

**COMMISSION NATIONALE  
CONSULTATIVE DES DROITS DE  
L'HOMME**

**Etude et propositions sur  
la pratique des mutilations sexuelles féminines  
en France**

**[Adoptée par l'assemblée plénière du 30 avril 2004]**

# **SOMMAIRE**

<b>1-</b>	<b>Introduction</b>	<b>Page 3</b>
<b>2-</b>	<b>Sources d'informations</b>	<b>Page 3</b>
<b>3-</b>	<b>Constat sur la situation en France</b>	<b>Page 4</b>
3-1	Rappel historique	Page 4
3-2	Législation française	Page 5
3-3	Chronologie judiciaire	Page 6
3-4	Autres aspects judiciaires	Page 7
3-5	Situation actuelle	Page 7
3-6	Problèmes actuels	Page 9
<b>4-</b>	<b>Constat sur la situation en Afrique</b>	<b>Page 12</b>
4-1	Situations juridiques	Page 12
4-2	Situation médicale	Page 12
4-3	Mali	Page 13
4-4	Burkina Faso	Page 15
4-5	Sénégal	Page 15
4-6	République démocratique du Congo	Page 15
4-7	Djibouti	Page 16
4-8	Egypte	Page 17
4-9	Tanzanie	Page 17
4-10	Problèmes soulevés	Page 17
<b>5-</b>	<b>Constat sur la situation internationale</b>	<b>Page 18</b>
5-1	Les chartes et conventions internationales	Page 18
5-2	Législations nationales spécifiques	Page 19
5-3	Législations générales s'appliquant aux MSF	Page 19
5-4	Hors Union européenne	Page 20
<b>6-</b>	<b>Propositions</b>	<b>Page 21</b>
6-1	Aspects généraux	Page 21
6-2	En France	Page 22
6-3	En Afrique	Page 25
6-4	Au niveau international	Page 25
	<b>Annexes</b>	<b>Page 26</b>

## **Introduction**

Le Groupe de travail sur les mutilations sexuelles féminines (MSF) a été créé au début de l'année 2003 par la sous-commission D (droits de l'enfant, de la famille et éducation aux droits de l'homme) de la CNCDH qui s'est autosaisie en vue de proposer des mesures destinées à améliorer la protection des jeunes filles.

L'objectif premier était de renforcer la protection des filles face au risque d'excision lors d'un voyage au pays d'origine. Au cours de nos travaux, il est apparu rapidement que nous avons peu d'informations sur la persistance d'une telle pratique sur le territoire français. Nous avons reçu des informations parfois contradictoires. Cependant, même à l'état de rumeur ou d'estimation, ces pratiques nous ont paru suffisamment graves pour faire l'objet d'une étude et de propositions.

Ce rapport est le produit des informations recueillies au cours des auditions de différentes personnalités ayant une connaissance particulière, à titres divers, sur les MSF ainsi que d'autres sources (thèses médicales, anthropologiques, médias, internet...). Le groupe de travail a cherché à les retranscrire avec objectivité (état des lieux) puis à en extraire les propositions qui lui ont paru les plus opportunes pour améliorer la protection des filles.

Déjà, le 1<sup>er</sup> juillet 1988, la CNCDH avait émis un avis sur les mutilations sexuelles permettant une première interpellation officielle des pouvoirs publics.

La CNCDH souhaite aujourd'hui pouvoir suivre la mise en place effective des propositions formulées dans le présent rapport ainsi que leur évaluation.

Il est donc proposé qu'un rapport d'étape soit établi chaque année dans ce sens.

## **Sources d'informations**

L'essentiel des informations est issu des auditions mais d'autres sources ont pu être utilisées. Elles sont dans la mesure du possible précisées par le chiffre entre parenthèses correspondant à la référence des sources. La liste des sources est située à la fin du rapport (annexe1) ainsi que les comptes-rendus d'auditions et documents de référence.

## **Constat sur la situation en France**

### **3-1 RAPPEL HISTORIQUE**

#### **3-1-1 Au plan social**

Les premières mesures de rapprochement familial des immigrés datant des années 1970, c'est à cette époque que l'on voit apparaître pour la première fois en France des cas d'excision et de mutilation sexuelle féminine.

En 1974, dans la dernière page du journal «Le Monde», l'association «Terre des Hommes» dénonce la pratique des MSF. Cet article a été à l'origine de la prise de conscience du problème en France.

Les pratiques d'excision sur le territoire français ont été révélées à la suite de décès de bébés qui ont donné lieu à des procès.

Les débuts du combat contre l'excision en France à la fin des années 1970 se sont heurtés au rejet par les populations africaines comme étant une atteinte culturelle.

