, 19 septembre 2016, p. 6.

<sup>4</sup> Les mutilations génitales féminines en Europe, rapport de B. Fresko-Rolfo au nom de la commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'APCE, Doc. 14135, 19 septembre 2016, p. 6.

<sup>5</sup> CNCDH, Avis sur les mutilations sexuelles féminines, novembre 2013.

- enfin, la notion de *survivante* est souvent préférée à celle de *victime* au Royaume-Uni, conformément au souhait des femmes concernées<sup>1</sup>.

L'étude précitée de l'INED mentionne par ailleurs que l'Unicef a pour sa part depuis 2013 adopté la terminologie de *mutilations génitales féminines/excision* (en anglais *female genital mutilation/cutting*).

Quant au code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), il se réfère (voir par exemple l'article L. 752-3) aux *mutilations sexuelles féminines*.

Ce débat terminologique a son importance, ainsi que l'a rappelé Ernestine Ronai, co-présidente de la commission *Violences de genre* du Haut conseil à l'égalité lors de la table ronde du 8 février 2018 : la différence entre *mutilations génitales* et *mutilations sexuelles* « *n'est pas seulement sémantique, elle a du sens. En effet, c'est bien le sexe de la femme que l'on atteint lorsqu'on mutile une femme. [...] Le sens profond de la mutilation sexuelle est l'appropriation du corps des femmes par les hommes. Elle est particulièrement violente, avec l'idée que le plaisir est un privilège masculin et que l'homme doit être sûr des origines de sa progéniture* ».

Dans le même esprit, le Docteur Emmanuelle Piet, ancienne médecin de PMI et présidente du *Collectif féministe contre le viol* a insisté, lors de son audition du 15 mars 2018, sur le fait que les mutilations « *n'empêchent pas la génitalisation. Elles visent à supprimer le plaisir féminin : à ce titre, il s'agit bien de mutilations sexuelles* ».

Tout en soutenant la signification liée à la notion de **mutilation sexuelle féminine**, même si l'ONU se réfère de manière officielle aux mutilations génitales féminines, ce rapport se référera aussi, par commodité, au terme d'excision, et retiendra la notion de victimes de préférence à celle de survivantes à propos des femmes ayant subi ces pratiques.

---

<sup>1</sup> Les mutilations génitales féminines en Europe, *rapport de B. Freslo-Rolfo au nom de la commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'APCE*, Doc. 14135, 19 septembre 2016, p. 6.

---

## I. UNE MOBILISATION INTERNATIONALE IMPUISSANTE FACE À DES PRATIQUES QUI FONT UNE VICTIME TOUTES LES QUINZE SECONDES DANS LE MONDE

Le nombre de victimes des mutilations sexuelles féminines est estimé en 2016 à **200 millions de femmes et de jeunes filles dans le monde**, 44 millions étant âgées de moins de 15 ans.

Lors de son audition, le 22 mars 2018, le Docteur Pierre Foldès a insisté sur le fait que les mutilations *« sont pratiquées autour de la ceinture péri-sahélienne, mais elles apparaissent dans d'autres pays, notamment en Asie, en Indonésie, en Inde, aux Philippines, sur les Hauts plateaux du Vietnam, en Colombie, au Venezuela »*.

Si l'on compte trente pays où les mutilations persistent, la moitié des victimes résident dans **trois pays seulement** : Indonésie, Éthiopie et Égypte, où le taux de prévalence de cette pratique s'établit respectivement à 51 %, 74 % et 92 %.

L'OMS a établi une typologie des mutilations sexuelles féminines (voir l'encadré ci-dessous). Toutefois, selon le Docteur Pierre Foldès, cette classification doit être relativisée car elle ne saurait refléter une gravité croissante de ces pratiques en fonction de leur profondeur<sup>1</sup> : *« Certaines mutilations prétendument minimales peuvent avoir des conséquences terribles ; d'autres, très graves, permettent paradoxalement de conserver une sexualité »*.

Le Docteur Pierre Foldès a ainsi fait observer que :

- *« Même si les exciseuses d'Afrique de l'Ouest prétendent ne pas infibuler [...], le "simple" geste de mutilation [entraîne de nouvelles complications lors de] chaque rapport, chaque accouchement. La somme de ces complications successives entraîne un traumatisme beaucoup plus grave qu'on ne l'imaginait. » ;*

- *« Dans certaines excisions, très graves, les tissus superficiels ne sont pourtant pas touchés »*.

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de l'audition du 22 mars 2018.

### TYPOLOGIE DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES SELON L'OMS<sup>1</sup>

La typologie effectuée par l'OMS en 1997 et révisée en 2007 fait apparaître **trois principales catégories de mutilations**, qui ont comme points communs d'être pratiquées sur les organes sexuels externes de la femme **sans indication médicale** :

- **Type 1 - Clitoridectomie** : ablation totale ou partielle du clitoris et/ou du capuchon clitoridien ou prépuce ;

- **Type 2 - Excision** : ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres ;

- **Type 3 - Infibulation** : rétrécissement de l'orifice vaginal par ablation et accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris. La cicatrice ainsi générée devra être incisée au moment du mariage et/ou de l'accouchement. Ce type de mutilation, plus rare, semble localisé principalement en Afrique de l'Est.

- **Type 4** - « *Toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux* ».

#### A. LES STATISTIQUES MONDIALES : 200 MILLIONS DE VICTIMES DONT 44 MILLIONS ONT MOINS DE 15 ANS

**Une fillette ou une femme est excisée dans le monde toutes les quinze secondes**, selon la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Source : OMS, « Mutilations sexuelles féminines », Aide-mémoire n° 241, février 2017.

<sup>2</sup> Avis sur les mutilations sexuelles féminines, CNCDH, 11 décembre 2013.

## 1. Des statistiques préoccupantes

### a) Des pratiques présentes dans 30 pays répartis sur trois continents<sup>1</sup>

Un rapport publié par l'Unicef en 2013<sup>2</sup> a présenté la réalité des mutilations sexuelles dans le monde à partir de 70 enquêtes menées sur une période de vingt ans dans **29 pays d'Afrique et du Moyen Orient**<sup>3</sup>. Trois ans plus tard, une autre étude de la même institution, publiée en février 2016<sup>4</sup>, portait le **nombre de pays concernés à 30**, l'**Indonésie** entrant désormais dans le champ des statistiques sur les mutilations sexuelles féminines.

Ainsi que le souligne la synthèse du rapport publié par l'Unicef en 2013, cet état des lieux inclut de « *nouvelles statistiques issues de pays pour lesquels on ne disposait pas de données d'enquêtes représentatives jusqu'à présent* » ; il intègre pour la première fois de « *nouvelles données recueillies sur les filles de moins de quinze ans, ce qui permet de cerner les dynamiques les plus récentes concernant ces pratiques* ».

En 2013, l'Unicef constate :

- que **125 millions de femmes et filles âgées de 15 à 49 ans ont subi une forme de mutilation sexuelle en Afrique, au Yémen et en Irak** ;

- et que **30 millions d'autres filles risquent d'en être victimes au cours des dix prochaines années**.

Dans le rapport publié en février 2016<sup>5</sup>, à partir de **30 pays au lieu de 29**, l'Unicef réévalue les constats publiés en 2013 à **200 millions de**

<sup>1</sup> Bien que ces pratiques soient aujourd'hui originaires plus particulièrement d'Afrique et du Moyen Orient, une étude de l'INED de 2016 note qu'elles existèrent dans le monde occidental - sans toutefois être imposées à des communautés entières -, si l'on se réfère aux « opérations de clitoridectomie qui furent censées soigner les maux et comportements déviants des femmes manquant de tempérance sexuelle tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle. Ces clitoridectomies seront plus particulièrement pratiquées d'abord en Europe dans un contexte de médicalisation répressive de la sexualité sous l'impulsion d'un médecin britannique [...]. Il sera désavoué par ses pairs en 1867, mais la pratique va perdurer aux États-Unis jusqu'à la fin des années 1960 ». L'étude de l'INED évoque aussi les « chirurgies de réassignation sexuelle des nouveaux-nés intersexués » et rappelle l'opposition dont elles font l'objet « dans le cadre de la lutte pour la reconnaissance des droits des personnes concernées » (Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », Population 2016/2 (Vol. 71), pp. 224 à 331). La question des opérations effectuées sur des enfants dits intersexes a fait l'objet d'un précédent rapport de la délégation (Maryvonne Blondin et Corinne Bouchoux, Variations du développement sexuel : lever un tabou, lutter contre la stigmatisation et les exclusions, n° 441, 2016-2017).

<sup>2</sup> Fonds des nations unies pour l'enfance, Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements, Unicef, 2013.

<sup>3</sup> Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Irak, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République unie de Tanzanie, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Yémen.

<sup>4</sup> Unicef, Les mutilations génitales féminines/l'excision : un problème mondial, février 2016.

<sup>5</sup> Unicef, Les mutilations génitales féminines/l'excision : un problème mondial, février 2016.

**femmes et filles au moins** dans le monde au lieu de 125 millions<sup>1</sup>, dont **44 millions ont moins de 14 ans**.

Si les statistiques de 2016 font état de **70 millions de victimes de plus par rapport aux estimations de 2014**, cela tient, selon l'Unicef :

- à la **croissance de la population dans certains pays** ;

- et à un **élargissement de la base statistique à l'Indonésie**, où une femme sur deux serait concernée et dont le poids démographique (255 millions d'habitants en 2015) ne peut qu'influencer les ordres de grandeur en cause.

Dans son rapport de 2013, l'Unicef commente un **recul relatif** des mutilations sexuelles féminines dans certains pays pour les adolescentes et les jeunes filles de moins de 19 ans<sup>2</sup>, qui contraste avec l'**absence de changement** constaté à Djibouti, en Gambie, en Guinée-Bissau, au Mali, au Sénégal, en Somalie, au Soudan, au Tchad et au Yémen.

L'Unicef indique toutefois que, malgré des évolutions encourageantes liées à une désapprobation de plus en plus répandue de ces pratiques<sup>3</sup>, **ces progrès sont dépassés par la croissance de la population, plus rapide que l'expansion de l'opposition aux mutilations génitales féminines** : « *Si la tendance actuelle continue, conclut l'Unicef, le nombre de femmes et de filles victimes des MGF connaîtra une forte hausse au cours des 15 prochaines années* ».

De fait, l'analyse de l'Unicef datée de 2013 établit également les constats suivants :

- sur le continent africain, **une femme sur trois** est concernée ;

- à Djibouti, en Érythrée, au Niger, au Sénégal et en Somalie, **plus d'une fille sur cinq** a subi la forme la plus radicale de ces pratiques, l'**infibulation** ;

- parallèlement au maintien des praticiennes traditionnelles, « *une proportion importante de prestataires de santé* » effectue les mutilations génitales féminines en Égypte, au Soudan et au Kenya ;

- l'**âge** auquel sont pratiquées les mutilations **varie selon les pays** : généralement **entre 5 et 15 ans** en Somalie, au Tchad, en Égypte et en RCA, **avant 5 ans** au Nigéria, au Mali, en Érythrée, au Ghana ou en Mauritanie.

---

<sup>1</sup> [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)

<sup>2</sup> Au Bénin, en Irak, au Libéria, au Nigéria, en République centrafricaine, au Kenya et en Tanzanie, la prévalence chez les adolescentes aurait diminué.

<sup>3</sup> Le rapport de l'Unicef de 2016 note que plus de 15 000 communautés dans vingt pays ont publiquement déclaré qu'elles étaient en train d'abandonner les MSF, dont plus de 2 000 communautés en 2015. La majorité des personnes, dans les pays où existent ces mutilations, estimerait qu'elles devraient être éliminées.

---

Les mutilations se produisent parfois à un **âge encore plus avancé**. Frédérique Martz, directrice générale de *Women Safe*, a évoqué lors de son audition, le 22 mars 2018, le cas d'une patiente de l'institut excisée à l'âge de 22 ans. Selon le Docteur Pierre Foldès, « *Les femmes originaires du sud du Burkina-Faso, de la Côte d'Ivoire, de Guinée sont mutilées de plus en plus tard, parfois à l'âge de vingt-cinq ans, parfois plusieurs fois* »<sup>1</sup>.

S'agissant du maintien de ces pratiques, le rapport de l'Unicef relève que « *les filles dont la mère est favorable à la perpétuation de ces pratiques risquent beaucoup plus d'être touchées* », ce qui confirme l'importance des **actions de sensibilisation** dans la **prévention** des mutilations.

À cet égard, l'étude de l'INED de 2016<sup>2</sup>, précédemment mentionnée, rappelle le **lien entre l'éducation des femmes et le recul des mutilations**, valable dans tous les pays « *mais à des degrés variables* » : « *dans plusieurs pays, les femmes les moins instruites ont entre trois et cinq fois plus de risques d'avoir été mutilées que les femmes ayant un niveau d'instruction plus élevé* » : ce serait le cas notamment en Égypte, en Sierra Leone, en Mauritanie et au Liberia. Dans la même logique, selon cette étude, la proportion de filles excisées semble décroître avec l'augmentation du niveau d'instruction des mères.

Ce constat souligne l'importance qu'il convient d'attacher à l'éducation des filles dans les politiques de coopération. Pourtant, le Docteur Pierre Foldès a relativisé l'incidence du niveau d'instruction en indiquant à la délégation, lors de son audition du 22 mars 2018, que dans certains pays comme le Nigéria, les mutilations sexuelles concernaient les couches les plus éduquées de la population et que les fillettes vivant en ville y étaient davantage exposées.

Dans le même esprit, le Docteur Emmanuelle Piet, ancienne médecin de PMI et présidente du *Collectif féministe contre le viol*, entendue par les co-rapporteuses le 15 mars 2018, a rappelé que l'excision, à l'origine, s'inscrivait dans une « *préoccupation de prestige social* », logique qui « *peut faire échec à l'incidence de l'éducation* », a fortiori « *quand il y a une consigne générale de silence* ». Ainsi a-t-elle relevé que « *les féministes égyptiennes ne parlent pas de leur excision* »<sup>3</sup> : c'est par le **tabou**, a-t-elle conclu sur ce point, que l'on maintient ce genre de coutume.

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition.

<sup>2</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », *Population* 2016/2 (Vol. 71), p. 254.

<sup>3</sup> Voir en annexe le compte-rendu de cet entretien.

On ne peut exclure par ailleurs que les **statistiques** relatives à la prévalence des mutilations soient entachées d'**inexactitude**, notamment quand les enquêtes sont réalisées sur la base de l'auto-déclaration, par les femmes elles-mêmes, de leur situation. Le rapport de l'INED de 2016<sup>1</sup> souligne ainsi que les personnes interrogées peuvent ne pas avoir connaissance de leur état<sup>2</sup>, voire hésiter à le signaler, en raison d'un contexte législatif plus ou moins répressif : des réponses divergentes apportées par certaines femmes interrogées au Ghana dans le cadre de deux enquêtes successives réalisées à cinq ans d'intervalle suggèrent cette interprétation.

De manière plus étonnante, des incertitudes existent aussi quand les questionnaires d'enquête sont remplis par des **personnels de santé** (avec l'accord de la femme examinée) : le document précité de l'INED rappelle que ces professionnels déclarent parfois **ne pas être en mesure de diagnostiquer une mutilation**, ce que l'on peut imputer à un « *manque de formation du personnel pour le repérage des actes mutilants* »<sup>3</sup>. Ce rapport reviendra ultérieurement sur ce point.

#### *b) Un phénomène mondial*

Si les mutilations sexuelles féminines se rencontrent principalement dans trente pays situés pour la plupart en Afrique et au Moyen-Orient, il s'agit, souligne l'ONU, d'un « *problème universel, étant donné qu'elles sont aussi pratiquées dans certains pays d'Asie et d'Amérique latine. Les mutilations génitales féminines persistent aussi parmi les populations immigrées qui vivent en Europe occidentale, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande* »<sup>4</sup>.

S'agissant de l'expansion géographique des mutilations sexuelles féminines en lien avec les migrations, une étude de l'INED fait état d'une estimation de **500 000 femmes et filles mutilées ou exposées à ce danger aux États-Unis** ; selon la même source, **plus de 500 000 migrantes seraient concernées en Europe**<sup>5</sup>. Pour le seul **Royaume-Uni**, un rapport de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe<sup>6</sup> fait état d'une estimation de **135 000 femmes et filles** résidant de manière permanente en Angleterre et au pays de Galles et qui auraient subi des mutilations sexuelles. Selon cette étude, « *Dans certains quartiers de Londres, cela concernerait près d'une femme sur vingt* ».

<sup>1</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », Population 2016/2 (Vol. 71), pp. 243-244.

<sup>2</sup> Selon cette étude, certaines ne découvrent leur mutilation qu'à l'occasion des premiers rapports sexuels, voire au moment de l'accouchement (p. 244).

<sup>3</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 244.

<sup>4</sup> <http://www.un.org/fr/events/femalegenitalmutilationday/background.shtml>

<sup>5</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines dans le monde », INED, avril 2017, n° 543.

<sup>6</sup> Les mutilations génitales féminines en Europe, Rapport de Mme Béatrice Fresko-Rolfo au nom de la commission sur l'égalité et la non-discrimination, Doc. 14135, décembre 2016.

---

La *Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations génitales féminines pratiquées dans l'Union européenne* se réfère à une population de **quelque 180 000 femmes émigrées en Europe qui, chaque année, subiraient ou risqueraient de subir une mutilation sexuelle**<sup>1</sup>.

La délégation a conscience toutefois des limites d'une approche strictement statistique des mutilations sexuelles féminines, qui pourrait conduire à saluer avec optimisme la diminution de la prévalence dans certains pays, alors que le risque d'excision reste d'actualité. Comme l'ont fait remarquer les patientes de *Women Safe* qu'elle a rencontrées à Saint-Germain-en-Laye en 5 février 2018, « *Ce sont nos filles, nos sœurs, nos cousines, nos nièces et nos amies qui continuent à être excisées chaque jour* »<sup>2</sup>.

## 2. Le poids de la tradition

Les spécialistes relèvent que les mutilations sexuelles féminines se retrouvent dans différents groupes religieux, chrétiens, musulmans ou animistes<sup>3</sup>, que « *l'excision était pratiquée en Afrique bien avant l'arrivée des religions monothéistes* »<sup>4</sup>, et que ces pratiques ne sont **prescrites par aucun texte religieux**.

Elles sont parfois associées à l'Islam, en dépit de diverses constatations : « *au Niger, pays à large dominante musulmane, seulement 2 % des femmes musulmanes ont été excisées contre 55 % des femmes chrétiennes* »<sup>5</sup> ; « *En Éthiopie, par exemple, les trois quarts des femmes sont excisées alors qu'un tiers seulement de la population est musulmane* »<sup>6</sup> ; l'Académie des recherches islamiques d'Al-Ashar a émis, en 2006, un édit condamnant les mutilations génitales féminines<sup>7</sup>.

Inversement, Diaryatou Bah a fait valoir, lors de la table ronde du 8 février 2018, que s'agissant de la Guinée, son pays d'origine, en matière d'excision « *le tout est mélangé à la religion, ce qui nous aide encore moins. Tout le*

---

<sup>1</sup> Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations génitales féminines pratiquées dans l'Union européenne, 2008/2071 (INI). L'étude précitée de l'INED de 2016 fait toutefois observer que « *la méthodologie employée pour parvenir à ces chiffres [n'est pas] explicitée* » (Armelle Andro, Marie Lesclingand, « *Les mutilations génitales féminines – état des lieux* », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 247).

<sup>2</sup> Voir en annexe le compte rendu de ce déplacement.

<sup>3</sup> Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, n° 9, février 2016, p.3.

<sup>4</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « *Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France* », Population et sociétés, n° 438, octobre 2007.

<sup>5</sup> Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, n° 9, février 2016, p.3.

<sup>6</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « *Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France* », Population et sociétés, n° 438, octobre 2007.

<sup>7</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « *Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France* », Population et sociétés, n° 438, octobre 2007.

monde a appris avec l'imam, qui nous dit que si nous continuons à pratiquer ces coutumes, nous irons au paradis. Il dit que c'est comme cela, et pas autrement ».

De même, le Docteur Pierre Foldès a fait observer, lors de son audition par la délégation le 22 mars 2018, qu'aujourd'hui des « *imams isolés ont pu revendiquer la mutilation des femmes* ». Ainsi ces pratiques étaient-elles apparues en Tunisie. « *On voit aussi aujourd'hui, a-t-il par ailleurs poursuivi, l'excision pratiquée [...] par des criminels armés de baïonnettes, coupables de mutilations plus graves encore* »<sup>1</sup>.

S'agissant du lien entre excision et religion, le rapport de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relève qu'« *Il est essentiel de rappeler que les MGF sont bien plus anciennes que l'Islam et bien qu'elles soient aussi pratiquées par des musulmans, elles ne constituent pas un précepte de l'Islam* »<sup>2</sup>.

L'étude de l'INED précitée rappelle toutefois que dans certains pays comme le Mali, la Mauritanie, l'Égypte, l'Érythrée et le Tchad, « *des proportions importantes d'hommes et de femmes considèrent [ces pratiques] comme une obligation religieuse* »<sup>3</sup>.

Le rapport de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe fait observer que, par-delà les considérations religieuses, « *les normes sociales jouent un rôle clé* » dans la persistance de ces pratiques : « *elles sont la marque d'une culture et d'une tradition dont le non-respect entraîne nécessairement le rejet social et la marginalisation* ». Ainsi les mutilations génitales féminines reposent-elles sur « *la croyance selon laquelle les hommes n'épouseront que les femmes qui ont été excisées ou infibulées* » et sur la « *volonté d'un mariage conforme aux convenances* ».

En Éthiopie, pays où en 2016 la proportion des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant été mutilées était de 65 %, des **blocages** persistent malgré les actions de prévention menées par l'Unicef et la Fondation de l'Espoir auprès de 20 000 personnes et plus de 2 000 chefs religieux. Selon le Docteur Marianne Sylla, « *[Les femmes] ne savent pas que cette mutilation, qu'elles subissent en général entre l'âge de zéro et cinq ans, n'est pas normale. Elles n'ont jamais vu leur corps autrement. [...] Cette mutilation est considérée comme un moyen de protéger les filles, de les rendre pures. Des familles craignent d'avoir peu de chances de les marier si elles ne sont pas excisées* »<sup>4</sup>.

Diaryatou Bah a insisté sur la dimension liée à la puissance de la tradition au cours de la table ronde du 8 février 2018, lorsqu'elle a fait le récit de son excision, subie en Guinée : « *Ensuite, une cérémonie a eu lieu, au cours de*

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition.

<sup>2</sup> Les mutilations génitales féminines en Europe, Rapport de Mme Béatrice Fresko-Rolfo au nom de la commission sur l'égalité et la non-discrimination, Doc. 14135, décembre 2016.

<sup>3</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 258.

<sup>4</sup> Agnès Leclair, « Excision : comment l'Unicef et la fondation de l'Espoir luttent sur le terrain contre ce fléau », LeFigaro.fr, 7 décembre 2017.

---

*laquelle des chants et danses ont retenti. Pour eux, le rituel qui se répétait de fillette en fillette avait été accompli ».*

Selon le Docteur Ghada Hatem, « Cette idée de **rite initiatique** est tellement ancrée dans la tête des petites filles qu'elles pensent être **impures si elles n'en passent pas par là**. Ces petites filles pleurent le jour où la cérémonie ne les concerne pas. J'ai gardé cette idée dans ma pratique, car je pense qu'on ne peut pas simplifier cette histoire pour en faire uniquement un sujet lié à la barbarie ». D'après une photographie qu'elle a projetée lors de la table ronde du 8 février 2018, on voit que « même dans les écoles en Indonésie, la classe est préparée pour la cérémonie de l'excision ».

Ces remarques soulignent l'**importance cruciale de l'effort de sensibilisation des personnes concernées pour parvenir à éradiquer ces mutilations**, comme cela sera rappelé ci-après.

On notera que dès juin 1988, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) exhortait, dans un *Avis sur les mutilations sexuelles*, à ne pas justifier ces pratiques « au nom du droit à la différence et de l'identité culturelle » : « **Nul droit à la différence, nul respect d'une identité culturelle ne sauraient légitimer les atteintes à l'intégrité de la personne, qui ont le caractère de traitements criminels** ». Tout en convenant que les **parents** « complices de l'excision » n'ont généralement pas pour mobile la cruauté, mais la « conviction que l'usage de cet acte est nécessaire », la CNCDH estimait déjà que la volonté des parents de respecter leurs traditions « ne saurait être une excuse » en ce qui les concerne.

À cet égard, le Docteur Morrissanda Kouyaté, directeur exécutif du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, faisait observer avec éloquence, au cours de la table ronde du 8 février 2018, que l'excision relève non pas de la culture, mais d'une « **mauvaise tradition** » :

« **Les mutilations génitales n'ont rien à voir avec la culture** : couper les filles, leur enlever leurs organes génitaux avec des couteaux ou les instruments improvisés qui tombent sous la main des exciseuses, cela ne pourra jamais être culturel. **La culture est éminemment positive, ce sont des valeurs qu'un peuple ou un groupe d'individus cultivent et peuvent même transmettre au reste du monde. L'excision ne relève donc pas de la culture, mais plutôt de la tradition. C'est justement derrière des mots comme culture que se cachent ceux qui ne veulent pas que les mutilations génitales féminines cessent. Pour eux, supprimer l'excision reviendrait à les déculturer, les acculturer, changer leur culture. L'Occident voudrait, d'après eux, changer la culture des africains ! Mais ce débat est un piège ! D'abord, l'excision n'est qu'une tradition : il y a de mauvaises traditions en Afrique comme ailleurs, en France, en Europe ou aux États-Unis. Pour nous, les mutilations génitales féminines sont une mauvaise tradition. Cela ne concerne pas que l'Afrique, car l'excision existe aussi en Indonésie, au Kurdistan ou au Yémen. Il faut considérer les mutilations comme une pure et vraie violation des droits humains des femmes et des**

*filles. À ce titre, la lutte contre ces pratiques n'appartient pas à un pays ou à un continent, mais à l'humanité ! »<sup>1</sup>.*

**La délégation est d'avis qu'aucune tradition ne saurait être invoquée pour justifier les mutilations sexuelles féminines<sup>2</sup>.**

### 3. De très lourdes conséquences pour les victimes

#### *a) Un traumatisme terrible*

Ainsi que l'a rappelé Annick Billon, présidente, au cours de la table ronde du 8 février 2018, à propos de la rencontre avec des femmes mutilées lors de la visite du *Women Safe* : « *Je ne pensais pas entendre des choses aussi terribles* ».

En eux-mêmes, ces gestes, réalisés sans anesthésie, sont la cause de douleurs effroyables<sup>3</sup>. Dès 1988, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) notait que les mutilations sexuelles féminines étaient pratiquées « *dans des conditions cruellement douloureuses* », à tel point qu'elle relevait à l'époque que « *devant la réaction naturelle des adolescentes, ces opérations sont pratiquées le plus souvent sur le corps des nourrissons* » qui, « *s'ils ne sont pas conscients de l'acte pratiqué et n'en ont pas l'appréhension, n'en éprouvent pas moins une intolérable souffrance* »<sup>4</sup>.

Le témoignage de Diaryatou Bah, auteure de *On m'a volé mon enfance*, est éloquent : « *Je sens la lame me couper. Je pousse des hurlements. Je sens du sang qui coule. Cela me brûle affreusement. Je reste là, par terre, et je pleure. Je ne comprends pas* »<sup>5</sup>. Diaryatou Bah est revenue sur le récit de ce drame lors de la table ronde du 8 février 2018 :

« *Comme je le dis souvent, le cri que j'ai poussé ce jour-là résonne encore en moi, c'est un cri que je ne pourrai jamais oublier, et je pense que c'est le cri que des milliers de femmes dans le monde ont poussé ou poussent encore lors de l'excision. La douleur était telle que je ne pouvais même pas me relever* »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette table ronde.

<sup>2</sup> Bien que ce point ne soit pas de la compétence de la délégation aux droits des femmes, la délégation remarque que le rapport précité de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe fait valoir que « tout parallèle entre la circoncision masculine et la mutilation génitale féminine doit être rejeté, ne serait-ce que parce que le clitoris, dont la seule fonction est le plaisir sexuel, n'a pas d'équivalent chez l'homme ».

<sup>3</sup> Selon un témoignage recueilli aux États-Unis, « l'excision était si douloureuse [que la fillette] aurait hurlé pendant l'intervention et qu'elle pouvait à peine marcher par la suite », <http://www.aufeminin.com/news-societe/aux-etats-unis-une-medecin-inculpee-pour-avoir-pratique-des-excisions-sur-des-fillettes-s2215652.html>.

<sup>4</sup> CNCDH, Avis sur les mutilations sexuelles, 30 juin 1988.

<sup>5</sup> On m'a volé mon enfance – récit, Anne Carrière, 2006, pp.32-33.

<sup>6</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette table ronde.

Halimata Fofana, auteure de *Mariama, l'écorchée vive*<sup>1</sup>, garde le souvenir de la douleur indicible due au mouvement répété du couteau de l'exciseuse, de la brûlure causée par la désinfection à l'alcool à 90° sur la plaie à vif, de l'impossibilité de marcher et de s'asseoir pendant plusieurs jours après l'« intervention »<sup>2</sup>.

Les patientes de *Women Safe* participant au groupe de parole auquel a été associée la délégation le 5 février 2018 à Saint-Germain-en-Laye ont témoigné d'un **mal être profond et permanent lié à l'excision** (« *J'ai été excisée deux fois. C'est affreux. C'est toujours là !* »), ressentie comme une « *amputation* » et un « *handicap* » les empêchant de se considérer comme des « *femmes à part entière* ».

Yidi Ndaye, ancienne résidente de *Une Femme un Toit*, rencontrée le 12 mars 2018, exprime par le biais de la création artistique le traumatisme lié à son excision : « *C'est être vivante et morte à la fois* », dit-elle dans un *slam* dont la délégation a écouté un enregistrement avec beaucoup d'intérêt.

Que ces mutilations soient suivies de complications ou non, elles constituent toujours un **profond traumatisme** pour les victimes, même quand elles ont été pratiquées à un âge trop précoce pour qu'un souvenir précis puisse en être gardé. Des risques de **séquelles psychologiques tout au long de la vie** sont donc incontestablement liés aux mutilations sexuelles féminines, ce que confirme l'état des lieux effectué par l'INED en 2016 : une femme sur six ayant subi une mutilation souffre de **syndrome post-traumatique** ; un tiers de ces femmes ont des **symptômes associés à des états dépressifs et anxieux**<sup>3</sup>.

*b) Des facteurs aggravants : la responsabilité de la famille et le non-dit*

Le fait que les mutilations soient effectuées à **l'initiative de proches renforce souvent l'incompréhension des victimes** face à ces souffrances, comme le relève la rapporteure de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe dans son rapport précité.

En effet, l'initiative de l'excision appartient le plus souvent à la **famille de l'enfant**, même quand elle est pratiquée à **l'insu des parents**. Ainsi que l'a fait observer une patiente de *Women Safe* lors du déplacement de la délégation à Saint-Germain-en-Laye, le 5 février 2018, « *chez nous les grands-mères ont tous les droits* », même celui de faire exciser les petites filles avec ou sans l'accord de leurs parents. D'où les **difficultés de certains parents à protéger leurs filles**, menacées d'être excisées à tout moment, lors d'une absence, même brève, de la mère, « *quand elle va au marché* ». L'une de

<sup>1</sup> Éd. Karthala, 2015.

<sup>2</sup> Voir l'enregistrement vidéo d'une interview de Halimata Fofana sur le site de France TV (Série 1001 vies, « Halimata Fofana, De la barbarie à une vie possible »).

<sup>3</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », Population 2016/2 (Vol. 71), pp. 275-276.

ces patientes a évoqué la détresse de sa mère lorsqu'elle a appris que sa fille avait été excisée : « *Ma mère n'a fait que pleurer quand elle a su ce qu'on m'avait fait* ».

La responsabilité des familles a des conséquences évidentes sur la **sous-dénonciation des mutilations sexuelles féminines** dans les pays où elles sont interdites.

Selon les témoignages des victimes d'excision rencontrées par la délégation, un autre facteur de traumatisme réside dans le **silence qui entoure ces pratiques** dans les sociétés où elles persistent.

Comme l'ont souligné les participantes au groupe de parole auquel la délégation a assisté à *Women Safe*, le 5 février 2018, **l'excision n'est jamais abordée en famille**, en lien avec le tabou de tout sujet lié à la sexualité (« *Personne ne m'a jamais rien expliqué ; on ne parle pas de sexualité avec les parents chez nous ; je n'en ai parlé à aucune femme de mon entourage, ni à mes cousines ni à mes tantes* »).

Ce silence contribue, lui aussi, à la **non-dénonciation des mutilations sexuelles**, *a fortiori* parce que, du fait de ce non-dit, les femmes excisées **ignorent souvent qu'elles ont été mutilées** et l'apprennent à l'occasion du **suivi de leur grossesse** ou de **manière fortuite** (pour l'ancienne résidente du foyer *Une Femme, un Toit* rencontrée le 12 mars 2018, il s'est agi d'un documentaire sur l'excision diffusé à la télévision). Les membres du personnel de *Women Safe* ont d'ailleurs témoigné, lors de la visite de la délégation, le 5 février 2018, de la difficulté d'apprendre à une femme, à l'occasion d'un examen gynécologique, qu'elle a été excisée.

Le **choc de la révélation de l'excision** produit parfois une **rupture dans la relation mère-fille**, comme cela a été le cas pour l'ancienne résidente d'*Une Femme, un Toit* rencontrée le 12 mars 2018.

De manière significative, cette dégradation des relations entre mère et fille continue à exercer ses effets lorsque la fille a décidé de subir une opération de réparation. Ainsi que l'a fait observer l'une des participantes au groupe de parole de *Women Safe*, le 5 février 2018, « *Les relations entre mères et filles doivent, elles aussi, être reconstruites quand une fille annonce à sa mère sa décision de se faire opérer* ».

Comme l'a souligné le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol*, entendue le 15 mars 2018, la « **consigne générale de silence** » qui entoure les mutilations sexuelles féminines contribue à leur maintien par un « *énorme tabou* ».

c) *De graves conséquences pour la santé des victimes, tout au long de leur vie*

Un document de l'OMS de février 2017 souligne que les mutilations sexuelles féminines ne présentent « **aucun bienfait pour la santé, seulement des dangers** » : « *Elles comportent l'ablation de tissus génitaux normaux et sains* ».

---

*ou endommagent ces tissus et entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin »<sup>1</sup>.*

Tous les témoignages et tous les observateurs sont **unanimes pour dénoncer les conséquences des mutilations sexuelles sur la santé des femmes qui les ont subies.**

Au-delà du choc vécu par les victimes (Halimata Fofana assimile l'excision à un **viol**), **les mutilations s'accompagnent de risques de complications imputables à des hémorragies et infections souvent mortelles** (on se souvient de la vive émotion causée en France en 1982 par le décès d'une petite fille de trois mois), liées à l'utilisation d'instruments rudimentaires et à une hygiène souvent insuffisante.

Des drames surviennent encore régulièrement : en août 2016, une fillette de dix ans, en Guinée, et une lycéenne, en Sierra Leone, sont mortes des suites d'une excision. Selon le Docteur Pierre Foldès, auditionné le 22 mars 2018, l'excision pratiquée entre zéro et trois ans cause **entre 10 et 15 % de mortalité immédiate**<sup>2</sup>, même si, comme le remarque la rapporteure de la commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, *« la conscience des risques est relativement minime tant dans les pays les plus touchés qu'au sein des communautés émigrées ».*

Outre le **risque de tétanos et de contamination par le virus du Sida**, les femmes mutilées peuvent toute leur vie **souffrir au quotidien** de risques d'infection, de douleurs urinaires et gynécologiques, voire d'incontinence. Lors des accouchements, elles sont menacées de **complications obstétricales**<sup>3</sup> que le Docteur Pierre Foldès a détaillées au cours de son audition, le 22 mars 2018.

L'enquête précitée de l'INED (*Excision et handicap* ou *ExH*) mentionne également les **conséquences négatives des mutilations sur la vie sexuelle des victimes** (voir l'encadré ci-après)<sup>4</sup>. À cet égard, le Docteur Pierre Foldès estime que si *« l'une des caractéristiques principales de ces mutilations est de constituer une situation de pathologie cicatricielle qui fait obstacle assez souvent à une sexualité normale et qui peut engendrer des complications obstétricales »*, voire des *« accouchements possiblement traumatiques »*, leurs conséquences sur la vie sexuelle des victimes sont en revanche difficiles à déduire de l'examen clinique. L'expérience de la chirurgie réparatrice et

---

<sup>1</sup> OMS, « Mutilations sexuelles féminines », Aide-mémoire n° 241, février 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>

<sup>2</sup> Voir le même constat dans Les mutilations génitales féminines en Europe, rapport de B. Fresko-Rolfo au nom de la commission sur l'égalité et la non-discrimination, Doc. 14135, 19 septembre 2016, p. 8.

<sup>3</sup> Selon l'OMS (« Mutilations sexuelles féminines », Aide-mémoire n° 241, février 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>) : accouchement difficile, hémorragie, césarienne, décès des nouveaux nés, nécessité de réanimer le nourrisson.

<sup>4</sup> INED, « Les mutilations sexuelles féminines en France, premiers résultats de l'enquête Excision et handicap (ExH) ».

L'audition de très nombreuses femmes mutilées le conduisent à constater que « Certaines mutilations paraissant gravissimes » peuvent permettre « une sexualité peu modifiée » ; « À l'inverse, certaines excisions prétendument pratiquées "a minima" peuvent aboutir à une suppression totale de toute sexualité »<sup>1</sup>.

Le Docteur Pierre Foldès a par ailleurs insisté devant la délégation, le 22 mars 2018, sur l'accumulation de complications médicales imputables aux accouchements difficiles et aux rapports forcés que subissent la plupart des victimes d'excision.

De surcroît, l'une des participantes au groupe de parole auquel la délégation a été associée le 5 février 2018 à *Women Safe* a témoigné de difficultés ayant des conséquences sur ses chances d'intégration professionnelle, puisque tout travail impliquant un effort physique, par exemple, lui est déconseillé du fait de la mutilation qu'elle a subie.

**LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET LES TROUBLES FONCTIONNELS AUXQUELS SONT EXPOSÉES LES VICTIMES DE MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES D'APRÈS L'INED<sup>2</sup>**

« L'excision est associée à différents problèmes de santé tels que les infections urinaires et gynécologiques ou des déchirures à l'accouchement. Les femmes excisées sont aussi plus nombreuses à déclarer des symptômes de mal être, tristesse et découragement. »

« Une femme excisée sur dix est gênée au quotidien pour uriner, marcher ou porter certains vêtements. »

« Mais c'est dans le domaine de la sexualité que les résultats sont les plus marquants. Les femmes excisées ont des difficultés récurrentes dans leur vie sexuelle : leur vécu est en effet plus souvent insatisfaisant voire systématiquement douloureux. »

**4. Un dévoiement de la médecine à combattre : la participation de professionnels de la santé, dans certains pays, aux mutilations sexuelles féminines**

Il n'est pas admissible que des médecins puissent dans certains pays se prêter aux mutilations sexuelles féminines<sup>3</sup>, au motif que leur intervention permettrait d'offrir des garanties sanitaires rassurantes.

---

<sup>1</sup> Compléments d'information adressés aux co-rapporteuses par le Docteur Pierre Foldès et Frédérique Martz le 9 mai 2018.

<sup>2</sup> Source : INED, Les mutilations sexuelles en France, premiers résultats de l'enquête Excision et handicap (ExH). Cette enquête a été réalisée entre 2007 et 2009 auprès de 2 882 femmes adultes migrantes ou filles de migrantes en Haute Normandie, Ile de France, Pays de la Loire et Nord-Pas de Calais.

<sup>3</sup> Un article du Figaro.fr de juin 2013 faisait état de convois médicaux circulant en Égypte pour pratiquer des excisions dans les villages : <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2013/06/14/97001-20130614FILWWW00702-egypteune-fille-meurt-apres-son-excision.php>

---

Selon l'étude précitée de l'INED, la proportion de filles ayant été excisées par un professionnel de santé a considérablement augmenté en Égypte entre 1995 (55 %) et 2008 (77 %) ; au Kenya, 40 % des excisions étaient effectuées par un professionnel de santé à la fin des années 2000 contre un tiers à la fin des années 1990<sup>1</sup>. La médicalisation peut également concerner la ré-infibulation de femmes après un accouchement.

La participation de médecins à ces pratiques dans des pays d'immigration suscite quelques interrogations. La défense, par deux médecins américains, au nom du respect des traditions culturelles des pays qui les pratiquent, d'« *excisions minimalistes* »<sup>2</sup> encadrées de garanties médicales, a ainsi suscité - à juste titre - une vive polémique en février 2016.

Peut-être faut-il voir dans cette évolution, comme l'estiment les auteures de l'étude précitée de l'INED, le résultat des premières campagnes de lutte contre les mutilations, qui dans les années 1990 insistaient surtout sur les risques à court terme (hémorragies ou infections liées à des conditions d'hygiène médiocres), ce qui conduisait à estimer que ces dangers seraient atténués par un encadrement médical de ces pratiques<sup>3</sup>.

Il est donc important de souligner que **la médicalisation des mutilations ne rend pas celles-ci moins dangereuses**, contrairement à une «  *croyance erronée*  » contestée par un document de l'OMS de février 2017 : il est heureux que l'OMS « *engage vivement les professionnels de santé à ne pas se livrer à de telles pratiques* »<sup>4</sup>. L'OMS a d'ailleurs publié en 2010 une **Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines**.

Le Docteur Pierre Foldès, auditionné le 22 mars 2018, a vivement contesté ces mutilations « médicalisées ». Il a jugé mensongère la présentation rassurante qui en est faite sous prétexte que « *leur intervention [entraînerait] moins de complications pour les femmes* » : « *Pour avoir réparé 200 à 300 femmes ainsi excisées, je puis vous dire que paradoxalement, ces excisions peuvent prendre des formes plus graves* », a-t-il observé. Selon lui « *Le chirurgien, maîtrisant mieux le saignement, peut couper plus profondément* ». Il estime que la « *médicalisation* » de l'excision « *aboutit à des formes plus surnoises en raison de tentatives de réduction des cicatrices visibles. Elles sont donc plus difficiles à détecter, et masquent parfois des lésions plus graves sous-jacentes* »<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », *Population* 2016/2 (Vol. 71), p. 260.

<sup>2</sup> Voir par exemple dans *L'Obs* la synthèse de leur article du *Journal of Medical Ethics*. <https://www.nouvelobs.com/sante/20160223.OBS5157/des-gynecologues-americains-scandalisent-en-proposant-des-excisions-minimalistes.html>

<sup>3</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », *Population* 2016/2 (Vol. 71), p. 260.

<sup>4</sup> OMS, « Mutilations sexuelles féminines », Aide-mémoire n° 241, février 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>

<sup>5</sup> Compléments d'information adressés aux co-rapporteuses par le Docteur Pierre Foldès et Frédérique Martz le 9 mai 2018.

Il a regretté les **enjeux financiers** liés à cette pratique : « *il y a énormément d'argent à gagner* » pour les médecins qui s'y prêtent, soulignant que « *cette utilisation de la médecine dans des pratiques criminelles* » constituait un « *problème éthique terrifiant* »<sup>1</sup>.

Dans les pays où les mutilations génitales féminines sont interdites, les médecins qui y participent sont passibles de sanctions, et il faut s'en féliciter. Une urgentiste hospitalière a ainsi été inculpée aux États-Unis, dans l'État du Michigan, en avril 2017, pour avoir pratiqué des excisions<sup>2</sup>.

Il faut relever que, dans une résolution du Parlement européen de mars 2009, **les eurodéputés se sont élevés contre** « *tout type de médicalisation* » de ces pratiques, considérant à juste titre que « *cela équivaudrait à justifier et approuver la pratique des MGF sur le territoire de l'Union* », alors qu'une « *condamnation ferme et sans réserve* » s'impose.

**La délégation condamne la participation de professionnels de santé, dans certains pays, aux mutilations sexuelles féminines et soutient l'engagement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) contre ce qu'elle considère comme un dévoiement de la médecine.**

## **B. UNE VIGILANCE INTERNATIONALE INDÉNIABLE**

### **1. L'engagement de la communauté internationale contre les mutilations sexuelles féminines**

Les mutilations sexuelles féminines sont aujourd'hui considérées par la communauté internationale comme une **violation non seulement des droits des jeunes filles et des femmes, mais aussi des droits des enfants**.

Comme l'observe toutefois une étude précitée de l'INED, publiée en 2016, la mobilisation internationale ne s'est véritablement exprimée qu'à partir des années 1990 : « *au sein même de l'ONU la reconnaissance des droits universels des femmes et du respect de leur intégrité s'est longtemps heurtée, d'une part aux principes de respect de la souveraineté des États, et d'autre part, aux principes de respect des traditions et transmissions familiales* »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition.

<sup>2</sup> <http://www.aufeminin.com/news-societe/aux-etats-unis-une-medecin-inculpee-pour-avoir-pratique-des-excisions-sur-des-fillettes-s2215652.html>

<sup>3</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux et des connaissances », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 233.

a) *La montée en puissance progressive de la mobilisation internationale*

La question de l'excision est présentée pour la première fois en 1958 par une résolution du Conseil économique et social de l'ONU comme un problème relevant de la communauté internationale ; le texte aborde aussi les préjudices qu'entraîne cette pratique, mais sans appeler cependant à une ferme condamnation de la part des États.

Le **point de vue de l'OMS** appelle un commentaire particulier. En 1959, cette institution ne s'est pas jugée compétente sur ces questions, considérant qu'il s'agissait d'un problème social et culturel plus que médical. L'ouverture d'une réflexion au sein de l'OMS sur les conséquences de l'excision sur la santé des femmes et des filles date de la fin des années 1970 : en 1977 est créé un groupe de travail sur « les pratiques traditionnelles ayant un effet sur la santé des femmes et des enfants » ; deux ans plus tard est mis en place un travail de recension des conséquences médicales de cette pratique<sup>1</sup>.

On observe également un **changement de regard progressif au sein de la Conférence mondiale sur les femmes**<sup>2</sup>. En 1980, lors de la conférence de Copenhague, s'exprime ainsi une nette opposition entre un point de vue tendant à voir dans ces pratiques un rituel de passage à l'âge adulte et une approche les considérant comme des pratiques néfastes. À Nairobi, en 1985, a commencé à émerger un « *consensus plus large* »<sup>3</sup> sur la mise en cause des mutilations sexuelles féminines. Puis à **Pékin en 1995** s'est exprimé un « *réel consensus international en faveur de l'abolition des MGF* »<sup>4</sup>.

b) *L'engagement de l'ONU depuis les années 1990*

Dès **1990**, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes adopte une recommandation<sup>5</sup> sur l'excision où s'exprime sa préoccupation « *de constater que certaines pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des femmes, comme l'excision, demeurent en usage* », et qui souligne les graves conséquences de l'excision, « *notamment sur le plan de la santé, pour les femmes et les enfants* ». Ce texte appelle les gouvernements à « *prendre des mesures appropriées et efficaces aux fins d'abolir la pratique de l'excision* ». Parmi les vecteurs de la lutte contre ces pratiques, la recommandation mentionne la nécessité de disposer de **données statistiques**, de **soutenir les organisations**

<sup>1</sup> Source : Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux et des connaissances », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 231.

<sup>2</sup> Les Nations unies ont organisé quatre conférences mondiales sur les femmes : en 1975 au Mexique, en 1980 à Copenhague, en 1985 à Nairobi et en 1995 à Pékin.

<sup>3</sup> Source : Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux et des connaissances », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 232.

<sup>4</sup> Fatou Sow, « Mutilations sexuelles féminines et droits humains en Afrique », Clio. Histoire, femmes et sociétés, 6/1997, 1<sup>er</sup> novembre 1997.

<sup>5</sup> Recommandation générale N° 14 (neuvième session, 1990).

**féminines** qui œuvrent contre ces mutilations, de **mobiliser le secteur éducatif** et d'agir dans le cadre des **politiques de santé publique** en mettant l'accent « *sur la responsabilité particulière qui incombe au personnel sanitaire, y compris aux accoucheuses traditionnelles, d'expliquer les effets nuisibles de l'excision* ». Le comité onusien engage également les États à faire intervenir le personnel politique, « *les dirigeants religieux et les animateurs de collectivité, à tous les niveaux* » pour **sensibiliser l'opinion à la nécessité d'abolir l'excision**.

En février **1994**, une **résolution de l'Assemblée générale des Nations unies**<sup>1</sup> a inscrit parmi les violences faites aux femmes les « *mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme* » (article 2) et a engagé les États à « *ne pas invoquer de considérations de coutume, de tradition ou de religion pour se soustraire à l'obligation de l'éliminer* » (article 4). D'autres résolutions, en 1998 et 2001, ont complété ces prises de position, de même que des résolutions de la Commission des droits de la femme adoptées en 2007, 2008 et 2010.

Le programme d'action adopté à l'issue de la Conférence internationale des Nations unies sur la population et le développement, qui s'est tenue au **Caire en 1994**, se réfère à l'objectif d'abolition des mutilations génitales féminines et appelle les gouvernements à appuyer les ONG et les institutions religieuses qui luttent pour l'élimination de ces pratiques.

En **1997**, l'Unicef, l'OMS et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) adoptent une **déclaration commune sur la prévention et l'abandon des mutilations**.

Il faut souligner que l'adoption de prises de positions internationales appelant les États à lutter contre les mutilations sexuelles féminines n'a été possible que grâce à la **mobilisation des pays concernés**. L'article 5 du Protocole de Maputo, adopté en 2003 dans le cadre de la Charte africaine des droits de l'homme par les chefs d'État de l'Union africaine, interdit et condamne explicitement ces mutilations. Lors de la table ronde du 8 février 2018, le Docteur Morissanda Kouyaté, expert auprès de l'ONU et Directeur exécutif du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, a fait observer que ce texte constituait « *l'un des documents les plus avancés dans le domaine de la protection des droits des femmes* ».

On notera que ce texte a été ratifié par trente-six États et signé par quinze autres. Dans le même esprit, on observera que l'Union interparlementaire africaine a, en 2005, appelé à l'adoption de lois visant à l'abandon de ces pratiques.

---

<sup>1</sup> Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 48/104, février 1994.

c) *Le renforcement de la mobilisation internationale avec la création de la Journée internationale de tolérance zéro*

En 2003, l'ONU renforce la mobilisation internationale contre ces pratiques en instaurant la **Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines**, organisée chaque année le 6 février.

Le Docteur Morissanda Kouyaté s'est félicité, lors de la table ronde du 8 février 2018, que « *tous les 6 février, le monde vibre contre les mutilations génitales féminines* »<sup>1</sup>.

La **volonté d'accélérer un processus demeuré relativement lent** s'est affirmée en 2007-2008, parallèlement à la prise de conscience du caractère mondial de pratiques longtemps considérées à tort comme concernant essentiellement l'Afrique, alors que des études récentes mettent en évidence leur existence dans des pays comme la Malaisie et l'Indonésie, comme cela a été précédemment relevé.

Depuis 2007, un **programme mondial** est mené conjointement par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) pour « *accélérer l'abandon des mutilations génitales féminines* ». Pendant la première phase de mise en œuvre de ce projet, entre 2008 et 2013, les efforts ont porté sur la formation de quelque 100 000 professionnels de santé à la prévention et aux soins. Selon la présentation de ce programme sur le site du FNUAP, plus de 20 000 leaders religieux ou chefs traditionnels ont, pendant la même période, effectué des déclarations publiques « *désavouant les préceptes religieux imposant les pratiques de mutilations génitales féminines* »<sup>2</sup>.

En février 2008, **dix organismes onusiens**, parmi lesquels le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, publient une **déclaration commune** qualifiant les mutilations sexuelles féminines de **violation des droits humains** et appellent à « *accélérer le changement* » pour mettre fin à ces pratiques.

En 2012, une **résolution de l'Assemblée générale** s'inquiète de la persistance des mutilations « *dans toutes les régions du monde* », réaffirme les menaces sur la santé des filles et des femmes imputables aux mutilations génitales, « *notamment sur les plans psychologique, sexuel et procréatif* », rappelle leurs « *conséquences obstétricales et néonatales néfastes* », se déclare « *préoccupée par l'augmentation avérée du nombre de cas où du personnel médical procède à des mutilations génitales féminines dans toutes les régions où cette pratique a cours* » et **exhorte les États à intensifier leurs efforts pour y mettre fin**, notamment

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette table ronde.

<sup>2</sup> <http://www.unfpa.org/fr/programme-commun-de-lutte-contre-la-mutilation-g%C3%A9nitale-f%C3%A9minine-et-lexcision>

à partir de campagnes d'information « *ciblant systématiquement le grand public, les professionnels concernés et les communautés* »<sup>1</sup>.

Le 6 février 2015, **Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines**, le secrétaire général de l'ONU affirme que « *si tout le monde se mobilise - femmes, hommes et jeunes - il sera possible, en une génération, de mettre fin à une pratique qui affecte quelque 130 millions de filles et de femmes, dans les 29 pays pour lesquels nous disposons de statistiques* ».

Parmi les **17 objectifs de développement durable (ODD)** adoptés en septembre 2015, la cible 5-3 vise précisément à « *éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine* ».

Deux ans plus tard, le 6 février 2017, le secrétaire général de l'ONU fixe une **perspective précise** : « *mettre un terme à ces pratiques d'ici 2030* ».

*d) Un cadre juridique récent*

(1) Au niveau international

On observe que les traités internationaux dont les signataires s'engagent à mettre fin à ces pratiques et à sanctionner leurs auteurs sont récents puisqu'ils datent du XXI<sup>e</sup> siècle.

Ainsi, la Convention internationale pour les droits de l'enfant de 1989 **n'aborde-t-elle pas les mutilations sexuelles féminines en tant que telles**, même si elle engage les États, à l'article 24-3, à « *prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants* ».

En revanche, la **Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite convention d'Istanbul**, adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 7 avril 2011 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2014, comporte un article qui concerne **spécifiquement les mutilations sexuelles féminines** : « *Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour ériger en infractions pénales, lorsqu'ils sont commis intentionnellement* :

*a) l'excision, l'infibulation ou toute autre mutilation de la totalité ou partie des labia majora, labia minora ou clitoris d'une femme ;*

*b) le fait de contraindre une femme à subir tout acte énuméré au point a ou de lui fournir les moyens à cette fin ;*

*c) le fait d'inciter ou de contraindre une fille à subir tout acte énuméré au point a ou de lui fournir les moyens à cette fin* » (article 38).

---

<sup>1</sup> Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines, 67/146, décembre 2012.

Ainsi que l'a rappelé Maryvonne Blondin, co-rapporteuse, lors de la table ronde du 8 février 2018, sur les 47 pays signataires de la convention d'Istanbul, tous à ce jour ne l'ont pas ratifiée. La France y a procédé en juillet 2014. Maryvonne Blondin a jugé regrettable que des arguments tels que la tradition, notamment religieuse, puissent s'opposer dans certains pays à la ratification de cette convention, qui fait référence à toutes les violences subies par les femmes<sup>1</sup>.

**La délégation salue l'importance de la convention d'Istanbul dans la lutte contre les violences faites aux femmes, se félicite que ce texte engage très explicitement les États à ériger les mutilations sexuelles féminines en infractions pénales et appelle tous les pays du Conseil de l'Europe qui n'y auraient pas encore procédé, à une ratification rapide de ce texte essentiel pour la protection des femmes.**

(2) Au niveau national

Selon le rapport de l'INED précité<sup>2</sup>, des lois relatives aux mutilations génitales féminines ont été adoptées dans **25 pays parmi les 30 pays les plus concernés**<sup>3</sup>. Les mesures les plus anciennes ont été votées en 1965 en Guinée et en 1966 en République centrafricaine. Dans quinze de ces pays, ces législations sont plus récentes puisqu'elles datent des années 2000-2010<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> À ce jour, parmi les membres du Conseil de l'Europe, l'Azerbaïdjan et la Fédération de Russie n'ont ni signé ni ratifié cette convention. Les États qui, l'ayant signée, ne l'ont pas encore ratifiée, sont l'Arménie, la Bulgarie, la Croatie, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, la Moldavie, la République tchèque, la Slovaquie, le Royaume-Uni et l'Ukraine. L'Union européenne a signé la convention mais ne l'a pas encore ratifiée. Les États ayant ratifié cette convention sont, outre la France : l'Albanie, l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la Géorgie, l'Islande, l'Italie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, Malte, Monaco, le Monténégro, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, Saint-Marin, la Serbie, la Slovénie, la Suède, la Suisse, la Turquie.

Source : <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures>, site du Conseil de l'Europe, 9 mai 2018.

<sup>2</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux et des connaissances », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 296.

<sup>3</sup> Dans les pays suivants, selon la même source (p. 296), aucune loi n'a été votée : Cameroun, Gambie, Indonésie, Liberia, Mali.

<sup>4</sup> Le rapport précité de l'INED de 2016 rappelle, à partir d'une source de l'Unicef, le calendrier d'adoption de législations interdisant ou restreignant les mutilations sexuelles féminines. 1965 : Guinée ; 1966 : République centrafricaine ; 1994 : Ghana ; 1995 : Djibouti ; 1996 : Burkina-Faso ; 1998 : Côte d'Ivoire, Tanzanie, Togo ; 1999 : Nigeria, Sénégal ; 2001 : Kenya, Yémen ; 2003 : Bénin, Niger, Tchad ; 2004 : Éthiopie ; 2005 : Mauritanie ; 2007 : Érythrée ; 2008 : Égypte, Soudan ; 2010 : Ouganda ; 2011 : Guinée-Bissau, Irak ; 2012 : Somalie ; 2015 : Sierra-Leone.

**La France a été le premier pays occidental à pénaliser la pratique des mutilations sexuelles féminines** (en 1979) ; puis la Suède (en 1982) et le Royaume-Uni (en 1985) ont adopté des législations contraignantes. Ainsi que le relève le rapport précité de l'INED de 2016, « *les pays d'Amérique du Nord, l'Australie et la Norvège ont légiféré dans les années 1990 et les autres pays européens au cours de la décennie 2000* »<sup>1</sup>.

Le rapport précité de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe observe que des pays membres du Conseil de l'Europe ont introduit dans leur code pénal une **infraction spécifique relative aux mutilations** « *sans attendre d'avoir ratifié la convention d'Istanbul* » : Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Chypre, Danemark, Espagne, Irlande, Italie, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse. D'autres pays comme la France ont fait le choix de faire reposer la pénalisation des mutilations sur des dispositions pénales générales (dommages corporels, blessures volontaires, violences ayant entraîné la mort, une infirmité permanente ou une mutilation).

Toutefois, comme le déplore le rapport précité de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, « *la criminalisation de cette pratique ne se traduit pas en poursuites et condamnations pénales* ». Parmi les raisons susceptibles d'expliquer ce « *faible taux de poursuites et de sanctions* », ce document évoque la rareté des plaintes, « *en raison notamment de la difficulté de dénoncer ses propres parents* », la difficulté d'identifier les auteurs quand ces mutilations ont été effectuées à l'étranger, la « *pression sociale* » et la jeunesse des victimes.

Ainsi, alors que le Royaume-Uni s'est, dès 1985, doté d'une législation réprimant spécifiquement les mutilations sexuelles féminines, renforcée d'ailleurs en 2003 puis en 2015, des **poursuites** contre les responsables de telles pratiques n'y ont été engagées qu'en 2014 (cas d'un médecin ayant procédé à une nouvelle infibulation après un accouchement).

Selon la commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, « *Au sein de l'Union européenne, jusqu'en février 2012, seuls 41 cas ont été portés devant les tribunaux, principalement en France (29 cas)* ».

Ainsi que le présent rapport le précise ci-après, la France oppose une réponse pénale rigoureuse aux mutilations sexuelles féminines, mais il a fallu l'émotion suscitée par le décès de petites filles, en 1982, pour que ce qui était jusqu'alors considéré comme une pratique culturelle soit qualifié de crime.

---

<sup>1</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « *Les mutilations génitales féminines – état des lieux et des connaissances* », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 234.

## 2. La lutte contre les mutilations sexuelles féminines, une exigence européenne

### a) La mobilisation de l'Union européenne

#### (1) Les résolutions du Parlement européen

Diverses **résolutions du Parlement européen** constituent autant de positions fermes et solennelles des eurodéputés contre les mutilations sexuelles féminines.

La résolution du 24 mars 2009 sur la « *Lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'Union européenne* » appelle à la « *condamnation la plus catégorique* » des « *mutilations sexuelles imposées aux petites filles* », qui constituent une « *atteinte manifeste à la réglementation internationale et nationale concernant la protection de l'enfant et de ses droits* ». Les eurodéputés appellent les États membres à se doter de **statistiques harmonisées** afin d'évaluer le nombre de femmes mutilées et le nombre de femmes exposées à ce risque. La résolution invite la Commission et les États membres à élaborer une **politique globale** et des plans d'action pour **éliminer ces pratiques sur le territoire de l'Union**.

La résolution du 14 juin 2012 sur l'« *Élimination de la mutilation génitale féminine* » renvoie aux travaux de l'ONU précédemment exposés. Elle qualifie ces pratiques de « *violation des droits de l'homme [et] des droits de l'enfant* » et de « *maltraitance irréparable* » aux « *conséquences irréversibles* » ; elle souligne combien les phénomènes de migration rendent incertaines les statistiques dans ce domaine. Elle demande aux États membres de **sanctionner efficacement les auteurs de ces pratiques** et d'adopter des mesures de prévention. Elle estime que **la lutte contre ces mutilations a vocation à s'inscrire « dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre la violence à l'égard des femmes »**.

La résolution adoptée lors de la Journée de tolérance zéro de 2014 et intitulée « *Vers l'éradication des mutilations génitales féminines* » poursuit la dénonciation de ces pratiques dans la logique du texte de 2012 en rappelant que ces mutilations constituent une « *violation [des] droits fondamentaux* », qu'elles relèvent des **violences faites aux femmes et aux filles** et que la lutte contre ces pratiques doit de ce fait relever d'une « *approche générale et cohérente de la lutte contre la violence à l'égard des femmes* ».

Les eurodéputés qualifient de surcroît ces mutilations de pratique « *cruelle* » et « *brutale* » et les jugent « *contraires à la valeur fondatrice européenne d'égalité entre les femmes et les hommes* ». Ils estiment que « *les valeurs culturelles et traditionnelles ne peuvent en aucun cas servir de prétexte à la pratique des MGF sur des enfants, des jeunes filles ou des femmes* ».

La *Résolution sur la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines, adoptée par Parlement européen le 7 février 2018*<sup>1</sup>, rappelle les « *progrès accomplis, bien que de façon inégale, au cours des trente dernières années* », tout en exprimant la crainte que ces évolutions favorables soient compromises par la **croissance démographique**.

Les eurodéputés constatent l'influence, sur le maintien de ces pratiques :

- de la « *communauté locale, [...] souvent le principal facteur déterminant qui pousse les parents à faire mutiler leurs filles* » ;

- de la religion, dans de nombreuses communautés qui pratiquent la mutilation : la résolution appelle donc les « *chefs religieux* » à participer à la lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

Ils insistent sur l'**importance d'actions locales** visant à **améliorer la condition des femmes dans les pays concernés** par l'**accès de toutes les filles à l'école** et par l'**émancipation économique des femmes**.

La résolution du 7 février 2018 souligne donc l'importance d'actions de **sensibilisation** pour **prévenir ce fléau**, souvent plus efficaces selon les eurodéputés que des poursuites judiciaires, et inversement note la complexité des mesures de sanction car les « *coupables et les complices sont souvent des parents de la victime* ». La résolution du Parlement européen relève à cet égard l'« *apparente inefficacité [du] droit pénal, étant donné qu'il n'y a eu, dans l'Union, qu'une poignée d'affaires portées devant la justice* » et insiste sur le fait que le « *droit pénal et les formations ciblées doivent aller de pair avec les efforts de sensibilisation* » mis en œuvre dans un **esprit préventif**.

Le Parlement européen « *déplore la médicalisation croissante de la pratique dans certains pays* » et invite les États membres de l'Union européenne à « *proscrire explicitement la médicalisation des mutilations génitales féminines tout en sensibilisant le personnel médical à ce problème* ».

Il insiste également sur la **nécessité d'inscrire la lutte contre les mutilations dans une politique globale** en demandant à la Commission et aux États membres d'« *intégrer la prévention des mutilations génitales féminines dans tous les secteurs, en particulier dans ceux de la santé, santé sexuelle et génésique comprise, du travail social, de l'asile, de l'éducation, éducation sexuelle comprise, des forces de l'ordre, de la justice, de la protection de l'enfance, des médias et de la communication* ».

## (2) L'initiative *Spotlight*

En 2017, l'Union européenne et l'ONU ont mis en place une nouvelle action mondiale pour éliminer les violences à l'égard des femmes : l'initiative *Spotlight*, qui, en cohérence avec le Programme de développement

---

<sup>1</sup> 2017/2936 (RSP).

durable à l'horizon 2030, inscrit la lutte contre les mutilations génitales féminines dans l'ensemble des violences faites aux femmes.

Le programme *Spotlight*, auquel l'Union européenne a attribué un premier versement de 500 millions d'euros et dont elle semble devoir être le principal contributeur, s'appuie sur le constat que « *la violence à l'égard des femmes et des filles constitue l'une des violations des droits de l'homme les plus répandues, les plus persistantes et les plus dévastatrices dans le monde* »<sup>1</sup>.

b) *La dénonciation des mutilations sexuelles féminines : un engagement de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe*

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) a adopté deux recommandations, en 2001 et 2016, portant spécifiquement sur les mutilations sexuelles féminines<sup>2</sup>.

Par sa **résolution de 2001**<sup>3</sup>, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe « *fait sienne la position [des institutions onusiennes] qui retiennent la qualification de **torture** pour les mutilations sexuelles et en demandent l'interdiction* ». Elle « *proclame la prééminence, sur les coutumes et sur les traditions, des principes universels du respect de la personne, de son droit inaliénable de disposer d'elle-même et de la pleine égalité entre les hommes et les femmes* ». Elle se réfère non seulement aux conséquences graves de ces mutilations sur la santé des victimes, mentionnant notamment le risque de contamination par le virus du Sida, mais condamne aussi des pratiques liées à ces mutilations : **mariages forcés** et « *tests de virginité* ».

Parmi les conséquences que tire l'APCE de sa condamnation des mutilations sexuelles féminines, relevons l'engagement de cette assemblée en faveur :

- de campagnes d'information et de sensibilisation pour les personnels de santé et les « *groupes de réfugiés* » ;
- de cours d'éducation sexuelle dans les écoles ;
- et de la répression des auteurs et complices, « *y compris les parents et le personnel de santé* ».

<sup>1</sup> <http://www.un.org/fr/spotlight-initiative/>

<sup>2</sup> Une résolution de 2013 (Résolution 1952, 1<sup>er</sup> octobre 2013), intitulée « Le droit des enfants à l'intégrité physique » vise tant les mutilations génitales féminines que les « opérations précoces sur les enfants intersexes », sujet auquel la délégation a consacré un rapport d'information en février 2017 (Maryvonne Blondin, Corinne Bouchoux, Variations du développement sexuel : lever un tabou, lutter contre la stigmatisation et les exclusions, n° 441, 2016-2017), les pratiques telles que les piercings, tatouages ou opérations de chirurgie plastique auxquelles « les enfants sont parfois soumis ou contraints » ainsi que « la circoncision de jeunes garçons pour des motifs religieux » : on observe toutefois que le rapport adopté trois ans plus tard, en septembre 2016, par la commission sur l'égalité et la non-discrimination de l'APCE écarte tout parallèle entre la circoncision masculine et la mutilation génitale féminine (alinéa 16).

<sup>3</sup> Résolution 1247 (2001), 22 mai 2001.

La **résolution adoptée en 2016**<sup>1</sup> insiste sur la **prévention**, qui doit cibler « *tous les acteurs concernés* » : organisations de terrain, services sociaux et éducatifs, police, justice, professionnels de santé, sans oublier les « *communautés qui pratiquent* » ces mutilations.

Ce texte montre par ailleurs une sensibilité particulière à l'égard du lien entre les mutilations et la **question des réfugiés** : il appelle les États à promouvoir la **formation à la détection des mutilations sexuelles féminines** des travailleurs sociaux « *travaillant dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile* » et à reconnaître le risque de subir une mutilation comme persécution au sens de la convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés.

La résolution de 2016 invite les États à prendre « *toutes les mesures nécessaires pour empêcher que les filles subissent une mutilation génitale à l'occasion de voyages dans les pays d'origine de leurs parents* » et, à cette fin, à « *renforcer la coopération judiciaire et policière internationale* ».

### **3. L'éradication de ces pratiques à l'échéance de 2030 : un objectif crédible ?**

On ne peut que **saluer l'objectif consistant à parvenir à la suppression des mutilations sexuelles féminines en 2030, inscrit à l'agenda de l'ONU depuis 2017.**

Certes, la diminution de la prévalence, attestée par les statistiques, peut constituer un signal positif susceptible d'autoriser un certain optimisme.

Cet optimisme doit toutefois être relativisé, comme l'a relevé le Docteur Morissanda Kouyaté lors de la table ronde du 8 février 2018 :

*« En 1984, nous avons affirmé notre volonté de mettre fin aux mutilations génitales féminines. En 2000, on recensait 32 millions de filles excisées ; nous avons de ce fait sensibilisé les Nations unies à la nécessité d'éradiquer ce fléau des mutilations génitales féminines dans le cadre de la définition des Objectifs du millénaire pour le développement. En 2015, 30 millions de filles de plus avaient été excisées, de sorte que les Nations unies ont reporté à 2030 l'objectif de l'élimination de ces pratiques. Encore quinze autres années ! Cela signifie que 30 millions de filles seront encore excisées d'ici là. Si on continue comme cela, en 2030, on reportera encore cet objectif à 2045. Cela ne finira jamais ! »*<sup>2</sup>.

**Décaler dans le temps l'objectif d'éradication de ces pratiques revient donc à admettre que des millions de filles et femmes dans le monde subissent encore ces mutilations.**

---

<sup>1</sup> Résolution 2135 (2016), 13 octobre 2016.

<sup>2</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette table ronde.

Du reste, l'ONU elle-même reconnaît la fragilité de cet objectif. Le secrétaire général de l'ONU notait ainsi, le 6 février 2018, qu'« *en l'absence d'une action concentrée et rapide, [le nombre de victimes] pourrait augmenter de trois millions par an d'ici à 2030* » : les progrès atteints dans plusieurs pays par la volonté politique « *ne suffisent pas devant le rythme de la croissance démographique* ».

On observe donc, plus de dix ans après les premières prises de positions officielles contre l'excision, une stabilité des éléments du plaidoyer contre les mutilations sexuelles, comme si l'on en était toujours à prôner la prévention et la sensibilisation pour mettre en échec un fléau qui perdure sur fond de croissance démographique et de résistance des pratiques traditionnelles.

En dépit des incertitudes qui pèsent sur la capacité de la communauté internationale à mettre fin aux mutilations sexuelles féminines, il est indispensable de soutenir fermement l'objectif d'éradication totale de ces pratiques.

**La délégation souligne l'importance de la *Journée internationale de tolérance zéro* pour la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Elle soutient l'objectif d'éradication de ces pratiques à l'échéance de 2030. Elle salue l'engagement de l'ONU, du Parlement européen et de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe contre les mutilations sexuelles féminines et se félicite de la détermination de ces institutions à considérer que ces pratiques ne sauraient être justifiées par la tradition culturelle ou religieuse.**

## **II. UNE RÉALITÉ NATIONALE PERSISTANTE, QUI IMPOSE LA POURSUITE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE DYNAMIQUE POUR LUTTER CONTRE CES PRATIQUES**

Le drame de l'excision ne connaît pas de frontières et concerne, *via* le contexte migratoire, de nombreuses femmes et filles sur notre territoire.

Malgré un cadre juridique étoffé, la vigilance s'impose encore aujourd'hui face à des pratiques qui ont connu des évolutions récentes auxquelles les politiques publiques mises en place dans notre pays doivent s'adapter.

## A. LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES EN FRANCE

### 1. L'état des lieux

#### a) Origines historiques et géographiques des mutilations sexuelles féminines

Ainsi que le fait observer la *Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes* de février 2016, « la question de l'excision en France est apparue avec l'augmentation et la féminisation de l'immigration originaire des pays d'Afrique subsaharienne »<sup>1</sup>.

Comme l'a rappelé le 15 mars 2018 le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol*, qui a commencé à exercer en tant que médecin de PMI en 1976, « c'est à peu près à cette époque que l'on a commencé, en France, à s'intéresser au problème des mutilations. C'est en effet à ce moment-là que, du fait du regroupement familial, nous avons commencé à recevoir en consultation des femmes et des enfants originaires de pays où ces pratiques existent et que nous avons rencontré ces mutilations, auxquelles nous n'avions jamais été confrontés auparavant ».

Même si l'on sait que ces mutilations ne sont pas limitées au continent africain, la situation en France est liée à leur évolution dans les pays où elles existent. Ainsi l'excision en France semble-t-elle concerner surtout des **femmes** originaires de pays comme le Mali, le Sénégal, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et la Guinée<sup>2</sup>, ainsi que leurs **filles**. Selon l'INED, **45 % des femmes nées dans un pays exposé seraient mutilées**.

#### b) Des statistiques à affiner

Le nombre de femmes adultes mutilées vivant en France était ainsi estimé par l'INED, en 2004, à une **moyenne de 53 000**, au sein d'une **fourchette comprise entre 42 000 et 61 000 personnes**. Ces statistiques s'appuient sur le croisement d'enquêtes sur la prévalence des mutilations sexuelles dans les pays où elles se pratiquent avec une analyse des flux migratoires en France<sup>3</sup>. Ces méthodes sont perfectibles et « le nombre de femmes concernées en France reste mal connu »<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, n° 9, février 2016, p.4.

<sup>2</sup> Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, n° 9, février 2016, p.4.

<sup>3</sup> Ainsi que le relève l'étude précitée de l'INED de 2016, ces estimations indirectes fondées sur l'extrapolation, sur le pays d'émigration, de pratiques observées dans le pays d'origine n'est pas pleinement satisfaisante car « la population migrante n'est pas représentative, en termes sociodémographiques, de la population restée dans le pays d'origine » (A. Andro, M. Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux et des connaissances », *Population* 2016/2 (Vol. 71), p. 249).

<sup>4</sup> A. Andro, M. Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », *Population et société*, octobre 2007.

---

Pour autant, ces estimations permettent d'évaluer les changements en cours et les perspectives d'avenir. Une approche consiste à comparer la proportion de femmes excisées parmi celles qui ont entre 30 et 49 ans et la proportion dans la génération des 15-29 ans : une baisse du pourcentage de femmes excisées chez les plus jeunes annonce une diminution de la pratique des mutilations.

De fait, les statistiques semblent confirmer un certain « *décrochage générationnel* »<sup>1</sup> qui constitue une évolution favorable, comme le montre une **enquête de l'INED réalisée entre 2007 et 2009, dans cinq régions françaises**<sup>2</sup>, auprès de 2 882 femmes adultes migrantes (2/3) ou filles de migrants (1/3)<sup>3</sup> : 685 des personnes interrogées (soit 23,7 %) ont été victimes de mutilations sexuelles.

Les chiffres établis en 2009 par cette enquête *Excision et handicap* (ou *ExH*) permettent de faire le constat d'une **évolution relativement encourageante** au fil du temps en ce qui concerne le **risque couru par les fillettes** :

- au début des années 1980, on estimait que 80 % des mères originaires de pays où se pratiquaient les mutilations sexuelles féminines étaient excisées, et que 70 % des fillettes originaires de ces pays étaient excisées ou menacées de l'être ;

- « *Dans sept cas sur dix, aucun des parents ni un proche n'a l'intention de faire exciser la fillette* »<sup>4</sup> ;

- parmi les filles de femmes excisées interrogées au cours de cette enquête, 11 % sont elles-mêmes excisées, mais cette proportion tombe à **3 % pour celles qui sont nées en France**, où ces pratiques sont interdites ; elle s'élève à **45 % pour les filles nées dans des pays à risque**.

Les statistiques sont donc révélatrices d'une **certaine diminution de la prévalence**<sup>5</sup>. Pour autant, on ne saurait considérer le combat comme gagné, puisque dans les familles concernées trois fillettes sur dix, en France, sont toujours menacées de subir une mutilation.

On observera toutefois que l'enquête de l'INED réalisée en 2009 reste limitée par son champ géographique et le nombre de personnes interrogées. Ses résultats mériteraient de plus d'être **actualisés**.

---

<sup>1</sup> INED, « *Les mutilations sexuelles féminines en France, Premiers résultats de l'enquête Excision et handicap* », décembre 2009.

<sup>2</sup> Ile-de-France, Haute-Normandie, PACA, Pays de la Loire et Nord-Pas-De-Calais.

<sup>3</sup> Ces personnes, toutes majeures (70 % avaient moins de 35 ans) ont été interrogées lors de consultations gynécologiques hospitalières ou en centres de PMI.

<sup>4</sup> INED, « *les mutilations sexuelles féminines en France, Premiers résultats de l'enquête Excision et handicap* », décembre 2009.

<sup>5</sup> La prévalence des MGF est le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une forme de mutilation sexuelle.

La gravité des mutilations sexuelles féminines justifierait une enquête plus approfondie. On peut à cet égard regretter que l'enquête *Virage*, outil dédié à la connaissance statistique des violences faites aux femmes, ne s'étende pas aux mutilations sexuelles féminines (ni dans sa version métropolitaine ni dans sa déclinaison ultramarine).

**Pour une meilleure connaissance statistique des mutilations sexuelles féminines et de leur prévalence dans notre pays, la délégation souhaite la mise à l'étude de l'extension de l'enquête Virage, y compris dans sa dimension ultramarine, à un questionnement sur les mutilations sexuelles féminines.**

*c) Un ancrage dans le continuum des violences faites aux femmes*

En France comme ailleurs, **les mutilations sexuelles féminines s'inscrivent, pour leurs victimes, dans un parcours de violences.**

Il est significatif que les **structures où sont soignées des femmes mutilées**, dont la délégation a rencontré les responsables en vue de la préparation de ce rapport<sup>1</sup>, **accueillent l'une et l'autre des femmes victimes de toutes les violences** - viol, inceste, mariage précoce et forcé, violences psychologiques - sans limiter leur champ de compétences aux mutilations sexuelles féminines.

Comme l'a d'ailleurs précisé Frédérique Martz, directrice de *Women Safe* lors de son audition du 22 mars 2018, certaines femmes découvrent qu'elles ont été excisées à l'occasion de leur prise en charge à l'institut en tant que victimes de **violences conjugales**. Celles-ci constituent, avec les **violences subies lors du parcours migratoire**, un point d'entrée non négligeable des patientes de *Women Safe* suivies pour des mutilations sexuelles féminines, puisque ces deux catégories représentent 60 % des femmes excisées directement reçues par l'institut.

Ainsi que l'a rappelé le Docteur Pierre Foldès le 22 mars 2018, « *une femme victime de mutilation sexuelle est généralement victime d'autres formes de violences. Une fois qu'une femme est excisée, on peut tout lui imposer* ».

---

<sup>1</sup> La Maison des femmes de Saint-Denis, fondée par le Docteur Ghada Hatem, gynécologue obstétricienne, et Women safe - Institut en santé génésique, fondée par le Docteur Pierre Foldès et Frédérique Martz, directrice générale.

---

De manière générale, la prise en charge en France des femmes mutilées **révèle des formes de violences inconnues jusqu'à présent** : comme l'a fait observer le Docteur Pierre Foldès le 22 mars 2018, les femmes migrantes sont en effet « *violées durant leur parcours ou prostituées dans des circonstances inédites* »<sup>1</sup>.

Par ailleurs, ainsi que cela a été relevé précédemment, l'excision est aussi liée au fléau des **mariages forcés et précoces** qui, il faut en avoir conscience, s'accompagnent de **viols** quotidiens. L'une des patientes de *Women Safe* rencontrées le 5 février 2018 par la délégation, mariée à l'âge de 11 ans, a évoqué son « *mari pédophile* ».

Ce constat rejoint le témoignage de Diaryatou Bah qui, lors de la table ronde du 8 février 2018, notait que « *Après l'excision, c'est le mariage qui attend les filles, mariage forcé, ou mariage arrangé. En ce qui me concerne, je dis souvent que c'est un mariage forcé car à douze ans, une fille ne connaît pas la vie. Elle sait encore moins ce que sont l'amour ou le mariage* ». D'après Frédérique Martz, directrice de *Women Safe*, pour certaines patientes le traumatisme dû au mariage précoce serait plus fort que celui qu'a causé leur excision, par exemple si celle-ci a été pratiquée très tôt : « *Bien des femmes ne se souviennent plus de leur excision, mais leur mariage forcé est en revanche très présent* ». Elle a également fait observer qu'une patiente de *Women Safe* considérait n'avoir eu « *ni enfance ni adolescence, ayant été mariée et mère très jeune* »<sup>2</sup>.

Pour Marie Cervetti, directrice de *Une Femme, un Toit*, rencontrée le 12 mars 2018, **les mutilations sexuelles féminines font partie d'un ensemble constitué par les violences sexuelles, les violences intrafamiliales, les violences au sein du couple, le mariage forcé (et donc le viol conjugal) et la prostitution** (25 % des jeunes femmes accueillies en 2017 avaient été concernées par la « *prostitution de survie* »)<sup>3</sup>.

On notera que 8 % des résidentes de ce foyer d'hébergement ont été victimes d'excision et que 80 % d'entre elles ont été mariées de force ou menacées de mariage forcé.

Cette inscription des mutilations sexuelles féminines dans le **continuum des violences faites aux femmes** est plus évidente encore dans le cas des **femmes migrantes** qui, ayant subi ces violences dans leurs pays, sont de surcroît confrontées à la tragédie des **crimes et viols de guerre**, comme l'a évoqué le Docteur Ghada Hatem lors de la table ronde du 8 février 2018 : « *Accueillir ces femmes - je crois que vous en avez eu l'expérience lorsque vous vous êtes rendus au Women Safe, qui fait un travail tout à fait semblable - c'est être confronté à des thématiques très imbriquées. Chez nous, les femmes nous racontent l'excision, le viol, le mariage forcé, la honte d'être différente, la douleur,*

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition.

<sup>2</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette audition.

<sup>3</sup> Voir en annexe le compte rendu de ce déplacement.

*l'absence de désir et de plaisir, l'exode, les crimes de guerre... Nos patientes, sauf lorsqu'elles sont nées en France, ont vécu tout cela ».*

À cet ensemble de violences, commun aux victimes de mutilations sexuelles, Frédérique Martz, directrice de *Women Safe*, a ajouté lors de son audition par la délégation, le 22 mars 2018, les effets de la **précarité sociale** qui pénalise certaines patientes dans leur parcours de soins et dans leur intégration. Elle a fait observer que l'un des points d'entrée à l'institut était l'hébergement d'urgence et que 49 % des patientes de *Women Safe* n'étaient couvertes que par l'aide médicale d'État.

## 2. Des évolutions à prendre en compte

Si le risque d'être excisée sur le territoire national semble relativement faible, il n'en va pas de même lors de voyages dans le pays d'origine de la famille.

Comme le relevait en 2013 la CNCDH<sup>1</sup>, si la France a longtemps été en pointe de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, « *les progrès marquent le pas depuis quelques années* »<sup>2</sup> et **les évolutions des mutilations freinent l'efficacité de la prévention.**

*a) La nécessité d'une vigilance accrue à l'égard des adolescentes, à la fois de la part des professionnels de santé et des personnels de l'Éducation nationale*

De manière éclairante, la CNCDH faisait observer, dans son avis sur les mutilations sexuelles adopté le 30 juin 1988, que la loi pénale française réprimait déjà efficacement les mutilations sexuelles féminines, sans qu'il soit besoin d'adopter un texte spécifique dans ce domaine, ces pratiques pouvant être sanctionnées sur le fondement des coups, violences et voies de fait commis sur des **enfants de moins de 15 ans** (cette mention s'explique par le fait que le rapport de la CNCDH se référait alors à des interventions effectuées le plus souvent sur des nourrissons).

Selon les observateurs, le combat contre l'excision dans notre pays a porté ses fruits à l'égard des **petites filles**, moins menacées désormais sur le territoire national même si, comme le relève l'avis de la CNCDH de novembre 2013, « *l'on ne peut totalement exclure que les exciseuses continuent à exercer en France* », ni que des mutilations clandestines soient pratiquées en France.

Cette crainte rejoint celle du Docteur Emmanuelle Piet et de Marie Cervetti, directrice d'*Une Femme, un Toit*, rencontrée le 12 mars 2018, qui estiment que des excisions continuent à se pratiquer sur le territoire national. La persistance en France de pratiques pourtant interdites a été évoquée lors

---

<sup>1</sup> CNCDH, 11 décembre 2013, Avis sur les mutilations sexuelles.

<sup>2</sup> <http://www.cncdh.fr/fr/actualite/mutilations-sexuelles-feminines>

---

de l'examen de ce rapport par la délégation, le 16 mai 2018, à l'initiative de notre collègue Jacqueline Eustache-Brinio.

Le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol*, témoignant, lors de son audition par les co-rapporteuses, le 15 mars 2018, de son expérience de médecin de protection maternelle et infantile, a confirmé qu'à la fin des années 1990, on ne voyait plus de petites filles excisées lors des examens obligatoires des organes génitaux dans les centres de PMI, où sont suivis les enfants jusqu'à l'âge de six ans.

Comme l'a souligné le Docteur Emmanuelle Piet, les familles se sont adaptées à la législation française en reportant l'âge de la mutilation des filles par rapport à leurs usages : « *l'excision a commencé à concerner des enfants d'âge scolaire, pendant les vacances* ». Les familles ont ensuite, à la fin des années 1990, modifié une nouvelle fois leurs pratiques, en faisant mutiler leurs filles non plus à l'âge de l'école élémentaire, mais après le CM2 : « *Tout simplement, note le Docteur Piet, les filles ne font plus leur entrée au collège, elles sont mariées dans le pays de leur famille après y avoir été mutilées* »<sup>1</sup>.

La menace est donc malheureusement loin d'avoir disparu, *a fortiori* parce qu'elle concerne davantage aujourd'hui des **adolescentes** et qu'elle se précise **à l'occasion d'un voyage dans le pays dont la famille est originaire**, parfois, comme le relève la CNCDH dans son avis de novembre 2013, « *à l'insu de leurs parents* ».

Selon l'enquête *ExH* de l'INED, le questionnement des mères révèle que « *dans trois cas sur dix, un risque persiste, soit en cas de retour au pays - et les parents en sont conscients -, soit directement lié à une intention plus ou moins formulée par l'un des autres parents* »<sup>2</sup>.

Ce constat d'un risque lié au retour au pays rejoint un témoignage apporté par le Docteur Ghada Hatem, fondatrice de *La Maison des femmes* de Saint-Denis, lors de son audition, le 14 décembre 2017. Elle a considéré que pour les jeunes filles concernées, une chute des résultats scolaires au retour des congés et une tendance nouvelle à s'isoler devraient constituer des **signaux d'alerte pour la communauté éducative**, dont elle a estimé insuffisante la sensibilisation au danger pesant sur certaines élèves des établissements d'enseignement secondaire.

De telles situations imposent une **vigilance accrue à l'égard des adolescentes, pour lesquelles le traumatisme de la mutilation se double d'un sentiment de trahison et d'abandon**, car l'excision est le plus souvent pratiquée à la demande d'un proche, même s'il arrive que les parents ne soient ni volontaires ni informés.

---

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cet entretien.

<sup>2</sup> INED, « *les mutilations sexuelles féminines en France, Premiers résultats de l'enquête Excision et handicap* », décembre 2009.

À bien des égards, les **professionnels de santé** appartenant à la **communauté éducative** sont bien placés pour contribuer au repérage et à l'orientation des victimes potentielles. Médecins, infirmières et psychologues scolaires devraient pouvoir être en mesure de mener à bien cette mission, comme l'ont rappelé plusieurs intervenants de la table ronde du 8 février 2018 : **ce constat impose une réflexion sur le renforcement des moyens de la médecine scolaire.**

Le Docteur Emmanuelle Piet s'est étonnée que des jeunes filles, encore soumises à l'obligation scolaire, puissent **disparaître du collège** sans que celui-ci ait émis un *exeat* les concernant. Elle a attiré l'attention de la délégation sur la nécessité de procéder à un **recensement systématique de ces absences définitives non justifiées, dans une logique de détection et de protection des victimes potentielles de mutilations sexuelles féminines.**

Le **lien entre excision et mariage précoce** avait d'ailleurs été souligné par la CNCDH dans son avis précité de décembre 2013 : **le scandale de l'excision va alors de pair avec le fléau du mariage forcé.**

De fait, le Docteur Emmanuelle Piet a évoqué, lors de son audition du 15 mars 2018, le cas des **mineures excisées qui accouchent dans nos hôpitaux, le plus souvent après avoir subi un mariage forcé**, et s'est étonnée, à juste titre, qu'elles n'y fassent pas toujours l'objet d'un **signalement**, car elles ont été victimes d'un crime. « *Dans ma pratique, j'ai été conduite à soigner de très jeunes filles, enceintes et mutilées : il n'y a pas d'histoire d'amour dans ce contexte, je vous le garantis ! On y trouve en revanche la litanie du mariage forcé et du viol conjugal, sans oublier les mutilations* », a-t-elle souligné.

La délégation appelle donc au **renforcement des moyens de la médecine scolaire, indispensable au repérage des victimes et à la protection des petites filles et des adolescentes contre l'excision.**

Elle recommande aussi que tous les personnels de l'Éducation nationale, sans oublier les infirmières, psychologues et médecins scolaires, soient sensibilisés aux risques courus par les jeunes filles élèves de l'enseignement primaire et secondaire à l'occasion des congés, dans l'hypothèse d'un séjour dans le pays d'origine de leur famille au cours duquel elles pourraient être excisées.

Elle suggère que soit envisagé un recensement systématique, par les établissements d'enseignement secondaire, des jeunes filles qui quittent le collège sans motif, à l'âge de l'obligation scolaire, afin de mieux identifier les victimes potentielles de mutilations sexuelles féminines.

Elle est d'avis, pour renforcer la prévention des mutilations sexuelles féminines et la lutte contre les mariages forcés, que les mineures excisées qui accouchent dans les hôpitaux français fassent l'objet d'un signalement.

*b) Une bonne pratique à généraliser : le repérage par l'Aide sociale à l'enfance des mineures menacées d'excision*

Lors de son audition du 22 mars 2018, Frédérique Martz, directrice de *Women Safe*, a évoqué les mineures adressées à l'institut par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Elle a estimé que, en cas de doute sur la santé d'une mineure, les services de l'ASE devraient avoir le réflexe d'envisager, en fonction du pays d'origine de cette adolescente, un risque d'excision et de faire procéder à un examen médical en conséquence<sup>1</sup>. « Si l'ASE se pose la bonne question face à une enfant qui est originaire d'un pays où l'excision est pratiquée et qui ne va pas bien, nous menons des investigations », a-t-elle précisé<sup>2</sup>. À cet effet, *Women Safe* conduit des actions de formation à destination des intervenants de l'ASE en vue d'une meilleure prise en charge des mineures victimes ou menacées de mutilation sexuelle.

**Sensible à cet argument, la délégation invite le Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE) à sensibiliser les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) à la nécessité de prendre en compte l'hypothèse d'un risque d'excision dans le cadre de toute décision concernant la santé de mineures potentiellement exposées à une mutilation sexuelle du fait du pays d'origine de leur famille.**

*c) L'influence de la diversification récente des flux migratoires*

Comme le relève l'avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme de novembre 2013, « les variations dans les flux migratoires ont amené de nouvelles populations sur le territoire français », ce qui impose de « revenir sur les idées reçues en termes de géographie des mutilations sexuelles féminines ». Ces dernières **ne se limitent pas en effet aux populations d'Afrique subsaharienne**, mais « sont plus largement répandues et touchent des populations très variées ». Or, souligne la CNCDH, les professionnels en contact avec ces populations ne le soupçonnent pas toujours, ce qui confirme la nécessité d'un travail de sensibilisation et de formation sur la prévalence des mutilations sexuelles féminines auprès des professionnels : « médecins, sages-femmes, infirmiers, travailleurs sociaux, enseignants, magistrats..., afin que chacun puisse avoir une connaissance large du sujet et puisse mieux en prévenir les risques ». Ce point sera développé ultérieurement.