En 1983, le «Rassemblement des travailleurs maliens» a lancé, lors d'une réunion à La Courneuve, un appel intitulé : «Message pour la cessation de la pratique de l'excision sur des bébés sur le territoire français». Ce message a été mal reçu par la communauté malienne. (2)

Jusqu'en 1984, la lutte contre l'excision dans la Seine-St-Denis (département à la pointe de la lutte contre l'excision) était fondée seulement sur la sensibilisation et la prévention. A partir de cette date, le travail d'une équipe volontariste a permis qu'il y ait des signalements. (2)

#### **3-1-2 En ce qui concerne la justice**

Le premier procès pour homicide involontaire consécutif à une excision a eu lieu en 1979. Puis, d'autres ont suivi, en 1984 devant les tribunaux correctionnels. La première affaire d'excision traitée aux Assises, compte tenu de la qualification criminelle de l'acte désormais retenue, a lieu en 1988. (12)

En 1996 le tribunal administratif de Lyon annule l'arrêté d'expulsion concernant une Guinéenne en raison de la crainte d'excision de ses enfants en cas de retour (voir document en annexe 4).

#### **3-1-3 Au plan associatif**

La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS), créée en 1982 par Awa Thiam, est une association qui se constitue partie civile lorsque des cas d'excision sont portés devant les tribunaux. (12)

Le Groupe des femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles et autres pratiques nuisibles à la santé des femmes et des enfants (GAMS) a été créé à Paris en 1982. Il est constitué de femmes africaines et de femmes françaises ayant des compétences dans les champs de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience de prévention des mutilations sexuelles

féminines. Il sensibilise et informe des professionnels sociaux et médico-sociaux, des éducateurs et des enseignants et mène des actions de prévention auprès des populations africaines immigrées en France. Il organise également des journées de réflexion et des séminaires et met à la disposition des personnes intéressées des ressources documentaires. (8)

### **3-1-4 L'action du gouvernement** (13)

Vers 1982, à la suite de décès de bébés consécutifs à des excisions qui ont eu lieu en Ile-de-France, les pouvoirs publics ont été alertés sur la pratique des mutilations sexuelles en France. Une circulaire relative à l'intégration des populations immigrées (circulaire DPM 94/42 du 19/12/94) inscrit la prévention des mutilations sexuelles dans les orientations d'actions des départements accueillant les populations susceptibles d'être concernées (départements de l'Ile-de-France, Nord, Oise, Bouches-du-Rhône, Seine-Maritime et Eure).

Certaines commissions départementales contre les violences faites aux femmes ont créé un sous-groupe de travail chargé de traiter des mutilations sexuelles. Le Service des droits des femmes et de l'égalité a établi, sur cette question, un partenariat avec des associations et des personnels médico-sociaux, en particulier la CAMS et le GAMS. Une campagne d'information en direction du public et des professionnels s'est déroulée en 1993 utilisant un guide «Nous protégeons nos petites filles». Les associations, regroupant des femmes africaines et françaises, ont mené des actions d'éducation et de prévention en particulier dans les consultations de PMI. Le Mouvement français pour le planning familial (MFPPF) qui lutte à tous les niveaux (mondial, européen et national) pour l'abolition des mutilations sexuelles, était associé.

Cette campagne a été étendue à l'ensemble du territoire national en 1994.

### **3-2 LEGISLATION FRANÇAISE** (8) et (12)

Actuellement les peines prévues par le Code pénal pour l'auteur d'une mutilation sont :

**10 ans d'emprisonnement et 1 000 000 F (152450 euros) d'amende** (art. 222-9).

- **20 ans de réclusion criminelle** si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur (art. 222-10).

- **30 ans de réclusion criminelle** si les «violences» ont entraîné la mort sans intention de la donner à un mineur de moins de 15 ans (art. 222-8).

Des poursuites sont également possibles pour non-assistance à personne en danger :

- **5 ans d'emprisonnement et 500 000 F (762245 euros) d'amende** à quiconque s'abstenant d'empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne (art. 223-6).

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Le Code pénal autorise également la «révélation du secret» au professionnel «qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu

connaissance et qui ont été infligées à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique».

La loi du 10 juillet 1989 sur la protection de l'enfance rappelle l'obligation de signalement faite aux personnels ayant connaissance de violences exercées à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans (13).

Enfin, rappelons que la loi française s'applique à des faits commis à l'étranger :

*Art 113-6* – la loi pénale française est applicable à tout crime commis par un Français hors du territoire de la République.

Elle est applicable aux délits commis par des Français hors du territoire de la République si les faits sont punis par la législation du pays où ils ont été commis.

Il est fait application du présent article lors même que le prévenu aurait acquis la nationalité française postérieurement au fait qui lui est imputé.

*art.113-7* - La loi pénale française est applicable à tout crime ainsi qu'à tout délit puni d'emprisonnement commis par un Français ou par un étranger hors du territoire de la République lorsque la victime est de nationalité française au moment de l'infraction.

*art.113-8* - Dans les cas prévus aux articles 113-6 et 113-7, la poursuite des délits ne peut être exercée qu'à la requête du ministère public. Elle doit être précédée d'une plainte de la victime ou de ses ayants droit ou d'une dénonciation officielle par l'autorité du pays où le fait a été commis.