De surcroît, au cours de son audition du 15 mars 2018, le Docteur Emmanuelle Piet a estimé que, en dépit des **progrès accomplis en France depuis une quarantaine d'années, le nouveau contexte migratoire appelle**

---

<sup>1</sup> L'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles pourrait être modifié pour que les missions des services de l'Aide sociale à l'enfance comprennent explicitement le repérage et l'orientation des mineures victimes ou menacées de mutilations sexuelles féminines.

<sup>2</sup> Voir en annexe le compte rendu de l'audition du 22 mars 2018.

à un **regain de vigilance à l'égard des populations que la France accueille actuellement** : « *Poursuivre notre travail de prévention à la lumière des enjeux d'aujourd'hui est très important* », a-t-elle fait observer. Dans cette logique, il n'est pas exclu que les praticiens français, confrontés le plus souvent à une excision de type 2, doivent assurer le suivi de femmes ayant subi une infibulation (originaires notamment de Somalie, du Soudan et d'Érythrée), dont le Docteur Piet a estimé qu'elles étaient jusqu'à présent plus nombreuses au Royaume-Uni, par exemple.

Par ailleurs, Fatiha Mlati, directrice de l'intégration et coordonnatrice de la question de genre de *France terre d'asile* a fait valoir, lors de la table ronde du 8 février 2018, la nécessité d'un « *travail pédagogique auprès des demandeurs d'asile pour amener vers un partage de nos valeurs l'ensemble des personnes susceptibles de résider dans notre pays* », s'agissant plus particulièrement de la « *promotion de l'égalité femmes-hommes* ».

On peut ajouter à la remarque très opportune de Fatiha Mlati la **nécessité d'informer ces personnes sur la législation française concernant la protection des enfants**.

**Ces informations doivent de toute évidence intégrer l'interdiction des mutilations sexuelles féminines**, même pour les personnes qui s'inscrivent dans un parcours d'asile sans être accompagnées d'enfants, puisque certains sont susceptibles d'avoir par la suite des enfants sur le territoire français.

**La délégation recommande que les personnes candidates à l'asile en France, hommes et femmes, soient sensibilisées, pendant leur parcours d'asile, à l'égalité femmes-hommes, valeur essentielle de notre République, et à la législation française sur la protection des enfants.**

**Elle souhaite que tous les candidats à l'asile, hommes et femmes, qu'ils soient ou non accompagnés d'enfants, soient informés systématiquement des conséquences pénales des mutilations sexuelles féminines.**

*d) L'apparition de nouvelles formes de mutilations*

Selon l'avis de la CNCDH publié en novembre 2013, 80 % des victimes des mutilations sexuelles féminines en France ont subi une excision, la part des femmes ayant subi une infibulation étant « *non négligeable* », soit 15 %.

Le Docteur Pierre Foldès soulignait l'apparition de **nouvelles formes de mutilations** subies par des patientes originaires de RCA, du Tchad ou du Nigéria (scarification vaginale, repassage de la poitrine...) dans un entretien reproduit par la *Lettre de l'Observatoire national des violences faites*

---

aux femmes<sup>1</sup> : « *Il y a une inventivité terrifiante dans les crimes contre les femmes* », observait-il ainsi en février 2016.

Ce point a été confirmé lors de la visite de la délégation à Saint-Germain-en-Laye, le 5 février 2018 : Frédérique Martz, directrice générale de *Women Safe*, commentant les informations recueillies lors d'un récent voyage au Burkina Faso, a fait état de la pratique de la scarification du clitoris, apparue dans ce pays.

Au cours de son audition par la délégation, le 22 mars 2018, le Docteur Pierre Foldès a également noté, en lien avec la médicalisation de l'excision, l'incidence de nouvelles formes de mutilations impliquant une coupe plus profonde des organes, avec à première vue une apparence extérieure normale pour un praticien à l'œil insuffisamment exercé, les tissus superficiels n'ayant pas été touchés.

## **B. UN CADRE JURIDIQUE ÉTOFFÉ**

### **1. Une répression effective en France**

#### *a) Une loi pénale rigoureuse*

Comme le précise le site officiel *Stop-violences-femmes.gouv.fr*, « *En France, la loi protège tous les enfants qui vivent sur son territoire, quelle que soit leur nationalité. La loi française s'applique à l'acte commis à l'étranger si la victime est française ou si, étrangère, elle réside habituellement en France* ».

Contrairement à certains pays comme le Royaume-Uni, la France ne possède pas de législation concernant spécifiquement l'excision, mais punit celle-ci en tant qu'elle constitue une mutilation, et par conséquent un crime.

Les mutilations subies dans le pays d'origine de leur famille par des jeunes filles résidant en France sont donc passibles des peines prévues par le code pénal :

- l'**article 222-9 du code pénal** réprime les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende) ;

- l'**article 222-10** prévoit une aggravation des peines (vingt ans d'emprisonnement) si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans par une personne ayant autorité sur lui ou par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ; un emprisonnement de trente ans sanctionne les mutilations ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222-8).

---

<sup>1</sup> Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, n° 9, février 2016, p.7.

En 2013, l'arsenal répressif français s'est étendu à deux nouveaux délits :

- l'article **227-24-1 du code pénal** punit de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende le **fait d'inciter un ou une mineur à subir une mutilation sexuelle** par des offres, promesses ou en exerçant des pressions ou contraintes de toute nature ;

- les mêmes peines s'appliquent au **fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sur la personne d'un ou une mineur**.

Par ailleurs, la **loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux conséquences de ces dernières sur les enfants** a prévu la possibilité, pour le juge des enfants, de **faire inscrire une mineure au fichier des personnes recherchées**, pour une durée de deux ans, afin de prévenir la sortie du territoire en cas de **risque de mutilations sexuelles à l'étranger**.

*b) L'obligation de signalement par les professionnels de la chaîne médicale*

Il faut souligner que l'article 226-14 du code pénal, relatif à la **levée du secret professionnel**, s'applique « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, **y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles**, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ». **Toute personne ayant connaissance d'un tel risque doit donc dénoncer celui-ci**.

La délégation reviendra sur ce point ci-après.

*c) Une réponse pénale rigoureuse à poursuivre impérativement*

Depuis qu'en 1983, un arrêt de la Cour de Cassation a assimilé l'excision à une mutilation, considérant donc qu'il s'agissait d'un crime, les affaires de mutilations sexuelles féminines relèvent des assises. En mai 1986, la 15<sup>ème</sup> chambre du tribunal correctionnel de Paris s'est ainsi déclarée incompétente pour juger les parents de six fillettes excisées accusés dans un premier temps de « coups et blessures volontaires sur enfants de moins de 15 ans ».

29 procès à l'encontre de **parents ou d'exciseuses** ont ainsi été recensés depuis 1979, en France, par un avis de la CNCDH de décembre 2013<sup>1</sup>.

Selon les informations disponibles sur le site de la *Ligue du droit international des femmes*, association très engagée contre les mutilations sexuelles féminines, la première condamnation prononcée par une cour d'assises pour excision date de 1988 (trois ans d'emprisonnement avec

---

<sup>1</sup> CNCDH, 11 décembre 2013, Avis sur les mutilations sexuelles.

sursis). En 1991 a été prononcée la première condamnation d'une **exciseuse** à une peine de prison ferme (cinq ans), en 1993 la première condamnation à une peine de prison ferme d'une **mère** ayant fait exciser ses filles (trois ans avec sursis et un ferme), la première condamnation d'un **père** ayant fait exciser sa fille (contre l'avis de la mère) datant de 1996 (un an avec sursis). Selon la même source, le premier procès déclenché par une **fille victime de mutilation** date de 1999 (huit ans de prison ferme pour l'exciseuse et deux pour la mère).

Dans son avis de novembre 2013 sur les mutilations sexuelles féminines, la CNCDH constate que « *Les grands procès des années 1980 et les condamnations qui ont suivi ont permis un net recul de la pratique sur le territoire français* ». Ce point a été souligné par le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol*, entendue le 15 mars 2018. Le Docteur Piet a insisté sur l'intérêt pédagogique de ces procès pour **sensibiliser les familles et prévenir l'excision de leurs filles**, même si elle a déploré qu'il y ait désormais beaucoup moins de procès que de victimes d'excision dans notre pays.

Toutefois, la CNCDH précise : « *afin que l'exemplarité des peines puisse jouer son rôle de prévention et de réparation pour les victimes, il importe que les poursuites soient effectivement engagées et que les peines prononcées soient dissuasives* ».

Or la CNCDH constate dans son avis de 2013 « *une tendance à la correctionnalisation des affaires de viols, et les auditions lui font craindre qu'il puisse en être de même pour les mutilations sexuelles féminines. Ce procédé de la correctionnalisation judiciaire ne devrait être utilisé qu'avec discernement, après recueil de l'accord de la victime, pleinement informée des conséquences procédurales de son choix, y compris des peines encourues* ».

Pour autant, ainsi que l'a noté le Docteur Piet lors de son audition par les co-rapporteuses, le 15 mars 2018, la fermeté qui doit sanctionner les mutilations sexuelles féminines suppose aussi la **vigilance des parquets**. Or la présidente du *Collectif féministe contre le viol* a évoqué un précédent regrettable, citant l'absence de poursuite engagée à l'encontre de parents qui avaient fait exciser leurs trois premières filles : « *Il a fallu que quatre enfants soient mutilés pour que la justice poursuive ces parents !* », a-t-elle déploré.

**La délégation rend hommage au rôle pionnier d'avocats comme Maître Linda Weil-Curiel, qui dès le début des années 1980 a œuvré pour faire connaître le scandale des mutilations sexuelles sur notre territoire, et a contribué à les faire sanctionner comme des crimes.**

**La délégation souhaite que la France continue à opposer une réponse pénale rigoureuse aux mutilations génitales féminines.**

**La délégation est d'avis que la compétence des Cours d'assises doit perdurer en matière d'excision et considère que la tendance à la correctionnalisation, qu'elle déplore à l'égard des viols, ne doit pas s'étendre aux mutilations sexuelles féminines.**

## **2. La menace d'excision prise en compte dans le droit d'asile**

### *a) La menace de mutilation à l'origine de demandes d'asile*

Lors de la présentation de la future loi relative à la réforme du droit d'asile<sup>1</sup> à l'Assemblée nationale, le 9 décembre 2014, le ministre de l'Intérieur rappelait à juste titre que « *parler de l'asile c'est aussi parler des droits des femmes ; trop souvent on oublie que les persécutions ciblent en particulier les femmes* », qu'il s'agisse de l'excision ou des viols de guerre.

Il est heureux que la menace d'excision fasse partie des motifs permettant aux femmes qui y sont exposées de solliciter le statut de réfugiée.

Le **Haut-Commissariat des Nations unies aux réfugiés** (HCR) assimile ainsi les mutilations sexuelles féminines à une **persécution** au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la convention de Genève de 1951 relative au statut de réfugié<sup>2</sup>. Selon le HCR :

- parmi les 20 000 femmes et filles qui, originaires de pays pratiquant ces mutilations, demandent l'asile dans l'Union chaque année, 9 000 auraient déjà été mutilées ;

- 62 % du nombre total de femmes et de filles demandeuses d'asile seraient originaires de pays où se pratiquent les mutilations<sup>3</sup>.

Les demandes d'asile viennent aussi de femmes et de filles qui **risquent de subir une mutilation**, voire une **seconde intervention** (après un accouchement, par exemple), ou de parents qui souhaitent protéger leurs filles<sup>4</sup>.

S'agissant de la France, une estimation du HCR de 2013 montre que **sur 2 735 demandeuses d'asile originaires de pays où les mutilations sexuelles existent, 670 étaient motivées par un risque de mutilation**<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015.

<sup>2</sup> UNHCR, Note d'information sur les demandes d'asile relatives aux mutilations génitales féminines, mai 2009.

<sup>3</sup> UNHCR, « *Trop de souffrance. Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne – Mise à jour statistique* », mars 2014.

<sup>4</sup> UNHCR, « *Trop de souffrance. Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne – Une analyse statistique* », mai 2013, p. 33.

<sup>5</sup> A. Andro, M. Lesclingand, « *Les mutilations génitales féminines – état des lieux et des connaissances* », Population 2016/2 (Vol. 71), p. 248.

---

L'OFPPRA<sup>1</sup> confirmait, en novembre 2015, l'importance de la menace d'excision parmi les motifs conduisant des femmes à demander l'asile en France. Ce constat a été établi dans le contexte d'une **forte hausse de la proportion de femmes parmi les demandeurs d'asile** depuis une dizaine d'années. Cette augmentation serait liée, selon l'OFPPRA, à « *la diversité des motifs de persécutions, en particulier les motifs sociétaux et liés au genre* », **parmi lesquels l'office citait le mariage forcé, l'excision ou les violences conjugales, les persécutions pour orientation sexuelle ou la traite des êtres humains**. L'OFPPRA concluait alors à l'augmentation depuis une décennie du « *nombre de dossiers fondés sur les diverses formes de violences faites aux femmes* », notant de surcroît que :

- « *Entre 2010 et 2014, près de la moitié (45 % environ) des protections internationales (le statut de réfugié et la protection subsidiaire) reconnues par l'OFPPRA l'ont été à des femmes et à des jeunes filles. Pour ces dernières, c'est essentiellement en raison du risque d'excision que ces enfants originaires avant tout d'Afrique de l'Ouest encourent si elles regagnent leur pays* » ;

- « *Ces cinq dernières années, les nationalités pour lesquelles les taux de reconnaissance de protection internationale à des femmes et jeunes filles ont été les plus élevés sont ainsi, d'une part, le Mali, la République de Guinée, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et les autres pays concernés par la problématique de l'excision, d'autre part, l'Irak, l'Iran, la Syrie et l'Afghanistan, en raison des situations de crise et de conflit y prévalant* ».

De fait, l'association *Excision parlons-en !* relevait que **la France était le premier pays d'accueil et d'asile pour les femmes et les filles menacées ou victimes de mutilations sexuelles**<sup>2</sup>. Cette association constatait aussi que **plus de 20 % des demandeuses d'asile**<sup>3</sup> en France étaient originaires de pays où se pratique l'excision.

Par ailleurs, **le rapport du HCE Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile, publié en décembre 2017**, mentionne un communiqué de presse de l'OFPPRA, daté de janvier 2017, faisant état de **5 205 petites filles ayant « jusqu'ici obtenu sa protection au motif du risque d'excision »**<sup>4</sup>. Ce rapport cite également le **constat établi par l'OFPPRA d'une baisse de l'âge moyen des demandeuses d'asile** (qui s'établit désormais à 32,4 ans), « *en lien avec*

---

<sup>1</sup> <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/mobilisation-de-l-ofpra-contre-les>

<sup>2</sup> <https://www.excisionparlonsen.org/pour-aller-plus-loin-sur-excision-et-credibilite-de-la-demande-dasile/>

<sup>3</sup> En France, la menace de mutilation fait partie des motifs de reconnaissance du statut de réfugié à partir de la notion d'« appartenance à un groupe social » définie par la convention de Genève sur le statut de réfugié : les victimes potentielles de mutilation ont été reconnues comme appartenant au groupe social des femmes entendant se soustraire aux mutilations génitales féminines, puis entendant soustraire leurs filles à ces pratiques.

<sup>4</sup> HCE, Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile, décembre 2017, p. 25.

*l'augmentation des demandes fondées sur le risque d'excision et émanant de mineur.e.s isolé.e.s »<sup>1</sup>.*

Pourtant, l'obtention du **statut de réfugié** ne suffit pas à protéger les femmes des mutilations. Comme le relève une résolution adoptée par le Parlement européen le 24 mars 2009, « *malheureusement, l'octroi du statut de demandeur d'asile ne garantit pas que l'enfant échappera au risque de subir une MGF* ». Les eurodéputés déplorent ainsi que l'excision soit parfois réalisée **après l'établissement de la famille dans un pays de l'Union**.

Dans cette logique, la résolution de 2009 engage les gouvernements à « *examiner, au cas par cas, chaque demande d'asile déposée par les parents en raison de la menace qui pèse sur eux dans leur pays d'origine pour avoir refusé de consentir à ce que leur fille subisse une MGF* », et de faire en sorte que ces demandes soient « *étayées par un ensemble complet d'éléments tenant compte de [...] la crédibilité du demandeur d'asile et du caractère véridique ou non des motifs de la demande* ». Les eurodéputés exhortent donc les États à mettre en place un **système préventif d'examens de santé réguliers, destinés aux femmes et aux filles bénéficiant de l'asile sur le territoire de l'Union**, afin de les protéger du risque de mutilation qui pèse sur elles et de contribuer à « *garantir l'interdiction de la pratique des MGF dans l'Union* »<sup>2</sup>.

*b) Législation française de l'asile et protection contre le risque de mutilation*

La loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile a introduit dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) un article L.744-6 considérant expressément les mutilations sexuelles comme un **élément de vulnérabilité** (« *avoir subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines* ») **susceptible de permettre aux femmes et filles concernées l'accès au titre de réfugiée**<sup>3</sup>.

Lors de la table ronde du 8 février 2018, Fatiha Mlati, directrice de l'intégration et coordonnatrice de la question du genre de *France terre d'asile* a rappelé que la loi du 29 juillet 2015 a « *mis en place une prise en compte vraiment très spécifique [des mutilations sexuelles féminines] par les différents acteurs habilités à intervenir sur la demande d'asile* ».

---

<sup>1</sup> HCE, Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile, décembre 2017, p. 9.

<sup>2</sup> Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations génitales féminines pratiquées dans l'Union, 2008/2071 (INI).

<sup>3</sup> « avoir subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines ». Parmi les autres éléments de vulnérabilité figurent l'âge, la grossesse, le handicap et le fait d'avoir été victime de la traite des êtres humains.

On notera que la vulnérabilité des demandeurs d'asile est évaluée par des agents de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) « *ayant reçu une formation spécifique à cette fin* ». Cette formation est d'autant plus indispensable que les agents de l'OFII ne semblent pas, selon le rapport précité du HCE, disposer de plus de dix à quinze minutes pour mener les entretiens avec les demandeurs et demandeuses d'asile<sup>1</sup> : une durée aussi réduite ne favorise pas un échange véritablement approfondi avec les personnes, pourtant indispensable afin de détecter d'éventuelles violences.

**La délégation suggère que les personnels en contact avec des demandeurs d'asile soient sensibilisés aux mutilations sexuelles féminines et formés au repérage des personnes susceptibles d'en avoir été victimes ou d'être menacées par ces pratiques, afin que la prise en compte des vulnérabilités liées à l'excision soit effective dans l'instruction des demandes d'asile.**

*c) La question de la protection des mineures menacées d'excision*

Le lien entre asile et risque de mutilation suppose plus particulièrement la protection des mineures menacées d'excision.

À cet égard, l'étude d'impact du projet de loi pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif, inscrit à l'agenda parlementaire du premier semestre de 2018, indique que « *L'OFPRA a placé sous sa protection, en 2015, 703 mineures et, en 2016, 591 mineures en raison du risque d'excision auquel elles étaient exposées dans leur pays d'origine* ».

La protection de ces fillettes et adolescentes en France pose aussi la question de l'accueil, sur notre territoire, de leurs parents.

L'appréciation de la situation des parents de mineures admises en tant que réfugiées, au regard de leur titre de séjour, pourrait connaître une certaine évolution.

Dans un **avis du 20 novembre 2013** concernant le refus du statut de réfugiés opposé par l'OFPRA aux parents d'une mineure menacée du risque d'excision, le **Conseil d'État** a considéré que si les mineures susceptibles de subir dans leur pays une mutilation sexuelle avaient vocation à bénéficier du statut de réfugiées, en revanche leurs parents ne sauraient être considérés comme un « groupe social » exposé, au sens de la convention de Genève. Le Conseil d'État a donc estimé que les parents ne pourraient prétendre au titre de réfugiés s'ils ne faisaient pas l'objet eux-mêmes d'une menace directe de mutilation. Il a cependant reconnu que les parents de ces mineures

---

<sup>1</sup> HCE, Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile, décembre 2017, p. 18.

avaient vocation à séjourner régulièrement en France, mais sur la base du **droit à une vie familiale normale** et non en tant que réfugiés.

L'avis précité de la CNCDH de novembre 2013 rappelait qu'une circulaire du ministère de l'intérieur du 5 avril 2013<sup>1</sup> prévoyait d'attribuer un **titre de séjour aux parents d'enfants ayant obtenu le statut de réfugié**. Précisément, la **loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile** a permis au mineur réfugié de faire usage de son « *droit à être rejoint par ses ascendants directs au premier degré* », selon l'**article L. 752-1** alors inséré dans le CESEDA. La loi de 2015 a donc amélioré la situation des parents de mineures réfugiées en France au titre de l'excision.

Toutefois, selon le Haut Conseil à l'Égalité, s'agissant de la **délivrance de titres de séjour « Vie privée, vie familiale » aux parents de mineures réfugiées en France au titre de l'excision**, « *en dépit des termes de la loi de 2015 sur l'unité familiale, les pratiques des préfetures divergent* »<sup>2</sup> : le HCE appelait ainsi, à juste titre, à une **harmonisation des pratiques des préfetures** en la matière.

On notera que le **projet de loi pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif, mentionné ci-dessus, stabilise le droit au séjour des parents d'enfants mineurs reconnus comme réfugiés** :

- il modifie l'article L. 314-11 du CESEDA pour faciliter l'attribution de **titres de séjour** aux ascendants d'un mineur réfugié (titres de séjour pluriannuels d'une durée de quatre ans, au lieu d'une carte de séjour temporaire d'un an ou d'une carte de séjour pluriannuelle de deux ans, puis cartes de résident) (article 2) ;

- il permet aux parents, dans le cadre de la réunification familiale demandée par le mineur réfugié en France, d'entrer sur le territoire français avec leurs autres enfants, pour autant qu'ils en aient la charge effective et qu'ils respectent, ainsi que l'exige l'article L. 752-1 du CESEDA, les « *principes essentiels qui, conformément aux lois de la République, régissent la vie familiale en France* » (article 3).

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, il s'agit de faire en sorte « *que le droit à la réunification familiale ne s'exerce pas au détriment de l'unité des familles* ».

La **protection en France des mineures menacées d'excision** s'est également traduite par des **exigences de suivi médical pendant leur parcours d'asile**.

---

<sup>1</sup> Circulaire du 5 avril 2013 relative à la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention « *vie privée et familiale* » aux parents d'enfants bénéficiaires d'une protection internationale.

<sup>2</sup> HCE, Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile, décembre 2017, p. 23.

---

La loi du 29 juillet 2015 a ainsi introduit dans le CESEDA un article L. 752-3 concernant spécifiquement leur **surveillance médicale**. L'OFPRA doit leur demander de « *se soumettre à un examen médical visant à constater l'absence de mutilation* », jusqu'à leur majorité, tous les trois ans<sup>1</sup>. Cet article précise que le constat éventuel de mutilation sexuelle « *ne peut entraîner à lui seul la cessation de la protection accordée à la mineure au titre de l'asile* ».

Selon l'arrêté du 23 août 2017 pris pour l'application des articles L. 723-5 et L. 752-3 du CESEDA<sup>2</sup> :

- l'OFPRA **informe les parents ou représentants légaux** de la mineure, une fois la protection accordée à celle-ci, de la **nécessité de produire régulièrement des certificats médicaux** (dont le coût est à la charge de l'OFPRA) constatant l'absence d'excision, et des **conséquences judiciaires** d'une éventuelle mutilation ;

- **le médecin adresse pour signalement au procureur de la République** le certificat médical constatant une éventuelle mutilation ;

- les examens sont pratiqués par des « *praticiens inscrits au tableau de l'ordre des médecins, titulaires d'un diplôme ou d'un titre universitaire en médecine légale reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins ou d'un droit d'exercice délivré par l'ordre des médecins en médecine légale, et exerçant une fonction médicale au sein d'unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge médico-légale du vivant* ».

Le **projet de loi pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif**, évoqué ci-dessus, comporte des dispositions concernant la **protection des jeunes filles exposées à un risque d'excision**.

Ainsi que le précise l'exposé des motifs, l'article 3 «  *vise à renforcer l'effectivité de la protection au titre de l'asile lorsque celle-ci est reconnue à un mineur* ».

Cet article comporte en effet des précisions concernant les **certificats médicaux** exigés sur le fondement de l'article L. 723-5 pour l'instruction de ces demandes. Il prévoit que le certificat, dans le cadre de l'instruction des demandes concernant les mineures invoquant ou protégées au titre du risque de mutilation sexuelle auquel elles sont exposées, sera **adressé directement à l'OFPRA par le médecin** qui a pratiqué les examens requis. Cette modification vise à assurer une transmission de ces documents dans les

---

<sup>1</sup> Un arrêté du 23 août 2015 pris pour l'application des articles L. 723-5 et L. 752-3 du CESEDA et définissant les modalités de l'examen médical prévu pour les personnes susceptibles de bénéficier, ou qui bénéficient, d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle féminine qu'elles encourent (publié au JO du 31 août) en fait une **obligation s'agissant des demandes de protection d'enfants exposées à des risques d'excision** (l'OFPRA doit donc informer les représentants légaux de la nécessité pour l'enfant de se soumettre à un examen avant que la demande de protection soit examinée). Voir Chloé Viel, « Enfants craignant l'excision : modalités de l'examen médical et de production du certificat », Éditions législatives, 6 septembre 2017.

<sup>2</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/8/23/INTV1721843A/jo/texte>

délais prévus, ce qui n'est pas nécessairement le cas si cette démarche incombe aux parents ou aux responsables légaux de la mineure, comme les procédures actuelles le prévoient<sup>1</sup>.

Cette « *passerelle directe entre l'OFPRA et les médecins* » a été évoquée lors de la table ronde du 8 février 2018 par Fatiha Mlati, directrice de l'intégration et coordonnatrice de la question du genre de *France terre d'asile*.

L'obligation légale de suivi médical présente un intérêt évident, dans une logique préventive, pour la protection des enfants et jeunes filles exposées au risque d'excision. Au cours de la table ronde du 8 février 2018, Fatiha Mlati, directrice de l'intégration et coordonnatrice de la question du genre de *France terre d'asile*, a souligné les avancées permises par l'obligation de suivi médical. Elle en a toutefois relevé les **limites**, qui tiennent selon elle :

- à un **accès difficile à cet examen médical dans certains territoires**, notamment pour des raisons d'éloignement géographique ;
- au **refus de certains médecins**, « *au motif qu'ils ne considèrent pas [cet examen] comme un acte de soins* » ;
- à un **manque de formation des praticiens**.

À cet égard, lors de son audition par la délégation, le 22 mars 2018, le Docteur Pierre Foldès a fait observer que l'institut *Women Safe* était conduit à établir de nombreux certificats médicaux chaque année. Il a également attiré l'attention de la délégation :

- sur l'existence de **faux certificats** ;
- sur la **difficulté d'établir un diagnostic fiable d'excision dans certains cas** où la mutilation a été effectuée de telle manière que, comme cela a été indiqué précédemment, ses conséquences ne sont pas identifiables facilement à première vue.

Il a donc insisté sur la nécessité d'une **formation rigoureuse des praticiens**, qui tarde selon lui à être effective.

---

<sup>1</sup> Une autre disposition du projet de loi pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif a retenu l'attention de la délégation car elle porte sur la question du **mariage forcé**, qui concerne certaines personnes victimes ou menacées d'excision : il s'agit de l'article 32, qui modifie l'article L. 316-3 du CESEDA de manière à **étendre aux étrangers bénéficiant d'une ordonnance de protection en raison de la menace de mariage forcé** (en application de l'article 515-13 du code civil) **la carte de séjour temporaire ouvrant droit à l'exercice d'une activité professionnelle**. On notera que ce titre de séjour est délivré sans que la production d'un visa de long séjour soit exigée. Le projet de loi unifie ainsi, au regard de leur titre de séjour, la situation des étrangers bénéficiant d'une ordonnance de protection, que celle-ci ait été délivrée au titre de violences au sein du couple ou en raison de la menace d'un mariage forcé.

La délégation reviendra ci-après sur la question générale de la sensibilisation des professionnels médicaux aux mutilations sexuelles féminines. En ce qui concerne plus particulièrement la **formation des médecins appelés à intervenir dans le cadre de la protection des mineures accueillies en France au titre de l’asile**, le Docteur Ghada Hatem et du Docteur Pierre Foldès, dont les avis ont été sollicités par les co-rapporteuses, ont souligné l’importance de cette formation. Le Docteur Foldès a rappelé que des mutilations pratiquées dans un contexte « médicalisé » pouvaient être plus difficiles à détecter et masquer des lésions plus graves, ce qui impliquait que cette formation soit « *réalisée par des médecins exerçant dans des centres habilités à recevoir et prendre en charge des femmes mutilées* »<sup>1</sup>.

**La délégation juge souhaitable d’améliorer le parcours médical des mineures menacées d’excision accueillies en France au titre de l’asile, en formant systématiquement les médecins concernés à l’examen prévu à l’article L. 752-3 du CESEDA et en les sensibilisant à l’importance de celui-ci.**

### C. UNE MOBILISATION À INTENSIFIER

#### 1. Un effort de sensibilisation et d’éducation à poursuivre auprès des femmes exposées et des hommes de leur entourage

*La Maison des femmes* de Saint Denis, dont la fondatrice, Ghada Hatem, gynécologue, a été auditionnée le 14 décembre 2017 et a participé à la table ronde du 8 février 2018, est un lieu dédié à l’accueil et au soin des femmes victimes de toutes les formes de violences où la prévention et le traitement des mutilations sexuelles font l’objet d’une attention particulière.

Le premier rapport d’activité de cette structure (période juillet 2016-juin 2017) mentionne ainsi, outre les soins médicaux et psychologiques qui seront développés ci-après, l’importance attachée à l’intégration et, dans cette logique, à l’apprentissage des dangers liés aux mutilations.

*La Maison des femmes* accueille ainsi une fois par mois un groupe de primo-arrivantes afin de « *les sensibiliser au droit en France sur les violences, de leur donner des bases en matière de santé sexuelle et reproductive, et de les sensibiliser aux risques de mutilations sexuelles féminines* ». Les groupes de parole sur l’excision (voir *infra*) figurent également parmi les initiatives

---

<sup>1</sup> Compléments d’information adressés aux co-rapporteuses par le Docteur Pierre Foldès et Frédérique Martz le 9 mai 2018. Les auteurs suggèrent que l’examen demandé dans le cadre du parcours d’asile des mineures menacées d’excision soit le cas échéant effectué en deux temps. Pour les cas « les plus évidents », les certificats seraient « délivrés par les médecins formés et certifiés par la formation ». Pour les « cas complexes », un deuxième examen pourrait être effectué par un professionnel « référent ».

de *La Maison des femmes* susceptibles de contribuer à la **sensibilisation** des personnes concernées<sup>1</sup>.

Le rapport précité de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) observe par ailleurs le caractère décisif de l'« **implication des communautés** » pour « *gagner la lutte contre les mutilations génitales féminines* », car « *les meilleures lois ne peuvent pas changer les pratiques culturelles et traditionnelles sans l'engagement des communautés elles-mêmes* ». Sur ce point, on notera avec intérêt que la résolution adoptée en octobre 2016 par l'APCE appelle les États membres à « *fournir des informations dans les langues les plus parlées par les communautés pratiquant les mutilations génitales féminines* ».

Selon Halimata Fofana, auteure de *Mariama l'écorchée vive*, **l'éducation des femmes**, comme cela a été souligné précédemment, est essentielle pour faire régresser les mutilations sexuelles féminines, généralement pratiquées par des femmes, et le plus souvent à la demande de femmes de la famille. Toutefois, ainsi que l'ont indiqué les témoins rencontrés par la délégation à *Women Safe* le 5 février 2018, les femmes excisent d'autres femmes sans toujours savoir pourquoi : « *Elles le font parce qu'elles l'ont été* », tant le poids de la norme sociale reste très fort dans la transmission de cette tradition. D'où l'importance cruciale de leur **sensibilisation aux méfaits de ces mutilations**.

On peut aussi s'interroger sur l'évolution du **rôle social des exciseuses** dans la perspective - très optimiste - de l'éradication de cette pratique. En **Éthiopie**, les équipes médicales engagées dans la lutte contre l'excision avec l'Unicef et la Fondation de l'Espoir, qui ont contribué à y faire soigner depuis 2015 plus de 2 200 victimes, « *misent sur la reconversion des exciseuses* » et leur proposent de « *devenir à leur tour des ambassadeurs de la lutte contre l'excision* »<sup>2</sup>.

La **sensibilisation des hommes** reste néanmoins tout aussi cruciale : « *Ce sont les hommes qui veillent à ce que cette pratique perdure* », remarque Halimata Fofana.

---

<sup>1</sup> Selon le témoignage d'une bénévole de La Maison des femmes recueilli par la newsletter 50/50 – Le magazine de l'égalité femmes-hommes n° 255 du 15 janvier 2018, « *Le groupe de parole sur l'excision, quant à lui, permet d'échanger sur leurs souvenirs lors de l'excision, la réparation, et les mesures que chacune peut mettre en place à son échelle pour lutter contre cette tradition. " Ils disent que c'est pour qu'on soit pure mais nous, on sait très bien que c'est pour que l'on n'ait pas de plaisir et qu'on n'ait pas envie d'un homme. " Ces femmes sont conscientes du poids des traditions mais ont du mal à voir comment elles pourraient y remédier. Certaines expliquent comment elles ont sauvé leurs sœurs ou leurs cousines d'une excision et pour toutes il est clair que leurs filles ne subiront jamais ce qu'elles ont vécu* ».

<sup>2</sup> Agnès Leclair, « *Excision : comment l'Unicef et la fondation de l'Espoir luttent sur le terrain contre ce fléau* », LeFigaro.fr, 7 décembre 2017.

Ainsi que l'a très clairement rappelé le Docteur Emmanuelle Piet lors de son audition, le 15 mars 2018 : « *Le rôle des hommes est déterminant. S'ils disaient un jour : " On n'épouse pas une femme mutilée ", l'excision disparaîtrait ! Le moteur des mutilations, soyons clairs, c'est quand même le plaisir des hommes, même si les exciseuses sont des femmes ! Les hommes prétendent : " Ce sont des histoires de femmes, ça ne nous regarde pas ", mais que je sache c'est quand même eux qui payent les exciseuses !* ». Elle a évoqué la projection, devant un public de Maliens, du film de la MIPROF sur les mutilations, notant que les hommes présents ont affirmé ne pas savoir que « *ça faisait mal* », et concluant : « *Ils peuvent prétendre tout ignorer de ces pratiques, il n'empêche que tout ça, c'est pour eux !* »<sup>1</sup>.

Dans le même esprit, Diaryatou Bah a rappelé, lors de la table ronde du 8 février 2018, que la perpétuation des mutilations par les femmes s'explique par les pressions que fait peser sur elles un certain ordre social fondé sur leur soumission aux hommes : « *Chez nous, les hommes peuvent répudier les femmes quand ils le veulent. L'excision fait aussi partie de ce phénomène de contrôle des femmes dans leur sexualité. Un homme peut prendre quatre ou cinq femmes, et les répudier quand il n'en veut plus. Puis il peut en épouser d'autres et ainsi de suite. Je vous raconte cela pour que vous compreniez le contexte familial, ainsi que la pression qui pèse sur les femmes pour faire plaisir aux hommes* ».

Il faut donc saluer le fait que la résolution adoptée en 2016 par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe insiste sur la **nécessité d'« inclure aussi bien les femmes que les hommes des communautés concernées » dans les actions de sensibilisation destinées à prévenir les mutilations sexuelles féminines.**

Dans cet esprit, la délégation relève avec intérêt le témoignage positif apporté lors de la table ronde du 8 février 2018 par le Docteur Ghada Hatem sur les **perspectives prometteuses de l'« éducation des maris »** :

« *Une femme du groupe de parole indiquait n'être pas excisée, car elle provenait d'une ethnie qui ne pratiquait pas l'excision. Or dans la famille de son mari, l'excision avait cours, de sorte que sa belle-mère la harcelait tous les jours pour que leur fille soit excisée. Cette femme était terrorisée car elle partait en vacances le mois suivant. J'ai demandé à cette femme de revenir avec son mari, auquel j'ai fait un cours d'anatomie et décrit les complications liées à l'excision. Il ne m'a rien dit, puis il est parti. Un mois après, au retour de vacances, sa femme est venue me remercier. Elle m'a dit : " Il a pris vos flyers, il a réuni le village, il a fait le même cours que vous. Et il a conclu : " **Le premier qui touche à ma fille, je le tue** ". Donc ça peut marcher !* ».

**La délégation appelle à une plus grande implication des hommes dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines.**

<sup>1</sup> Voir en annexe le compte rendu de cet entretien.

## 2. L'action indispensable du secteur associatif

Dès 1988, la CNCDH constatait que la prévention la plus efficace devait tendre à « *informer, par tous les moyens, les familles de l'illégalité de l'acte* » et à soutenir l'action des associations qui « *s'appliquent, par des moyens informatifs et persuasifs, à faire abandonner ces pratiques* »<sup>1</sup>.

Comme le relève le rapport précité de l'APCE, un effort particulier doit être destiné aux structures d'aide aux victimes : « *Il est essentiel que les jeunes filles craignant de subir des MGF ou les ayant subies puissent avoir accès à des services juridiques, des services de soins, y compris psychologiques, des lignes téléphoniques d'urgence ou encore des refuges lorsqu'elles fuient leurs familles* ».

Lors de la table ronde du 8 février 2018, Isabelle Gillette-Faye, présidente de *Excision, parlons-en !*, a rappelé que ce réseau avait été mis en place pour compléter l'action d'associations spécialisées dans la lutte contre l'excision, telles que la *Fédération nationale Gams*. L'objectif était d'associer d'autres secteurs à la réflexion de *Gams* afin de fournir une expertise diversifiée des mutilations : « *En termes d'expertise, nous avons dans notre conseil d'administration un certain nombre d'avocats et d'avocates, de même que des professionnels de santé. L'association compte aussi des femmes issues de l'immigration, qui ont pu subir ce type de pratique. Par conséquent, l'expertise est à la fois théorique et "pratico-pratique"* »<sup>2</sup>.

Isabelle Gillette-Faye a également précisé les « *actions de communication, de sensibilisation et de plaidoyer* » conduites par *Excision, parlons-en !* :

- la campagne de sensibilisation conçue spécifiquement à l'attention des adolescents en 2017 (affiche pour panneaux de bus, vidéo sur *Youtube* et site Internet *Alerte excision*), avec un numéro d'appel dédié ;

- la poursuite, en 2018, de la campagne d'information lancée en 2017 avec le soutien de *La Maison des femmes* de Saint-Denis, qui sera déployée jusqu'en juillet 2018.

Ainsi que l'a souligné Isabelle Gillette-Faye, l'objectif est en 2018 :

- de « *tripler le nombre de jeunes impliqués dans la campagne et de toucher, grâce au Planning familial, les jeunes filles les plus à risque* » ;

- d'« *inviter les garçons, qui sont des futurs pères de famille et frères de jeunes victimes* »<sup>3</sup>, à s'engager.

On notera le recours innovant, dans ces efforts de communication orientée vers un public jeune, à des outils tels que le *chat*, porté par l'association *En avant toutes !*, spécialement dédiée aux jeunes femmes

---

<sup>1</sup> CNCDH, Avis sur les mutilations sexuelles, 30 juin 1988.

<sup>2</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette table ronde.

<sup>3</sup> Voir en annexe le compte rendu de cette table ronde.

victimes de violences, notamment dans le couple. Lors de la table ronde du 8 février 2018, la présidente du réseau *Excision, parlons-en !*, a fait observer que le champ de compétences et d'expertise de cette jeune association venait d'être élargi à la thématique de l'excision.

Dans le même esprit, le Docteur Ghada Hatem a insisté, au cours de la table ronde du 8 février 2018, sur l'intérêt d'actions de *La Maison des femmes* de Saint-Denis avec les associations de quartier et d'initiatives telles que des rencontres avec des adolescents dans les classes, dans le cadre d'une action de prévention et de plaidoyer qu'elle a jugée « *aussi essentielle que l'opération* ».

Par ailleurs, la délégation a été sensible, lors de sa visite au *Women Safe*, au constat, par une ancienne patiente, de **l'insuffisance, dans certains territoires, de structures associatives assurant l'accueil et l'accompagnement des femmes et des filles ayant subi une mutilation ou menacées d'excision**. Cette remarque rejoint un précédent constat effectué par la délégation concernant l'accueil des victimes de violences conjugales en milieu rural, dans le cadre de son rapport *Femmes et agriculture : pour l'égalité dans les territoires*. La délégation avait alors suggéré de favoriser une mise en réseau des différents intervenants susceptibles d'être mobilisés pour lutter contre les violences faites aux femmes en milieu rural ainsi que la désignation et la formation de référents agissant comme des relais d'associations spécialisées<sup>1</sup>. Cette formule pourrait être étendue à la **lutte contre les mutilations sexuelles dans les territoires où il n'existe pas de structures associatives dédiées**.

**La délégation salue le rôle indispensable des associations pour l'orientation et l'accompagnement des victimes de violences faites aux femmes.**

**La délégation soutient l'action des associations dans la lutte contre les mutilations génitales féminines et recommande que les subventions qui leur sont attribuées fassent l'objet, comme celles de toutes les associations engagées contre les violences faites aux femmes, d'un effort spécifique, dans un cadre pluriannuel.**

**Elle suggère que, dans les territoires où il n'existe pas de structure associative dédiée à la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, des référents agissant comme le relais d'associations spécialisés soient identifiés et formés à l'accueil et l'orientation des victimes.**

---

<sup>1</sup> Recommandation n° 33.

### 3. L'accueil médical des victimes : un effort à encourager dans un esprit pluridisciplinaire

Selon l'INED, la réparation chirurgicale des femmes victimes de mutilations sexuelles est pratiquée dans une quinzaine d'hôpitaux et de cliniques en France, principalement en Ile-de-France, mais aussi en régions. Parmi les femmes interrogées dans le cadre de l'enquête *Excision et handicap (ExH)* précédemment mentionnée, 5 % y ont eu recours ou étaient alors en cours de démarche lors de l'enquête et 20 % se disaient intéressées, « principalement pour améliorer leur sexualité et, dans une moindre mesure, pour retrouver leur intégrité féminine ou pour des raisons de santé »<sup>1</sup>.

Comme l'a précisé Frédérique Martz, directrice de *Women Safe*, lors de son audition par la délégation, le 22 mars 2018, les trois cinquièmes des femmes accueillies à l'institut demandent à bénéficier d'une chirurgie réparatrice.

La France joue ainsi un « rôle moteur puisqu'elle est le seul pays à avoir développé une prise en charge chirurgicale reconnue, remboursée par l'assurance maladie »<sup>2</sup>.

Il est important que les opérations réparatrices soient, depuis 2004, **remboursées par la Sécurité sociale**, grâce à une initiative du Docteur Pierre Foldès, urologue, qui a mis au point des techniques de chirurgie réparatrice « dans le cadre d'une médecine humanitaire » et qui a opéré 2 938 patientes entre 1998 et 2009<sup>3</sup>. Le Docteur Foldès a précisé, lors de son audition par la délégation le 22 mars 2018, qu'il avait opéré à *Women Safe* quelque 6 000 patientes depuis la création de l'institut, où par ailleurs ont été reçues en consultation 15 000 femmes.

L'accès au **remboursement** a constitué une **avancée incontestable**. Le fait que la France soit (ou ait longtemps été) le seul pays du monde à le faire<sup>4</sup> montre assez les progrès permis par l'engagement de pionniers comme le Docteur Foldès<sup>5</sup>.

**La délégation se félicite que les opérations de chirurgie réparatrice soient prises en charge par la Sécurité sociale.**

---

<sup>1</sup> INED, « Les mutilations sexuelles en France, Premiers résultats de l'enquête Excision et handicap », décembre 2009.

<sup>2</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », *Population* 2016/2 (Vol. 71), p. 281.

<sup>3</sup> Armelle Andro, Marie Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines – état des lieux », *Population* 2016/2 (Vol. 71), p. 282-283.

<sup>4</sup> Selon le rapport précité de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, il existe au Royaume-Uni seize cliniques spécialisées dans les soins aux victimes de mutilations génitales féminines, mais les opérations de réparation et de reconstruction ne sont pas prises en charge par le National Health service, à la différence des opérations de désinfibulation.

<sup>5</sup> Rémy Pigaglio, « Le Dr Pierre Foldès, au service des femmes excisées », *LaCroix.fr*, 11 mars 2014.

---

Le Docteur Pierre Foldès a estimé devant la délégation, le 22 mars 2018, que « *toute forme de mutilation est parfaitement réparable* » : « *Nous obtenons 90 % de résultats anatomiques et près de 80 % de résultats fonctionnels six mois après l'intervention* ». Il a par ailleurs souligné le fait que la technique chirurgicale devait être adaptée à la forme de mutilation subie.

Toutefois, la réparation chirurgicale ne saurait, selon l'avis de la CNCDH de novembre 2013, « *être considérée comme une solution miracle ou incontournable, mais comme une possibilité de résoudre certaines complications* ». « *La prise en charge des femmes victimes de mutilation sexuelle ne doit pas être uniquement chirurgicale* »<sup>1</sup> : selon l'avis des spécialistes, une **prise en charge pluridisciplinaire** de ces femmes est indispensable et doit faire intervenir, aux côtés des médecins, une équipe psychologique, nécessaire pour « *accompagner les femmes dans leur décision* »<sup>2</sup>.

Lors de la visite de la délégation au **Women Safe de Saint-Germain-en-Laye**, le 5 février 2018, le Docteur Foldès a insisté sur l'importance, pour les patientes, d'une orientation qui ne doit pas se limiter au traitement médical et chirurgical, mais qui doit s'étendre à un accompagnement psychologique et social. Ce point a été confirmé par le groupe de parole auquel la délégation a été associée : il résulte de ces échanges le constat que les femmes victimes d'excision doivent être « *réparées* » non seulement sur le plan physique, mais aussi sur les plans psychologique et social, dans un parcours d'intégration visant leur autonomie économique. La délégation a pu également se rendre compte, lors de ces échanges, de la diversité des cheminements personnels qui conduisent une femme à demander une chirurgie réparatrice. **C'est à la femme, et à elle seule, de prendre la décision de se faire opérer.**

Ainsi que l'a relevé Frédérique Martz, directrice générale de *Women Safe*, lors de son audition par la délégation le 22 mars 2018, la réussite de l'opération dépend toutefois de la détermination de la femme et de son engagement dans un parcours de soins.

*La Maison des femmes de Saint-Denis* constitue un autre exemple de lieu d'accueil où l'offre de soins couvre tout le champ des violences susceptibles d'être faites aux femmes, y compris les mutilations sexuelles. Une consultation spécifique y est d'ailleurs proposée. Selon le premier rapport d'activité de cette structure (période juillet 2016 - juin 2017), l'unité dédiée à la prise en charge et à la réparation des femmes ayant subi des mutilations sexuelles « *offre un large spectre de soins, de la chirurgie réparatrice clitoridienne aux consultations de sexologue, psychologues spécialisés, et groupes de parole* » ; la réparation clitoridienne y est présentée comme un acte « *loin d'être anodin qui nécessite une prise en charge globale des patientes excisées* ».

---

<sup>1</sup> CNCDH, Avis sur les mutilations sexuelles féminines, 13 novembre 2013.

<sup>2</sup> CNCDH, Avis sur les mutilations sexuelles féminines, 13 novembre 2013.

Au cours de sa première année d'existence, le bilan de *La Maison des femmes* comporte dans ce domaine 590 consultations gynécologiques, 169 consultations sexologiques et 49 actes opératoires ; le groupe de parole « Excision » totalise 69 rencontres.

Lors de la table ronde du 8 février 2018, le Docteur Ghada Hatem, fondatrice de cette structure, a insisté sur le fait que pour certaines femmes, l'opération n'est pas nécessairement l'étape prioritaire de leur parcours de soins, sauf quand des considérations physiologiques l'imposent.

Elle a souligné l'importance d'une « prise en charge globale », impliquant parfois l'intervention de juristes, le rôle décisif des groupes de parole et des consultations de psychologues et de sexologues pour des femmes dont le traumatisme reste immense, même lorsque l'excision a été faite alors qu'elles étaient bébés. Le Docteur Hatem a également noté que l'opération concernait seulement 30 à 50 % des patientes de *La Maison des femmes*, car « le bénéfice de l'opération n'est pas évident » pour toutes.

De fait, la délégation a rencontré à *Women Safe* une ancienne patiente pour qui l'opération a été une « renaissance » (« *La date de mon opération est ma deuxième date de naissance* »), et une patiente moins positive (« *Je croyais que tout allait devenir normal après l'opération. Or c'est difficile...* »). À cet égard, le Docteur Ghada Hatem a évoqué, au cours de la table ronde du 8 février 2018, des témoignages de patientes enthousiastes (« *Je suis une femme à part entière* »), mais aussi le cas de femmes que l'opération risque de « décevoir » et la nécessité, pour les intervenants de la chaîne médicale, de leur faire prendre conscience de l'impuissance de la chirurgie à résoudre certaines de leurs difficultés, qui peuvent tenir par exemple à des « questions d'ordre identitaire » ou à des « psycho-traumatismes très évidents ».

Ainsi que l'a par ailleurs fait observer Frédérique Martz, directrice de *Women Safe*, lors de son audition du 22 mars 2018, la **précarité sociale** à laquelle sont confrontées de nombreuses victimes est un **obstacle à la pleine réussite de l'opération**.

**La délégation salue l'action de *Women Safe-Institut en santé génésique* et de *La Maison des femmes* de Saint-Denis. Elle exprime son soutien et sa considération à tous les professionnels qui y accueillent et accompagnent les femmes victimes de violences et forme des vœux pour que des structures comparables s'organisent, tant sur notre territoire qu'à l'étranger.**

#### 4. Un impératif : sensibiliser et former tous les professionnels concernés

Comme l'a rappelé Ernestine Ronai, présidente de la commission « Violences de genre » du Haut Conseil à l'Égalité, lors de la table ronde du 8 février 2018, la **formation au repérage, à l'orientation, à l'accompagnement et à la protection des personnes menacées ou victimes d'excision** s'adresse tout d'abord aux médecins, sages-femmes et infirmières, et plus particulièrement aux personnels de la médecine scolaire et de la protection maternelle et infantile.

Cette formation doit aussi concerner, a poursuivi Ernestine Ronai, les personnels de la **communauté éducative** ainsi que les travailleurs sociaux, les **magistrats et les forces de l'ordre**.

**Tous les personnels susceptibles d'être en contact avec des personnes victimes ou menacées de mutilations génitales féminines** doivent donc être sensibilisés à ces pratiques.

##### *a) Les professionnels de santé*

S'agissant plus particulièrement des **professionnels de santé**, ils jouent nécessairement un rôle décisif pour la détection des cas de mutilations, aux fins de traitement des conséquences de celles-ci : il s'agit d'envisager avec les victimes les soins médicaux et psychologiques nécessaires. « *Un médecin non formé ne voit rien, ne s'intéresse pas au sujet. Une sage-femme, non formée, n'est pas nécessairement en mesure de constater qu'une femme a été mutilée. Or cela aura des conséquences pour la vie de la femme, mais au-delà, pour la petite fille qui va naître* », a noté Ernestine Ronai lors de la table ronde du 8 février 2018.

Le rapport précité de la CNCDH de novembre 2013 confirme l'importance du rôle des **personnels de santé** dans le repérage et l'accompagnement des victimes de mutilations génitales féminines, déplorant que « *très peu de médecins, sages-femmes ou infirmières soient aujourd'hui formés à la question des mutilations sexuelles féminines* »<sup>1</sup>. Ce rapport insiste également sur la formation des médecins de PMI, des médecins légistes et des médecins scolaires, professionnels qui devraient être « *soumis à une obligation de vigilance particulière* ».

La détection des mutilations survient dans de nombreux cas au moment du **suivi des grossesses, voire lors de l'accouchement** et trop de femmes ne découvrent qu'à cette occasion qu'elles ont été excisées.

---

<sup>1</sup> Ce rapport mentionne les trois facultés de médecine (Amiens, Nantes et l'Université catholique de Lille) qui, selon l'organisation Gynécologie sans frontières, proposaient alors un module de formation sur les MGF. La CNCDH fait état par ailleurs d'un « bilan un peu plus encourageant pour les écoles de sages-femmes, puisque la moitié d'entre elles ont un module de ce type dans leur formation ».

Lors de l'examen du rapport par la délégation, le 16 mai 2018, Françoise Laborde a estimé que le **suivi des grossesses des femmes excisées** devrait permettre leur **sensibilisation, par le personnel médical, aux risques liés aux mutilations sexuelles féminines**, afin d'éviter la reproduction de ces pratiques sur leurs filles et dans leur entourage.

Ces remarques renforcent la nécessité de la formation des professionnels concernés. Il faut d'ailleurs s'étonner que certaines femmes soient restées si longtemps dans l'ignorance de leur état, alors même qu'elles avaient déjà consulté des gynécologues. Ces femmes *« se sentent trahies »*, a estimé Frédérique Martz, directrice de *Women Safe*, lors de son audition par la délégation, le 22 mars 2018.

Lors de son audition par les co-rapporteuses, le 15 mars 2015, le Docteur Emmanuelle Piet a rappelé l'enquête effectuée en Seine-Saint-Denis, il y a quelques années, par une jeune chercheuse conduite, dans le cadre de sa thèse, à interroger tous les soignants du département sur le repérage des femmes excisées : *« 50 % ont répondu qu'ils n'avaient jamais été en contact, dans leur activité professionnelle, avec des patientes excisées »*, ce que le Docteur Piet a jugé étonnant puisque *« dans ce département 16 % des femmes qui accouchent ont été mutilées ! »*.

Elle a estimé que l'intérêt des médecins à l'égard des mutilations avait évolué grâce à l'ouverture de **centres où les femmes mutilées peuvent subir des opérations de chirurgie réparatrice**, ce qui a eu pour autre effet positif d'inciter les professionnels à **s'inscrire dans une démarche de prévention** : *« quand on a opéré une jeune femme, a-t-elle relevé, on la sensibilise d'autant plus facilement à la nécessité de ne pas faire exciser ses filles... »*.

Le Docteur Emmanuelle Piet a toutefois relevé que depuis la publication du rapport de la CNCDH ci-dessus mentionné, les **écoles de sages-femmes** avaient de manière très opportune intégré les mutilations sexuelles féminines à la formation initiale, contrairement aux études de médecine qui n'ont pas généralisé ce type d'enseignement. Désormais l'enjeu de la formation des sages-femmes aux mutilations sexuelles féminines relève donc de la **formation continue**.

S'agissant des études de médecine, le Docteur Pierre Foldès a fait valoir devant la délégation, le 22 mars 2018, que des modules de formation existaient dans certains cycles médicaux grâce à l'action de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). *« Ça avance lentement »*, a-t-il toutefois observé.

Le Docteur Emmanuelle Piet a également insisté, lors de son audition, sur le rôle déterminant des **médecins de PMI dans la détection des mutilations et dans leur prévention**. Dans cet esprit, elle a souligné l'importance d'un examen complet de tous les enfants, quels que soient leur

sexe et leur origine, ce qui présente l'avantage de permettre aussi de détecter les éventuelles victimes de maltraitance et de violences sexuelles.

Soulignant elle aussi le **rôle crucial des médecins de PMI**, Marie Cervetti, directrice de *Une Femme, un Toit*, rencontrée par la délégation le 12 mars 2018, a regretté que ces médecins hésitent parfois à parler de mutilation aux femmes et aux mères qu'ils reçoivent en consultation, ce qu'elle a imputé à une crainte de stigmatiser des patientes en raison de leur origine géographique.

De manière significative, le premier rapport d'activité de *La Maison des femmes* de Saint-Denis mentionne de nombreuses actions de sensibilisation et d'échanges à l'attention de professionnels médicaux (maternités, conseils départements de l'Ordre des sages-femmes, écoles de sages-femmes, personnels de PMI). **Ces actions doivent impérativement être encouragées et généralisées.**

S'agissant des outils mis à la disposition des professionnels de santé, la délégation souligne la qualité du **guide *Le/la praticienne face aux mutilations sexuelles féminines***, publié en février 2016 par la Direction générale de la santé et la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) avec l'appui de trois experts : le Docteur Emmanuelle Piet, entendue le 15 mars, le Docteur Pierre Foldès, rencontré le 5 février 2018 et auditionné le 22 mars 2018, ainsi que Mathilde Delespine, sage-femme.

Ce manuel rappelle les aspects importants de la loi française : sanction, levée du secret professionnel pour les médecins, sages-femmes et infirmiers, protection de l'enfance. Il guide les professionnels dans la manière d'aborder ce sujet en consultation et de se comporter face à une mineure victime ou menacée de mutilation. Comme le notait Ernestine Ronai lors de la table ronde du 8 février 2018, « *Le questionnement est très important. Certes, l'examen par un médecin compte, mais il y a aussi la façon de poser les questions, de chercher des indices. Les mutilations ne transparissent pas sur le visage des personnes. Il faut donc faire comprendre aux personnes menacées qu'il existe des lieux où elles peuvent en parler, avec des médecins, des assistantes sociales ou des infirmières scolaires* ».

**La délégation recommande donc :**

**- que tous les personnels de santé susceptibles d'être en relation avec des femmes ou des filles concernées par le risque d'excision (médecins - y compris urgentistes -, sages-femmes, infirmiers-ères, psychologues, kinésithérapeutes) soient formés au repérage et à l'accompagnement des victimes vers le traitement médical ou le suivi psychologique approprié ;**

**- que ces professionnels soient en mesure, dans le cadre du suivi des grossesses de femmes mutilées, de sensibiliser celles-ci aux risques liés à l'excision, afin d'éviter la reproduction de ces pratiques sur leurs filles et dans leur entourage.**

*b) La communauté éducative*

L'obligation de formation doit aussi concerner les membres de la **communauté éducative : enseignants, chefs d'établissement et personnels médico-sociaux au contact des élèves de l'enseignement primaire et secondaire.**

Le témoignage du Docteur Ghada Hatem lors de son audition du 14 décembre 2017 a alerté la délégation : qu'une élève excisée pendant les congés scolaires « *[change] totalement de comportement et [voit] ses résultats scolaires chuter, sans que personne ne se préoccupe de lui en demander la cause* », que des « *petites filles [soient] excisées à six ans et ne reçoivent aucun soutien* » n'est pas acceptable.

La délégation plaide également pour un **renforcement de la médecine scolaire**, dont le Docteur Piet a déploré que les moyens et les conditions de travail ne lui permettaient pas de procéder à l'examen complet qu'implique le repérage des filles menacées ou victimes d'excision : « *les conditions techniques qu'offrent les cabinets médicaux situés dans les écoles ne permettent pas d'effectuer un examen complet* », a-t-elle fait observer.

*c) Les personnels consulaires*

Lors de l'examen de ce rapport par la délégation, le 16 mai 2018, notre collègue Claudine Lepage a estimé que les **consulats français** - à condition que ces très jeunes filles soient en mesure de rejoindre un poste consulaire - pourraient être un point d'entrée pour **aider ces jeunes filles menacées d'excision lors de congés dans le pays d'origine de leur famille**. La contribution du réseau consulaire à la prévention des mutilations sexuelles féminines suppose, a-t-elle ajouté, que ses personnels soient sensibilisés à ce danger et à l'accompagnement des victimes.

Cette sensibilisation est d'autant plus importante que, pour ces adolescentes, le risque de subir une mutilation sexuelle se double de la menace d'un **mariage forcé** : notre collègue a insisté sur ce point.

La délégation a été convaincue par ces remarques et considère que les **personnels consulaires** font partie des professionnels dont la formation peut contribuer à la prévention des mutilations sexuelles féminines et à la lutte contre ces pratiques.

d) *Des outils de formation à mobiliser*

S'agissant des outils de formation mis à la disposition de tous les professionnels, la délégation est sensible à la qualité du *kit* « *Bilakoro* » élaboré par la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre les êtres humains (MIPROF) pour le repérage et la prise en charge des mineures confrontées aux mutilations sexuelles féminines<sup>1</sup>. Ce kit est composé d'un court-métrage de vingt minutes, téléchargeable gratuitement en ligne, et d'un livret d'accompagnement. Ce dernier s'adresse en premier lieu aux **travailleurs sociaux et aux professionnels scolaires et parascolaires (enseignants, conseillers principaux d'éducation, psychologues scolaires, médecins et infirmiers scolaires)**.

Le livret permet d'identifier les signaux d'alerte qui doivent constituer autant d'indices qu'une mineure est menacée ou victime d'excision. Il présente en outre des éléments d'information pour guider l'entretien du professionnel avec la mineure selon qu'elle est victime ou menacée d'excision. Le livret est par ailleurs accompagné d'une fiche réflexe « Le-la professionnel-le face à une majeure ayant subi une MSF ».

Quant au **court-métrage *Bilakoro***, il aborde, à partir de témoignages (victimes, responsable d'association, exciseuse, etc.), les conséquences physiques et psychologiques de l'excision et présente la manière dont les mutilations peuvent être prises en charge ainsi que des initiatives de lutte contre la perpétuation de ces pratiques.

La délégation tient également à souligner l'intérêt du site **uefgm.org** (*United to end FGM - Ensemble pour en finir avec les mutilations génitales féminines*), remarquable outil de **formation à distance**, gratuit et disponible en neuf langues, qu'Isabelle Gillette-Faye, présidente de l'association *Excision, parlons-en !*, a présenté lors de la table ronde du 8 février 2018. Conçue dans un **esprit pluridisciplinaire**, cette plate-forme, lancée le 6 février 2017, est due à une initiative de douze associations européennes qui se sont alliées pour élaborer cet outil d'information en ligne. Ce site, cofinancé par la Commission européenne, s'adresse à **tous les professionnels** pour les aider à identifier et à accompagner les femmes mutilées. Il comporte des informations utiles non seulement pour les soignants, mais aussi pour les travailleurs sociaux et les professionnels du droit. Tous les aspects des mutilations sexuelles féminines y sont abordés : santé, asile, police, législation, services sociaux et protection de l'enfance, éducation, médias...

---

<sup>1</sup> <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>

La délégation estime que tous les professionnels concernés par la prévention des mutilations sexuelles féminines (services de police et de gendarmerie, magistrats, travailleurs sociaux, personnels consulaires, professionnels médicaux -y compris les urgentistes-, personnels au contact des élèves de l'enseignement primaire et secondaire - enseignants, chefs d'établissement, médecins, psychologues et infirmières scolaires, etc.) doivent être sensibilisés aux mutilations et formés à l'orientation des victimes vers les associations ou les structures médico-psychologiques susceptibles de leur apporter l'aide dont elles ont besoin.

Par ailleurs, dans la perspective de la formation de tous les professionnels concernés par les mutilations sexuelles féminines, la délégation plaide pour la diffusion la plus large :

- du guide *Le/la praticienne face aux mutilations sexuelles féminines*, publié en 2016 par le ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en collaboration avec la MIPROF ;

- du kit *Bilakoro* élaboré par la MIPROF pour le repérage et la prise en charge des mineures confrontées aux mutilations sexuelles féminines ;

- et de la plate-forme d'information en ligne *Ensemble pour en finir avec les mutilations génitales féminines (United to end FGM)*.

e) *L'enjeu de la formation des professionnels : le signalement des mutilations sexuelles féminines*

Par ailleurs, la délégation souhaite rappeler que **l'enjeu de la formation, initiale et continue**, des professionnels est non seulement que les victimes se voient proposer les **soins** et **l'orientation** dont elles ont besoin, mais aussi leur **signalement**, dans une logique de **prévention**.

Ernestine Ronai l'a fait observer lors de la table ronde du 8 février 2018 : les six signalements au titre des mutilations sexuelles dont le parquet de Paris a fait état pour une année lors de la dernière session de formation aux violences faites aux femmes organisée par l'École nationale de la magistrature, constituent selon elle un « *chiffre peu élevé par rapport à la population à risque* ».

**Cette faible proportion de signalements souligne l'importance de la sensibilisation de tous les professionnels susceptibles d'être en contact avec des personnes menacées ou victimes d'excision.**

C'est d'ailleurs dans cet esprit que le site [uefgm.org](http://uefgm.org), évoqué ci-dessus, encourage la multiplication des signalements.

---

À cet égard, notons que le guide *Le/la praticienne face aux mutilations sexuelles féminines* donne aux intervenants de la chaîne médicale tous les **éléments utiles en vue d'un signalement et fournit des modèles de certificat médical**.

Comme le souligne le rapport précité de l'APCE, les professionnels de santé, les services sociaux et le personnel éducatif peuvent être **réticents à dénoncer les mutilations sexuelles féminines**, par crainte de mesures telles que l'arrestation des parents ou le placement des jeunes victimes.

Sur ce point, le Docteur Emmanuelle Piet a déploré, lors de son audition par les co-rapporteuses, le 15 mars 2018, que l'obligation de signalement ne soit « *pas appliquée rigoureusement* », certains médecins estimant que « *les parents qui font mutiler leur fille sont " de bons parents quand même ", ou alors " ils ne savaient pas ", voire " c'est leur tradition " ».*

On peut toutefois comprendre, avec le Docteur Ghada Hatem, fondatrice de *La Maison des femmes* de Saint-Denis, qu'il soit « *délicat pour un gynécologue-obstétricien venant d'accoucher une adolescente mutilée de l'exposer ainsi et de mettre en cause ses parents* »<sup>1</sup>.

Ernestine Ronai, se référant à son expérience d'ancienne psychologue scolaire, a pour sa part évoqué, lors de la table ronde du 8 février 2018, un cas soulignant l'**importance des signalements** : « *Je me souviens d'une petite fille de CM2 qui n'allait pas très bien en classe et qui m'avait donc été adressée. Elle devait partir au Mali pour les vacances et m'avait fait part de son inquiétude. Je lui ai demandé pourquoi. Elle a répondu : " Je ne sais pas, mais tout le monde parle autour de moi, j'ai peur ". Alors j'ai fait un signalement. Les policiers ont interrogé la famille et cela a permis que cette petite fille revienne entière. Les policiers avaient expliqué à la famille que l'excision est interdite et condamnable en France et que la petite serait examinée à son retour* ». Selon Ernestine Ronai, ce signalement a sauvé cette enfant.

Ainsi que l'a relevé à juste titre le Docteur Emmanuelle Piet, entendue le 15 mars 2018, « *en s'abstenant de signaler ces parents, les médecins se substituent au parquet. C'est à ce dernier qu'il appartient de considérer que l'on peut poursuivre ou pas* ».

---

<sup>1</sup> Daphné Mongibeaux, « *Excision : et maintenant les adolescentes...* », ParisMatch.com, 30 mars 2017, mis à jour le 7 avril 2017.

**La délégation, favorable à une réponse pénale rigoureuse à l'égard des mutilations sexuelles féminines, est d'avis que tous les professionnels susceptibles d'être en contact avec des jeunes filles concernées par le risque d'excision (services de police et de gendarmerie, magistrats, travailleurs sociaux, personnels consulaires, professionnels médicaux - y compris les urgentistes -, personnels au contact des élèves de l'enseignement primaire et secondaire - enseignants, chefs d'établissement, médecins, psychologues et infirmières scolaires, etc.) soient sensibilisés à l'importance du signalement de ces mutilations.**

**Elle souhaite qu'il soit rappelé aux professionnels de santé que le secret professionnel ne leur permet pas de s'exonérer de leurs responsabilités en la matière.**

---

### III. LES CONCLUSIONS DE LA DÉLÉGATION

Au terme de ce travail sur les mutilations sexuelles féminines, la délégation aux droits des femmes :

- affirme 15 constats et points de vigilance en matière de lutte contre l'excision ;

- et formule 15 recommandations pour renforcer la lutte contre ces mutilations et améliorer leur prévention ainsi que l'accompagnement de leurs victimes.

#### *A. 15 CONSTATS ET POINTS DE VIGILANCE EN MATIÈRE DE MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES*

Très préoccupée de la perpétuation des mutilations sexuelles féminines, qui continuent à faire une victime toutes les quinze secondes dans le monde malgré les avancées permises par des initiatives locales et internationales, la délégation :

- s'alarme du fait que 30 millions de filles risquent de subir une mutilation au cours des dix prochaines années, en lien avec le fléau du mariage précoce et forcé ;

- considère qu'aucune tradition ne saurait être invoquée pour justifier les mutilations sexuelles féminines, qui bafouent les droits fondamentaux des femmes et des petites filles et qui constituent une violence dont sont victimes tant des femmes que des enfants ;

- insiste sur le fait que les mutilations sexuelles féminines s'inscrivent dans un ensemble traumatique qui comprend tout le spectre des violences faites aux femmes, *a fortiori* pour les femmes confrontées aujourd'hui aux dangers des parcours migratoires ;

- souligne l'importance de la *Journée internationale de tolérance zéro* pour la lutte contre les mutilations sexuelles féminines ;

- souscrit à l'objectif d'éradication de ces pratiques à l'échéance de 2030, salue l'engagement de l'ONU, du Parlement européen et de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe contre les mutilations sexuelles féminines ;

- se félicite de la détermination de ces institutions à faire valoir que ces pratiques ne sauraient être justifiées par la tradition culturelle ou religieuse ;

- condamne la participation de professionnels de santé, dans certains pays, aux mutilations sexuelles féminines et soutient l'engagement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) contre ce qu'elle considère comme un dévoiement de la médecine ;

- appelle à une plus grande implication des hommes dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines ;

- insiste sur l'importance de la convention d'Istanbul dans la lutte contre les violences faites aux femmes, se félicite que ce texte engage très explicitement les États à ériger les mutilations sexuelles féminines en infractions pénales et appelle tous les pays du Conseil de l'Europe qui n'y auraient pas encore procédé, à une ratification rapide de ce texte essentiel pour la protection des femmes ;

- rend hommage au rôle pionnier d'avocats comme Maître Linda Weil-Curiel, qui dès le début des années 1980 a œuvré pour faire connaître le scandale des mutilations sexuelles sur notre territoire, et a contribué à les faire sanctionner comme des crimes ;

- souhaite que la France continue à opposer une réponse pénale rigoureuse aux mutilations sexuelles féminines ;

- estime que la lutte contre l'excision constitue un enjeu de santé publique et se félicite que la chirurgie réparatrice soit en France prise en charge au titre de la Sécurité sociale ;

- appelle au renforcement des moyens de la médecine scolaire, indispensable au repérage des victimes et à la protection des petites filles et des adolescentes contre l'excision ;

- exprime sa profonde considération à tous les acteurs et actrices de la lutte contre les mutilations sexuelles - bénévoles associatifs, professionnels de santé, travailleurs sociaux - et salue leur engagement et leur implication ;

- manifeste son soutien aux associations et aux institutions où sont accueillies et soignées les femmes victimes de mutilations sexuelles, salue l'action de *La Maison des femmes* de Saint-Denis et de *Women Safe-Institut en santé génésique*, témoigne de sa considération pour les professionnels qui y accompagnent les femmes victimes de violences et forme des vœux pour que des structures comparables s'organisent, tant sur notre territoire qu'à l'étranger.

---

**B. 15 RECOMMANDATIONS :****1. Pour une meilleure connaissance de l'ampleur des mutilations sexuelles féminines en France, dans une logique de prévention**

N° 1. - La délégation souhaite la mise à l'étude de l'extension de l'enquête Virage, y compris dans sa dimension ultramarine, à un questionnement sur les mutilations sexuelles féminines.

N° 2. - Elle propose que soit envisagé un recensement systématique, par les établissements d'enseignement secondaire, des jeunes filles qui quittent le collège sans motif à l'âge de l'obligation scolaire, afin de mieux identifier les victimes potentielles de mutilations sexuelles féminines.

**2. Pour renforcer la protection des fillettes et des adolescentes contre les mutilations sexuelles**

N° 3. - La délégation invite le Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE) à sensibiliser les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) à la nécessité de prendre en compte l'hypothèse d'un risque d'excision dans le cadre de toute décision concernant la santé de mineures potentiellement exposées à une mutilation sexuelle du fait du pays d'origine de leur famille.

N° 4. - Elle estime que, pour renforcer la prévention des mutilations sexuelles féminines et la lutte contre les mariages forcés, les mineures excisées qui accouchent dans les hôpitaux français devraient faire l'objet d'un signalement systématique.

**3. Pour soutenir l'action des associations dans la lutte contre l'excision**

N° 5. - La délégation soutient l'action des associations dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines et recommande que les subventions qui leur sont attribuées fassent l'objet, comme celles de toutes les associations engagées contre les violences faites aux femmes, d'un effort spécifique, dans un cadre pluriannuel.

N° 6. - Elle suggère que, dans les territoires où il n'existe pas de structure associative dédiée à la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, des référents agissant comme le relais d'associations spécialisées soient identifiés et formés à l'accueil et à l'orientation des victimes.

#### **4. Pour approfondir la contribution de la politique française de l'asile à la prévention des mutilations sexuelles féminines et à la protection des victimes**

N° 7. - La délégation recommande que les personnes candidates à l'asile en France, hommes et femmes, soient sensibilisées, pendant leur parcours d'asile, à l'égalité femmes-hommes, valeur essentielle de notre République, et à la législation française sur la protection des enfants.

Elle souhaite que tous les candidats à l'asile, hommes et femmes, qu'ils soient ou non accompagnés d'enfants, soient informés systématiquement des conséquences pénales des mutilations sexuelles féminines.

N° 8. - La délégation suggère que les personnels en contact avec des demandeurs d'asile soient sensibilisés aux mutilations sexuelles féminines et formés au repérage des personnes susceptibles d'en avoir été victimes ou d'être menacées par ces pratiques, afin que la prise en compte des vulnérabilités liées à l'excision soit effective dans l'instruction des demandes d'asile.

N° 9. - La délégation juge important d'améliorer le parcours médical des mineures menacées d'excision et accueillies en France au titre de l'asile en formant systématiquement les médecins concernés à l'examen prévu à l'article L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et en les sensibilisant à l'importance de celui-ci.

#### **5. Pour la poursuite, en France, d'une réponse pénale rigoureuse**

N° 10. - La délégation est d'avis que la compétence des cours d'assises doit perdurer en matière d'excision et que la tendance à la correctionnalisation, qu'elle déplore à l'égard des viols, ne doit pas s'étendre aux mutilations sexuelles féminines.

N° 11. - Elle recommande que tous les professionnels susceptibles d'être en contact avec des jeunes filles concernées par le risque d'excision (services de police et de gendarmerie, magistrats, travailleurs sociaux, personnels consulaires, professionnels médicaux-y compris les urgentistes-, personnels au contact des élèves de l'enseignement primaire et secondaire - enseignants, chefs d'établissement, médecins, psychologues et infirmières scolaires, etc.) soient sensibilisés à l'importance du signalement de ces mutilations.

Elle souhaite qu'il soit rappelé aux professionnels de santé que le secret professionnel ne leur permet pas de s'exonérer de leurs responsabilités en la matière.

## **6. Pour renforcer la formation des professionnels au repérage, à l'orientation et à l'accompagnement des victimes**

N° 12. - La délégation souhaite que tous les personnels de l'Éducation nationale, sans oublier les infirmières, psychologues et médecins scolaires, soient sensibilisés aux risques courus par les jeunes filles élèves de l'enseignement primaire et secondaire à l'occasion des congés, dans l'hypothèse d'un séjour dans le pays d'origine de leur famille, au cours duquel elles pourraient être excisées.

N° 13. - La délégation estime que tous les professionnels concernés par la prévention des mutilations sexuelles féminines (services de police et de gendarmerie, magistrats, travailleurs sociaux, personnels consulaires, personnels médicaux, personnels au contact des élèves de l'enseignement primaire et secondaire - enseignants, chefs d'établissement, médecins, infirmières et psychologues scolaires) doivent être sensibilisés aux mutilations et formés à l'orientation des victimes vers les associations ou les structures médico-psychologiques susceptibles de leur apporter l'aide dont elles ont besoin.

N° 14. - S'agissant plus particulièrement des personnels de santé susceptibles d'être en relation avec des filles ou des femmes concernées par le risque d'excision (médecins, y compris urgentistes, sages-femmes, infirmiers-ères, psychologues, kinésithérapeutes), la délégation recommande que tous ces professionnels soient formés au repérage et à l'accompagnement des victimes vers le traitement médical ou le suivi psychologique approprié.

Elle suggère par ailleurs que ces personnels soient en mesure, dans le cadre du suivi des grossesses des femmes mutilées, de sensibiliser celles-ci aux risques liés à l'excision, afin d'éviter la reproduction de ces mutilations sur leurs filles et dans leur entourage.

N° 15. - La délégation plaide pour la diffusion la plus large :

- du guide *Le/la praticienne face aux mutilations sexuelles féminines*, publié en 2016 par le ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en collaboration avec la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) ;

- du *kit Bilakoro* de formation au repérage et à la prise en charge des mineures confrontées aux mutilations sexuelles féminines, élaboré par la MIPROF ;

- et de la plate-forme européenne d'information en ligne *Ensemble pour en finir avec les mutilations génitales féminines (United to end FGM)*.



---

## EXAMEN EN DÉLÉGATION

Réunie le **mercredi 16 mai 2018**, sous la présidence d'**Annick Billon, présidente**, la délégation a examiné le rapport de **Maryvonne Blondin et Marta de Cidrac, co-rapporteuses**.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Mes chers collègues, nous allons examiner ensemble aujourd'hui le rapport d'information sur les mutilations sexuelles féminines, que vont nous présenter nos collègues Maryvonne Blondin et Marta de Cidrac.

Avant de leur donner la parole, je voudrais attirer votre attention sur le fait que vous avez dans vos dossiers les actes de la journée du 8 mars 2018, cette rencontre avec des élues locales de nos territoires dont nous avons pris l'initiative et qui a été pour notre délégation, je pense que nous en sommes tous et toutes d'accord, un grand moment.

**Mme Maryvonne Blondin.** – Dans mon département, on en parle encore !

**Mme Annick Billon, présidente.** – Ce document vous a été envoyé par mail lundi pour que vous puissiez en prendre connaissance avant d'autoriser sa publication. Me confirmez-vous que nous pouvons procéder à sa publication, en ligne et sous forme papier ? Je ne vois pas d'opposition. Cette validation est unanime ! Je vous en remercie.

Je reviens au rapport de Marta de Cidrac et Maryvonne Blondin.

L'excision se devait de figurer dans un programme de travail que la délégation a centré, cette année, sur les violences faites aux femmes : je remercie donc nos collègues Maryvonne Blondin et Marta de Cidrac d'avoir pris simultanément et spontanément, dès notre première réunion de novembre 2017, l'initiative de ce rapport.

Nos co-rapporteuses soumettent ce matin à notre approbation un travail substantiel, qui conclut de nombreuses auditions, tables rondes et déplacements, auxquels nous sommes un certain nombre à avoir participé.

Je dois dire que nous avons entendu, lors de ces rencontres, des témoignages bouleversants : le mot est même insuffisamment fort. Il est évident que personne ne saurait être indifférent à un problème aussi grave, qui concerne tant des femmes que des fillettes ou des adolescentes. Tous ces témoignages nous l'ont montré : l'horreur dans ce domaine n'a pas de limite !

L'excision est un sujet exigeant, car il se trouve à la confluence du droit, de la médecine, des relations internationales, de la sociologie et même de l'histoire, et parce qu'il implique de s'interroger sur la question du relativisme culturel, particulièrement complexe. Sur ce point, je rappelle que l'un des intervenants de notre table ronde du 8 février dernier a, avec beaucoup d'éloquence, estimé que les mutilations n'avaient rien à voir avec la culture, valeur « éminemment positive » incompatible avec une « violation des droits humains des femmes et des filles ».

*Après l'intervention des rapporteuses, nous examinerons leurs recommandations, une par une, dans l'ordre où elles figurent dans le projet de rapport qui vous a été envoyé préalablement à cette réunion. Vous pourrez, bien entendu, proposer des modifications, si vous le souhaitez. Puis nous débattons ensemble du titre de ce rapport d'information.*

*Je laisse sans plus tarder la parole à Maryvonne Blondin et Marta de Cidrac, qui vont nous présenter leur travail et les recommandations qui le concluent. Je les félicite toutes les deux pour ce beau travail, très complet, qui marquera notre délégation. Je vous remercie également d'avoir pris l'initiative de ce déplacement à Saint-Germain-en-Laye, où nous avons rencontré le Docteur Pierre Foldès et où nous avons entendu des paroles qui nous ont beaucoup marquées.*

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – *Merci, madame la présidente.*

*Je voudrais tout d'abord remercier notre présidente, qui a accueilli avec intérêt notre proposition de rapport et qui nous a donné la possibilité de conduire ce projet.*

*Le sujet des mutilations sexuelles féminines est important à l'heure actuelle, car ne nous voilons pas la face, le corps de la femme devient aujourd'hui un enjeu dans beaucoup de domaines – l'excision en fait partie – et notre délégation, justement, porte ces sujets-là.*

*Je vais pour ma part vous présenter les méthodes de travail qui nous permettent aujourd'hui de vous présenter notre rapport.*

*On aurait pu croire qu'en France, après la prise de conscience de la gravité de l'excision dans les années 1980, et après les procès très médiatisés de cette époque, notre pays pouvait considérer ce combat comme acquis.*

*Il n'en est malheureusement rien et depuis plusieurs années, des associations et des médecins s'inquiètent de la recrudescence d'un phénomène qui touche désormais non plus tant, comme c'était le cas par le passé, des nourrissons, mais des adolescentes. On a pu constater malheureusement qu'au fil du temps l'âge des victimes a évolué.*

*Selon les acteurs de la lutte contre l'excision, des jeunes filles sont ainsi menacées de subir une mutilation pendant les congés scolaires, à l'occasion de séjours dans le pays d'origine de leur famille. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question.*

*Ce point nous avait été signalé notamment par le Docteur Ghada Hatem, gynécologue, fondatrice de La Maison des femmes de Saint-Denis, que nous avons entendue le 14 décembre 2017.*

*Il était donc important que notre délégation contribue, par ce rapport, à mieux faire connaître les risques actuellement liés à l'excision et qu'elle appelle à soutenir la mobilisation de tous les acteurs concernés.*

*Nous nous sommes appuyées, pour mener à bien ce travail, sur des échanges avec des victimes de mutilations et avec des acteurs de la lutte contre l'excision, rencontrés au cours de deux déplacements :*

- d'abord à l'Institut en santé génésique de Saint-Germain-en-Laye, qui s'appelle aujourd'hui Women safe, où exerce le Docteur Pierre Foldès, pionnier des techniques de réparation chirurgicale proposée aux victimes de mutilations sexuelles ; les responsables de cet institut ont ensuite été auditionnés, le 22 mars dernier – vous vous en souvenez certainement, tant cette audition a été marquante ;

- au foyer Une Femme, un Toit, dédié à l'hébergement de jeunes femmes victimes de violences, où nous avons rencontré une ancienne résidente, opérée à Saint-Germain-en-Laye : on voit bien qu'il existe une connexion autour des acteurs de la lutte contre l'excision.

Une table ronde organisée le 8 février 2018, à l'occasion de la Journée internationale de tolérance zéro, nous a permis de rassembler six témoignages montrant la diversité des politiques publiques concernées par la lutte contre l'excision : santé, asile, formation des professionnels...

Nous avons aussi entendu le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du Collectif féministe contre le viol, particulièrement impliquée, en tant qu'ancien médecin de PMI (Protection maternelle et infantile), contre l'excision.

Parallèlement à ces entretiens et rencontres, nous nous sommes référées à des rapports officiels, comme par exemple un avis de 2013 de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), document qui reste une référence importante dans ce domaine.

Nous avons également pris connaissance de publications de l'Unicef. Il n'est pas étonnant que cette institution fasse partie des organismes particulièrement engagés contre l'excision, puisque les mutilations touchent tout particulièrement des enfants : chaque année, trois millions de fillettes sont excisées, comme l'a rappelé le Docteur Foldès lors de son audition, le 22 mars 2018. S'agissant des risques courus par les très jeunes victimes, il est important de souligner que l'excision concerne un autre fléau qui touche plus particulièrement les fillettes et les adolescentes : les mariages précoces et forcés qui vont de pair, il faut en être conscient, avec le viol conjugal.

Nous nous sommes aussi appuyées sur les analyses de l'Institut national d'études démographiques (INED), indispensables pour appréhender la réalité statistique de pratiques dont les conséquences concernent directement notre pays.

Nous avons également lu des témoignages publiés par certaines victimes. L'une d'entre elles, Diaryatou Bah, auteure de *On m'a volé mon enfance*, un titre qui en dit beaucoup, était présente lors de la table ronde du 8 février dernier. Je dois dire que cette lecture est aussi dure qu'édifiante, comme d'ailleurs le témoignage de Diaryatou Bah que nous avons entendu ce jour-là.

Nous nous sommes aussi inspirées des résolutions et rapports que nos collègues du Parlement européen et du Conseil de l'Europe consacrent régulièrement à l'excision, et nous avons considéré que notre délégation se devait, à travers ce rapport, de contribuer à ce débat.

Bien évidemment, nous aurions pu entendre encore plus de spécialistes et d'acteurs de la lutte contre les mutilations.

*Mais au sein d'un ordre du jour parlementaire très chargé cette année, tout particulièrement à la délégation, il nous a fallu prendre la difficile décision de clore cette enquête et de mettre un point final à notre rapport, qui s'articule autour de deux parties principales :*

*- tout d'abord, l'état des lieux des mutilations sexuelles dans le monde. Ces pratiques sont loin de régresser car elles concernent 200 millions de femmes dans le monde, dont 44 millions sont âgées de moins de 15 ans : n'oublions jamais que les mutilations sexuelles féminines font une victime toutes les quinze secondes dans le monde. Depuis que nous avons commencé notre réunion, des petites filles ont été mutilées. Il faut en être conscient ;*

*- il s'agit par ailleurs de pratiques sujettes à certaines évolutions : nos interlocuteurs nous ont mis en garde contre le fait que les mutilations, après avoir concerné au premier chef des fillettes et des adolescentes, peuvent désormais survenir à des âges relativement avancés, vers 25 ans, voire être subies plusieurs fois dans leur vie par certaines femmes ;*

*- ensuite, la problématique de l'excision en France est une réalité, de même qu'en Amérique du nord et dans tous les pays d'Europe. L'excision n'est pas limitée à certains pays comme la Somalie ou l'Égypte. Selon l'INED, plus de 500 000 femmes seraient concernées en Europe, dont 135 000 femmes et filles au Royaume-Uni.*

*Ces chiffres nous ont donc encouragées à appeler à une intensification de la mobilisation de tous les acteurs contre la persistance de ces mutilations, dans notre pays.*

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – *Je vais vous présenter les quinze « constats et points de vigilance » qui constituent en quelque sorte l'ancrage des recommandations que nous soumettons aujourd'hui à votre approbation.*

*Avant de vous les commenter, je voudrais souligner que nous avons toutes les deux, en tant que co-rapporteuses, travaillé dans une bonne entente, et je voudrais, moi aussi, m'associer aux remerciements adressés à notre présidente par Marta de Cidrac.*

*Le rapport se réfère à plusieurs reprises aux travaux de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) dont j'ai l'honneur d'être membre en tant que parlementaire française. L'APCE s'est en effet beaucoup impliquée dans la lutte contre l'excision. J'ai donc fait part à mes collègues européens de notre travail. Je voudrais souligner combien il est important de faire connaître nos réflexions dans ce cadre international, afin que nous puissions travailler ensemble, parlementaires français et de toute l'Europe, à des sujets d'intérêt commun. Les rapports établis dans le cadre de l'APCE sont soumis au Conseil des ministres, qui peut demander aux États de transposer dans leur droit interne les recommandations qu'il soutient. Il est donc important que notre travail puisse être relayé auprès de l'APCE.*

*Une excision toutes les quinze secondes, 200 millions de femmes mutilées dans le monde, trente pays : voilà des chiffres qu'il faut garder à l'esprit pour évaluer l'ampleur des mutilations sexuelles féminines.*

---

*Je tiens à souligner que ce travail sur l'excision a toute sa place dans un agenda de la délégation dédié, en 2017-2018, aux violences faites aux femmes : les mutilations sexuelles s'inscrivent en effet dans un ensemble de violences marqué par les violences sexuelles, les violences intrafamiliales, le mariage forcé, et donc le viol conjugal – cela a été dit – et, pour certaines victimes, par la prostitution de survie. Ce point a été souligné lors de notre visite à Une Femme, un Toit et je remercie sa directrice de nous avoir alertées sur ce point.*

*Je voudrais aussi citer deux des témoins que nous avons rencontrés, car leurs mots illustrent la gravité de l'excision et le traumatisme vécu par les victimes.*

*Lors de notre visite au centre d'hébergement Une Femme, un Toit, nous avons entendu une jeune femme qui, parlant de la douleur qu'elle avait ressentie, estime à propos de l'excision : « c'est être vivante et morte à la fois ». Dans la même logique, une autre ancienne patiente du Docteur Foldès nous a dit à Saint-Germain-en-Laye : « La date de mon opération est ma deuxième date de naissance ».*

*De fait, pour toutes les femmes qui ont le courage d'évoquer la mutilation qu'elles ont subie, les conséquences pour leur santé et leur état général sont effroyables, qu'il s'agisse de complications obstétricales, généralement inévitables, de rapports sexuels souvent douloureux, de difficultés comme l'incontinence ou de douleurs persistantes qui rendent souvent impossible toute activité professionnelle.*

*Nous avons été frappées de constater que les victimes de mutilations cumulent les conséquences d'un parcours de violences conjuguant excision, viols et violences conjugales, et les effets d'une grande précarité sociale aggravée par une santé très dégradée.*

*Je voudrais enfin préciser que nous avons pris le parti, dans ce rapport, de nous référer au terme de « mutilations sexuelles féminines » de préférence à celui de « mutilations génitales féminines », généralement utilisé dans le cadre de l'ONU comme d'ailleurs dans celui du Conseil de l'Europe.*

*Nous avons été convaincues par l'analyse de personnalités comme le Docteur Emmanuelle Piet ou Ernestine Ronai, qui insistent sur le fait que ces mutilations visent en premier lieu la sexualité féminine, et qu'elles constituent une violation des droits fondamentaux des fillettes et des femmes. Ce terme nous a donc paru préférable à celui de « mutilation génitale », qui semble renvoyer à des problématiques médicales, ce qui nous a paru réducteur. L'excision est la conséquence d'un pouvoir de domination masculine.*

*J'en reviens à nos remarques préalables, que nous avons intitulées « constats et points de vigilance ». Je ne vais pas les commenter dans leur intégralité et me bornerai pour l'essentiel à préciser les points suivants :*

*- nous exprimons tout d'abord de l'inquiétude devant l'ampleur statistique de ces mutilations. Je ne reviens pas sur les chiffres, mais ils nous conduisent à souligner l'importance de la Journée onusienne « Tolérance zéro » et à soutenir l'objectif d'éradication des mutilations, défendu par l'ONU, même si la réussite de cet objectif à l'échéance de 2030, souhaitée par l'ONU, n'est pas acquise d'avance...*

*Nous vous proposons aussi que la délégation fasse siennes des exigences fortes :*

*- la condamnation des professionnels de santé qui, dans certains pays, pratiquent les mutilations : il s'agit là d'un dévoiement inacceptable de la médecine et il est heureux que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se soit élevée contre la participation de médecins à ces pratiques ; le Docteur Pierre Foldès nous a d'ailleurs appris que ces mutilations étaient beaucoup plus difficiles à identifier et à réparer lorsqu'elles ont été effectuées par un médecin ;*

*- le rejet de toute justification des mutilations par la tradition culturelle ou religieuse et la nécessité du maintien d'une réponse pénale rigoureuse à ces pratiques ;*

*- l'importance cruciale d'une forte implication des hommes contre les mutilations sexuelles féminines : comme le disait l'une des intervenantes que nous avons entendues, le jour où les hommes diront : « on n'épouse plus les femmes excisées », ces mutilations cesseront assez rapidement... Les exciseuses sont certes souvent des femmes, mais comme l'a souligné l'une de nos interlocutrices, ce sont les hommes qui les payent ! Et ce sont eux qui épousent des femmes excisées ! Il ne s'agit donc pas, contrairement à la présentation qui peut en être faite, d'une « affaire de femmes »... ;*

*- l'importance primordiale d'un renforcement des moyens de la médecine scolaire, indispensable au repérage des victimes et à la protection des petites filles et adolescentes menacées d'excision. Notre délégation est dans son rôle lorsqu'elle porte cette exigence.*

*Nous soulignons aussi l'importance de la convention d'Istanbul, qui engage très explicitement les États à sanctionner les mutilations sexuelles féminines. Nous souhaitons que notre délégation appelle, une fois de plus, à une très large ratification de cet instrument international indispensable à la lutte contre toutes les violences faites aux femmes.*

*Enfin, nous suggérons de rendre hommage, par ce rapport, aux acteurs de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, notamment aux pionniers de ce combat comme l'avocate Linda Weil-Curiel, qui a directement participé aux premiers procès des années 1980.*

*Nous proposons aussi de marquer notre soutien aux associations, qui agissent au quotidien contre l'excision dans un contexte financier trop souvent difficile.*

*Nous allons maintenant vous présenter les 15 recommandations qui concluent notre travail et que nous soumettons à votre examen et, nous l'espérons, à votre approbation. Vous avez le texte de nos recommandations dans les dossiers. Je cède la parole à Marta de Cidrac qui va vous présenter nos premières recommandations.*

---

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Nos deux premières recommandations visent à permettre une connaissance statistique plus précise du phénomène des mutilations en France, car cette connaissance conditionne l'efficacité de la prévention de ces pratiques.

Il nous a paru regrettable que les mutilations ne soient pas prises en compte dans l'enquête Virage, en métropole comme dans les outre-mer, même si nous sommes conscientes que cette enquête repose sur un protocole méthodologique complexe et que l'insertion d'une nouvelle thématique ne peut se faire du jour au lendemain.

L'objet de la recommandation n° 1 est donc que soit mise à l'étude une extension de l'enquête Virage aux mutilations sexuelles féminines, dans sa déclinaison métropolitaine comme dans sa déclinaison ultramarine.

Notre deuxième recommandation, en lien avec la première, vise à envisager un recensement systématique, dans les établissements d'enseignement secondaire, des jeunes filles qui quittent le collège à l'âge de l'obligation scolaire, sans que l'établissement ait édité une autorisation de sortie ou *exeat*, car il peut s'agir de victimes potentielles d'excision.

**Mme Jacqueline Eustache-Brinio.** – L'excision est bien évidemment interdite dans notre pays, mais je souhaiterais savoir si l'on dispose de statistiques relatives à d'éventuelles mutilations clandestines pratiquées sur notre territoire, encore aujourd'hui ?

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Il existe encore des excisions sur le territoire français et différentes sources attestent leur persistance, mais elles se font effectivement de façon clandestine. Je rappelle que la France est l'un des premiers pays à avoir criminalisé cette pratique, et que 29 procès ont eu lieu à ce sujet depuis les années 1980 qui ont marqué le début du combat dans notre pays.

Comme nous l'a expliqué le Docteur Emmanuelle Piet, les premières condamnations pénales ont eu un impact sur les familles qui se sont montrées plus prudentes. Mais ces dernières se sont adaptées et l'excision a fini par se pratiquer non plus en France, sur des enfants, à l'âge des contrôles par la PMI, mais sur des adolescentes, dans leur pays d'origine, au moment des vacances. Nous ne disposons donc pas de statistiques précises sur le nombre d'excisions clandestines réalisées sur notre territoire.

**Mme Claudine Lepage.** – Dans le cas des jeunes filles qui partent en vacances dans leur pays d'origine, les structures consulaires pourraient constituer un point d'entrée pour les victimes potentielles en les relayant vers des assistantes sociales. Cela se fait déjà pour les mariages forcés.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Pour répondre à Jacqueline Eustache-Brinio, c'est notamment pour pallier l'absence de statistiques précises sur le nombre d'excisions clandestines en France que nos deux premières recommandations visent à permettre une connaissance plus précise du phénomène des mutilations dans notre pays.

*Le rapport fait aussi le lien avec les jeunes filles qui partent en vacances dans leur pays d'origine et ne reviennent pas.*

**Mme Annick Billon, présidente.** – *J'observe que les recommandations 1 et 2 ne suscitent pas d'opposition. Elles sont donc adoptées.*

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – *Les recommandations 3 et 4 ont pour objet, dans la suite logique des deux premières, de mieux prendre en compte le risque d'excision couru par les fillettes et les adolescentes.*

*La recommandation n° 3 s'adresse aux services d'aide sociale à l'enfance (ASE) en leur suggérant d'avoir toujours présent à l'esprit, dans toute décision concernant la santé d'une mineure, l'hypothèse d'une menace d'excision.*

**Mme Jacqueline Eustache-Brinio.** – *On ne peut pas accepter qu'un travailleur social, en France, en 2018, puisse justifier de telles pratiques par la culture ou la tradition. C'est pourquoi votre recommandation me paraît très importante. Dans beaucoup de domaines, je constate un retrait des travailleurs sociaux sur des problèmes actuels, qui concernent notamment les jeunes filles. La question de l'excision est grave, mais il y en a d'autres. Il faut alerter les travailleurs sociaux sur ce point, y compris au niveau de leur formation initiale. On ne peut pas se retrancher derrière le secret professionnel quand on est confronté à des pratiques aussi terribles.*

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – *C'est bien dans cet esprit que nous avons travaillé. Nos recommandations concernent en particulier la prévention. Je constate que nos points de vue sont convergents.*

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – *La recommandation n° 4 invite à un signalement des mineures excisées qui accouchent en France. Nous sommes sensibles aux réticences des médecins qui craignent, par un signalement, d'aggraver la situation de ces jeunes filles en mettant en cause leurs parents. Toutefois, comme nous l'a dit le Docteur Emmanuelle Piet, c'est au procureur qu'il revient d'apprécier la suite à donner à un signalement, pas aux médecins de décider de l'opportunité de celui-ci.*

**Mme Jacqueline Eustache-Brinio.** – *J'approuve votre recommandation, mais il me semble plus généralement qu'il est impératif de mener un travail au niveau des pays d'origine.*

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – *Nous ne pouvons pas intervenir sur la législation des pays étrangers à notre niveau. En revanche, beaucoup d'institutions internationales ont pris conscience de cette nécessité : je pense à l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, à l'ONU, mais aussi à l'OMS.*

**M. Roland Courteau.** – *Votre recommandation sur le signalement me conduit à demander une précision sur les délais de prescription concernant les mutilations sexuelles pratiquées sur des enfants. Il me semble que le délai est de vingt ans à compter de la majorité de la victime. Pourriez-vous me confirmer ce point ?*

---

**Mme Annick Billon, présidente.** – C'est bien cela. Les crimes commis sur les mineurs sont prescrits au bout de vingt ans, à compter de la majorité de la victime. Autrement dit, celle-ci aura jusqu'à ses 38 ans pour porter plainte. Mais nous savons combien il est difficile de porter plainte contre ses propres parents...

Je n'ai pas constaté d'opposition sur les recommandations 3 et 4 : elles sont donc adoptées.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse, présidente.** – Les recommandations 5 et 6 concernent le nécessaire soutien des associations engagées dans la lutte contre les mutilations.

La recommandation n° 5 reprend une recommandation malheureusement classique de notre délégation, pour appeler au renforcement des subventions aux associations engagées contre les mutilations sexuelles, comme d'ailleurs, de manière générale, des moyens des associations qui œuvrent contre les violences faites aux femmes. Nous souhaitons aussi que ces subventions soient davantage prévisibles, dans une logique pluriannuelle.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Il n'y a pas d'opposition : la recommandation n° 5 est donc adoptée.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – La recommandation n° 6 s'inspire d'une recommandation formulée par la délégation, à l'égard des violences conjugales en milieu rural, dans le rapport *Agricultrices* : il s'agit, dans les territoires où il n'existe aucune association spécialisée dans la lutte contre les mutilations, de désigner des associations référentes susceptibles d'intervenir comme relais des structures spécialisées.

**M. Marc Laménie.** – Merci à nos deux co-rapporteuses pour leur engagement sur ce sujet sensible. Il existe à coup sûr des associations spécialisées dans la lutte contre l'excision, mais il y a aussi une grande méconnaissance de ces problématiques dans certains départements où ces structures spécialisées ne sont pas présentes.

Un travail de fond reste à faire, notamment du point de vue de la communication. Il faut cibler les interlocuteurs et services compétents dans les territoires, afin de renforcer leur sensibilisation à ces drames et leur permettre d'agir comme relais des associations dédiées.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Merci, cher collègue. La recommandation n° 6 est elle aussi adoptée.

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Les recommandations 7 à 9 concernent la politique de l'asile et sa contribution à la prévention des mutilations sexuelles et à la protection des victimes.

La recommandation n° 7 appelle tout d'abord à la sensibilisation des candidats à l'asile en France - hommes et femmes - pendant leur parcours d'asile, à l'importance de l'égalité entre les femmes et les hommes, valeur essentielle de notre République et à la protection des enfants. Il est souhaitable de les accompagner dans cette évolution s'ils ont reçu l'autorisation de rester en France. Cela pourrait se faire dans le cadre de l'apprentissage de la langue française.

**Mme Anne-Marie Bertrand.** – La recommandation n° 7 parle de « sensibilisation » des candidats à l’asile en France. Qu’entendez-vous précisément par-là ?

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Il s’agit de leur rappeler la loi et de les informer que les mutilations sexuelles sont interdites en France et pénalement réprimées.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Si tout le monde est d’accord sur ce point, la recommandation n° 7 est adoptée.

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – La recommandation n° 8 suggère, pour tous les personnels en contact avec des demandeurs d’asile, une sensibilisation au problème des mutilations sexuelles. L’objectif est que ces personnels soient réellement à même de repérer les victimes potentielles d’excision, et que cette menace soit mieux prise en compte dans l’instruction des demandes d’asile.

**Mme Annick Billon, présidente.** – C’est une excellente recommandation. J’ai moi-même reçu très récemment un jeune père guinéen qui a dû quitter son pays car il a refusé que sa fille soit excisée (sa femme l’est et voulait faire exciser leur fille). Il a été menacé de mort pour cela, car il a remis en cause l’autorité de sa communauté. Il est donc aujourd’hui en France, prêt à s’engager dans la lutte contre l’excision. Ce témoignage m’a beaucoup marquée.

**Mme Françoise Laborde.** – Merci à nos co-rapporteuses pour cet excellent travail. Les auditions et déplacements que nous avons effectués dans le cadre de ce rapport nous ont réellement fait prendre conscience de l’horreur de ces situations. S’agissant de la formation et de la prévention, il me semble qu’il est vraiment essentiel de répéter les choses. Plus nous les répéterons, plus notre message portera. L’exemple que la présidente vient d’évoquer me paraît important, car il montre que les mutilations sexuelles féminines ne concernent pas que les femmes ; elles affectent aussi des familles entières.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Merci pour vos remarques, chère collègue. Je ne vois pas d’opposition : la recommandation n° 8 est donc adoptée.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – La recommandation n° 9 concerne la formation des médecins à l’examen médical indispensable aux mineures qui demandent l’asile au titre d’une menace d’excision. Elle complète les deux précédentes. En effet, les mutilations sexuelles évoluent et peuvent être parfois difficiles à identifier. Cet examen semble plus compliqué, comme nous l’a indiqué le Docteur Foldès, lorsque les mutilations ont été pratiquées par des médecins, ce qui se fait hélas dans certains pays. Il faut en être conscient.

Selon les médecins qui nous ont accompagnées dans notre recherche, cette formation des praticiens, qui relève de la formation continue, est extrêmement importante. Le Docteur Foldès suggère que cette formation soit réalisée par les médecins des centres habilités à recevoir et prendre en charge les femmes mutilées.

---

Il estime par ailleurs que les certificats nécessaires à la protection des mineures réfugiées en France au titre de l'excision devraient pouvoir être effectués en deux temps : pour les cas évidents, ces certificats pourraient être établis par les médecins formés à cet effet, les cas complexes pouvant nécessiter l'intervention en second recours d'un expert référent. Cela complète parfaitement les recommandations 8 et 9.

**Mme Dominique Vérien.** – Connaissez-vous la position de Médecins du Monde sur les mutilations sexuelles féminines ? J'ai été assez surprise d'apprendre au cours de la table ronde du 12 avril sur le parcours de sortie de la prostitution qu'ils sont favorables à la prostitution, parce qu'elle permet de vivre à certains publics précaires...

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Nous ne les avons pas auditionnés, mais d'après leur site Internet, ils sont engagés contre les mutilations sexuelles féminines, dans la logique des préconisations de l'OMS, et participent à des actions de sensibilisation des populations.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Les femmes subissent l'excision pour les hommes. Comme nous l'a dit le Docteur Emmanuelle Piet, si les hommes refusaient d'épouser des femmes excisées, les mutilations sexuelles féminines régresseraient fortement. Il me paraît vraiment important que les hommes s'impliquent dans la lutte contre l'excision, et l'exemple du jeune guinéen que j'évoquais tout à l'heure me conforte dans cette conviction.

**Mme Françoise Laborde.** – Sur la question de l'asile, nous ne pourrons pas éluder un débat sur l'impact des mesures du projet de loi asile et immigration sur les victimes de mutilations, dans le cadre du prochain examen de ce texte au Sénat.

**Mme Claudine Lepage.** – On ne peut pas modifier la loi des pays étrangers, mais les mutilations concernent parfois des jeunes femmes ayant la double nationalité. Je pense au témoignage de cette jeune femme franco-sénégalaise que nous avons rencontrée au cours de notre visite au foyer d'hébergement de FIT, le 12 mars dernier.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Si vous êtes tous d'accord, la recommandation n° 9 est adoptée.

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Les recommandations 10 et 11 s'inscrivent dans le souhait de la poursuite d'une politique pénale rigoureuse, en France, contre les mutilations sexuelles.

La recommandation n° 10 appelle ainsi au maintien de la compétence des cours d'assises en matière d'excision. Elle estime que la tendance à la correctionnalisation, déplorée par la délégation à l'égard du viol, ne devrait pas s'étendre à l'excision. Cette crainte est exprimée par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) dans un de ses rapports.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Qui souhaite intervenir ? Je ne constate pas d'opposition. La recommandation n° 10 est adoptée.

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – La recommandation n° 11 revient sur l'importance du signalement au procureur et appelle à une sensibilisation de tous les personnels concernés à leurs obligations en la matière (police, gendarmerie, travailleurs sociaux, personnels de l'Éducation nationale, professionnels de la santé, etc.).

**M. Roland Courteau.** – La loi ne prévoit-elle pas déjà la levée du secret professionnel en matière d'excision ?

**Mme Annick Billon, présidente.** – C'est effectivement le cas, mais beaucoup de professionnels l'ignorent. Il s'agit donc d'un rappel.

**Mme Claudine Lepage.** – Je suggère d'ajouter dans l'énumération des personnels de la recommandation n° 11 une référence aux personnels consulaires. Il me semble en effet important de les sensibiliser, eux aussi, au problème des mutilations sexuelles féminines.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Chère collègue, merci pour cette contribution qui permet de ne pas oublier la dimension internationale de notre sujet.

Je ne vois pas d'objection : la recommandation n° 11, telle qu'amendée par Claudine Lepage, est ainsi adoptée.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Nos quatre dernières recommandations, qui portent les numéros 12 à 15, concernent un axe essentiel de la prévention des mutilations sexuelles : la formation des personnels au repérage, à l'orientation et à l'accompagnement des victimes.

La recommandation n° 12 concerne les personnels de l'Éducation nationale. L'enjeu de leur formation est notamment de protéger les jeunes filles menacées d'excision à l'occasion de congés scolaires.

Cette recommandation complète la recommandation n° 2 qui a pour objet la mise à l'étude d'un recensement des mineures qui quittent le système scolaire sans exeat, peut-être en lien avec un risque d'excision et de mariage précoce et forcé dans le pays d'origine de leur famille. Elle complète aussi notre constat de la nécessité de renforcer les moyens de la médecine scolaire.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Aucune demande de parole ni opposition ? La recommandation n° 12 est donc adoptée.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – La recommandation n° 13 vise à renforcer la sensibilisation de tous les personnels au contact de femmes ou de mineures concernées par l'excision. L'objectif est que ces personnels soient en mesure de repérer et d'orienter les victimes. Cette recommandation est le corollaire de la recommandation n° 8, destinées aux personnes en contact avec des candidates à l'asile susceptibles d'être menacées de mutilation.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Il me semble que l'amendement relatif au personnel consulaire pourrait être étendu à cette recommandation. Je constate encore une fois le consensus entre nous. La recommandation n° 13 est donc adoptée.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – La recommandation n° 14 vise plus spécifiquement les personnels de santé, qui doivent être formés au repérage et à l'orientation des victimes vers l'accompagnement médical et psychologique le plus approprié. C'est l'un des points soulevés par le Docteur Pierre Foldès, qui a indiqué que beaucoup de ses collègues ne sont pas assez formés au repérage des mutilations sexuelles féminines.

Cette recommandation est indépendante de la recommandation n° 9, qui concerne la formation des spécialistes de médecine légale concernés par l'examen médical des mineures dans le cadre d'une demande d'asile.

**Mme Françoise Laborde.** – J'ai une remarque qui ne porte pas sur cette recommandation. Un point important, mais que je ne retrouve pas dans vos propositions, me semble être la prévention des mutilations auprès des femmes majeures enceintes. Certes, les recommandations évoquent les mineures mutilées qui accouchent, mais pas les femmes majeures dans la même situation. Il faut les inciter à se rendre en PMI pour faire examiner leur enfant. Il faut qu'elles soient sensibilisées aux risques liés à l'excision afin d'éviter que ces pratiques soient par la suite étendues à leurs filles et aux femmes de leur entourage.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Nos recommandations évoquent les femmes mutilées qui accouchent. Il arrive qu'on ne découvre l'excision qu'en cours de grossesse, voire seulement au moment de l'accouchement. Bien sûr, la prévention ne doit pas concerner que les mineures mutilées qui accouchent, mais également les femmes majeures.

**Mme Françoise Laborde.** – Je sais que ce point figure dans le rapport, mais il me paraît important que cela soit également inscrit dans les recommandations.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Nous pourrions compléter la recommandation 14 en ce sens.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Si tout le monde est d'accord, nous pouvons donc adopter la recommandation n° 14 amendée de façon à ajouter une référence au fait, pour les professionnels de santé, de sensibiliser les femmes excisées qui attendent un enfant aux risques liés à l'excision dans le cadre du suivi de leur grossesse, pour éviter la reproduction de ces mutilations sur leurs filles et dans leur entourage.

La recommandation n° 14 ainsi amendée est adoptée.

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Plus généralement, le Docteur Foldès a évoqué des femmes venant d'accoucher qui souhaitent qu'on les recouse. Les médecins doivent absolument refuser de satisfaire de telles demandes.

J'en viens à la quinzième et dernière recommandation, qui suggère la diffusion la plus large d'outils de formation et de sensibilisation qui existent déjà en matière de mutilations sexuelles féminines :

- un guide et un kit établis par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) ;

- une plate-forme européenne d'information en ligne, Ensemble pour en finir avec les mutilations génitales féminines (United to end MGM).

**Mme Annick Billon, présidente.** – La recommandation n° 15 est adoptée.

Il est temps de débattre du titre du rapport. Voici quatre propositions :

- proposition n° 1 : Mutilations sexuelles féminines : une menace toujours présente, une mobilisation à poursuivre ;

- proposition n° 2 : Protéger et accompagner les victimes d'un danger persistant, partout dans le monde ;

- proposition n° 3 : Mutilations sexuelles féminines : de la prévention à la reconstruction, un combat à mener en commun/ensemble partout dans le monde ;

- proposition n° 4 : Ensemble contre les mutilations sexuelles féminines : un combat à mener partout dans le monde.

*Je suis assez séduite par la proposition n° 1 qui utilise des mots forts comme « mobilisation » et « menace », des termes généralement associés au terrorisme, et qui montre que le problème n'est pas réglé. De plus, cela fait écho aux droits humains des femmes et des filles. En outre, il me paraît important de recourir aux termes « mutilations sexuelles féminines » dès le départ, pour savoir de quoi on parle.*

*Je trouve que les termes de la proposition n° 2 ne sont pas assez forts, pas assez offensifs au regard de la gravité du sujet. Il me semble de plus que la référence à « partout dans le monde » n'est pas forcément utile.*

*Enfin, la proposition n° 3 me paraît trop longue pour un titre de rapport.*

*Qu'en pensez-vous ?*

**Mme Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Ma préférence irait au titre n° 4.

**Mme Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Pour ma part, je choisirais la proposition n° 1. Ne pourrait-on essayer de trouver une formule de compromis ?

**Mme Victoire Jasmin.** – Pourquoi ne pas insérer le terme « dénoncer » ?

*Je voudrais également profiter de cette intervention pour saluer la qualité du travail réalisé par les deux co-rapporteuses.*

**Mme Claudine Lepage.** – Cela va au-delà de la dénonciation. Je suis davantage convaincue par la proposition n° 1, mais je suggère de remplacer le verbe « poursuivre » par le verbe « renforcer », qui me semble davantage à la hauteur des enjeux.

**Mme Annick Billon, présidente.** – Je suis d'accord.

**Mme Marie-Pierre Monier.** – Pourquoi ne pas faire un mélange des différentes propositions : « Ensemble contre les mutilations sexuelles féminines : une menace toujours présente, une mobilisation à poursuivre ». Cela dit, j'ai entendu ce que la présidente a dit sur l'intérêt de placer le terme de mutilations en premier.

---

*En tout état de cause, je souhaite remercier les co-rapporteuses pour cet excellent rapport et je dois dire que j'ai été particulièrement marquée par les auditions et déplacements que nous avons réalisés dans ce cadre. Je garderai toujours en mémoire les témoignages terribles que nous avons entendus à l'institut de Saint-Germain-en-Laye-Women Safe.*

**Mme Françoise Laborde.** – *J'approuve le fait de recourir à des termes forts. Sur un tel sujet, on ne peut pas faire dans la mièvrerie !*

**Mme Annick Billon, présidente.** – *Je suggère de retenir la proposition de titre n° 1 en remplaçant le verbe « poursuivre » par le verbe « renforcer » selon la suggestion de Claudine Lepage.*

*Cela vous convient-il ? Je ne vois pas d'opposition. Le titre du rapport sera donc : Mutilations sexuelles féminines : une menace toujours présente, une mobilisation à renforcer.*

*Nous pouvons donc considérer que le rapport et ses 15 recommandations sont adoptés à l'unanimité.*

*Mes chers collègues, je vous remercie pour votre présence à notre réunion et pour votre contribution active et enrichissante à nos débats.*



## ANNEXES

- Annexe 1** Comptes rendus des déplacements
- Annexe 2** Liste des personnes auditionnées
- Annexe 3** Comptes rendus des auditions



---

## Comptes rendus des déplacements

### Compte-rendu du déplacement à *Women Safe*

(5 février 2018)

La délégation s'est rendue à Saint-Germain-en-Laye, le lundi 5 février 2018, pour visiter le *Women Safe*, centre pionnier qui depuis quatre ans offre un lieu d'accueil aux femmes victimes de violences, plus particulièrement de mutilations génitales féminines.

Cette visite, à laquelle ont participé les deux co-rapporteuses, la présidente de la délégation ainsi que Laurence Cohen, vice-présidente et Marie-Pierre Monier, avait intentionnellement été programmée la **veille de la Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines**. Elle a été précédée d'un entretien<sup>1</sup> avec le Docteur Pierre Foldès, créateur des techniques chirurgicales de réparation des femmes victimes de mutilations sexuelles, et Frédérique Martz, directrice générale de *Women Safe* et co-fondatrice de cette structure qui accueille et accompagne les femmes victimes de violences<sup>2</sup>.

Au cours d'une intervention liminaire, Frédérique Martz a inscrit les mutilations génitales féminines dans les violences faites aux femmes, au même titre que les mariages forcés, le viol et le viol conjugal. Le Docteur Pierre Foldès a pour sa part insisté sur la nécessité, pour les victimes, d'une orientation qui ne doit pas se limiter au traitement médical et chirurgical, mais qui doit impérativement s'étendre à un accompagnement psychologique et social.

La seconde partie de la visite a été consacrée à la **réunion d'un groupe de parole** de patientes de l'institut, à laquelle les sénatrices ont été invitées à participer aux côtés de Frédérique Martz, directrice générale, et de la déléguée départementale à l'égalité, avec le personnel de *Women Safe* (gynécologue, infirmière, psychologue et stagiaires).

Les thématiques en lien avec les violences faites aux femmes sont fréquemment à l'ordre du jour de la délégation, régulièrement confrontée à des témoignages très durs. **Ce qui a été entendu à *Women Safe* a toutefois atteint un niveau de violence insoutenable.**

---

<sup>1</sup> Cette rencontre a eu lieu à la mairie de Saint-Germain-en-Laye, à l'initiative d'Arnaud Péricard, maire.

<sup>2</sup> *Women Safe* s'adresse aux femmes victimes de violences quelles qu'elles soient, sans se limiter aux mutilations génitales (notamment violences conjugales et viol).

Au cours cette réunion, la délégation a eu un échange avec trois patientes aux profils très différents, dont l'anonymat sera respecté pour des raisons évidentes. À la diversité des origines géographiques (Côte d'Ivoire, Mauritanie, Guinée) s'ajoutent d'importantes différences entre des parcours qui varient selon le niveau d'instruction, l'aisance linguistique et l'intégration culturelle ou professionnelle.

Pour les victimes, **les mutilations sexuelles s'inscrivent souvent dans une succession de violences terribles** marquée, pour certaines, par le **mariage précoce et forcé** (l'une des témoins, mariée à onze ans, a parlé de son mari « *pédophile* »), auquel s'ajoutent les **épreuves liées à un parcours migratoire souvent douloureux**.

L'une de ces victimes, excisée à l'âge de neuf ans lors d'un séjour dans la famille de son père, évoque une file d'attente de petites filles devant la pièce d'une maison où se déroulait une fête : « *Celles qui sortaient pleuraient... Je n'avais aucune idée de ce qui m'attendait à l'intérieur ; quatre femmes m'ont plaquée au sol, l'une d'elles a sorti son couteau. Je pleurais. Après, elles applaudissent et me disent : " Bravo, tu as été courageuse ! ". Ma mère n'a fait que pleurer quand elle a su ce qu'on m'avait fait* ».

Les témoignages entendus font état de mutilations pratiquées, dans les pays d'origine, à des âges souvent très **précoces** (avant l'âge de 10 ans pour les trois témoins entendues le 5 février ; l'une des victimes a fait mention de l'excision de petites filles **âgées de quelques jours à peine**, à l'initiative de femmes de la famille : « *Je n'étais pas au courant ; chez nous les grands-mères ont tous les droits.* »).

Les échanges ont révélé à quel point l'excision constitue un **traumatisme qui ne s'arrête pas avec la prise en charge médicale** (« *Il y a toujours des choses qui resurgissent.* » ; « *J'ai été excisée deux fois. C'est affreux. C'est toujours là !* »).

Ils ont mis en évidence le « **mal-être profond** » **ressenti par les victimes**, qui vivent l'excision comme une « *amputation* », un « *handicap* » qui les prive de tout épanouissement personnel (« *L'excision était toujours présente dans ma vie sexuelle ; j'avais peur d'avoir des relations sexuelles* »), au-delà même de la vie sexuelle, et qui les empêche de se considérer comme des « *femmes à part entière* ».

Les témoignages entendus dans le cadre de ce groupe de parole ont mis en évidence les **limites d'une approche purement statistique des mutilations**, qui pourrait conduire à saluer avec optimisme la diminution de la prévalence dans certains pays. **Or ces chiffres, pour encourageants qu'ils puissent paraître, ne rendent pas compte de la réalité individuelle de ce fléau** : dans de nombreux pays encore, ce sont des sœurs, des cousines, des nièces et des amies qui continuent d'être excisées chaque jour, même dans les pays où ces pratiques sont interdites, par des femmes qui ne savent pas

même pourquoi elles excisent d'autres femmes (« *Elles le font parce qu'elles l'ont été* »).

Par ailleurs, le **regard porté sur leur opération** par les patientes de l'institut diffère sensiblement selon les personnes. Pour l'une, c'est une « *renaissance* » (« *La date de mon opération est ma deuxième date de naissance* ») ; pour une autre femme, dont le **parcours a été marqué par de nombreuses violences** et qui reste confrontée à de grandes difficultés (logement, emploi...), l'opération n'a rien changé (« *Je croyais que tout allait redevenir normal après l'opération. Or c'est difficile...* »). Elle affirme toutefois que l'institut est « *[sa] seule famille* ». Cette remarque a beaucoup ému la délégation.

De manière générale, ces échanges ont permis de percevoir la **diversité des cheminements personnels qui conduisent certaines femmes à demander une chirurgie réparatrice** : « *C'est la femme qui décide* », à elle seule de se sentir prête et de décider ; certaines estiment ne pas en éprouver le besoin. S'agissant de l'opération, il a été frappant d'entendre que « *Les relations entre mères et filles doivent, elles aussi, être reconstruites quand une fille annonce à sa mère sa décision de se faire opérer* ».

De ces témoignages, on peut également retenir la **difficulté de la prise de parole** pour les victimes de mutilations génitales féminines, comme d'ailleurs pour toutes les femmes victimes de violences en général :

- il faut être conscient du **long travail psychologique nécessaire à ces femmes pour être en mesure de parler de cette souffrance indicible** ;

- il faut **rendre hommage au courage de celles qui osent témoigner**, *a fortiori* parce que les mutilations qu'elles ont subies leur ont été **imposées par des proches** qu'il est difficile de dénoncer, et parce que personne, dans leur famille, n'a jamais abordé avec elles le sujet de la mutilation (« *Personne ne m'a jamais rien expliqué ; on ne parle pas de sexualité avec les parents chez nous ; je n'en ai parlé à aucune femme de mon entourage, ni à mes cousines ni à mes tantes* ») ;

- de surcroît, **parler de ces mutilations renvoie au plus intime** (on citera par exemple l'incontinence qui résulte souvent de ces mutilations, avec des conséquences méconnues sur la vie sociale et les chances d'intégration professionnelle des femmes qui en souffrent, auxquelles reste déconseillé tout travail impliquant un effort physique : la délégation rend hommage au courage de celle qui a osé évoquer, au cours de cette réunion, cet aspect terrible de son calvaire quotidien) ;

À plusieurs reprises ont par ailleurs été évoquées :

- **l'impossibilité, pour les parents opposés à ces pratiques, de protéger leurs filles**, souvent excisées par les grands-mères ou les tantes, qui parfois profitent pour cela d'une absence, même très brève, de la mère (« *quand elle va au marché* ») ;

- et les **difficultés de la prévention** dans des pays où « *les gens font ce qu'ils veulent des enfants des autres* » et où ces pratiques bénéficient le plus souvent, dans les faits, d'une « *impunité totale* ».

La délégation a été sensible au **sentiment de trahison** que doivent ressentir les victimes du fait de l'absence, même involontaire, de leur mère qui n'était pas là pour les protéger quand elles en ont eu besoin.

Ressort également des témoignages entendus la complexité de la situation de ces femmes, qui doivent être « *réparées* » **non seulement sur le plan physique, mais aussi sur les plans psychologique et social** pour qu'elles puissent être **accompagnées dans leur parcours d'intégration, vers l'autonomie économique** : cet aspect de la « *réparation* » des femmes semble aussi important que la chirurgie.

Les membres du personnel du *Women Safe* ont également souligné la **difficulté d'annoncer à une femme qu'elle a été excisée, ce que parfois elle ignore**.

Les témoins ont par ailleurs regretté **le manque de structure associative dédiée à l'accompagnement des victimes de mutilations sexuelles dans certains territoires**.

Enfin, Frédérique Martz a évoqué l'apparition de **nouvelles formes de mutilation**, telle la pratique de la scarification du clitoris apparue au Burkina Faso.

---

## Compte-rendu du déplacement au foyer d'hébergement *Une Femme, un Toit (FIT)*

(12 mars 2018)

Le lundi 12 mars 2018, la délégation a été accueillie au CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) géré par l'association *FIT, Une Femme, un Toit*<sup>1</sup>, dédié à l'hébergement de **jeunes femmes victimes de violences**. Ce foyer est situé à Paris.

Cette visite, à laquelle ont participé les deux co-rapporteuses, Françoise Laborde et Claudine Lepage, vice-présidentes, ainsi que Loïc Hervé, avait été suggérée par Marie Cervetti, directrice de l'association *FIT* le 15 novembre 2017, lorsque le programme de travail de la délégation avait été exposé par Annick Billon, présidente, au cours d'une réunion plénière du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE|fh).

Ainsi que l'a précisé Marie Cervetti, *Une Femme, un Toit*, dont le statut est associatif et qui emploie douze salarié-e-s, dispose de soixante lits. Il s'agit du seul centre en France qui propose une solution d'accueil spécifique aux **jeunes femmes sans enfants** (la tranche d'âge concernée est celle des 18-25 ans) victimes de violences sexistes et sexuelles. Le CHRS est lié par convention avec le Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)<sup>2</sup> de Paris et la DRIHL (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement) : un état des lieux de l'occupation du centre est adressé dès qu'une place est vacante au SIAO insertion, mais le centre peut héberger en direct des jeunes femmes en danger.

La directrice de l'association *FIT* a par ailleurs mentionné les bonnes relations entre le CHRS et le commissariat de l'arrondissement où est situé le foyer, où le personnel est particulièrement sensibilisé aux violences faites aux femmes et dont elle a qualifié d'exemplaire l'accueil des victimes de violences.

De fait, 64 % des jeunes femmes hébergées par le CHRS ont subi des violences sexuelles, dont 22 % au sein du couple. **8 % ont été victimes de mutilations sexuelles** ; 80 % de ces dernières ont été **mariées de force** ou menacées de mariage forcé.

---

<sup>1</sup> À l'origine Foyer international de jeunes travailleurs, devenu Une femme un toit.

<sup>2</sup> Les SIAO ont été créés en 2010 afin d'améliorer la prise en charge des personnes sans abri ou mal logées. Ils sont aujourd'hui au cœur du service public de l'hébergement et de l'accès au logement et fonctionnent sur trois piliers : la continuité de la prise en charge des personnes, l'égalité face au service rendu et l'adaptabilité des prestations aux besoins ([www.samusocial.paris/action/coordonner-et-reguler](http://www.samusocial.paris/action/coordonner-et-reguler)).

**L'excision s'inscrit donc**, a souligné Marie Cervetti, **dans un parcours de violences** : violences sexuelles, violences intrafamiliales, violences au sein du couple, mariage forcé (et par conséquent viol conjugal), prostitution (25 % des jeunes femmes accueillies en 2017 avaient été concernées par la « *prostitution de survie* »). Certaines résidentes, qui se sont enfuies du foyer familial pour fuir des violences, ont connu la rue où elles ont pour la plupart été victimes de viols. D'autres, originaires de pays où l'homosexualité est passible de sanctions pénales, voire de la peine de mort, ont subi des violences spécifiques liées à leur orientation sexuelle.

Les **points communs** à toutes ces jeunes femmes, quel que soit leur profil, sont d'avoir connu la violence et de n'avoir pas accès aux *minima* sociaux en raison de leur âge : la directrice de *FIT* a souligné la **particulière vulnérabilité des jeunes majeures victimes de violences**. Elle a de surcroît fait observer que ce CHRS constitue une « seconde chance » pour celles qui n'ont pu conserver le contrat « jeunes majeurs » souscrit avec l'Aide sociale à l'enfance.

Marie Cervetti a insisté sur l'importance qu'attache *Une Femme, un Toit* à l'apprentissage, pour les jeunes femmes qui y sont accueillies :

- de l'**autonomie**, dans la perspective de leur sortie du foyer, ce qui implique plus particulièrement qu'elles parviennent à trouver un **logement** (à titre d'exemple, les résidentes disposent de cuisines collectives et préparent elles-mêmes leurs repas) ;

- de la **liberté**, déterminante pour des jeunes femmes qui depuis leur enfance ont connu une vie de **contraintes** : ainsi la méthode de *FIT* repose-t-elle sur le **dialogue** plus que sur les interdits.

« *Un tremplin pour aller vers le droit commun* » : ainsi Marie Cervetti a-t-elle défini *Une Femme, un Toit*.

Dans cet esprit, *Une Femme, un Toit* met en œuvre d'importants **efforts en vue de l'insertion sociale et professionnelle des résidentes**, dont le séjour est d'une durée moyenne de seize mois : assistance à l'élaboration d'un projet professionnel et personnel en cohérence avec les compétences de chacune (chaque résidente établit un projet personnalisé avec *Une Femme, un Toit*, l'élaboration de ce projet étant réalisée dès le premier mois du séjour), organisation d'ateliers de recherche d'emploi, rencontres avec des entreprises susceptibles de les embaucher, partenariat avec *Pôle emploi*, *coaching* informatique (le centre est équipé de matériel informatique et les résidentes qui en ont besoin peuvent apprendre à créer leur boîte mail, à rédiger un CV avec une référente sociale salariée du CHRS...).

En 2017, sur 91 résidentes, **10 % avaient en fin d'année signé un contrat à durée indéterminée et à temps plein** : ce bilan encourageant doit être souligné.

---

Les membres de la délégation ont ensuite été rejoints par une **ancienne résidente, excisée à l'âge de 4 ans**, aujourd'hui âgée de 26 ans et qui a à cœur de contribuer à faire connaître la gravité de ce fléau par la **création artistique** (écriture poétique, théâtre, etc.).

Les échanges qui se sont instaurés entre cette jeune femme, Haby N'Daye, et les membres de la délégation rejoignent certains constats établis lors de la visite de *Women Safe*, le 5 février 2018 – cette jeune femme est d'ailleurs une ancienne patiente de *Women Safe*, où elle a été opérée pendant son séjour à FIT :

- la difficulté à **parler des mutilations subies** avec l'entourage familial, plus particulièrement avec les femmes ;

- la même difficulté à **parler de l'opération**, plus particulièrement avec les femmes de la famille qui considèrent toujours l'excision comme une tradition qu'elles ne remettent pas en cause.

Ainsi cette jeune artiste a-t-elle été informée très tard (à l'âge de 20 ans), de l'excision qu'elle avait subie pendant l'enfance : posant à sa mère la question de l'excision de sa sœur aînée à l'occasion de la diffusion d'un documentaire à la télévision, elle a appris qu'elle-même avait été mutilée, ce qu'elle n'avait jamais soupçonné faute d'en avoir gardé le moindre souvenir. Une consultation gynécologique a confirmé les faits ; cette révélation a causé une rupture familiale.

Pour cette jeune femme, qui a confirmé l'ampleur **du traumatisme lié à la révélation de sa mutilation** (« *C'est être vivante et morte à la fois* », dit-elle dans un *slam* dont la délégation a écouté l'enregistrement avec beaucoup d'intérêt), l'opération a été très positive, en partie grâce à la qualité de l'accompagnement psychologique auquel elle a eu accès à *Women Safe*.

Marie Cervetti a par ailleurs noté la **détermination des résidentes d'Une Femme, un Toit à lutter contre les mutilations sexuelles** : ce point ne fait pas débat entre elles, quel que soit le parcours de chacune.

Selon Marie Cervetti, les quelque 29 procès qui ont eu lieu en France pour des faits d'excision sont **sans commune mesure avec la réalité du phénomène** et attestent une **sous-déclaration de ces crimes**. La directrice de FIT a évoqué le cas d'un homme dont le jugement n'avait porté que sur le chef de violences conjugales, alors-même que sa femme avait été mariée de force et excisée, ce que ne contestaient d'ailleurs ni le mari ni le père...

En dépit d'une législation pénale française sans concession, **des mutilations demeurent pratiquées, selon Marie Cervetti, sur le territoire national** et notamment en Ile-de-France. Elle a déploré que des **médecins de PMI**, par crainte de stigmatiser des patientes d'origine africaine, hésitent à en parler aux femmes et aux mères qu'ils reçoivent en consultation.

Dans le même esprit, la délégation a fait observer que des progrès doivent impérativement être accomplis dans le cadre de la **médecine scolaire** et que la **nécessité de lieux d'écoute et d'accueil** se faisait tout particulièrement sentir dans les collèges.

Comme l'a souligné pour conclure Marie Cervetti, le sujet des mutilations sexuelles féminines doit **cesser d'être un tabou** pour les professionnels de la médecine. Elle a suggéré que la campagne contre les violences sexistes et sexuelles, annoncée par la secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, comprenne des actions de sensibilisation contre le fléau des mutilations sexuelles féminines.

---

## Liste des personnes auditionnées

### Table ronde du 8 février 2018

- **Isabelle Gillette-Faye** Présidente de l'association *Excision, parlons-en !*
- **Diaryatou Bah** Auteure de *On m'a volé mon enfance*
- **Ghada Hatem** Gynécologue-obstétricienne  
Fondatrice de *La Maison des femmes* de Saint-Denis
- **Morissanda Kouyaté** Médecin, expert auprès des Nations Unies sur les mutilations génitales féminines et les mariages précoces, Directeur exécutif du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants
- **Fatiha Mlati** Directrice de l'intégration, Coordinatrice de la question du genre de *France terre d'asile*, membre de la Commission d'orientation de la MIPROF
- **Ernestine Ronai** Co-présidente de la commission « Violences de genre » du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE|fh)

### Mercredi 15 mars 2018

- **Emmanuelle Piet** Médecin de protection maternelle et infantile, gynécologue, présidente de du *Collectif féministe contre le viol (CFCV)*

### Jeudi 22 mars 2018

- **Pierre Foldès** Urologue, co-fondateur du *Women Safe Institut*
- **Frédérique Martz** Co-fondatrice et directrice générale du *Women Safe Institut*



---

## Comptes rendus des auditions

### Table ronde sur les mutilations sexuelles féminines<sup>1</sup>,

(8 mars 2018)

Présidence d'Annick Billon, présidente

**Annick Billon, présidente.** – Mes chers collègues, mesdames les présidentes, mesdames et messieurs, je vous remercie d'être venus assister à cette table ronde que la délégation aux droits des femmes organise à l'occasion de la *Journée internationale de la Tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines*, deux jours après la date du 6 février retenue par l'ONU.

Comme vous pouvez l'imaginer, le sujet des violences faites aux femmes est, pour la délégation aux droits des femmes du Sénat que j'ai l'honneur de présider, une préoccupation majeure.

Cette année, en lien avec l'actualité et avec l'annonce d'un projet de loi portant spécifiquement sur ces questions, c'est même pour nous « le » sujet : nous y consacrons toutes nos réunions depuis la rentrée parlementaire.

Entre toutes les violences faites aux femmes, la question des mutilations sexuelles occupe une place particulière, car elle touche à la fois aux droits fondamentaux des femmes et à ceux des enfants.

Dès notre réunion de rentrée, deux de nos membres ont souhaité que la délégation consacre un temps spécifique aux mutilations sexuelles féminines : je dois dire que leur proposition a été validée à l'unanimité.

Cette suggestion s'explique par le parcours des sénatrices qui ont porté ce projet : Marta de Cidrac, qui est élue de Saint-Germain-en-Laye, où se trouve le *Women Safe* où opère le Docteur Pierre Foldès ; nous l'avons d'ailleurs rencontré lundi.

Quant à Maryvonne Blondin, notre autre co-rapporteuse, elle est très impliquée dans l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) et veille toujours à faire le lien entre nos travaux et les débats de Strasbourg auxquels elle assiste régulièrement. Or l'Assemblée

---

<sup>1</sup> Bien que les co-rapporteuses ainsi que la présidente de la délégation aient eu recours, pendant cette table ronde, à la notion de « mutilation génitale féminine », le présent document se réfère au terme de « mutilation sexuelle féminine », conformément à l'orientation préconisée par la suite par les co-rapporteuses.

parlementaire du Conseil de l'Europe a consacré aux mutilations sexuelles différents travaux et a, par le biais d'une résolution, exprimé une opposition claire à ces pratiques, comme d'ailleurs le Parlement européen.

Nous avons donc jugé souhaitable que notre assemblée imprime, elle aussi, sa marque dans un combat dont les enjeux semblent aujourd'hui renouvelés, puisque le danger des mutilations dans notre pays pèse désormais pour une large part sur les adolescentes et moins, semble-t-il, sur les fillettes.

Mais nos invités en parleront mieux que moi.

Pour faire le point sur ces questions, nous avons ce matin auprès de nous des intervenants divers, acteurs de terrain, que je remercie de s'être rendus disponibles pour cette réunion. Vous avez toutes et tous le déroulé de cette réunion avec la liste des intervenants : il est donc inutile de vous les présenter.

Je demande au public présent à nos côtés de bien vouloir, comme c'est la règle dans cette assemblée pour garantir la sérénité et la fluidité de nos débats, conserver une attitude neutre et s'abstenir non seulement d'applaudir à chaque intervention (je sais que ce sera difficile) mais aussi de marquer d'éventuels désaccords (je serais étonnée qu'il y en ait). Il y aura, je l'espère, un temps d'échanges à la fin pour permettre à celles et ceux qui le souhaiteraient d'intervenir.

Pour que chacun de nos intervenants puisse s'exprimer dans les meilleures conditions, je leur demande de bien vouloir respecter le temps de parole de dix minutes qui leur a été imparti. J'ai bien conscience, mesdames, monsieur, qu'un temps de parole limité peut vous paraître frustrant, mais c'est malheureusement nécessaire ce matin. Merci à vous d'accepter de vous plier à cette règle !

Sans plus tarder, je donne la parole à Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Comme vous l'avez dit, madame la présidente, ma participation aux travaux du Conseil de l'Europe, mais aussi mes rencontres avec ces associations qui luttent contre l'excision dans chaque département, tout cela m'a conduite à suggérer que notre délégation s'intéresse aux mutilations sexuelles féminines.

Il faut vraiment souligner l'importance de la Convention d'Istanbul de lutte contre la violence à l'égard des femmes, adoptée en 2011 dans le cadre du Conseil de l'Europe (ratifiée par la France en 2014), et qui de manière pionnière comporte un article très clair pour engager les États à interdire en tant que telles les mutilations sexuelles féminines et en faire des infractions pénales.

Finalement, quand on regarde l'évolution de l'arsenal juridique international, on a beaucoup tardé à interdire les mutilations sexuelles

---

féminines. La convention de 1989 sur les droits de l'enfant, par exemple, ne pose pas le problème de manière aussi claire et se borne à encourager les États à prendre les « mesures appropriées pour abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ».

Dès 2001, l'APCE a adopté une résolution qui qualifie les mutilations sexuelles féminines de tortures, et qui condamne aussi d'autres pratiques qui leur sont liées : les mariages forcés et précoces et les « tests de virginité ».

Plus récemment, en 2016, une autre résolution a fait le lien entre la question des mutilations sexuelles féminines et celle des réfugiés. Signe des temps, parmi les enjeux de la protection des femmes contre ces pratiques, il y a la formation à la détection des mutilations - ou au repérage des femmes menacées d'excision - pour tous les travailleurs sociaux en contact avec des demandeurs d'asile.

Ce texte du Conseil de l'Europe rappelle aussi, et il me paraissait nécessaire de le souligner ici ce matin, qu'aucune tradition culturelle ou religieuse ne permet de justifier ces pratiques.

Il m'a donc paru important aussi que Sénat français exprime aussi clairement son opposition aux mutilations sexuelles féminines. Tel est l'objet du rapport d'information que nous avons initié, avec ma collègue Marta de Cidrac, avec le soutien de notre présidente Annick Billon.

Lundi, une visite de notre délégation au *Women Safe* de Saint-Germain-en-Laye, sur laquelle reviendra Marta de Cidrac, nous invitait à faire preuve d'humilité par rapport aux résultats de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

Les statistiques peuvent en effet donner l'impression d'une baisse de ce que les spécialistes appellent la « prévalence », mais derrière ces chiffres, il y a des femmes dont toute la vie va être affectée par ça.

L'excision est une violence faite aux femmes qui ne se limite pas aux pays qui la pratiquent mais qui a des conséquences mondiales.

Elle concerne donc tous les parlementaires, hommes et femmes, quelles que soient nos appartenances politiques. J'espère que cette réunion donnera un signal fort de l'opposition du Sénat français à cette violence.

**Annick Billon, présidente.** – Merci, chère collègue. J'invite notre autre rapporteure, Marta de Cidrac, sénatrice, à s'exprimer.

**Marta de Cidrac, co-rapporteure.** – Merci, madame la présidente.

Je souhaite revenir sur cette visite que la présidente nous a permis d'organiser au *Women safe* de Saint-Germain-en-Laye, lundi dernier. Dans ce lieu, nous avons rencontré des femmes qui ont vécu des violences, notamment des excisions. Nous nous sommes réunies autour d'un groupe de parole pour les entendre. Nous avons pu nous rendre compte que pour les victimes de mutilations, la chirurgie réparatrice initiée par le Docteur Foldès

n'est qu'un aspect d'un processus de reconstruction qui ne peut qu'être long et complexe. D'autres accompagnements - psychologique, juridique - doivent aussi être mis en place. C'est le sens de *Women Safe*.

Pour certaines des femmes que nous avons rencontrées, c'est une nouvelle vie qui commence grâce à l'opération, une « renaissance ». Une jeune femme qui participait au groupe de parole auquel nous avons pu assister lundi disait que la date de son opération était sa « deuxième date de naissance ».

Mais pour d'autres victimes, plusieurs traumatismes peuvent s'ajouter à celui de l'excision : un mariage forcé (qui implique des viols répétés), des grossesses précoces, une rupture familiale, l'errance dans des territoires en guerre, l'émigration, puis le dénuement et l'isolement social et culturel dans un pays étranger...

Ces parcours soulignent la nécessité d'une prise en charge globale des femmes, avec pour la plupart la nécessité d'un accompagnement psychologique, qui peut prendre beaucoup de temps.

Ce qui frappe aussi, quand on écoute les femmes accueillies à *Women Safe*, c'est combien leurs témoignages forcent à l'humilité : personne ne peut inciter une victime de mutilation à se faire opérer, c'est la décision de la femme, et sa décision seule, qui est en jeu. Cela montre bien que pousser la porte d'un organisme comme le *Women Safe* ne se réduit pas à une démarche médicale : c'est en fait le début d'un parcours qui engage toute une vie.

Une autre chose doit absolument être martelée : c'est la force et le courage qu'il faut à ces femmes pour parler de ce qu'elles ont subi, parce que cela touche au plus intime de leur personne, cela touche à leur identité de femme, de mère et de fille, et aussi parce que les personnes que nous avons en face de nous ne viennent pas de cultures où ces sujets peuvent être abordés facilement. Dans ce domaine, le non-dit est très présent.

Mais finalement, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de points communs entre ces victimes et les victimes des autres violences faites aux femmes (violences conjugales, violences sexuelles). Les auditions auxquelles nous procédons depuis la rentrée à la délégation l'illustrent chaque semaine. Parmi ces points communs, je citerai :

- le traumatisme profond qu'impliquent ces violences et leur effet profondément destructeur sur les victimes ;

- la difficulté de libérer la parole, *a fortiori* quand ces violences mettent en cause la responsabilité des proches ;

- la nécessité d'une prise en charge globale pour les victimes, médicale mais aussi psychologique, sociale et juridique.

Je vous remercie.

---

**Annick Billon, présidente.** – Certes, la chirurgie réparatrice existe et certaines ont dit qu'elle avait été pour elles une renaissance, mais bien souvent l'excision est accompagnée d'autres violences. Il ne faut donc pas croire que la chirurgie va solder tous les problèmes. Le Docteur Foldès confirmait que l'excision était une violence en elle-même, mais aussi que toutes les femmes qui la subissaient étaient également victimes d'autres types de violences. Celles-ci ne peuvent être réparées que dans le temps, et à la suite d'un travail psychologique.

J'invite dès à présent à intervenir Isabelle Gillette-Faye, présidente de l'association *Excision, parlons-en !*, qui va nous parler de l'action en réseau pour mettre fin à l'excision.

**Isabelle Gillette-Faye, présidente de l'association *Excision, parlons-en !*** – Merci, madame la présidente. Mesdames les sénatrices et messieurs les sénateurs, mesdames et messieurs, beaucoup d'entre vous me connaissent avec ma « casquette » de directrice générale de la *Fédération nationale Gams*, mais j'en ai une autre, celle de présidente de l'association *Excision, parlons-en !*, dont Moïra Sauvage, présente dans cette salle, a été la présidente pendant de nombreuses années. Elle m'a cédé la place il y a une petite année.

Pour entrer dans le vif du sujet, il y a la question de la prévalence. Dans les violences faites aux femmes, aux petites filles et aux adolescentes, on met toujours à part les mutilations sexuelles féminines. Or comme cela a été souligné, ces femmes peuvent être victimes de multiples violences.

En général, quand on pense « mutilations sexuelles féminines », on pense avant tout au continent africain, pour lequel nous avons des données chiffrées. Pour les autres régions du monde, nous souffrons d'un manque d'analyse quantitative de la réalité de ces pratiques. De ce fait, pour être objectif, il faut considérer que les mutilations sexuelles féminines sont certes pratiquées sur le continent africain - pas dans tous les pays, régions et ethnies - mais qu'elles sont aussi très présentes en Asie, notamment en Indonésie, dans le sud de la Thaïlande, au nord de l'Inde, ainsi qu'au Moyen-Orient. Il ne faut pas non plus oublier que les diasporas sont présentes dans un certain nombre de pays européens et occidentaux. Par conséquent, la réalité est beaucoup plus globale qu'on ne l'imagine.

Concrètement en France, 60 000 femmes ont subi des mutilations sexuelles féminines, ainsi que 11 % de leurs filles. Trois enfants sur dix sont menacés d'excision. Nous pointons surtout les adolescentes, car un gros travail a été fait en protection maternelle et infantile sur les enfants de zéro à six ans. À cette occasion, nous avons observé un décalage de l'âge à l'excision. Aujourd'hui, tous les âges sont concernés, mais aussi les plus de six ans, puisque les contrôles médicaux systématiques sont moindres, passé cet âge.

Nous avons créé le réseau *Excision, parlons-en !* car nous nous sommes rendu compte que certes, il existait des associations spécialisées telles que le *Gams* pour lutter contre l'excision, mais qu'il y avait d'autres acteurs à associer à notre réflexion. En termes d'expertise, nous avons dans notre conseil d'administration un certain nombre d'avocats et d'avocates, de même que des professionnels de santé. L'association compte aussi des femmes issues de l'immigration, qui ont pu subir ce type de pratique. Par conséquent, l'expertise est à la fois théorique et « pratico-pratique ».

Par ailleurs, nous essayons de mener des actions de communication, de sensibilisation et de plaidoyer, d'où notre intérêt pour cette réunion. Partant du constat que je viens d'évoquer concernant les adolescents, filles et garçons, nous avons lancé l'an dernier une campagne de prévention inédite à leur attention, avec trois supports : une affiche pour les panneaux de bus, une vidéo sur *Youtube* et un site Internet : *Alerte excision*. L'idée est de toucher le plus directement possible cette population jeune, notamment en lui dédiant un site Internet spécifique. Le vocabulaire y est travaillé, ainsi que les schémas que les jeunes peuvent retrouver. Un numéro d'appel est communiqué.

En 2018, nous poursuivons la campagne que nous avons lancée le 5 février dernier avec *La Maison des femmes* de Saint-Denis et le Docteur Ghada Hatem, qui s'exprimera tout à l'heure. Cette campagne sera déployée jusqu'au 15 juillet 2018. Notre objectif est de tripler le nombre de jeunes impliqués dans la campagne et de toucher, grâce au *Planning familial*, les jeunes filles les plus à risque. Il nous semblait aussi important d'inviter les garçons, qui sont des futurs pères de famille et frères de jeunes victimes. Nous espérons, grâce à cette campagne, sensibiliser deux fois plus de personnes, avec l'outil totalement innovant qu'est le *chat*. Cet outil est soutenu par l'association *En avant toutes !* qui a créé il y a deux ans le premier *chat* dédié aux jeunes filles et jeunes femmes victimes de violences, notamment dans le couple. Leur champ de compétence et d'expertise vient d'être élargi à la thématique des mutilations sexuelles féminines.

Cela étant, puisque l'association *Excision parlons-en !* travaille en réseau, il faut souligner que ce travail a été collectif et qu'il a permis de réunir un grand nombre d'associations. J'en profite au passage pour remercier la sénatrice Laurence Cohen, qui nous a soutenus dans cette campagne à destination des adolescents et des adolescentes. Le travail a consisté en une mise en commun de nos expériences et de nos expertises, avec différents tests dans des classes, notamment en Seine-Saint-Denis. En revanche, ce travail n'est possible que s'il s'appuie sur une meilleure connaissance par les professionnels, notamment ceux qui entourent ces femmes et peuvent jouer un rôle de prévention.

---

Au niveau européen, nous avons travaillé avec une plateforme d'information en ligne<sup>1</sup>. Sur ce site, vous trouverez des outils disponibles pour les professionnels, qu'il s'agisse des travailleurs sociaux ou des professionnels de la justice et de la police. En termes de plaidoyer, le site propose également des arguments que vous pouvez employer en tant qu'acteur institutionnel.

**Annick Billon, présidente.** – Merci, madame la présidente. De nouveaux sénateurs nous ont rejoints, je leur souhaite la bienvenue. Je salue aussi la présence d'Hélène Conway-Mouret et de Michelle Meunier, qui ne font malheureusement plus partie de la délégation, mais qui ont souhaité s'associer à cette table ronde. Je les en remercie.

Pour votre information, mesdames et messieurs, sachez que cette délégation compte aussi bien des femmes que des hommes, qui se mobilisent pour les droits des femmes et pour l'égalité hommes-femmes. Bienvenue à Ernestine Ronai également, co-présidente de la commission « Violences de genre » au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE|fh), présente à cette tribune et à Véronique Séhier, présidente du *Planning familial*, qui nous a rejoints et que je remercie de sa présence dans cette salle.

Avant de donner la parole à Diaryatou Bah, qui a publié un témoignage très émouvant, intitulé *On m'a volé mon enfance*, je voudrais dire que lundi, quand nous avons assisté, dans les locaux de *Women Safe*, à un groupe de parole de femmes qui ont subi des mutilations, je ne pensais pas entendre des choses aussi terribles. Je ne peux qu'imaginer à quel point cela peut être difficile, pour une victime, de parler en public de choses aussi intimes. J'exprime donc toute mon admiration à Diaryatou Bah pour le courage qu'implique le fait de s'adresser à nous ce matin.

Diaryatou Bah, nous vous écoutons avec beaucoup d'intérêt.

**Diaryatou Bah, auteure de *On m'a volé mon enfance*.** – Je témoignerai de la difficulté de dénoncer les coutumes et traditions, mais également d'être militante et de porter la voix de toutes ces personnes qui ne pourront être là pour s'exprimer. Il n'est pas facile de bousculer les lignes dans nos familles. Mon livre est paru en 2006. Dans mon histoire, j'ai tenté d'expliquer quelles étaient les coutumes, les traditions et la pratique de l'excision. Je suis originaire d'une grande famille de Guinée. Mon père a quatre femmes et trente-deux enfants. À l'âge de quatre ans, j'ai habité chez ma grand-mère, qui m'a élevée jusqu'à mes dix ans. J'explique souvent le quotidien des femmes de ce village, ainsi que leur courage. Ce sont elles qui portent l'éducation et les coutumes. Ce faisant, elles répètent ce qu'elles ont vécu, et cela se reproduit de génération en génération. Ma grand-mère a été mariée deux fois. Chez nous, les hommes peuvent répudier les femmes quand ils le veulent. L'excision fait aussi partie de ce phénomène de contrôle des femmes dans leur sexualité. Un homme peut prendre quatre ou cinq

---

<sup>1</sup> *Uefgm.org (Ensemble pour en finir avec les mutilations génitales féminines – United to end FGM)*

femmes et les répudier quand il n'en veut plus. Puis il peut en épouser d'autres et ainsi de suite. Je vous raconte cela pour que vous compreniez le contexte familial, ainsi que la pression qui pèse sur les femmes pour faire plaisir aux hommes. C'est très important de le souligner et de le dire.

Ma mère a été mariée, elle aussi, à l'âge de douze ans avec mon père, qui avait appris le Coran chez mes grands-parents. Ils lui ont alors donné ma mère en mariage. Je suis née deux ans après ma sœur. Ma mère, qui ne pouvait pas nous élever en même temps, m'a confiée à ma grand-mère.

Comme toutes les petites filles de mon village, j'ai été excisée à l'âge de huit ans. J'en entendais parler. J'entendais des filles revenir en criant et en pleurant, sans pouvoir marcher, mais je ne me posais pas de question. Je savais que j'allais être excisée. Ma grand-mère repoussait souvent la date. Peut-être avait-elle peur de quelque chose, mais sans me le dire. À l'âge de huit ans, on m'a demandé d'accompagner dans la nature une dame qui était venue voir ma grand-mère. Je ne savais pas ce qui m'arrivait. On m'avait juste vêtue d'un pagne rouge. Quand je suis arrivée, d'autres femmes m'attendaient. Je me suis retrouvée par terre avec ces femmes. Elles m'ont tenu les pieds et les mains. On m'a excisée avec un couteau qui avait déjà servi pour d'autres filles. Cette dame passait de village en village, et était payée avec des sacs de riz. Comme je le dis souvent, le cri que j'ai poussé ce jour-là résonne encore en moi, c'est un cri que je ne pourrai jamais oublier, et je pense que c'est le cri que des milliers de femmes dans le monde ont poussé ou poussent encore lors de l'excision. La douleur était telle que je ne pouvais même pas me relever. C'est ma grand-mère qui me tenait pour que je puisse marcher. Je marchais avec les pieds écartés. J'ai été soignée avec de l'eau chaude pendant un mois, et avec les « médicaments » de la nature : il n'y avait pas de médecin, il n'y avait rien. Ensuite, une cérémonie a eu lieu, au cours de laquelle des chants et danses ont retenti. Pour eux, le rituel qui se répétait de fillette en fillette avait été accompli.

Après l'excision, c'est le mariage qui attend les filles, mariage forcé, ou mariage arrangé. En ce qui me concerne, je dis souvent que c'est un mariage forcé car à douze ans, une fille ne connaît pas la vie. Elle sait encore moins ce que sont l'amour ou le mariage.

Ma grand-mère est décédée lorsque j'avais dix ans. Je suis alors retournée à Conakry, dans cette grande famille où je n'avais pas ma place. Ma mère, qui était la quatrième épouse, avait presque le même âge que les enfants de mon père. Elle était perçue comme une bonne dans cette famille. Elle nettoyait les assiettes des autres femmes, et toutes ces sortes de choses. J'ai commencé l'école à l'âge de dix ans, et j'y suis allée jusqu'à l'âge de quatorze ans. L'étape suivante était celle du mariage, ce qui suppose, et c'est encore plus important, la virginité de l'épouse. Il ne faut pas parler à un homme, pas coucher avec un homme, mais nous les femmes, nous ne savons pas pourquoi. La sexualité est tue. Dans nos pays, on excise les petites filles car on ne verbalise rien. On pense que l'excision permettra de contrôler

---

le corps et la sexualité des femmes, alors que seule l'éducation peut faire cet office.

Lorsque j'ai eu treize ans et demi, un homme a demandé ma main à mes parents en expliquant qu'il travaillait en Europe, et qu'il comptait m'y m'emmener. Il disait que s'il m'épousait, tout irait bien pour ma famille. Ma mère, qui avait subi tant de violences dans cette famille, a considéré qu'elle avait là l'occasion de soustraire sa fille au même sort. Elle pensait qu'en Europe, tout irait mieux. Elle ne pensait pas que j'allais vivre avec le mal.

Je suis arrivée en Hollande avec un visa de tourisme. Cet homme n'était pas là, mais appelait de temps en temps. Nous avons fait le mariage religieux. Cet homme avait quarante-cinq ans, j'en avais quatorze. J'ai subi un viol, puisque je ne connaissais rien à la sexualité. Je n'entre pas dans les détails. J'ai fait trois fausses couches, dont l'une à quatre mois de grossesse. Je ne savais même pas que j'étais enceinte. J'ai perdu un enfant à la naissance. Je ne parlais pas la langue, je n'avais pas de papiers. J'étais clandestine. Cet homme me mentait, me battait et m'enfermait de jour en jour dans un quotidien de violence.

Je suis venue en France avec cet homme, que j'ai quitté à l'âge de dix-sept ans et demi grâce à une émission de télévision. Je comprenais un peu le français, même si je ne savais ni lire ni écrire. J'ai vu des femmes, notamment une jeune femme d'origine marocaine, qui expliquait comment elle avait pu sortir de cette vie. Elle a donné les noms des associations et indiqué qu'il y avait des assistantes sociales. Je suis passée tous les jours devant la mairie des Lilas, mais je ne savais pas que c'était la mairie. Ensuite, j'y suis allée grâce à ma voisine, qui m'a expliqué qu'il existait des associations là-bas, à la mairie. Je suis donc allée chercher de l'aide auprès des assistantes sociales.

Par la suite, mon parcours a été de longue haleine. J'ai dû, comme d'autres victimes, revenir sur mon passé et en parler partout. J'ai dû raconter mon histoire à plusieurs reprises, ce qui est le plus difficile si on n'a pas fait de travail sur soi-même. Pourtant, on peut ne pas en vouloir aux parents. Ce sont les coutumes et les traditions qu'il faut incriminer. Il faut attaquer le mal à la racine ! Nous nous heurtons dans ce combat au relativisme culturel, qui explique que tout ceci est normal, puisque c'est culturel. Le tout est mélangé à la religion, ce qui nous aide encore moins. Tout le monde a appris avec l'imam, qui nous dit que si nous continuons à pratiquer ces coutumes, nous irons au paradis. Il dit que c'est comme cela, et pas autrement...

Aujourd'hui, après être sortie de tout ce parcours, après avoir achevé ma reconstruction et retrouvé mon identité, qui avait été falsifiée, j'ai dû subir une opération pour perdre du poids. J'ai pesé plus de 150 kilos. Il a fallu que je puisse refaire confiance aux hommes pour avoir un enfant. Aujourd'hui, j'ai une petite fille. C'est aussi pour elle que je me bats contre

l'excision. Je veux qu'elle connaisse son origine et son identité, qu'elle retourne en Guinée, mais je sais aussi que j'aurai un combat à mener pour qu'elle ne soit pas excisée. Je milite dans différentes associations pour continuer ce combat, notamment le *Gams, Excision parlons-en !* et *Ni putes ni soumises*. Je m'identifie à toutes les femmes présentes dans cette salle, mes sœurs de combat, qui m'ont transmis le flambeau. Je veux rendre tout ce qu'on m'a donné. C'est pour cela que j'en parle aujourd'hui. Je ne cesserai pas de parler, pour que l'excision cesse. Avec *Excision parlons-en !*, je participerai dans les lycées et les collèges à la campagne dont a parlé Isabelle Gillette-Faye. Nous allons essayer de sensibiliser chacun afin que les petites filles ne soient plus excisées.

Dans ce combat, je vous invite toutes et tous à nous rejoindre. Nous devons briser les tabous et mettre enfin un terme à l'excision !

**Annick Billon, présidente.** - Merci pour ce témoignage très émouvant. Ce cri qui résonne en vous, cette violence dont vous avez été la victime, vous les avez transformés en énergie positive au service d'une cause et des autres femmes. Bravo pour votre engagement et merci pour votre témoignage qui nous a évidemment bouleversés.

Je me tourne vers Ghada Hatem, qui va nous parler de l'expérience de *La Maison des femmes* de Saint-Denis et de l'importance d'une approche pluridisciplinaire pour accueillir et accompagner les victimes de mutilations génitales.

Docteur, vous avez la parole.

**Ghada Hatem, gynécologue-obstétricienne, fondatrice de La Maison des femmes de Saint-Denis.** - Merci de m'avoir invitée à présenter le travail que nous menons dans cette maison qui a ouvert ses portes il y a dix-huit mois. Grâce à Sylvie Epelboin, qui a longuement travaillé sur le terrain au Sénégal, j'ai compris que rien n'était simple. Elle m'a notamment expliqué que les petites filles qu'elle voyait pleurer étaient celles dont ce n'était pas encore le tour d'être excisées. Cette idée de rite initiatique est tellement ancrée dans la tête des petites filles qu'elles pensent être impures si elles n'en passent pas par là. Ces petites filles pleurent le jour où la cérémonie ne les concerne pas. J'ai gardé cette idée dans ma pratique, car je pense qu'on ne peut pas simplifier cette histoire pour en faire uniquement un sujet lié à la barbarie.

Nous ne pouvons cependant pas nous contenter de dire qu'il s'agit d'histoires de religion, de communautés et de particularismes. À *La Maison des femmes*, nous accompagnons les femmes pour lutter contre l'excision, tout en respectant leurs origines et leurs cultures, et leurs rites. Ce n'est pas très facile. Je vais vous raconter ce qui s'est passé dans le dernier groupe de parole.

(Des photos sont projetées à l'écran.)

---

Vous voyez ici quelques photos d'une magnifique exposition de Stéphanie Sinclair, qui s'intitulait *Too young to wed* - Trop jeune pour se marier, et qui abordait aussi la question de l'excision. On y voit que même dans des écoles en Indonésie, la classe est préparée pour la cérémonie de l'excision.

Accueillir ces femmes - je crois que vous en avez eu l'expérience lorsque vous vous êtes rendus au *Women Safe*, qui fait un travail tout à fait semblable - c'est être confronté à des thématiques très imbriquées. Chez nous, les femmes nous racontent l'excision, le viol, le mariage forcé, la honte d'être différente, la douleur, l'absence de désir et de plaisir, l'exode, les crimes de guerre... Nos patientes, sauf lorsqu'elles sont nées en France, ont vécu tout cela. Lorsqu'elles sont traumatisées, il nous faut faire la part des choses entre ce qui relève de l'excision et ce qui relève du reste. Dans ce contexte, nous pensons que l'opération n'est pas toujours la chose la plus importante. Bien sûr, parfois c'est évident. Si une femme a mal à chaque fois qu'elle fait l'amour, si son vagin est complètement fermé, il n'est pas nécessaire de réfléchir pendant des heures sur l'opportunité d'une opération. En revanche, quand elles nous parlent de difficultés dans leur sexualité, de psycho-traumatismes très évidents, de questions d'ordre identitaire, de la difficulté d'être une femme d'origine africaine dans un pays d'Europe où les hommes n'ont pas le même regard, de la façon de faire l'amour avec un conjoint d'origine différente... Toutes ces questions, qui impactent leur sexualité, ne sont pas nécessairement liées au clitoris lui-même. C'est pourquoi nous devons les aider, en faisant la part des choses entre l'ensemble de ces problématiques.

Comment aborder le sujet de l'excision avec un jeune et avec un moins jeune ? Nous devons être très vigilants quant à la manière de mettre la lumière sur cet acte. Évidemment, il ne faut jamais dire « ce n'est pas grave », ni dire à une jeune fille « ne t'inquiète pas, je n'en parlerai à personne, cela va s'arranger ». Et il ne faut surtout pas lui dire : « tes parents sont des barbares ».

Nous avons construit un parcours de soins qui commence avec la détection. Cette entrée dans le parcours peut se faire à la maternité, lorsque la femme vient accoucher et que la sage-femme lui indique que son sexe a été excisé. Chacun trouve ses propres mots pour en parler à la femme concernée de la façon la moins traumatisante possible.

Parfois, les femmes qui viennent à *La Maison des femmes* nous sont adressées par des associations (*Gams, Excision parlons-en !*, associations d'aide aux migrants...) et parfois aussi par les urgences.

Leur premier contact peut être, selon les cas, le psychologue, le sexologue, le chirurgien ou la sage-femme. Nous sommes tous formés et coordonnés pour que, quelle que soit la porte d'entrée, la patiente se retrouve dans un parcours.

De plus en plus souvent, la première entrée est le groupe de parole. Lorsqu'une femme nous contacte en expliquant son désarroi d'être excisée, nous l'adressons au groupe de parole, qui est très précieux. Nous avons commencé avec trois femmes, et aujourd'hui elles sont trente. Nous ne savons plus où les asseoir ! Certaines, au début, ne parlent pas, puis finissent par se décider. Lors du dernier groupe de parole, j'ai demandé à un ami anthropologue spécialiste de l'Afrique subsaharienne d'être présent pour m'aider à comprendre les propos de ces femmes. Je suis un « docteur blanc », je suis spécialiste de réparation mais je ne connais pas bien l'Afrique. Or il n'est pas toujours facile de parler de sexualité avec des femmes originaires d'Afrique. Je vous donne juste un exemple. À un moment, j'ai parlé de masturbation, et je voyais que mon ami me regardait d'un air curieux. Brutalement, les femmes se sont mises à s'esclaffer dans leur coin. Il m'a parlé du « mari de la nuit »... On ne peut parler de ces choses que de façon imagée. J'ai trouvé que le double regard soignant-anthropologue était passionnant dans ces groupes de parole.

Pour certaines femmes, les groupes de parole peuvent être douloureux car ils les remettent à chaque fois dans leurs histoires. Il arrive qu'elles quittent le groupe, qu'elles reviennent après s'être fait opérer ou qu'elles ne reviennent pas. Nous respectons cela.

Après le groupe de parole, les psychologues et les sexologues jouent toujours un rôle essentiel. Même lorsque l'excision a été faite alors que les femmes étaient des bébés, le traumatisme reste. Le sexologue est nécessaire car les femmes ont souvent beaucoup d'idées préconçues sur la sexualité. Elles pensent qu'elles ne sont pas normales et que la chirurgie va tout réparer. Elles croient que même si elles n'ont pas choisi leur mari et qu'elles le détestent, elles auront envie de faire l'amour. Notre rôle est aussi de leur expliquer qu'on peut avoir un clitoris, détester son mari et ne jamais avoir d'orgasme. Ce ne sont pas des sujets faciles à aborder en consultation. Nous nous y sommes formés petit à petit.

Lorsque le bénéfice de la chirurgie n'est pas évident, nous nous réunissons - chirurgien, sexologue, psychologue - pour discuter du cas de la patiente et de l'opportunité, pour elle, d'une opération. Nous nous demandons si l'opération ne va pas risquer de la décevoir. Seules 30 à 50 % des patientes sont opérées. Par la suite, nous les revoyons. Si ces femmes sont dans des parcours migratoires ou souhaitent quitter leur mari, nous les adressons à des juristes bénévoles, à une assistante sociale et même à un policier présent une fois par semaine pour les aider dans leurs démarches. Cette prise en charge globale les aide à sortir de leur situation.

Je vous communique ici des paroles de ces femmes, que les psychologues nous rapportent : « Je suis tellement fière d'avoir pris cette décision », « Je suis très courageuse », « Avant, j'avais honte d'aller chez le gynécologue » Pour ces femmes, c'est extraordinaire. Les propos les plus fréquents sont « Je suis une femme à part entière ». Il y a aussi toutes ces

---

améliorations de la fonction urinaire, après l'opération. Une fois qu'elles sont opérées, c'est magique pour ces femmes, elles retrouvent un jet urinaire tout droit, comme nous toutes.

Par ailleurs, nous avons aussi décidé d'éduquer les maris. À ce titre, je raconterai encore une anecdote. Une femme du groupe de parole indiquait n'être pas excisée, car elle provenait d'une ethnie qui ne pratiquait pas l'excision. Or dans la famille de son mari, l'excision avait cours, de sorte que sa belle-mère la harcelait tous les jours pour que leur fille soit excisée. Cette femme était terrorisée car elle partait en vacances le mois suivant. J'ai demandé à cette femme de revenir avec son mari, auquel j'ai fait un cours d'anatomie et décrit les complications liées à l'excision. Il ne m'a rien dit, puis il est parti. Un mois après, au retour de vacances, sa femme est venue me remercier. Elle m'a dit : « Il a pris vos *flyers*, il a réuni le village, il a fait le même cours que vous. Et il a conclu : « Le premier qui touche à ma fille, je le tue ». Donc ça peut marcher !

Nous parlons aussi de sexualité et d'excision aux adolescents dans les classes, et allons à la rencontre des associations de quartier. Autour de nous, 80 % des jeunes filles sont originaires d'Afrique subsaharienne. Nous pensons que la dimension de prévention et de plaidoyer et le fait d'oser parler de ces sujets sont est aussi essentiels que l'opération.

*(Des photos sont projetées.)*

Je vous communique ici des photos montrant des femmes aux ateliers maquillage et de retour à l'emploi organisés par *La Maison des femmes*. Vous voyez ici une jeune femme, qui est notre plus beau succès. Lorsque je l'ai rencontrée, elle dormait dans la rue et se lavait dans le ruisseau. Elle avait tout quitté en laissant ses enfants, parce que son mari était violent. Nous l'avons opérée. L'avocate a plaidé sa cause, et elle a obtenu son droit d'asile. Elle travaille aujourd'hui en CDI. Elle est méconnaissable !

**Annick Billon, présidente.** – En effet, les groupes de parole sont essentiels et permettent de créer une dynamique pour exprimer la violence. Nous avons pu le constater pendant notre visite au *Women Safe*. L'accompagnement pluridisciplinaire dont vous parlez est nécessaire pour traiter ces femmes, qui ont subi un traumatisme physique et psychologique. Nous l'avons compris, l'excision n'est pas seulement une mutilation physique. Pour autant, elle a des conséquences lourdes après les grossesses et lors des rapports sexuels. Lors de notre déplacement au *Women Safe*, une jeune femme a même témoigné qu'avant l'opération, elle était incontinente...

Il est important qu'un homme participe à ce combat et je suis particulièrement heureuse d'accueillir ce matin le Docteur Morissanda Kouyaté, expert auprès des Nations unies et directeur exécutif du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants.

Merci d'être là, monsieur, pour renforcer la dimension internationale de nos échanges.

L'ONU a inscrit parmi ses objectifs l'élimination, à l'échéance de 2030, des mutilations génitales féminines.

Sachant que ces pratiques existent dans trente pays, et que l'on compte environ 200 millions de victimes dans le monde, dont 44 millions ont moins de quinze ans, pensez-vous possible d'atteindre cet objectif dans ce délai, finalement assez court ?

Je vous laisse sans plus tarder la parole.

**Morissanda Kouyaté, expert auprès des Nations-Unies, directeur exécutif du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants.** – Merci, madame la présidente. Permettez-moi tout d'abord de remercier sincèrement le Sénat français à travers vous, car il n'est pas évident de se retrouver dans des instances aussi élevées pour parler de mutilations génitales féminines. Pourtant, cela devrait être cela partout ailleurs. Je voudrais aussi vous remercier de m'avoir fait connaître la salle Napoléon et la salle Clemenceau. J'espère un jour avoir l'honneur de vous convier à Addis-Abeba, dans la salle Mandela.

Nous célébrons aujourd'hui le 6 février. Je suis très heureux d'être le directeur exécutif du Comité interafricain, créé en 1984 à Dakar, qui regroupe aujourd'hui vingt-neuf pays africains et dix-neuf pays non africains, dont le Japon, la France, l'Europe en général, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis, le Canada... C'est une fierté de voir qu'en 2003, le Comité a organisé à Addis-Abeba la Conférence Zéro tolérance pour les mutilations génitales féminines, à l'issue de laquelle nous avons demandé aux premières dames d'Afrique et à l'ONU de proclamer le 6 février Journée internationale Tolérance Zéro à l'égard des mutilations génitales féminines.

Aujourd'hui, nous sommes très heureux que tous les 6 février, le monde vibre contre les mutilations génitales féminines. Nous souhaiterions que ces pratiques cessent le plus tôt possible, mais l'ONU a estimé l'objectif à l'horizon 2030. Je vais y revenir.

Le combat contre les mutilations génitales féminines nous emmène sur un terrain extrêmement difficile, un terrain miné, dans lequel les mots ont leur sens. Les mutilations génitales n'ont rien à voir avec la culture : couper les filles, leur enlever leurs organes génitaux avec des couteaux ou les instruments improvisés qui tombent sous la main des exciseuses, cela ne pourra jamais être culturel. La culture est éminemment positive, ce sont des valeurs qu'un peuple ou un groupe d'individus cultivent et peuvent même transmettre au reste du monde. L'excision ne relève donc pas de la culture, mais plutôt de la tradition. C'est justement derrière des mots comme culture que se cachent ceux qui ne veulent pas que les mutilations génitales féminines cessent. Pour eux, supprimer l'excision reviendrait à les déculturer, les acculturer, changer leur culture. L'Occident voudrait, d'après

---

eux, changer la culture des africains ! Mais ce débat est un piège ! D'abord, l'excision n'est qu'une tradition : il y a de mauvaises traditions en Afrique comme ailleurs, en France, en Europe ou aux États-Unis. Pour nous, les mutilations génitales féminines sont une mauvaise tradition. Cela ne concerne pas que l'Afrique, car l'excision existe aussi en Indonésie, au Kurdistan ou au Yémen. Il faut considérer les mutilations comme une pure et vraie violation des droits humains des femmes et des filles. À ce titre, la lutte contre ces pratiques n'appartient pas à un pays ou à un continent, mais à l'humanité !

Je suis heureux de voir que la parole se libère ici en France, même si c'est un peu tard. En ce qui nous concerne, nous avons toujours libéré la parole dès lors qu'il s'agit de mutilations génitales féminines. Il faut le dire.

Par ailleurs, je félicite la France d'avoir tenu le flambeau de la lutte contre les mutilations génitales féminines hors d'Afrique, et d'avoir eu le courage de tenir le premier procès pénal sur le sujet, alors qu'il n'y en avait pas encore en Afrique. C'était une grande avancée. Je voudrais profiter de l'occasion de cette réunion pour saluer les autorités françaises, au travers du Sénat français. Toutefois, la lutte est encore longue pour parvenir à éradiquer les MGF.

À cet égard, le Comité africain a défini cinq axes stratégiques :

- la sensibilisation ;
- le plaidoyer ;
- la communication ;
- l'adoption de lois proscrivant les mutilations génitales féminines : c'est la seule arme efficace contre les parents et les collatéraux qui peuvent être acteurs de cette violence ;
- la prise en charge des femmes ayant déjà subi des mutilations génitales féminines : à cet égard, je salue le travail important accompli par le Docteur Foldès.

Toutefois, au nom du Comité interafricain, je dirai qu'il faut être prudent avec les mots. Le mot « réparation », à mon avis, diminue la femme. On a l'impression qu'elle se voit assimilée à un objet, comme si elle était une voiture à réparer.

Le Comité interafricain est très heureux d'avoir tenu le flambeau des résolutions régionales et internationales. Notre siège se trouvant à Addis-Abeba, nous sommes tout d'abord allés devant l'Union africaine pour les appeler à s'engager dans cette lutte. Nous avons rappelé que les mutilations génitales féminines faisaient l'objet de condamnations en France, en Norvège et aux États-Unis, mais qu'il appartenait d'abord à l'Afrique de montrer le chemin. Les chefs d'État africains nous en ont entendus, car ils ont adopté la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, qui a été

complétée par un protocole relatif aux droits des femmes, conclu à Maputo en 2003. C'est l'un des documents les plus avancés dans le domaine de la protection des droits des femmes.

Sur proposition du Comité interafricain, nous sommes allés encore plus loin. Nous avons demandé à l'Union africaine de présenter la résolution des Nations unies contre les mutilations génitales féminines. Nous aurons ainsi des lois nationales, régionales et internationales. Le 20 décembre 2012, nous sommes parvenus à l'adoption de la résolution 67-146<sup>1</sup> qui proscrit les mutilations génitales au niveau international.

Toutefois, les résolutions ne suffisent pas si elles ne sont pas appliquées. Il faut que les résolutions sortent du « politiquement correct » pour être contraignantes. C'est pourquoi je propose que non seulement les textes soient révisés au niveau international, mais également qu'ils soient contraignants.

En 1984, nous avons affirmé notre volonté de mettre fin aux mutilations génitales féminines. En 2000, on recensait 32 millions de filles excisées ; nous avons de ce fait sensibilisé les Nations unies à la nécessité d'éradiquer ce fléau des mutilations génitales féminines dans le cadre de la définition des Objectifs du millénaire pour le développement. En 2015, 30 millions de filles de plus avaient été excisées, de sorte que les Nations unies ont reporté à 2030 l'objectif de l'élimination de ces pratiques. Encore quinze autres années ! Cela signifie que 30 millions de filles seront encore excisées d'ici là. Si on continue comme cela, en 2030, on reportera encore cet objectif à 2045. Cela ne finira jamais !

En définitive, il faut avant tout appliquer les textes. Je vous remercie.

**Annick Billon, présidente.** – Merci beaucoup pour ce témoignage. Je suis d'accord pour dire qu'il est question de traditions, et non de culture. Il s'agit aussi, vous avez raison, de faire appliquer la loi, qui interdit l'excision. Pourtant si des centres tels que *Women Safe* pratiquent cinquante opérations par mois de chirurgie réparatrice ou de reconstruction, cela signifie que l'on est encore loin de la disparition de ces pratiques. Vous l'avez dit, il n'est en aucun cas question de réparer une voiture, bien évidemment. Il s'agit d'un terme technique du vocabulaire médical.

Je vous remercie pour vos paroles, qui montrent que l'ONU s'engage fermement contre les mutilations.

Il semble que la France soit le premier pays d'accueil et d'asile pour des femmes et des filles victimes de mutilations ou menacées par ces pratiques. Il nous a donc paru important d'inviter à cette table ronde l'association *France terre d'asile*. Nous écoutons Fatiha Mlati, directrice de l'intégration, qui a été une interlocutrice très appréciée de la délégation, il y

---

<sup>1</sup> Résolution 67/146, Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les MGF, assemblée générale, 12 décembre 2012

---

a deux ans, dans le cadre d'un rapport sur les femmes victimes de la traite des êtres humains.

**Fatiha Mlati, directrice de l'intégration, coordonnatrice de la question du genre de France terre d'asile, membre de la Commission d'orientation de la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).** - Je vous remercie, madame la présidente. Je voudrais commencer mon intervention en rappelant quelques chiffres relatifs aux demandes d'asile. Notre pays est le premier à protéger les personnes qui sont potentiellement victimes d'excision. Cela fait plusieurs années que nous le constatons.

Vous le savez, nous assistons à une croissance des demandes d'asile en général, aussi bien en France qu'en Europe. En 2016, notre pays se classait au 3<sup>ème</sup> rang des pays d'accueil européens, avec un peu plus de 85 000 demandes. En 2017, nous avons franchi le cap des 100 000 demandes. Nous ne disposons pas encore des statistiques détaillées, car le rapport de l'OFPRA ne sera disponible qu'à la fin du mois d'avril 2018.

Ce cadre étant précisé, nous savons qu'en janvier 2017, 6 200 jeunes filles étaient protégées par la France au titre de l'excision, contre 4 007 en janvier 2015. La fourchette est de 4 000 à 6 000 demandeuses d'asile chaque année au titre de l'excision, avec une augmentation de la protection qui leur est apportée.

Autre point important à noter, on constate depuis quelques années une baisse de la proportion de femmes parmi les demandeurs d'asile ; elles représentent environ un tiers des demandes (33 %). Parallèlement, on observe une hausse de l'âge moyen, qui se situe autour de trente-et-un ans. S'agissant des femmes cependant, on relève une augmentation des demandes d'asile de la part de primo-demandeuses âgées de zéro à vingt-quatre ans, directement liée à l'augmentation du nombre de demandes liées à l'excision.

Je voudrais maintenant insister sur les pistes d'amélioration de notre législation depuis la dernière loi, votée en 2015<sup>1</sup>. Si la volonté de prendre à bras le corps le sujet des mutilations sexuelles féminines au niveau mondial remonte à 1984, je rappelle que la France a été le premier pays à criminaliser ces pratiques en 1985. De plus, en 2012, la jurisprudence du Conseil d'État a établi que l'excision était un motif à part entière justifiant une demande de protection. De même, en avril 2013, un droit au séjour a été accordé aux parents dont les filles sont protégées au titre de l'excision.

Avant même l'apport de la loi de 2015, je voudrais rappeler toutes les avancées permises par la Commission européenne dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines, à travers plusieurs directives contraignantes

---

<sup>1</sup> Loi n°2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme droit d'asile.

pour les États membres. Ces textes ont notamment permis de reconnaître l'excision comme un motif légitime de protection dans le cadre du traitement des demandes d'asile.

Enfin, je note que les débats politiques qui ont eu lieu au cours des dernières années sur la question du genre, de manière parfois très polémique, ont eu le mérite de mettre à distance le relativisme culturel et de recentrer véritablement ce débat sur la question des droits de l'homme et des droits universels.

Voilà quelques rappels que je souhaitais faire en guise de préambule.

J'en viens maintenant à la présentation des principaux apports de la loi de 2015. Je tiens à saluer avant tout le travail formidable accompli par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) à cet égard. En effet, l'Office a créé dès 2013 un groupe de travail sur la prise en charge de la vulnérabilité des demandeurs d'asile. Par la suite, un groupe de référents a été mis en place de manière permanente. Ce groupe de travail a permis d'identifier les bonnes pratiques à diffuser et a mis en lumière la nécessité de traiter, au sein de la question de la vulnérabilité, celle des violences contre les femmes, dont l'excision.

Dans la continuité de ces travaux, la loi de 2015 a introduit un mécanisme d'évaluation des motifs de vulnérabilité des demandeurs d'asile, diligenté par un agent de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) dès le début de la procédure de demande d'asile. Dans ce cadre, l'OFII doit transmettre l'information à l'OFPRA afin que celui-ci détermine les modalités d'examen particulières de cette demande au vu de ces vulnérabilités. La loi de 2015 a donc mis en place une prise en compte vraiment très spécifique de cette problématique par les différents acteurs habilités à intervenir sur la demande d'asile.

De surcroît, la loi de 2015 prévoit une visite médicale obligatoire en amont de la procédure de demande d'asile, avec l'objectif d'obtenir un certificat médical de non-excision, dont la mise en œuvre est encadrée par un arrêté du 23 août 2017<sup>1</sup>. De plus, la réforme de la demande d'asile a permis la présence d'un tiers lors de l'entretien par l'OFPRA, ce qui est très important. En parallèle, des rappels réguliers ont été adressés aux préfets pour faciliter l'accès au droit au séjour des parents des jeunes filles concernées par le risque d'excision.

Malgré ces avancées, il reste encore des points d'amélioration. Cela concerne notamment la mise en œuvre de l'arrêté du 23 août 2017 sur l'examen médical. Ainsi, nos structures d'accueil, qui sont présentes sur tout

---

<sup>1</sup> Arrêté du 23 août 2017 pris pour l'application des articles L. 723-5 et L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et définissant les modalités de l'examen médical prévu pour les personnes susceptibles de bénéficier, ou qui bénéficient, d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle féminine qu'elles encourent.

---

le territoire et qui gèrent un peu plus de 4 000 places d'accueil de demandeurs d'asile, nous font part de problèmes dans certains territoires où les demandeurs d'asile rencontrent des difficultés pour obtenir des rendez-vous. Il peut aussi y avoir une trop grande distance entre le lieu où est hébergée la personne et les endroits où elle peut accéder à un médecin formé pour pratiquer cet examen. Plus généralement, on constate aussi le manque de formation des praticiens. Enfin, dans certains territoires, les travailleurs sociaux qui accompagnent les familles dans l'accès à l'examen médical se heurtent purement et simplement au refus de la part de certains médecins de pratiquer cet examen médical, avec l'accord de l'antenne locale du Conseil de l'ordre des médecins - au motif qu'ils ne considèrent pas cet examen comme un acte de soin.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accompagnement des familles, les travailleurs sociaux doutent parfois de la sincérité des pères quant au fait de bannir définitivement l'excision des pratiques familiales. Cet aspect-là est vraiment très important et doit être pris en compte. Plus généralement, cela fait plusieurs années que *France terre d'asile* demande aux acteurs de l'asile et gestionnaires d'établissement des lignes directrices très claires en ce qui concerne la promotion de l'égalité femmes-hommes. En effet, il est primordial de conduire un travail d'ordre pédagogique auprès des demandeurs d'asile pour amener l'ensemble des personnes susceptibles de résider dans notre pays à un partage de nos valeurs.

Au-delà, nous constatons des inégalités territoriales dans la prise en charge des demandeurs d'asile. Il faut dire que beaucoup d'actions sont concentrées sur la région Ile-de-France et que certains territoires sont moins bien dotés. Il en va ainsi de la prise en charge de l'accompagnement psychologique ou de la reconstruction des victimes.

De surcroît, les gestionnaires de centres attirent notre attention sur la nécessité de traiter la question des déboutés avec, là encore, des différences préoccupantes selon les territoires. Concrètement, aujourd'hui, les familles des jeunes filles menacées d'excision peuvent se voir accorder trois statuts. Première hypothèse : la petite fille est protégée et ses parents obtiennent directement une carte de résidents de dix ans. Deuxième possibilité : les parents obtiennent un titre de séjour annuel. Troisième formule : on leur délivre un premier récépissé, mais ils sont considérés d'abord comme déboutés et sans droit au séjour. Or ces différences peuvent avoir un impact important sur l'avenir et la vie de ces familles. En effet, quand les parents sont déboutés, cela signifie qu'ils n'ont aucuns droits sociaux et que les structures d'accueil ne peuvent pas leur offrir un logement pérenne. De plus, les pratiques en matière de titre de séjour pour les parents sont parfois différenciées selon les territoires. C'est un élément important sur lequel il faut travailler.

Par ailleurs, il faut faire en sorte de mettre en place un système de prise en charge globale des demandeurs d'asile garantissant un accès équitable aux procédures. Vous le savez, il y a une pression très importante au regard des flux. Actuellement, on distingue dans les faits deux voies de prise en charge des demandeurs d'asile qui sont équivalentes en volume (environ 80 000 places) : d'un côté, celle du CADA (Centre d'accueil pour demandeur d'asile), qui offre une prestation complète et spécialisée aux demandeurs d'asile et leur garantit un accès à la procédure à la fois juste et équitable. De l'autre, un dispositif *ad hoc* au sein duquel les prestations concernent essentiellement l'hébergement, et très modérément l'accompagnement. Bien évidemment, toutes les personnes dites vulnérables, notamment celles concernées par l'excision, pâtissent de cette situation qui engendre une inégalité de traitement.

Enfin, il reste des tensions au niveau du premier accueil - tout le monde le sait - notamment à Paris, où les files d'attente sont importantes. Normalement, la procédure d'enregistrement des demandes d'asile devrait être effectuée dans un délai de trois jours, même si, en période de tension, on tolère des délais pouvant aller jusqu'à dix jours. Mais en pratique, les délais d'enregistrement peuvent aller jusqu'à un, voire trois mois, comme par exemple en Seine-Maritime l'année dernière. Or ces délais ne sont pas sans conséquences sur le traitement des demandes d'asile.

Telles sont les principales difficultés dont je voulais vous faire part, même si je veux conclure sur une note plus optimiste : je pense que le travail initié pour consolider notre politique d'asile et mieux protéger les victimes de mutilations sexuelles féminines va se poursuivre. Je citerai à cet égard l'amélioration du pré-accueil, à travers l'émergence des nouvelles structures que sont les centres d'accueil et d'orientation qui permettront, nous l'espérons, une meilleure évaluation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile, et donc aussi une meilleure orientation.

Nous espérons aussi, et c'est un point abordé dans l'excellent rapport du HCElfh publié en décembre 2017<sup>1</sup>, que les bonnes pratiques qui ont émergé à travers le travail fait par l'OFPRA pourront prospérer au sein de l'OFII qui intervient au cœur du dispositif.

Autre perspective encourageante, le futur projet de loi « asile et immigration » annoncé par le Gouvernement stabilise le droit au séjour des parents en leur permettant l'accès au titre de séjour pluriannuel. En outre, il crée pour la première fois une passerelle directe entre l'OFPRA et les médecins. Selon moi, cela constitue une avancée majeure.

---

<sup>1</sup> Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile, rapport 2017-12-18-INT-030 du Haut-Conseil à l'Égalité (HCE), publié le 18 décembre 2017.

---

Pour terminer, je voudrais rappeler qu'il y a 48 heures, s'est tenu au Parlement européen un débat sur les mutilations sexuelles féminines. À cette occasion, les députés européens ont appelé l'ensemble des États parties du Conseil de l'Europe à ratifier la Convention d'Istanbul, texte majeur en ce qui concerne la lutte contre les violences faites aux femmes. Certes, cette convention a pu entrer en vigueur, compte tenu du nombre d'États qui l'ont ratifiée. Néanmoins, une ratification par l'ensemble des États parties constituerait indéniablement un beau symbole.

**Annick Billon, présidente.** - Le droit d'asile évolue, mais nous voyons que les parcours sont encore difficiles. Merci d'avoir fait écho à nos propres constats : la disparité dans les territoires d'une part, et l'hétérogénéité de traitement dans les violences faites aux femmes selon les territoires d'autre part.

Notre dernière intervenante est Ernestine Ronai, que notre délégation connaît bien, et qui est venue évoquer ce matin un aspect essentiel de la prévention : la formation des professionnels.

**Ernestine Ronai, co-présidente de la commission « Violences de genre » du HCE|fh.** - Je vous remercie, madame la présidente. Avant toute chose, je souhaiterais souligner que la France s'attache depuis plusieurs années à parler de « mutilations sexuelles féminines » plutôt que de « mutilations génitales féminines ». Cette différence n'est pas seulement sémantique, elle a du sens. En effet, c'est bien le sexe de la femme qu'on atteint lorsqu'on mutile une femme. À l'échelle internationale, on parle en général de mutilations génitales féminines, en mettant notamment l'accent sur le fait que ces mutilations ont des conséquences au moment de l'accouchement et des rapports sexuels - comme l'a très bien dit Ghada Hatem.

Pour autant, il me paraît vraiment important de parler de « mutilations sexuelles féminines » ; je souhaite que la France conserve cette originalité et puisse, pourquoi pas, l'exporter aux autres pays, car je pense que cela aiderait toutes les femmes. Il faut rendre visible ce dont on parle, parce que même dans le cas de l'infibulation, c'est bien de sexe qu'il est question. Le sens profond de la mutilation sexuelle féminine est l'appropriation du corps des femmes par les hommes. Elle est particulièrement violente, avec l'idée que le plaisir est un privilège masculin et que l'homme doit être sûr des origines de sa progéniture. Car c'est aussi cela le sujet. Voilà ce que je voulais dire en préambule.

Sur la question de la formation des professionnels, puisque c'est le thème sur lequel je suis invitée à intervenir ce matin, je dirai d'abord que le Haut Conseil à l'Égalité est très attaché à ce que la lutte contre les mutilations sexuelles féminines passe par une politique publique. Dans ce cadre, la question de la formation est très importante. Vous l'avez dit, un médecin non formé ne voit rien, ne s'intéresse pas au sujet. Une sage-femme, non formée, n'est pas nécessairement en mesure de constater qu'une femme

a été mutilée. Or cela aura des conséquences pour la vie de la femme, mais au-delà, aussi, pour la petite fille qui va naître.

À qui s'adressent nos formations ? Bien sûr aux médecins, sages-femmes et infirmières, mais aussi aux professionnels de l'éducation. Lorsqu'elle était ministre de l'Éducation, Najat Vallaud-Belkacem avait publié à plusieurs reprises des circulaires pour demander que l'on parle des mutilations sexuelles féminines dans les écoles. Enfin, la formation concerne aussi les travailleurs sociaux, les magistrats et les forces de l'ordre.

Dans le cadre de la formation que je dirige à l'École nationale de la magistrature (ENM) sur les violences sexuelles, nous avons introduit un module sur les mutilations. Au cours de la dernière session, le parquet de Paris a mentionné six signalements sur un an à ce titre. Ce chiffre semble peu élevé au regard de la population à risque.

Pour autant, cela ne veut pas dire qu'il ne se passe rien car tout le travail accompli, notamment par *La Maison des femmes* que nous a présentée Ghada Hatem, ne passe pas forcément par le signalement. Je pense par exemple aux médecins de PMI, qui sont particulièrement formés à ce problème en Seine-Saint-Denis et qui font œuvre de prévention avec les femmes par rapport aux petites filles, en leur expliquant ce que sont les mutilations sexuelles féminines et leurs conséquences. La formation va permettre la prévention des mutilations, car si les professionnels sont attentifs au repérage des mutilations, ils pourront sensibiliser les parents, surtout la mère.

Dans le cadre de la prévention, la loi est tout à fait importante. Cela a été dit avant moi. J'ai beaucoup apprécié ce rappel de M. Kouyaté.

La Convention d'Istanbul a été citée, et je vais vous lire ici l'article dédié aux mutilations sexuelles féminines : « *Les parties veillent à ce que la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu honneur ne soit pas considérés comme justifiant des actes de violences couverts par le champ d'application de la présente convention* ».

La France ayant ratifié cette convention, elle sera évaluée sur sa mise en œuvre. L'application de la loi, y compris dans sa dimension répressive, fait aussi partie, comme je le disais à l'instant, de la prévention. À cet égard, M. Kouyaté a évoqué très justement le premier procès qui a eu lieu en France : ce procès et ceux qui ont suivi en cours d'assises ont justement permis de fixer les interdits auprès des populations à risque, en montrant que la loi n'est pas que théorique. Même si cela n'est pas suffisant, c'est très important et cela facilite ensuite la réflexion sur le sujet.

Une étude récente de l'Institut national d'études démographiques (INED) montre un lien entre la durée du séjour en France et le recours à ces pratiques. Plus les personnes sont installées en France depuis longtemps, plus elles s'approprient notre législation et nos valeurs et moins elles font exciser leurs filles.

---

Je voudrais également parler du repérage, qui est développé dans les guides élaborés à l'attention des professionnels, que je vous présenterai ensuite. Quels sont les signaux d'alerte qui doivent inciter à s'inquiéter pour une enfant ou une jeune femme ? Le questionnement est très important. Certes, l'examen par un médecin compte, mais il y a aussi la façon de poser les questions, de chercher des indices. Les mutilations ne transparaissent pas sur le visage des personnes. Il faut donc faire comprendre aux personnes menacées qu'il existe des lieux où elles peuvent en parler, avec des médecins, des assistantes sociales ou des infirmières scolaires.

Je voudrais vous faire part de mon expérience personnelle à cet égard. J'ai été psychologue scolaire pendant plusieurs années. Je me souviens d'une petite fille de CM2 qui n'allait pas très bien en classe et qui m'avait donc été adressée. Elle devait partir au Mali pour les vacances et m'avait fait part de son inquiétude. Je lui ai demandé pourquoi. Elle a répondu : « Je ne sais pas, mais tout le monde parle autour de moi, j'ai peur ». Alors j'ai fait un signalement. Les policiers ont interrogé la famille et cela a permis que cette petite fille revienne entière. Les policiers avaient expliqué à la famille que l'excision est interdite et condamnable en France et que la petite serait examinée à son retour.

On voit bien ici comment le fait d'informer et de former permet d'être véritablement efficace.

Autre sujet, la question de la protection des jeunes adultes nées en France. Je m'adresse ici aux législateurs et aux législatrices que vous êtes. En France, les mineures sont protégées, mais c'est plus compliqué pour les majeures. En Seine-Saint-Denis, nous avons mis en place un protocole qui permet aux jeunes de bénéficier d'un « contrat jeune majeur », ce qui reste une exception au niveau national. En effet, actuellement, ce contrat n'est valable que si le jeune a déjà été protégé dans le cadre de sa minorité. Il constitue donc un prolongement de cette protection après la majorité. En revanche, si vous n'avez jamais été protégé dans votre minorité par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), on vous interdit l'accès à ce contrat. Je trouve vraiment dommage que la législation, pour ces cas particuliers, ne prenne pas en compte la gravité du sujet. La loi devrait permettre la protection des jeunes majeures dans ce cadre.

J'ai été très intéressée par l'intervention de Fatiha Mlati sur la question des examens médicaux. Actuellement, un médecin ayant un diplôme universitaire (DU) de médecine légale peut pratiquer cet examen, qui sera valable pour l'Ofpra. Cela suppose de former les médecins dans les unités médico-judiciaires (UMJ), mais aussi de prévoir la rémunération d'heures supplémentaires. Par exemple, en Seine-Saint-Denis, ces examens concernent 900 personnes, donc cela nécessite quelques moyens supplémentaires. Je vous demande d'y penser lorsque vous examinerez la prochaine loi de finances !

Je souhaiterais aussi vous présenter rapidement deux outils de lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Le premier a été créé par la Direction générale de la santé (DGS), et révisé avec la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), structure née en 2013 dont l'un des objectifs est la formation des professionnels. Il s'agit d'un guide à destination des médecins et sages-femmes intitulé *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines*.

Le deuxième outil, également créé par la MIPROF, avec le concours du *Gams*<sup>1</sup>, de la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (Cams) et des associations référentes est un kit de formation sur le repérage et la prise en charge des mineures confrontées aux mutilations sexuelles féminines, qui se compose d'un court-métrage et d'un livret d'accompagnement<sup>2</sup> (kit « BILAKORO »).

Vous pouvez trouver ces outils sur le site Internet [stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr).

J'ai été très intéressée par l'intervention de M. Kouyaté. Vous avez évoqué les différentes échéances successivement définies par l'ONU, et vous avez raison d'attirer notre attention là-dessus. Les mutilations sexuelles féminines sont un sujet grave auquel il faut s'atteler. C'est le cas de la France et des gouvernements français qui se sont succédé (et j'espère que cela va continuer). Cela me donne l'occasion de saluer Laurence Rossignol, l'une des ministres avec laquelle j'ai eu le plaisir de travailler et qui a été très attentive à toutes ces questions, notamment en lien avec la protection de l'enfance.

Pour conclure, je reprendrai ma citation favorite de Simone de Beauvoir : « *La fatalité ne triomphe que si l'on y croit* ». En France, dans le monde, en Afrique, un peu partout, ceux qui ne croient pas à la fatalité des mutilations sexuelles féminines se mobilisent, et ensemble nous parviendrons à les faire reculer !

**Annick Billon, présidente.** – Je salue moi aussi l'arrivée de Laurence Rossignol, sénatrice et ancienne ministre.

C'est entendu, nous veillerons dans nos publications à recourir au terme « mutilations sexuelles féminines ». Vous avez souligné la nécessité de mettre en œuvre des politiques publiques dédiées et significatives et de mener des actions de formation, pour que toutes les femmes puissent être accueillies et accompagnées de la même manière. Vous avez indiqué avec raison que la répression fait partie de la prévention.

---

<sup>1</sup> Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.

<sup>2</sup> Le professionnel face aux mineures menacées ou victimes de mutilations sexuelles féminines. *Il s'adresse en premier lieu aux travailleurs sociaux et aux professionnels scolaires et parascolaires (enseignants, conseillers principaux d'éducation, psychologues scolaires, infirmières et médecins scolaires...).*

---

Je pense que mes collègues - du moins ceux qui n'ont pas rejoint la salle des séances et qui sont toujours parmi nous - souhaiteront réagir et poser des questions à nos intervenants.

Nous avons encore quelques instants, avant de libérer cette salle, pour donner la parole au public que je remercie encore de sa présence.

Qui souhaite poser des questions aux intervenants ?

**Hélène Conway-Mouret.** - Je remercie la délégation d'avoir pris l'initiative de ce travail.

Je m'adresse à Diaryatou Bah : c'est grâce à un témoignage comme le vôtre que j'avais travaillé il y a cinq ans à la mise en place dans nos consulats d'un module de sensibilisation pour les agents consulaires, qui ne savaient pas jusqu'alors comment traiter le cas d'une jeune femme se présentant dans un consulat, souvent privée par sa famille de ses papiers d'identité. Ne sachant comment l'aider, ces agents la renvoient dans sa famille... Aujourd'hui, il y a un protocole de réception pour ces personnes vulnérables. Nous avons aussi mis en place une vraie chaîne humaine avec l'aide d'associations, tant dans les pays à risque qu'en France, où elles peuvent aider les victimes qui ont été rapatriées. Cinq ans plus tard, j'en garde encore une grande frustration. Des milliers de signalements sont effectués au Royaume-Uni par les consulats, alors que les consulats français ne recensent que quelques dizaines de signalements. Il ne peut pas y avoir autant de jeunes femmes qui se présentent dans les consulats britanniques et si peu dans les consulats français. Avez-vous un retour de la part des personnes qui se présentent dans les consulats français ?

Docteur Kouyaté, vous avez raison sur le fait que le problème doit être traité au niveau international. J'ai cependant une autre préoccupation. Si la loi a changé en France, notamment sur le mariage forcé, il semble qu'un recul soit intervenu à cet égard dans certains pays africains, notamment au Mali. Avez-vous l'impression de telles régressions dans certains pays, où la loi va à l'opposé de ce que nous souhaitons ?

**Laurence Rossignol.** - Étant donné la qualité des intervenants ici présents, je pense que tout ce qui devait être dit sur les mutilations sexuelles féminines l'a été. Pour ma part, j'ai été frappée par une étude publiée cette semaine qui révèle que le nombre de mutilations, en France, ne baisse pas, plus particulièrement le nombre d'excisions pratiquées pendant les vacances.

Je serai quelque peu polémique. Dans les milieux féministes, il existe aujourd'hui des débats compliqués sur la place des « accommodements raisonnables » par rapport à la culture et à la religion. Je vois émerger des personnalités nouvelles avec lesquelles je ne partage pas un certain nombre d'idées, mais qui pour autant se disent féministes. Je n'ai pas vocation à dire qui est féministe et qui ne l'est pas, mais je considère à tout le moins qu'être féministe, c'est porter des revendications qui rassemblent les féministes. Je souhaiterais que ces personnalités nouvelles, qui prennent en compte le

féminisme dit « intersectionnel », s'engagent davantage dans la lutte contre les mutilations sexuelles. Elles ont une audience auprès des jeunes filles et des familles, elles portent quelque chose. Or je suis un peu désolée que ce soit nous, les « vieilles féministes blanches », qui portions ce combat, alors que d'autres personnalités pourraient aussi le soutenir. C'est dommage. Je les interpelle par votre intermédiaire et celui de la salle. Rokhaya Diallo, viens avec nous ! Mets ta notoriété dans ce combat. Je te lance un appel à ce titre !

**Morissanda Kouyaté.** - Sur le sujet des mutilations sexuelles féminines, nous nous sommes battus pendant dix ans entre nous au lieu de nous battre sur le terrain. Les Nations unies, dans leur résolution de 2012, ont adopté le terme « mutilations génitales féminines ». C'est un faux débat que cette querelle terminologique, du moment que la lutte existe. N'entrons pas dans le débat sémantique.

Au Mali, la régression dont parlait Madame Conway-Mouret existe, mais il n'y a pas de loi sur les mutilations génitales féminines. Toutefois, la situation y est exceptionnelle. Dans ce pays envahi par des fous forcenés mutilant les gens au nom d'une religion qu'eux-mêmes ne connaissent pas, il y a en effet une régression. Cependant, dans beaucoup de pays tels que la Guinée, l'Éthiopie, la Côte-d'Ivoire, le Kenya, les choses avancent. En Gambie, la situation devrait s'améliorer. En 2017, le Président de l'Union africaine a fait de la lutte contre les mutilations génitales féminines la priorité.

Madame, ce sont des ignorants qui vous traitent de « vieille féministe blanche ». Nous avons besoin de nous lever ensemble pour lutter contre les violations des droits humains. Soyez fière, madame, de votre parcours féministe.

En France, vous aimez les discussions à tout propos. En ce qui me concerne, je me sers du français lorsqu'il s'agit d'analyser un problème sous toutes ses facettes. Lorsqu'il s'agit d'aller droit au but, je me sers de l'anglais. Et d'un point de vue sentimental, je me sers de ma langue.

**Isabelle Gillette-Faye.** - Depuis une quinzaine d'années en Angleterre, il existe des forces de police locales de lutte contre les mariages forcés, notamment grâce aux jeunes femmes indo-pakistanaïses qui ont pris le problème à bras le corps. Ce combat a été entendu. Sur la question des mutilations sexuelles féminines, l'Angleterre travaille depuis environ cinq ans. La législation est devenue beaucoup plus ferme. Comme tous les autres pays européens, les Anglais se sont inspirés du modèle français. En effet, les experts français ont été auditionnés partout en Europe. Notre modèle, notamment de prévention *via* les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) et les parcours départementaux, a été systématisé alors qu'en ce qui nous concerne, nous sommes toujours dans le cadre d'une application au cas par cas, selon les situations. Ce point a rendu les choses différentes, mais

---

en France nous avons une vraie antériorité car nous travaillons sur le sujet depuis une quarantaine d'années. C'est donc notre modèle qui a servi aux autres pays européens.

Sur le code de la famille du Mali et sur la régression dont parle Madame Conway-Mouret, nous constatons des évolutions nouvelles et positives. L'âge moyen du mariage a augmenté. La scolarisation des filles a permis des avancées essentielles : c'est vraiment une bonne nouvelle. Il y a de moins en moins de mariages d'enfants, avec ou sans loi.

Bien sûr, au Niger, nous constatons encore que le taux est de 60 %, et nous nous désespérons que cela n'avance pas. En revanche, au Mali ce taux n'est que de 25 %, ce qui constitue une nette amélioration par rapport à la situation d'il y a dix ans, où on était plus proche des 50 %. Grâce à la scolarisation des filles, nous avons gagné la bataille du primaire, et nous devons gagner celle du secondaire pour parvenir à les protéger en plus grand nombre.

En réponse à Madame Rossignol, sur la question de l'intersectionnalité, la situation est similaire à celle du mouvement féministe. Il y a différents courants chez les intersectionnalistes. Certains s'associent à la lutte contre les mutilations sexuelles féminines et contre toutes les violences faites aux femmes. Certains courants ont aussi une approche universaliste, d'autres, malheureusement, font la part belle au relativisme culturel. Je pense sur ce point que nous avons apporté la preuve, dans notre pays, qu'il était possible de combattre le relativisme culturel.

**Diaryatou Bah.** - Quant à moi, je rêve que le mois de février dans son intégralité, au lieu d'une seule journée le 6 février, soit consacré à la réflexion sur l'excision au travers de discussions, de *happenings* sur les réseaux sociaux... La lutte doit dépasser les colloques et les tables rondes et inclure d'autres outils de prévention.

**Annick Billon, présidente.** - Nous allons maintenant interrompre la captation vidéo et donner la parole à la salle.

**Michèle Vianès, présidente de l'association *Regards de femmes*.** - Je remercie l'ensemble des intervenants, que je connais depuis longtemps. *Regards de femmes* avait déjà organisé un colloque en 2009 sur l'excision. À cet égard, je remercie vivement la délégation aux droits des femmes d'avoir réagi très vite pour inviter le Docteur Morissanda Kouyaté, dont j'ai tout récemment signalé la présence en France. Je tenais absolument à ce que sa parole soit largement entendue aujourd'hui.

Je souhaite indiquer également que je connais Diaryatou Bah depuis 2006, pour l'avoir rencontrée lors de plusieurs réunions. À l'époque, elle parlait de sa situation à la troisième personne. Aujourd'hui, vous l'avez entendue ! C'est un résultat très important pour nous, féministes universalistes. Lorsqu'Ernestine Ronai évoquait les mutilations « sexuelles » féminines, il faut insister sur le fait qu'un crime ou délit sexuel commis

à l'étranger sur des personnes résidant en France peut être poursuivi en France à leur retour sur notre territoire.

**Véronique Séhier, présidente du Mouvement français pour le Planning familial.** - J'ai été très intéressée par les propos tenus par Fatiha Mlati sur le traitement inégal en matière d'asile. Quels progrès pourrions-nous envisager pour aider les femmes et les petites filles déboutées du droit d'asile, et qui se trouvent dans des situations difficiles ?

**Fatiha Mlati.** - Dans le cadre d'une protection pour le motif d'excision, la France peut se réjouir de ses résultats. Toutefois, le dispositif d'accueil est encore insuffisant. La loi de 2015 n'a pas anticipé la montée des flux des migrants. Aujourd'hui, les services de l'État ont juxtaposé un certain nombre de dispositifs, qui sont responsables de ces inégalités de traitement. Au-delà de l'excision, l'équité dans l'accès à la procédure demande *a minima* une transformation du dispositif *ad hoc* en dispositif CADA. Néanmoins, il est vrai que cette solution se heurte à des difficultés budgétaires. Cependant, les centres d'accueil, d'évaluation et d'orientation pourraient constituer une partie de la solution. Globalement, il y a un problème de gestion des flux et de prise en compte de toutes les populations vulnérables. Pour ma part, je reste optimiste, si l'on en croit les évolutions positives de l'Ofpra en quelques années.

**Ernestine Ronai.** - L'une des pistes d'amélioration réside dans la formation des médecins, en particulier aux urgences. Nous pourrions nous donner pour objectif qu'au mois de février prochain, cette formation soit mise en place de manière effective. Les outils existent déjà.

Sur la politique de la France et sur le vocabulaire, il faut rappeler que Najat Vallaud-Belkacem était intervenue à l'Assemblée nationale sur les mutilations « sexuelles » et non « génitales ».

**Ghada Hatem.** - Et puisque l'on est dans le champ sémantique, pour revenir aux réserves exprimées tout à l'heure par le Docteur Kouyaté, « réparer » est un terme psychique qui n'a rien à voir avec les voitures. Pour ma part, je suis attachée à ce mot, car il signifie que l'on prend tout en charge dans la personne, le corps et le psychisme.

**Françoise Morvan, présidente de la Coordination française pour le lobby européen des femmes (CLEF).** - Je vous remercie toutes et tous, car j'ai encore appris des choses sur l'ensemble de ces sujets. En France, la lutte contre les mutilations sexuelles féminines relève des politiques publiques. Toutefois, il manque encore dans la loi l'obligation de signalement des médecins généralistes. Par ailleurs, j'attire l'attention sur l'appauvrissement de la médecine scolaire. Il faut toutefois que ces médecins se mettent, eux aussi, en position de repérage. On doit chercher à progresser en matière de repérage au niveau de la médecine scolaire, comme cela a été fait pour la PMI. Les campagnes de communication ne sont pas tout...

---

**Annick Billon, présidente.** - Nous avons bien conscience de l'importance du rôle de la médecine scolaire sur ces sujets. Quant à la grande cause nationale de l'égalité femmes-hommes et de la lutte contre les violences faites aux femmes, elle doit également trouver des traductions budgétaires. On l'a vu, il existe des inégalités au niveau des territoires, liées à l'aide financière plus ou moins importante accordée aux associations.

**Catherine Rybus, présidente de l'association IGY.** - Nous sommes des ostéopathes spécialisés traitant des femmes dans la sphère intime et sexuelle. Nous rencontrons des jeunes femmes victimes d'excision qui sont très angoissées par la perspective de l'accouchement. Nous les aidons à cheminer vers l'accouchement et à retrouver une vie sexuelle satisfaisante. Madame Ronai, pourriez-vous envisager de faire une place à la formation des ostéopathes et kinésithérapeutes ? Nous recevons des patientes adressées par les médecins pour de la « rééducation périnéale ». J'ai vingt-cinq jeunes ostéopathes qui travaillent dans notre association et qui seraient très intéressés par une telle formation.

**Ernestine Ronai.** - La MIPROF travaille actuellement avec les kinésithérapeutes. Sans doute y a-t-il moyen d'inclure aussi les ostéopathes. Je transmettrai votre demande avec plaisir. Le Conseil économique social et environnemental (CESE) travaille en outre à la production d'un rapport sur la médecine scolaire.

**Morissanda Kouyaté.** - Lorsque j'évoquais la période 2015-2030, j'espère que mes propos ont été filmés. Je disais que les progrès contre l'excision étaient trop lents. Nous pouvons utiliser les termes que nous souhaitons, le débat ne doit pas être stérile. Si le mot « mutilation sexuelle » permet de cesser ces violences, utilisez-le donc. Tout doit être fait pour atteindre l'objectif qui a été fixé pour 2030, mais que personnellement je préférerais atteint dès 2020.

**Annick Billon, présidente.** - Bien évidemment, le débat ne se limite pas à la sémantique. Comme vous l'avez dit, 30 millions de femmes risquent d'être excisées d'ici 2030. Il y a dans le monde actuellement une excision toutes les quinze secondes. Je pense que nous devons nous concentrer sur cette priorité, qui est de mettre fin à ces pratiques.

Comme vous l'avez compris, le Sénat est très investi sur les violences faites aux femmes. Un projet de loi est annoncé par le Gouvernement au cours du premier semestre de cette année. Un rapport sera finalisé par nos deux co-rapporteuses Maryvonne Blondin et Marta de Cidrac sur les mutilations sexuelles féminines. Je souhaite leur donner la parole quelques minutes, avant de clôturer cette belle matinée.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Je ferai un point sur la Convention d'Istanbul du Conseil de l'Europe. Aujourd'hui, sur les quarante-sept pays signataires, seuls vingt-quatre l'ont ratifiée. Je constate, depuis quelques mois, certaines réticences à l'égard de cette ratification.

J'ai été amenée à participer à des réunions avec des parlementaires de certains pays ayant signé la Convention, puis l'ayant ratifiée en première lecture. En deuxième lecture, cette ratification a fait l'objet d'un véritable combat. J'ai vu certains hommes très attachés aux valeurs de la religion, du conservatisme et de la famille, refusant de reconnaître les violences faites aux femmes dans leur ensemble. La Convention fait en effet référence à toutes les formes de violences. Les parlementaires féminines ont dû faire face à une véritable hostilité. Ceci m'a amenée à me poser des questions sur l'influence de la religion dans certains parlements où des pressions sont exercées sur les femmes parlementaires qui souhaitent ratifier la Convention d'Istanbul.

En France, nous avons été auditionnés par le GREVIO (*Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence*) dans le cadre du suivi de l'application de la Convention d'Istanbul, de même que l'Autriche et Monaco. Le rapport devrait paraître prochainement.

Concernant la médecine scolaire, c'est un combat que je mène depuis longtemps, mais je n'ai pas abouti à grand-chose. Aujourd'hui, les visites médicales ont lieu auprès des tout jeunes enfants. Il existe cependant des problèmes de moyens financiers, d'autant que la rémunération des médecins scolaires n'est pas valorisée. Les postes sont vacants et le nombre de candidats est faible. Nous avons commencé un travail avec les médecins de PMI, les ARS, les rectorats et les académies. Pour les examens spécifiques concernant les mutilations, il nous a été dit qu'un examen de ce genre, fait par un homme, était parfois mal perçu.

**Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – En tant que co-rapporteuse de notre travail sur l'excision, je retiens qu'il y a un besoin de lieux où les femmes qui ont été mutilées peuvent aller à la rencontre des professionnels. Il y a aussi un sujet de temporalité. L'éradication de ces pratiques ne doit pas être repoussée à l'infini. Enfin, le sujet des moyens est prégnant. Il nous appartient de le soulever dans nos réflexions.

Finalement, nous avons un vrai dénominateur commun ce matin. Chacun peut agir à son échelle. Continuons la lutte ensemble. Pour ma part, je reste optimiste et j'espère que nous serons de plus en plus nombreux et nombreuses à affirmer notre opposition claire à ces pratiques.

**Annick Billon, présidente.** – Je remercie tous les participants à cette table ronde. Je remercie tout particulièrement Diryatou Bah pour son témoignage. Merci à vous, Mesdames et Monsieur.

---

**Audition du Docteur Emmanuelle Piet,  
présidente du *Collectif féministe contre le viol***

(15 mars 2018)

Présidence d'Annick Billon, présidente

**Annick Billon, présidente.** – Mes chers collègues, nous accueillons aujourd'hui le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol (CFCV)*, que nous avons auditionnée dans le cadre de nos travaux sur les violences sexuelles et que je remercie de s'être rendue disponible pour nous une nouvelle fois.

Docteur, Marta de Cidrac et Maryvonne Blondin, co-rapporteuses, recueilleront auprès de vous les informations dont elles ont besoin dans le cadre de leur travail sur les mutilations sexuelles. Votre expérience de médecin de Protection maternelle et infantile (PMI) engagée contre les violences est très importante pour la délégation.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Je joins mes remerciements à ceux de notre présidente. En effet, votre expérience de médecin de PMI est une source d'informations décisives pour nous, car le sujet de l'excision concerne à la fois à la santé des mères et celle des petites filles, dont les médecins de PMI ont une pratique quotidienne.

Un point revient souvent lors des contacts que nous avons sur cette question : la formation des professionnels de santé au repérage des victimes. Cette question a d'ailleurs été abordée lundi dernier, lors de notre visite à *Une Femme, un Toit*. Il nous revient que les médecins éprouvent parfois des difficultés à interroger les femmes sur les violences qu'elles sont susceptibles d'avoir subies, plus particulièrement quand ils craignent d'être accusés de stigmatiser les femmes en raison de leur origine géographique.

**Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol*.** – Tout d'abord merci de me recevoir et de m'écouter sur cette question qui me tient tout particulièrement à cœur.

J'ai débuté en PMI en 1976 : c'est à peu près à cette époque que l'on a commencé, en France, à s'intéresser au problème des mutilations. C'est en effet à ce moment-là que, du fait du regroupement familial, nous avons reçu en consultation les premières patientes - femmes et enfants - des pays où ces pratiques existent et que nous avons rencontré ces mutilations auxquelles nous n'avions jamais été confrontés auparavant.

J'insiste sur l'importance de la terminologie : il faut parler de mutilations sexuelles féminines et non de mutilations génitales, car ces mutilations concernent le clitoris ; elles n'empêchent pas la génitalisation. Elles visent à supprimer le plaisir féminin : à ce titre, il s'agit bien de mutilations sexuelles.

Quand les familles sont arrivées sur le territoire français, elles savaient que notre législation interdit ces pratiques. Le décès d'un bébé de trois mois, qui s'est vidé de son sang à cause d'une excision, a alors beaucoup ému l'opinion et suscité une prise de conscience de la gravité de ces pratiques. Il faut dire que les parents s'étaient mis à faire exciser leurs filles le plus tôt possible après la naissance, alors que dans leurs pays l'excision se pratique plus tard. L'idée était aussi que les bébés ne ressentent pas la douleur (c'est évidemment n'importe quoi, mais à une époque beaucoup de médecins en étaient convaincus), et de plus ils ne parlent pas...

Dans les années 1980 et jusqu'en 1995 à peu près, on ne trouvait plus de petite fille excisée à l'âge où les enfants sont examinés en PMI, c'est-à-dire jusqu'à six ans. Mais on s'est rendu compte qu'en réalité, les parents avaient adapté leur stratégie en reportant l'âge de la mutilation. Les pratiques des familles, en réaction aux usages français, se sont modifiées et l'excision a commencé à concerner des enfants d'âge scolaire, pendant les vacances, à l'occasion de voyages dans le pays d'origine.

En réaction, la loi pénale française réprimant l'excision s'est étendue aux mutilations perpétrées en dehors du territoire national.

Cette pratique a donné lieu à quelques signalements. Je me souviens notamment du cas d'une fillette qui avait fait savoir à l'école qu'elle partirait en vacances plus tôt en raison d'une cérémonie familiale... Son inquiétude avait motivé un signalement. Ce signalement l'a sauvée.

À la fin des années 1990, on a assisté à une nouvelle mutation des pratiques : on n'a plus constaté d'excision d'élèves de l'école élémentaire, mais les mutilations ont commencé à survenir après le CM2. Tout simplement, les filles ne font pas leur entrée au collège, elles sont mariées dans le pays de leur famille après y avoir été mutilées. Elles reviennent plus tard en France, enceintes, et accouchent dans nos hôpitaux.

À cet égard, je souhaite préciser qu'il y a quelques années, une jeune chercheuse a fait une thèse qui l'a conduite à interroger systématiquement tous les soignants de Seine-Saint-Denis sur le repérage des femmes excisées : 50 % ont répondu qu'ils n'avaient jamais été en contact, dans leur activité professionnelle, avec des patientes excisées, or on sait que dans ce département, 16 % des femmes qui accouchent ont été mutilées !

Depuis qu'en Seine-Saint-Denis ont été ouverts des centres où ces femmes peuvent subir une chirurgie réparatrice (d'abord à Montreuil, puis à Saint-Denis et Aulnay), l'intérêt des médecins s'est révélé et certains se sont formés à ces techniques chirurgicales. De ce fait, ils se sont aussi inscrits

---

dans une démarche de prévention : quand on a opéré une jeune femme, on la sensibilise d'autant plus facilement à la nécessité de ne pas faire exciser ses filles...

Pour autant, je reste consciente de nos échecs : ces jeunes filles déscolarisées ne sont pas signalées alors même qu'elles « sortent » du système scolaire à l'âge de l'obligation scolaire. Si elles manquent l'école ou le collège, il faut se soucier de ce qui leur arrive ! Nous avons demandé aux collèges de Seine-Saint-Denis de nous indiquer les filles qui ne se présentent pas alors qu'ils n'ont pas délivré d'*exeat*. Il faut faire ce recensement. De même, des jeunes filles de moins de dix-huit ans, excisées, accouchent en France : il est primordial qu'elles fassent l'objet d'un signalement par les hôpitaux, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

J'ajoute que ces jeunes filles sont le plus souvent prises pour des primo-arrivantes - elles se déclarent d'ailleurs comme telles - alors qu'elles sont allées à l'école en France. Elles peuvent même avoir oublié le français... Au vu tout ce qu'elles ont subi depuis qu'elles ont quitté la France - mutilation, mariage forcé, viol conjugal..., cela se comprend.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Avez-vous eu connaissance de cas où des femmes qui avaient été infibulées demandaient à être réinfibulées après leur accouchement ?

**Emmanuelle Piet.** - En France, les femmes qui ont subi des mutilations ne viennent pas de pays où se pratique l'infibulation. Pour la plupart, elles ont subi une excision de type 2. L'infibulation concerne les femmes de Somalie, du Soudan et d'Érythrée qui, à ce jour, ne sont pas nombreuses dans notre pays, mais présentes en plus grand nombre au Royaume-Uni. L'accouchement d'une femme infibulée est plus compliqué et exige des pratiques obstétricales adaptées, la césarienne par exemple. De toute façon, les professionnels de la médecine n'auraient pas le droit, en France, de satisfaire ce type de demande.

Je voudrais insister sur un point : je crois beaucoup à la vertu pédagogique des procès et à la répression de ces pratiques. Il faut savoir qu'il y a beaucoup moins de procès pour mutilations sexuelles féminines que de femmes mutilées en France ! C'est particulièrement dommage qu'il n'y ait pas eu de procès depuis deux ans dans notre pays, car ce serait l'occasion de rappeler aux populations que les mutilations sont interdites. À condition, toutefois, que les responsables ne soient pas acquittés. Certaines populations savent s'adapter et contourner notre système.

Nous avons accompli de nets progrès en France, mais ces pratiques persistent. Un travail de prévention doit impérativement être effectué auprès des populations que nous accueillons dans le nouveau contexte migratoire. Poursuivre notre travail de prévention à la lumière des enjeux d'aujourd'hui est très important.

Ainsi notre législation sur l'asile protège-t-elle les parents des fillettes menacées d'excision ; j'y suis très favorable, pour autant que ces fillettes soient surveillées, et longtemps !

Quant aux médecins, il est impératif qu'ils signalent les enfants mutilés qu'ils ont examinés.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Nous avons été alertées par les difficultés qu'éprouvent certains médecins à interroger leurs patientes sur les violences qu'elles pourraient avoir subies. Nous sommes encore confrontées à un tabou !

**Emmanuelle Piet.** - À mon avis, les médecins doivent surveiller tous les enfants et procéder à un examen complet, avec la même attention pour tous, quels que soit leur sexe et leur origine. Il y a les fillettes menacées de mutilation, mais il y a aussi les enfants maltraités : cet examen serait un signal fort adressé aux parents violents, incestueux. Quand j'ai commencé ma carrière, on disait : « C'est une petite fille : on n'enlève pas la couche ». Or l'examen de santé complet des nourrissons comporte un examen des organes sexuels. C'est déterminant pour la santé des filles comme pour celle des garçons !

Quant à l'examen des six ans, obligatoire, ne nous leurrions pas : vu le nombre de médecins scolaires, il est aléatoire. De plus, les conditions techniques qu'offrent les cabinets médicaux situés dans les écoles ne permettent pas d'effectuer un examen complet.

**Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** - Pourriez-vous nous parler de situations dans lesquelles un médecin pourrait être accusé de non-assistance à personne en danger, par exemple pour défaut de signalement d'une fillette menacée d'excision ? Inversement, le signalement par le médecin ne comporte-t-il pas de vrais risques pour lui sur le plan judiciaire ?

**Emmanuelle Piet.** - La loi est claire : le secret médical ne peut être opposé en cas de mutilations sexuelles féminines. Le signalement est impératif : l'excision, comme le viol, est un crime. Mais ces obligations ne sont pas appliquées rigoureusement. Certains médecins estiment que les parents qui font mutiler leur fille sont de « bons parents quand même », ou alors « ils ne savaient pas », voire « c'est leur tradition » ! Pour moi, en s'abstenant de signaler ces parents, les médecins se substituent au Parquet. C'est à ce dernier qu'il appartient de considérer si l'on peut poursuivre ou pas. J'observe par ailleurs que jamais aucun médecin n'a été poursuivi pour défaut de signalement d'une fillette excisée.

Il faut aussi que le Parquet, de son côté, soit vigilant : j'ai le souvenir de parents poursuivis pour la mutilation de leur quatrième fille. Le médecin avait pourtant signalé l'excision de la troisième (pas des deux premières), mais aucune poursuite n'avait alors été engagée. Il a fallu que quatre enfants soient mutilés pour que la justice poursuive ces parents !

---

Je reste convaincue que seuls les procès favorisent de véritables changements de comportement. Ils permettent de rappeler que les traditions n'autorisent pas les mutilations.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Ne pensez-vous pas que les médecins libéraux ne disposent pas de la même protection que ceux qui travaillent dans des institutions, comme les médecins scolaires ou les médecins de PMI ? Or il arrive que des médecins libéraux soient poursuivis par la famille. Certes, le cas que j'ai à l'esprit ne concernait pas des mutilations sexuelles féminines.

**Emmanuelle Piet.** - En effet, il s'agissait d'un cas d'agression sexuelle, toujours très complexe. Lorsqu'il s'agit d'excision, en revanche, le constat est facile : il y a un clitoris ou il n'y en a pas !

**Annick Billon, présidente.** - Ne pensez-vous pas que les difficultés de repérage des victimes de mutilations sexuelles féminines tiennent, finalement, à une mauvaise connaissance de l'anatomie féminine ? Ne faudrait-il pas y former sérieusement tous les intervenants de la chaîne médicale ?

**Emmanuelle Piet.** - Il n'est pas difficile de repérer la trace d'une mutilation : la coupure est très apparente, *a fortiori* sur les personnes de couleur, car la différence de pigmentation est vraiment nette. Ce à quoi il faut être formé, c'est au réflexe de procéder à un examen des parties génitales et de vérifier une éventuelle mutilation.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - En 2014, le Défenseur des Droits a sensibilisé la Police de l'air et des frontières et les médecins des centres de vaccination internationale au risque couru par des adolescentes menacées d'excision à l'occasion d'un séjour dans le pays d'origine de leur famille. Ces professionnels étaient encouragés, si un soupçon de départ était décelé à partir de signaux d'alerte dont ils étaient informés, à joindre associations ou policiers spécialisés. Dans le même esprit, une démarche préventive a été mise en place dans nos consulats. Cette formule a-t-elle, à votre avis, porté ses fruits ? Est-il souhaitable selon vous d'aller plus loin ?

**Emmanuelle Piet.** - Cette démarche vise en effet à prévenir les mutilations subies à l'occasion de vacances par des adolescentes. Pour ma part, je demeure persuadée que les jeunes filles qui, sans qu'un *exeat* ait été émis, ne vont plus au collège, sont plus nombreuses qu'on ne croit. Or elles ne sont pas répertoriées et leur cas ne fait pas l'objet d'enquêtes systématiques.

De même, il y a de très jeunes mères dans certaines maternités qui ont été excisées : les établissements doivent les considérer comme des victimes de crimes et les signaler comme telles.

Dans ma pratique, j'ai été conduite à soigner de très jeunes filles, enceintes et mutilées : il n'y a pas d'histoire d'amour dans ce contexte, je vous le garantis ! On y trouve en revanche la litanie du mariage forcé et du viol conjugal, sans oublier les mutilations.

**Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** - Il semblerait que certains médecins soient réticents à signaler des cas de mutilation par crainte de passer pour xénophobes. Avez-vous ce sentiment ?

**Emmanuelle Piet.** - Pour moi, ce qui serait raciste, ce serait ne pas protéger certaines jeunes filles sous prétexte qu'elles viennent de pays où ces pratiques sont considérées comme traditionnelles. De toute façon, si comme je le préconise on examine de la même manière tous les enfants, on ne peut pas être suspecté de xénophobie !

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - L'examen des six ans doit être effectué en présence des parents. Pensez-vous que ceux-ci pourraient s'opposer à l'examen des parties génitales de leur fille ?

**Emmanuelle Piet.** - Dans les PMI, l'examen des garçons, c'est systématique, est complet. De ce fait les parents sont sensibilisés à la finalité de ce contrôle. Si l'on n'examine pas les petites filles de manière aussi complète dès la naissance, les parents - les mères essentiellement - ne peuvent s'habituer à ce geste médical. Il faut enlever la couche des petites filles ! Si l'on se met à examiner leurs organes génitaux vers l'âge de trois ans, sans l'avoir jamais fait avant, il est normal que des parents se méfient.

**Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** - Le risque est que les familles s'adaptent, en faisant exciser leurs filles à l'âge où elles ne « risquent » plus d'être examinées... Comme vous l'avez dit, les familles adoptent des stratégies de contournement... Arrive-t-il par ailleurs que des jeunes filles excisées à l'adolescence aillent bien ? Avons-nous des leviers d'action pour celles qui acceptent la tradition ? Que faire pour ces jeunes filles « résignées » ?

**Emmanuelle Piet.** - À mon avis, une très jeune femme mutilée et enceinte doit absolument faire l'objet d'un signalement, surtout si elle est résignée ! Ne laissons pas tomber ces jeunes filles ! J'ai le souvenir d'une famille de trois sœurs, toutes excisées, qui ont menacé leurs parents d'une plainte si elles étaient mariées de force. Pour elles, pas de mariage précoce : elles ont pu faire des études et mener à bien leurs projets de vie. Ne les laissons pas se résigner !

**Annick Billon, présidente.** - Comment les femmes qui ont été excisées très tôt retrouvent-elles le souvenir de cette mutilation ?

**Emmanuelle Piet.** - On sait que la mémoire rétrospective commence vers quatre ans, même quatre ans et demi. Il est rare d'avoir des souvenirs antérieurs à cet âge, mais il y a une mémoire du corps. Certaines femmes n'ont aucun souvenir de leur excision, même quand elle s'est produite plus

---

tard : nous connaissons le mécanisme du syndrome post-traumatique. Le choc de la mutilation a en quelque sorte fait disjoncter leur cerveau. Ce traumatisme, on le constate en consultation : l'attitude de la patiente nous montre qu'il s'est passé quelque chose...

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Dans un certain nombre de pays, des professionnels de santé contribuent aux mutilations génitales féminines. En Égypte par exemple, leur intervention est prévue par la loi. Dans des pays d'immigration comme la Grande-Bretagne ou les États-Unis, des affaires judiciaires ont mis en cause des médecins qui avaient pratiqué des mutilations, afin de garantir aux femmes un contexte sanitaire rassurant. Qu'en pensez-vous ?

**Emmanuelle Piet.** - Pour l'OMS, les choses sont claires : ces interventions sont proscrites. Il faut soutenir cette démarche. En France, les médecins ne se prêtent pas à ces pratiques. *Médecins du monde* et *Médecins sans frontières* ont rendu les choses claires également pour leurs bénévoles en mission.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Par ailleurs, il me semble que certains chirurgiens estiment que les interventions de reconstruction sont plus complexes quand la mutilation a été effectuée par un professionnel que dans le cas d'excisions « artisanales ». Avez-vous fait le même constat ?

**Emmanuelle Piet.** - Le Docteur Foldès, que vous auditionnez la semaine prochaine, doit le savoir mieux que moi. Dans notre pays, les femmes que nous rencontrons dans notre pratique ont été mutilées « artisanalement ».

**Annick Billon, présidente.** - Je reviens de la session annuelle de la Commission des droits de la femme de l'ONU, où nous avons entendu une intervention soulignant les violences effroyables subies par les femmes migrantes.

**Emmanuelle Piet.** - En effet, ces femmes fuient souvent des violences domestiques, un mariage forcé et des viols répétés, et elles sont confrontées pendant leur parcours migratoire à de nombreuses violences.

**Annick Billon, présidente.** - On en revient toujours à l'importance de l'éducation : il est essentiel que les femmes aient accès à l'éducation, afin qu'elles prennent conscience de la nécessité de ne pas transmettre les mutilations sexuelles féminines aux générations suivantes.

**Emmanuelle Piet.** - Certes, mais j'aimerais insister sur le fait que les mutilations sexuelles féminines relèvent d'une logique descendante, de la haute société vers les catégories populaires : à l'origine, c'est une pratique qui s'inscrit dans une préoccupation de prestige social. L'épouse du pharaon était excisée ! Cette logique peut faire échec à l'incidence de l'éducation : si l'excision est une question de prestige social, l'éducation des filles ne pourra jouer le rôle de frein. *A fortiori* s'il y a une consigne générale de

silence... Les féministes égyptiennes ne parlent pas de leur excision... C'est un énorme tabou : c'est comme ça qu'on maintient ce genre de coutume !

C'est pourquoi il est si important d'en parler : il faut rappeler que ces pratiques sont mauvaises pour la santé, et insister sur le fait que le plaisir sexuel des femmes est légitime ! Ne nous y trompons pas : il y a beaucoup de femmes mutilées en France. Et il faut le marteler : les mutilations sexuelles féminines, on peut en mourir !

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - D'après un rapport de la Commission nationale consultative des droits de l'homme de 2013, très peu de sages-femmes, médecins ou infirmières sont formés au repérage des mutilations génitales féminines. Avez-vous fait le même constat ? Comment remédier à ce manque de formation ?

**Emmanuelle Piet.** - De telles formations sont, depuis la publication de ce rapport, devenues obligatoires dans les écoles de sages-femmes. C'est un changement très positif ! Cette obligation n'est toutefois pas générale dans le cadre des études de médecine.

**Annick Billon, présidente.** - Qu'en est-il du rôle des hommes dans les mutilations sexuelles féminines ? Que se passe-t-il quand un homme souhaite faire exciser ses filles alors que la mère de celles-ci s'y oppose ?

**Emmanuelle Piet.** - Le rôle des hommes est déterminant. S'ils disaient un jour : « On n'épouse pas une femme mutilée », l'excision disparaîtrait ! Le moteur des mutilations, soyons clairs, c'est quand même le plaisir des hommes, même si les exciseuses sont des femmes ! Les hommes prétendent : « Ce sont des histoires de femmes, ça ne nous regarde pas », mais que je sache c'est quand même eux qui payent les exciseuses ! J'ai assisté à la projection du film de la MIPROF sur les mutilations sexuelles féminines devant un public malien. Les hommes ont dit après l'avoir vu qu'ils ne savaient pas que ça faisait mal... Ils peuvent prétendre tout ignorer de ces pratiques, il n'empêche que tout ça c'est pour eux !

**Annick Billon, présidente.** - Nous vous remercions beaucoup, Docteur, de nous avoir éclairées et de nous avoir fait profiter de votre expérience. Votre témoignage sera très important pour le rapport de mes collègues Marta de Cidrac et Maryvonne Blondin.

**Emmanuelle Piet.** - Je vous remercie de m'avoir donné la parole.

---

**Audition des co-fondateurs de *Women Safe* – Institut en Santé Génésique,  
Pierre Foldès, urologue, et Frédérique Martz, directrice générale**

(22 mars 2018)

Présidence de Laure Darcos, vice-présidente

**Laure Darcos, présidente.** – Mes chers collègues, notre présidente vous prie de bien vouloir excuser son absence, due à des obligations auxquelles elle ne pouvait se soustraire, et qui me vaut l'honneur de présider notre réunion d'aujourd'hui.

Pour conclure nos auditions sur le rapport relatif aux mutilations sexuelles féminines, nous accueillons aujourd'hui le Docteur Pierre Foldès, urologue, qui a mis au point la technique chirurgicale de réparation des mutilations, et Frédérique Martz, co-fondatrice et directrice générale du *Women Safe - Institut en santé génésique* de Saint-Germain-en-Laye. Le Docteur Foldès est le pionnier de ces techniques chirurgicales, auxquelles il a formé de nombreux confrères et consœurs. Son engagement est universellement reconnu.

Plusieurs membres de la délégation ont eu l'occasion de visiter le *Women Safe*, le 5 février dernier. Ils ont pu constater le travail majeur qui y est accompli au quotidien pour réparer et accompagner les femmes victimes de ces mutilations.

La délégation a également organisé le 12 mars un déplacement au foyer d'hébergement *Une Femme, un Toit (FIT)*. Nos collègues y ont rencontré une ancienne patiente du *Women Safe*, qui leur a expliqué que sa prise en charge et son accompagnement au sein de l'Institut avaient contribué de manière décisive à sa « reconstruction ». J'imagine que cela a dû être un moment très émouvant.

Enfin, les co-rapporteuses ont entendu, le 15 mars, le Docteur Emmanuelle Piet, présidente du *Collectif féministe contre le viol (CFCV)*, qui a témoigné de son expérience de médecin de Protection maternelle et infantile (PMI) très engagée dans la prévention des mutilations.

Docteur Foldès, Frédérique Martz, nous comptons sur vous pour nous éclairer sur la prévention des mutilations sexuelles féminines et sur la prise en charge des victimes, notamment dans le cadre de votre institut.

**Pierre Foldès, urologue.** – Nous vous remercions de votre accueil.

Les mutilations sexuelles féminines touchent beaucoup notre pays du fait des migrations. Avant l'intervention des médecins dans ce domaine, des initiatives juridiques ont été prises, notamment par Maître Linda Weil-Curiel, avocate qui, la première au monde, a obtenu la criminalisation de ces pratiques. Notre pays est devenu pionnier dans ce domaine. Les médecins lui ont emboîté le pas dans la lutte contre ces pratiques. Nous avons ainsi découvert la technique de réparation de l'excision.

Il est très important que, à *Women Safe*, nous formions une équipe. Si nous limitons notre intervention à celle que nous pratiquons au bloc opératoire, nous ne fournirions qu'une petite partie de la réponse. Les femmes mutilées sexuellement sont quasiment toujours victimes d'autres types de violences. C'est donc à un ensemble traumatique que nous devons faire face. La réponse n'est pas seulement chirurgicale.

**Frédérique Martz, co-fondatrice et directrice générale de *Women Safe - Institut en Santé Génésique de Saint-Germain-en-Laye*.** - La problématique de l'excision est en effet très large. Il faut aussi prendre en compte l'aspect psychologique et post-traumatique. Certaines femmes qui arrivent en France et qui nous sont adressées ne savent pas qu'elles ont été excisées. La problématique émerge *via* les violences conjugales, par exemple.

**Laure Darcos, présidente.** - Existe-t-il un profil type des patientes mutilées ? Par exemple, toutes les jeunes filles sont-elles mutilées au même âge, par tradition ?

**Frédérique Martz.** - Même si les mutilations interviennent à des âges très précis dans certains pays, il arrive également que des femmes soient excisées alors qu'elles ont plus de vingt ans, comme cette jeune femme que j'ai reçue récemment : elle a refusé un mariage forcé et a été excisée à 22 ans. Il semble donc peu pertinent de parler de profil type.

**Pierre Foldès.** - L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence comme une « menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations ». C'est exactement le cas des mutilations sexuelles.

On considère que 160 millions de femmes sont mutilées dans le monde, réparties dans 85 pays, et que trois millions de fillettes encourent un risque chaque année. En France, un peu plus de 60 000 femmes sont concernées.

Ces mutilations sont pratiquées autour de la ceinture péri-sahélienne, mais elles apparaissent dans d'autres pays, notamment en Asie, en Indonésie, en Inde, aux Philippines, sur les Hauts Plateaux du Vietnam, en Colombie, au Venezuela et dans tous les pays d'immigration, comme les États-Unis, l'Australie et l'Europe, dont la France.

---

En Afrique, on distingue deux zones : l'Afrique de l'Ouest, où l'on rencontre des types particuliers de mutilations, et l'Afrique de l'Est, où se pratique l'infibulation. Les réponses, qu'elles soient médicales ou politiques, dépendent du type de mutilation. Le monde anglo-saxon réagit de façon un peu différente, car il n'a pas du tout le même type d'immigration que la France, et donc pas le même type de mutilations.

Les raisons pour lesquelles l'excision est pratiquée sont extrêmement variables. C'est un crime d'homme, né de la peur primale qu'ont les hommes de la sexualité féminine : ils ont voulu la contrôler et ont inventé cette arme terrifiante qu'est la mutilation du clitoris.

L'excision existe depuis vingt-sept siècles. Elle n'est pas un rituel de passage à l'âge adulte. Elle n'est pas du tout d'origine religieuse, même si elle est un peu plus fréquente dans certains pays musulmans, pour des raisons de domination de la femme. Elle ne figure pas dans le Coran. Dans les pays des religions du Livre, la mutilation existait bien avant. Cette pratique ne dépend pas non plus du niveau d'instruction. Au Nigéria, les femmes des couches les plus éduquées sont plus mutilées que les autres.

Dans un certain nombre des pays d'où proviennent les immigrants en France, comme le Mali et le Sénégal, l'excision est un peu plus d'origine rurale. En Afrique centrale, notamment au Nigéria, les petites filles des villes sont plus souvent mutilées.

Mutiler les organes génitaux d'une petite fille est un acte violent, à la fois physique, psychique et sexuel. C'est une atteinte aux droits de l'enfant. Les aspects juridiques se mêlent aux problèmes de santé. Il est très important de considérer une victime dans sa globalité et de prendre en compte toutes les atteintes qu'elle a subies. Ces mutilations sont également un acte de discrimination envers le genre féminin, un acte contraire à la loi, et pas seulement à la nôtre. La totalité des pays où se pratique ce crime – en France, on parle de crime – ont signé le protocole de Maputo<sup>1</sup>, qui les engage formellement à mettre fin à ces mutilations. Ces pays sont donc en contradiction avec leur propre loi. Les mutilations génitales sont des actes ayant de graves conséquences sur la santé et sont donc un problème de santé publique.

Lorsque nous avons essayé de réparer le clitoris il y a un peu plus de vingt-cinq ans, nous nous sommes aperçus que nous étions en fait, en quelque sorte, les premiers « exciseurs ». Le clitoris n'existait absolument pas dans la littérature médicale ! En tant qu'urologue, j'avais cent techniques pour réparer une verge, mais il n'existait rien pour le clitoris, sauf éventuellement pour l'enlever, comme cela s'est fait à l'égard de femmes

---

<sup>1</sup> Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique est un accord international qui garantit notamment la fin des mutilations génitales féminines. Il a été adopté par l'Union africaine à Maputo, au Mozambique, le 11 juillet 2003, pour une entrée en application au 25 novembre 2005.

qualifiées d'hystériques aux États-Unis. Or quand on veut réparer un organe, il faut d'abord savoir comment il est fait et comment il fonctionne.

Le clitoris est composé d'une double arche, le corps du clitoris, ancré sur le bassin. Ses arches se rejoignent à l'avant pour donner le gland, seule partie émergente et visible, que l'on appelle faussement le clitoris. Le clitoris, c'est l'ensemble de cet organe. Il mesure onze centimètres, il est aussi grand qu'un pénis, mais un peu plus compliqué. Une deuxième arche entoure l'entrée du vagin et contrôle une grande partie de la sexualité féminine.

L'excision consiste à couper de façon tangentielle la partie émergente. Ses conséquences sont plutôt graves, car cette pratique emporte une partie du gland et du genou du clitoris. Il est important d'étudier la physiopathologie, car cela permet de comprendre la gravité des mutilations et des complications qu'elles induisent, mais également pourquoi il est possible de les réparer. Nous avons vu à *Women Safe* 15 000 femmes mutilées en consultation, nous en avons réparé 6 000. Nous avons étudié les parties blessées, nous nous sommes entretenus avec des exciseuses, nous avons réalisé des autopsies, des dissections anatomiques. Aujourd'hui, l'échographie et les IRM nous permettent de mieux voir ce qui se passe et de montrer aux femmes ce qu'elles ont exactement.

L'OMS distingue trois types de mutilations, plus ou moins graves en fonction de leur profondeur. Il faut absolument oublier cette classification. Certaines mutilations prétendent minimales peuvent avoir des conséquences terribles ; d'autres, très graves, permettent paradoxalement de conserver une sexualité.

On le voit à l'échographie, après mutilation, la majorité du gland du clitoris subsiste, ses vaisseaux sont intacts. C'est pour cela qu'on peut le réparer. Le clitoris, après l'excision, est désinséré de la peau. Un magma cicatriciel se crée, qui le colle à l'os du pubis en arrière. Les nerfs sont toujours là et il est possible de reconstituer le gland, mais en fait les conséquences de la mutilation sont très graves, car le fait d'attacher le clitoris à l'os du pubis, qui est normalement mobile et indépendant, aura de nombreuses conséquences.

Lors des rapports, l'ensemble de la vulve bouge. Après une excision, ces mouvements ne sont plus possibles, ce qui rend les rapports très douloureux, voire impossibles dans certains cas.

Même si les exciseuses d'Afrique de l'Ouest prétendent ne pas infibuler - l'infibulation consiste à fermer la vulve -, dans 80 % des cas environ, elles blessent les petites lèvres qui vont ensuite se coller, fermer la partie supérieure de la vulve et diminuer sa hauteur. En conséquence, lors d'un accouchement, la tête du bébé fait éclater le périnée postérieur. Le « simple » geste de mutilation détruit donc en fait trois étages de la vulve. Ensuite, chaque rapport, chaque accouchement sera source de nouvelles

---

complications. La somme de ces complications successives entraîne un traumatisme beaucoup plus grave qu'on ne l'imaginait.

Aujourd'hui, 25 % des petites filles sont mutilées avant l'âge de trois ans. Dans cette tranche d'âge, le taux de mortalité immédiate à la suite des mutilations est de 10 % à 15 %. La majorité des petites filles sont mutilées entre l'âge de trois et dix ans. Enfin, 15 % des mutilations sont pratiquées au-dessus de dix ans. Ces mutilations sont en croissance. On en voit beaucoup en France. Les femmes originaires du sud du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de Guinée sont mutilées de plus en plus tard, parfois à l'âge de vingt-cinq ans, parfois plusieurs fois, avec les conséquences psychologiques que vous pouvez imaginer.

Les complications immédiates des mutilations sont très nombreuses : infections gynécologiques, problèmes urinaires parfois gravissimes, blessures, saignements, transmission du HIV, problèmes psychologiques.

Dans certaines excisions, très graves, les tissus superficiels ne sont pourtant pas touchés. Les prétendus experts considèrent dans ce cas que la vulve est normale. La femme ayant subi ce type de mutilation aura le plus grand mal à la faire reconnaître. Pour juger, établir un certificat, il faut vraiment s'y connaître. Il est donc nécessaire de former les gens sur ces mutilations.

**Laure Darcos, présidente.** - Est-il désormais possible de réparer toute forme d'excision ?

**Pierre Foldès.** - Toute forme de mutilation est parfaitement réparable. Nous disposons d'une famille de techniques reposant sur le même principe. Nous avons publié un article dans la revue *The Lancet* sur ce sujet, lequel fait désormais référence. Nous obtenons 90 % de résultats anatomiques et près de 80 % de résultats fonctionnels six mois après l'intervention.

**Frédérique Martz.** - Vous aurez compris que notre travail, à l'Institut, est facilité par le fait que nous sommes sûrs de cette technique chirurgicale, inventée par un chirurgien.

Que veulent les femmes qui arrivent à l'Institut ? Elles veulent libérer la parole, savoir, comprendre et partager. Qui nous les adresse ? La Cimade, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les services d'urgence, les forces de police, le GAMS, le comité de lutte contre l'esclavage moderne... : autant dire des structures très diverses. Elles peuvent aussi être orientées par le Docteur Foldès lui-même, après qu'il a reçu ces femmes. Nous avons accueilli, depuis l'ouverture de l'Institut, 685 femmes excisées et 42 enfants accompagnants. Trois filles mineures nous ont été adressées par l'ASE. Beaucoup de ces femmes connaissent la mutilation dont elles sont victimes et la chirurgie réparatrice, dont le Docteur Foldès les a informées.

Nous sont également adressées des femmes pour des situations de violences conjugales ou des violences subies lors de leur parcours migratoire : elles représentent 60 % des femmes excisées directement reçues par l'Institut.

L'orientation peut également être le fait d'un travailleur social, d'une sage-femme du Centre de Planification ou de la PMI par exemple, qui détectent des problèmes de santé globaux, comme des maladies infectieuses, susceptibles d'être liées à la mutilation sexuelle.

Des femmes nous sont aussi adressées à la suite d'une détection de problèmes d'insertion sociale, qu'ils soient administratifs ou d'hébergement - 65 % des femmes arrivent en cours de régularisation et sont hébergées au 115 ; 15 % vivent déjà sur le territoire depuis deux ans en moyenne, mais ne sont pas déclarées auprès des services sociaux. Elles sont souvent hébergées de manière très précaire et nous arrivent dans l'urgence, parce que leur hébergeur veut qu'elles partent ou qu'elles se prostituent. Certaines femmes cumulent plusieurs de ces difficultés - problèmes d'hébergement, violences, maladie.

Ces femmes sont demandeuses de soins, elles veulent protéger leurs enfants et ceux à venir. Nous avons reçu, à ce jour, vingt-et-une filles mineures en risque d'excision, accompagnées de leurs parents, voire orientées par la PMI, et dix enfants co-victimes, témoins de violences conjugales et potentiellement en risque d'excision. De nombreuses femmes excisées nous arrivent d'Italie, au terme d'un parcours migratoire qui les amène en France principalement parce que la langue française leur est plus proche que l'italien.

Nous les prenons en charge à trois niveaux. Le premier est sanitaire, pour le dépistage de traumatismes et sévices subis dans le parcours migratoire, mais aussi de pathologies générales ; pour la prise en charge de syndromes post-opératoires et plus généralement traumatique, somatique, gynécologique. Parmi ces femmes, 49 % n'étaient couvertes que par l'Aide médicale d'État (AME), ce qui n'est pas sans poser de difficultés. La chirurgie réparatrice n'est pas forcément leur demande, puisqu'elles peuvent nous arriver sans être au courant qu'elles sont excisées. Nous les amenons à réfléchir sur les violences qu'elles subissent et, si leur pays d'origine peut laisser soupçonner une excision, nous les orientons vers le Docteur Foldès, pour vérification.

Le deuxième niveau de prise en charge est juridique. Vous savez que c'est la Justice, en France, qui a amorcé ce combat et criminalisé la pratique. Cependant, moins de 2 % de ces femmes souhaitent déposer une plainte. Les filles ne veulent pas déposer plainte contre leurs parents, et il est rare qu'en cas de violences subies durant le parcours migratoire, souvent des viols, ces femmes souhaitent judiciariser leur situation.

---

Elles ne sont pas non plus en demande, bien souvent, d'écoute psychologique, ce qui peut paraître surprenant. Elles ont d'autres références. « Je ne suis pas folle », disent-elles, et elles ont raison de le dire, mais nous n'en prenons pas moins en charge le post-trauma quand elles recourent à une intervention chirurgicale de réparation.

Le troisième niveau de prise en charge est social, même si ce n'est pas notre mission de départ. Nous nous soucions de l'hébergement, de la prise en charge des enfants, en les orientant vers les PMI, l'aide sociale, vestimentaire, alimentaire.

Lorsque ces femmes prennent conscience qu'elles sont excisées et qu'il existe des solutions, ce qui peut demander du temps (entre six mois et un an), trois femmes sur cinq demandent à bénéficier d'une chirurgie réparatrice. Même si ces femmes ne sont pas en demande, tant il est vrai que les impacts psychiques de l'excision sont difficiles à maîtriser, nous contrôlons l'aspect médical de leur situation – fuites urinaires, règles douloureuses et autres symptômes qui les mettent en difficulté sociale sans qu'elles les lient nécessairement à l'excision – afin de vérifier le bien-fondé d'une chirurgie réparatrice.

Dans l'expression de leur ressenti, on retrouve l'idée d'une insensibilité, d'un plaisir sexuel dont elles ne savent pas ce qu'il est, et la manifestation d'un désir d'être « entières », car comme dans toute amputation, le membre fantôme se manifeste très fortement.

La chirurgie réparatrice est une réponse possible. Longtemps, elle a été remise en question, au motif que la possibilité de réparer ferait perdurer la tradition ! La technique chirurgicale a trouvé sa voie par une expertise pointue, qui seule permet d'engager la pratique, car un échec se traduit par une double peine pour la femme – le Docteur Foldès, qui a été amené à opérer pour des réparations mal faites, peut en témoigner.

Nous militons pour une prise en charge globale, car ces femmes souffrent de douleurs psychologiques et physiques. Aucune chirurgie ne peut être entreprise sans un engagement de la femme, qui doit clairement avoir conscience qu'il s'agit d'un parcours, avec son trauma post-opératoire, et qu'elle ne sortira pas immédiatement du bloc comme une femme neuve. D'autant qu'il faut aussi tenir compte des grossesses et des accouchements qui ont pu provoquer des problèmes physiologiques, des déchirures, etc.

**Laure Darcos, présidente.** – Parlez-vous de la possibilité de la césarienne à celles qui sont en âge d'avoir un enfant ?

**Pierre Foldès.** – Je ne le recommande pas. Les femmes africaines ont souvent beaucoup de grossesses. Une femme césarisée risque de repartir avec un utérus cicatriciel. Au fin fond du Burkina Faso, où l'on ne trouve pas de service d'obstétrique, cela peut la tuer. En revanche, une chirurgie réparatrice sur une vulve fermée est toujours possible en cours de grossesse, pour permettre un accouchement normal.

**Frédérique Martz.** – Le problème se pose différemment avec les femmes excisées en Afrique et qui vivent en France. Celles qui ont des références africaines fortes refusent plus fréquemment le suivi psychologique, alors que les femmes excisées en France sont plus volontiers en demande de chirurgie réparatrice.

Notre souci est d'avoir égard à l'éthique, de respecter l'autonomie de ces femmes, leur demande de liberté, de ne pas nuire à leur volonté d'être enfin libres, de vivre leur intégrité, de respecter leurs droits fondamentaux, bafoués lorsqu'elles étaient enfant. Une femme nous a dit un jour que plus que son excision, c'est son mariage forcé qui l'a traumatisée. Bien des femmes ne se souviennent plus de leur excision, mais leur mariage forcé est en revanche très présent. À une gynécologue qui essayait d'évoquer avec elle son adolescence, l'une de ces femmes a aussitôt répondu qu'elle n'avait eu ni enfance ni adolescence, ayant été mariée et mère très jeune. Quand ces femmes ont été excisées, leur sexualité a été arrêtée, et elles ne parviennent pas à avoir un regard sur leur corps et leur évolution en tant que femmes. Nous nous efforçons de les amener à faire peu à peu un retour en arrière.

Ces femmes veulent parler et pérenniser la parole. Même si elles ne veulent pas entrer dans une prise en charge psychologique, elles ont besoin de parler, et tant mieux. L'Institut est le lieu où elles libèrent pour la première fois la parole sur leur sexualité. Dans les groupes de parole mixte que nous organisons, avec des femmes victimes de toutes formes de violences et des femmes qui ne sont pas excisées, celles qui le sont parlent énormément de leur sexualité. Leur volonté est de se mettre à distance de l'origine rituelle et de leur propre souffrance, de surmonter leur perte d'estime de soi, de mieux connaître la sexualité. Les consultations gynécologiques permettent de débloquent certaines situations de refus ou d'appréhension du premier rapport sexuel après une chirurgie. Même si ces femmes ont parfois déjà des enfants, elles ne sont pas pour autant libérées dans leurs relations sexuelles, qui restent très subies. Elles cherchent à connaître un plaisir qu'elles n'ont jamais eu et nous demandent ce qu'est un orgasme.

L'éducation thérapeutique que nous mettons en œuvre vient s'inscrire dans une approche singulière et collective, incluant l'entourage et le conjoint, que nous faisons entrer dans un dialogue sur la sexualité du couple dès lors que la femme a choisi d'être réparée d'une mutilation. Car certains hommes acceptent la réparation, mais n'en savent pas le pourquoi et ne se rendent pas compte que la sexualité est douloureuse pour leur femme. Nous les amenons à réfléchir à une sexualité plus harmonieuse.

Notre indicateur de réussite est dans le processus de réparation et le retour à la parole publique, sans tabou sur leur mutilation.

---

Comment lutter contre l'excision ? nous demande-t-on souvent. Je crois que 100 % des femmes qui ont vécu un avant et un après de la réparation sont en capacité de protéger, bec et ongles, leurs petites filles et de convaincre leur conjoint.

Nous protégeons beaucoup d'enfants en danger potentiel en cas de retour au pays ; nous faisons énormément de certificats médicaux.

Beaucoup de femmes, récemment entrées sur le territoire français après avoir fui des violences au pays, se retrouvent très rapidement enceintes, et nous arrivent. C'est que ces femmes ne peuvent s'imaginer sans un homme, sans des enfants. Elles ne prennent pas de recul dans cette relation et s'imposent des rapports et des grossesses malgré toutes les violences qu'elles ont subies.

**Laure Darcos, présidente.** – Je vous remercie de vos propos, même s'ils sont très durs à entendre. Ils nous montrent que notre délégation a bien fait de prendre le sujet à bras le corps.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Je vous remercie de nous avoir expliqué ce que nous avons senti lors de notre visite de votre institut, le 5 février. Vous avez mis l'accent sur la libération de la parole, dont nous mesurons tout le prix pour avoir entendu le silence poignant de certaines femmes qui n'en sont pas encore à ce stade.

Merci à notre délégation d'avoir relancé ce sujet essentiel pour l'égalité entre les hommes et les femmes. L'excision est la marque par excellence d'une domination de l'homme sur la femme, le déni de tout désir sexuel. J'ai été impressionnée, Docteur Foldès, par votre rappel du poids des siècles. Vous avez dit, Madame Martz, que ces femmes ne conçoivent pas d'être seules, malgré les souffrances endurées. On se trouve face à des situations si complexes qu'il faut inlassablement informer, former, y compris en se tournant vers les conjoints : on a besoin d'impliquer les hommes aussi.

Dans une lettre d'information de février 2016 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, vous dites avoir constaté, Docteur Foldès, malgré la criminalisation de ces violences, l'apparition de nouvelles formes de mutilations, soulignant « une inventivité terrifiante dans les crimes contre les femmes ». Dans une interview parue dans *Le Monde* en juillet 2017, vous estimez qu'avec les printemps arabes, on a vu resurgir des mutilations disparues. Pouvez-vous nous en dire plus ?

**Pierre Foldès.** – Nous sommes face à des phénomènes géopolitiques terrifiants. L'Islam n'a jamais revendiqué la mutilation, mais après les printemps arabes, de nouvelles formes de domination des femmes ont été recrées dans certains pays dotés de nouvelles *charia*. Des imams isolés ont pu revendiquer la mutilation des femmes. On l'a ainsi vu réapparaître dans des pays où elle n'avait pas cours, comme la Tunisie, avec le même sens symbolique. On voit aussi aujourd'hui l'excision pratiquée sur les femmes, non pas par des exciseurs, mais par des criminels armés de baïonnettes,

coupables de mutilations plus graves encore. C'est une réalité qu'il ne faut pas méconnaître. Les rapports de l'Unicef soulignent que malgré le travail des ONG, les chiffres ne baissent pas, et que l'on voit apparaître de nouvelles formes d'excisions dans de nouveaux pays, comme l'Inde.

Plus grave encore, on assiste à une médicalisation de ces pratiques. Dans certains pays, des professionnels de santé en viennent à pratiquer l'excision au prétexte que s'ils ne le font pas, c'est l'exciseuse de village qui s'en chargera, tandis que leur intervention sera mieux faite et entraînera moins de complications. Pour avoir réparé 200 à 300 femmes ainsi excisées, je puis vous dire que paradoxalement, ces excisions peuvent prendre des formes plus graves, car un chirurgien maîtrisant mieux le saignement peut couper plus profondément. Et cela rapporte de l'argent ! Chez les Guinéennes que l'on reçoit en consultation en France, on voit ainsi apparaître de nouvelles formes de mutilation préoccupantes. Cette utilisation de la médecine dans des pratiques criminelles pose un problème éthique terrifiant.

**Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** – Je joins mes remerciements à la délégation. J'ai beau connaître *Women Safe* depuis longtemps, chaque fois que je vous écoute, je suis bouleversée. Cela fait peur de découvrir ce qui se passe à côté de chez nous, au sens propre et figuré, au XXI<sup>e</sup> siècle. On ne peut pas rester indifférent. Je vous remercie du travail que vous menez avec vos équipes.

Vous dites, Docteur Foldès, que des médecins participent aux mutilations. On le voit y compris en Grande-Bretagne ou aux États-Unis : des médecins pratiquent l'excision sur des femmes venues de pays où c'est la tradition, au motif que leur intervention serait moins risquée. Si dans certains pays, comme l'Égypte, ces actes sont légaux, ils sont totalement prohibés dans les pays comme le nôtre. Le législateur que nous sommes doit s'en préoccuper. En tant que médecin, que pensez-vous de ces confrères ?

Autre question : peu de sages-femmes, de médecins, d'infirmiers sont formés sur ces sujets et véritablement au fait des possibilités de réparation. Comment y remédier ?

**Frédérique Martz.** – Lorsque des femmes nous parviennent sans que leur gynécologue leur ait appris qu'elles étaient excisées ni orientées vers une prise en charge réparatrice, elles nous arrivent blessées. Comme si le sachant lui-même se pliait à un tabou. De fait, ce sont souvent les sages-femmes qui nous alertent, à la suite d'un accouchement qui n'a pu se dérouler normalement. Peu de ces femmes sont sous contraception, pour des raisons culturelles. De nombreuses femmes viennent à l'Institut parce qu'elles sont enceintes ou prévoient une grossesse. Pourquoi leur gynécologue ne leur a-t-il pas signalé leur excision ? Cela reste pour nous une interrogation.

---

**Pierre Foldès.** – Comme je vous l’ai dit tout à l’heure, le clitoris, dans l’histoire de la gynécologie, n’existe pas. Les praticiens n’ont donc pas été formés. Chaque fois que je constate qu’un gynécologue n’a rien dit à une femme mutilée, cela me rappelle à ce devoir de formation. Nous mettons en place un plan de formation à l’Institut et comptons beaucoup sur des partenariats pour nous y aider, et essayer.

J’en viens au problème éthique que soulève la médicalisation de l’excision. Un médecin est fait pour soigner. La bataille est perdue dès lors qu’il envisage seulement de franchir la ligne rouge en pratiquant l’excision. Le problème n’est pas simple, car est également en jeu une question financière : il y a énormément d’argent à gagner...

Ces médecins prétendent pratiquer les opérations *a minima*, mais quand nous voyons les femmes vingt, trente ou quarante ans après, leur cicatrice a évolué et leur clitoris s’est détaché. De plus, elles auront commencé leur vie sexuelle par un acte criminel traumatique commis avec la complicité de leur famille. Nous sommes donc en opposition frontale avec des corporations de médecins qui gagnent beaucoup d’argent ainsi, en particulier aux États-Unis.

En France, la réparation est prise en charge, depuis 2004, par l’assurance maladie. Je puis vous dire qu’à Bamako, on voit la France comme un pays dont les citoyens sont prêts à payer pour la réparation, et cela donne une grande légitimité à sa parole.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** - Vous évoquez 60 000 femmes concernées en France. Un réseau international de centres de prise en charge des femmes victimes de violences est en cours de construction, c’est essentiel. Quels sont les liens juridiques entre votre association et les nouvelles structures qui se mettent en place ?

Ce problème est mondial, l’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe (APCE) a produit un rapport sur l’excision qui contient des recommandations aux quarante-sept pays membres. Ce n’est pas le monde entier, mais c’est beaucoup.

En 2014, le Défenseur des Droits avait sensibilisé la police de l’air et des frontières ainsi que les centres de vaccinations sur les risques encourus par les adolescentes rentrant au pays pour les vacances et qui, parfois, s’y faisaient exciser. Des propositions concernaient le retour en France et la reprise de la scolarité, mais certaines d’entre elles ne reviennent pas, alors même que leur établissement n’a pas délivré d’*exeat*. Ces établissements devraient obligatoirement signaler ces absences. Comment faire pour utiliser ces données afin qu’une alerte soit lancée ?

**Frédérique Martz.** - La formation des chefs d’établissement est importante pour qu’ils ne ferment pas la porte. Certains sont déjà sensibilisés, de même que certains enseignants, mais ces personnels ne sont

pas forcément habilités à s'occuper des questions de santé. L'alerte doit passer également par les infirmières scolaires, voire les assistantes sociales.

L'Éducation nationale a un rôle, mais elle n'est pas seule. Avec l'excision, on doit parler à la fois d'ici et de là-bas. Les chiffres en France sont importants, mais il est toujours difficile de situer le débat, s'agissant de personnes migrantes. C'est un point important, car c'est ainsi que l'on détermine où il faut agir.

L'objectif que nous poursuivons est d'ouvrir des centres de prise en charge là-bas. Lors de notre dernière mission en Guinée, nous avons pu rencontrer des agents du ministère des Affaires sociales à Conakry, nous leur avons conseillé de garder les femmes dans le pays et de les y protéger. En France, l'ancrage de ces femmes mutilées qui fuient leur pays est faible et durant leur parcours migratoire, elles sont souvent violées.

Leur propre pays doit prendre conscience du problème et appliquer le protocole de Maputo. Ces pays ne parviennent pas à être efficaces et nous devons nous garder des annonces qui célèbrent, ici ou là, la fin de l'excision, d'autant que les pratiques varient au niveau des ethnies, et pas seulement des États. En outre, il faut protéger les femmes qui ont été excisées et qui ont bénéficié d'une réparation, afin qu'elles ne soient pas excisées à nouveau, de retour dans leur pays.

**Pierre Foldès.** - Nous sommes en lien avec des initiatives internationales et européennes, et nous vous demandons que l'opérationnel, sur le terrain, et le politique travaillent ensemble, afin que les deux niveaux d'intervention soient plus efficaces.

**Laure Darcos, présidente.** - C'est notre volonté, vous pouvez compter sur nous.

**Marc Laménie.** - J'ignorais l'ampleur de ces crimes, vos témoignages sont bouleversants et votre dévouement est admirable. Comment fonctionnez-vous financièrement et quels sont vos moyens humains ?

**Françoise Laborde.** - Merci de votre engagement. Les découvertes que nous faisons en travaillant sur ce sujet donnent la chair de poule.

Le problème concerne des populations diverses, des petites filles nées en France ou des adultes en migration. La question du retour au pays est différente selon qu'il a lieu à la suite du rejet d'une demande d'asile ou qu'il concerne des petites filles qui, rentrant pour des congés, se font exciser.

Il me semble terrible que les « sachants » puissent ne rien dire, mais il est vrai que le clitoris n'est apparu que très tardivement dans les livres et dans les enseignements.

---

Vous avez dit une chose terrible : « si c'est réparable, ça va continuer », pensent certains. On ose espérer que des gens se diront qu'il faut arrêter les mutilations, mais on voit que même des professionnels de santé peuvent pratiquer de tels actes...

Comment assurez-vous la diffusion de votre savoir ? Il existe des « maisons des femmes » en France, mais votre institut, lui, n'est présent qu'à Saint-Germain-en-Laye. Comment envisagez-vous de former vos pairs et vos successeurs ?

Nous diffuserons notre rapport dans les écoles et les PMI. Il est vrai que, par manque de formation, les médecins de PMI et les infirmières de collège ne voient pas toujours les filles qui reviennent excisées. Nous serons vos messagers sur ce point.

**Laurence Cohen.** – Je suis également bouleversée. La visite de votre centre et le témoignage, comme le silence, des femmes que nous y avons rencontrées nous ont beaucoup marquées en tant qu'êtres humains et que femmes politiques.

Je suis frappée par le fait que les femmes qui ont bénéficié d'une chirurgie réparatrice doivent ensuite être suivies en psychologie, parce que la chirurgie ne remet pas tout en place comme par magie.

Nous sommes au paroxysme de la violence : il s'agit de faire en sorte que les femmes n'aient pas de désir, qu'elles soient seulement des objets. Vous remplissez une mission de service public, mais plus le temps passe, plus on retire leurs moyens aux associations. Comment pouvons-nous agir pour généraliser vos bonnes pratiques ?

S'agissant de la formation, faudrait-il inclure un module obligatoire dans les études de médecine ? Après tout, c'est une question de santé publique !

Un des axes de lutte à l'école - c'est-à-dire de la crèche au supérieur - c'est le manque d'éducation à l'égalité et d'éducation sexuelle, en dehors des aspects strictement biologiques. Comment pourrait-on développer cet enseignement ?

Enfin, le bénévolat, c'est bien, mais il faudrait consacrer des moyens financiers au travail colossal que vous menez !

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Il me semble important que nous recourions de préférence, dans notre rapport, aux termes « mutilations sexuelles féminines » plutôt que « mutilations génitales féminines », notamment dans le titre.

**Laure Darcos, présidente.** – Les médecins sont-ils formés à l'établissement des certificats médicaux ? N'importe quel médecin peut-il s'en charger ou est-il nécessaire de suivre une formation particulière ? Certains médecins refusent-ils de le faire ?

**Pierre Foldès.** – Nous n’avons pas souhaité être un acteur associatif de plus. Nous apportons une réponse qui s’apparente à un service public, mais notre organisation trouve son origine dans le constat des manques en matière de réponse aux violences faites aux femmes, en particulier dans le domaine de la santé. Nous avons choisi de ne pas être dans le plaidoyer. Nous sommes plutôt un organe de recherche qui vise à comprendre les dysfonctionnements et à trouver des solutions. Voilà pourquoi notre rapport au politique est essentiel.

Nous avons une grande activité de formation, dans toutes les directions. Nous avons formé la plupart des centres existants, notamment les intervenants de *La Maison des femmes*, il y a quatre ans.

Notre situation financière est un peu paradoxale, car nous ne recevons aucun financement des conseils départementaux, alors que tous les centres départementaux nous envoient des enfants de l’ASE. Nous travaillons avec quelques dons et une équipe de vingt-cinq personnes bénévoles. Chez nous, tout est gratuit, les avocats et les médecins sont bénévoles, mais nous rémunérons les psychologues en vacation. C’est évidemment une situation anormale.

Nous avançons, cependant, avec l’Agence régionale de santé (ARS) pour référencer les centres importants.

**Frédérique Martz.** - Notre institut est situé à Saint-Germain-en-Laye, mais les femmes victimes ne se limitent pas à leur département de résidence pour chercher des solutions, même si l’ancrage social et juridique est une donnée importante. Aujourd’hui, 40 % des femmes que nous suivons viennent des Yvelines, les autres du reste de la France, voire de l’étranger, puisque le Docteur Foldès est l’inventeur de la technique.

Je n’ai pas voulu dire que le fait que l’excision soit réparable risquait d’en prolonger la pratique, j’ai seulement rapporté des propos qui nous avaient été opposés par ceux qui voulaient marginaliser notre expérience.

Durant votre visite, vous avez assisté à un cercle de parole, dans lequel vous avez été marquée par le silence particulier d’une femme, qui avait bénéficié de la chirurgie. Celle-ci entraîne un changement manifeste dans la vie des personnes concernées, mais, dans ce cas particulier, cette femme se trouve dans une situation de précarité sociale si dramatique qu’elle constitue un obstacle à sa réparation globale.

Vous dites qu’il s’agit d’un paroxysme, de la pire des violences, mais la violence psychologique peut être aussi douloureuse. Nous devons rester mobilisés sur tous les fronts.

Beaucoup de femmes nous disent qu’elles ont appris leur excision par une sage-femme, ou par un cours à l’école. Ceci pour dire que l’Éducation nationale joue bien un rôle, même si l’anatomie n’est pas suffisamment enseignée.

---

Cela dit, j'ai à l'esprit l'exemple d'une jeune fille de seize ans qu'un travailleur social nous avait envoyée à cause d'un problème hépatique. Il n'était pas certain qu'elle était excisée, mais elle était porteuse de plusieurs pathologies sexuellement transmissibles. Comment se fait-il que l'Éducation nationale ne prenne pas plus de précautions pour identifier des jeunes filles porteuses de telles maladies ? Dans ce cas précis, c'est le travailleur social qui en a informé l'Éducation nationale, à notre demande.

**Pierre Foldès.** - Nous avons introduit un module de formation dans certains cycles médicaux, en lien avec la MIPROF. Nous y consacrons un temps énorme, avec les forces de l'ordre, avec les sages-femmes, etc.

En effet, il est bon de remplacer « génitales » par « sexuelles » dans le titre de votre rapport, car c'est bien le sexe féminin lui-même qui est concerné.

Nous réalisons des certificats médicaux en très grand nombre, mais l'évolution de la politique d'intégration et ses implications sur la santé compliquent considérablement la situation, parce que les règles changent régulièrement. Aujourd'hui, l'importance des constats médicaux grandit, alors qu'ils ne sont pas faciles à opérer, et présentent parfois des pièges. Il est donc nécessaire de former des gens, mais c'est un travail que nous devons mener en commun avec les acteurs qui gèrent les circuits d'intégration, à la Cimade, à l'Ofpra, par exemple.

**Laure Darcos, présidente.** - Nous pourrions réaliser en commun une partie du travail nécessaire à l'occasion de la discussion prochaine du projet de loi sur l'asile et l'immigration.

**Pierre Foldès.** - Nous travaillons à dupliquer notre institut dans certaines villes, et à l'échelle internationale, avec des perspectives intéressantes.

**Marta de Cidrac, co-rapporteuse.** - Avez-vous constaté l'émergence, dans les chiffres que vous nous avez cités sur l'excision, des récents flux de migration ? Vous avez parlé de 15 % de filles tardivement excisées. À propos d'asile, n'y a-t-il pas un risque d'instrumentalisation de l'excision pour l'obtenir ? L'excision devient alors un prétexte au droit d'asile. C'est une autre forme d'utilisation du corps des femmes pour des objectifs inavouables.

**Pierre Foldès.** - Cette question est au cœur du débat, mais je voudrais lever une ambiguïté : nous ne nous focalisons pas seulement sur l'excision, car une femme victime de mutilation sexuelle est généralement victime d'autres formes de violences. Une fois qu'une femme est excisée, on peut tout lui imposer. Des formes de violence inconnues arrivent en France, des femmes sont violées durant leur parcours ou prostituées dans des circonstances inédites. Nous devons nous adapter à ce nouveau contexte et vous sensibiliser à ces questions, afin que les réponses apportées soient cohérentes en matière migratoire. C'est votre rôle et nous souhaitons que

vous l'exerciez pleinement, afin de nous apporter des solutions, par exemple à propos des trafics de faux certificats médicaux, qui posent un problème médical, éthique, économique et politique.

**Frédérique Martz.** - Je parlais d'ici et de là-bas parce que nous formons des médecins en Afrique. Cependant, le corps de la femme n'a pas la même valeur ici et là-bas. Nous exigeons là-bas, par exemple, la mise en place d'un suivi post-opératoire strict, mais une fois que nous sommes partis, il disparaît et nous nous retrouvons à échanger des messages ici avec les patientes. Dans ces pays, les femmes, lorsqu'elles sont auscultées en gynécologie, sont traitées sans précaution, de manière très violente. Le médecin est perçu comme le « sachant », les femmes sont malmenées dans leur condition de femme et n'ont rien à dire.

**Pierre Foldès.** - Je voudrais insister sur un point : la France est très écoutée sur ces questions, pas seulement à cause de cette chirurgie, mais aussi parce que nous avons un passé qui nous différencie des Anglo-Saxons, qui dominent la plupart des sociétés savantes de gynécologie-obstétrique avec des approches très différentes de la nôtre. Nous envisageons les choses différemment et nous n'avons pas à en rougir.

En outre, le fait qu'ici la réparation soit prise en charge par l'assurance maladie, c'est-à-dire par la collectivité, est un atout important. Nous devons travailler à l'international, parce que nous sommes le pays des droits humains !

**Laure Darcos, présidente.** - C'est l'un des axes majeurs sur lesquels il faut travailler.

**Laurence Rossignol.** - L'ASE vous envoie des jeunes filles, dites-vous. Pouvez-vous développer ce point ? Quelle est la connexion entre vous et l'ASE ?

**Frédérique Martz.** - Nous sommes le centre référent sur l'excision. Nous intervenons donc sur la santé globale des enfants issues des pays où sa prévalence est importante et qui expriment des douleurs gynécologiques, voire urinaires, susceptibles d'attirer l'attention de l'ASE. Nous menons des actions de formation qui permettent d'apprendre aux intervenants de l'ASE à se poser les bonnes questions et à inclure l'excision dans les problématiques de santé générale et gynécologique.

Des comportements faisant soupçonner un état post-traumatique peuvent ainsi être liés à une excision, qui n'aura parfois pas été révélée. Découvrir à seize ans que l'on est excisée et comprendre d'un coup tout un vécu précédent d'angoisse et de phobie, ça compte ! Si l'ASE se pose la bonne question face à une enfant qui est originaire d'un pays où l'excision est pratiquée et qui ne va pas bien, nous menons des investigations.

**Laurence Rossignol.** - J'ai beaucoup travaillé sur l'ASE, mais je n'avais jamais pensé à cela, je vous remercie.

**Maryvonne Blondin, co-rapporteuse.** – Nous pourrions agir par le biais de différents véhicules législatif sur les violences faites aux femmes, dont les causes viennent de très loin.

**Laure Darcos, présidente.** – Merci pour votre engagement exceptionnel. Vous pouvez compter sur notre soutien.