### **3-3 CHRONOLOGIE JUDICIAIRE (8) et (12) : VOIR ANNEXE 3**

Les premières affaires ont été portées devant le tribunal correctionnel avec des qualifications diverses (homicide involontaire, non assistance à personne en danger, coups et blessures volontaires), avant d'être jugées par la Cour d'Assises.

Les associations qui s'étaient portées partie civile en vertu de l'article 2.3 du Code de Procédure Pénale, créé par la loi « Sécurité et Liberté » du 2 février 1981, ont soulevé le caractère criminel de l'excision et l'incompétence du Tribunal Correctionnel au profit de la Cour d'Assises.

En effet, l'excision constitue une mutilation et les auteurs ou complices de mutilations sont passibles de peines criminelles.

L'argument des associations représentées par Me Linda Weil-Curiel a été conforté par un arrêt du 20 août 1983 jugeant que :

*« Le clitoris et les lèvres de la vulve sont des organes érectiles féminins, que leur absence à la suite de violence constitue une mutilation au sens de l'article 312-3° du Code Pénal »\**

*\*Ancien code pénal en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> février 1994*

## **3-4 AUTRES ASPECTS JUDICIAIRES**

### **3-4-1 Statut de réfugié (11)**

En décembre 2001, le statut de réfugiés a été accordé à un couple de Maliens et à une Somalienne qui refusaient de soumettre leur fille à l'excision. La décision de la Commission des recours des réfugiés reconnaît officiellement que le refus de l'excision peut conduire à des persécutions et que les gens qui contestent les normes sociales de leur pays constituant des atteintes aux droits de l'Homme, doivent être protégés (Christine Martineau, avocate). Cette décision renforce celle du Parlement européen qui a adopté le 20 septembre 2001 une déclaration reconnaissant le droit d'asile pour les femmes et jeunes filles risquant de subir une mutilation sexuelle.

### **3-4-2 Tribunal administratif**

Le tribunal administratif de Lyon a annulé le 12 juin 1996 une interdiction de séjour sur le territoire français infligée à une Guinéenne pour usage de faux papiers. Le tribunal a estimé que l'excision constituait un « traitement cruel, inhumain et dégradant » au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme (« Le Monde » du 14 juin 1996).

## **3-5 SITUATION ACTUELLE**

### **3-5-1 Pratique de l'excision sur le territoire français**

Selon certaines sources, aucun Malien ne pratiquerait l'excision sur le territoire français actuellement (1 et 2). Cette évolution serait due à la condamnation d'exciseuses. Mais cet avis n'est pas partagé par toutes les personnes auditionnées, certaines estimant que des excisions sont encore pratiquées en France (1). Une exciseuse installée en Belgique viendrait pratiquer des excisions en Picardie mais aucune preuve n'a été rapportée à l'appui (8).

Au Mali il est question de forgeronnes que les familles font venir en France mais il semble que depuis 1999 et la condamnation de l'exciseuse Hawa Gréou à Paris, les exciseuses soient réticentes à venir en France. La tendance est de pratiquer l'excision lors d'un retour au Mali.

En s'en tenant aux décomptes des titres de séjour en cours de validité par nationalité (ministère de l'Intérieur 1989), le GAMS avait estimé qu'il y avait au moins à l'époque 20 000 femmes et 10 000 fillettes mutilées ou menacées de l'être, résidant sur le territoire français dont 13 000 femmes et 4 500 fillettes en Ile-de-France. Selon le GAMS, toujours, une estimation de janvier 2002 indiquait que 30 000 à 35 000 fillettes déjà excisées ou menacées de l'être résideraient en France.

36 procès pour excision ont eu lieu depuis 1979 concernant plus de 80 fillettes dont 4 sont décédées (8). Le délai entre le signalement et la tenue du procès est de l'ordre de 3 à 5 ans, compte tenu de la lourdeur de la procédure et de l'encombrement des tribunaux. De plus, le signalement peut lui-même survenir plusieurs années après l'excision.

Dans une commune du 93, le taux d'observation en PMI de fillettes excisées parmi les fillettes de familles immigrées de pays à risques est passé de 100% en 1988 à 2% en 1997 et 0% en 2000. Les enfants de ces familles fréquentent pratiquement tous les PMI. Les examens obligatoires à 8 jours, 9 mois et 24 mois conditionnaient le versement des allocations familiales. Mais les enfants sont vus souvent tous les 3 à 6 mois jusqu'à l'âge de 3 ans (3). Il y a donc un bon suivi dans la petite enfance.

Le problème de l'examen se pose à 4 ans. Celui-ci a lieu en milieu scolaire et n'est pas obligatoire pour les familles. Une prévention et un dépistage de l'excision pourraient être faits à ce stade mais on constate que l'examen des organes génitaux des fillettes est rarement pratiqué (3).

On peut avancer que la conjugaison de la répression et de la prévention mise en place depuis de nombreuses années, même si elle est inégale suivant les régions, a considérablement réduit la pratique de l'excision en France : les jeunes filles nées en 1980-1985 sont en général excisées mais moins fréquemment leurs jeunes sœurs.

### **3-5-2 Situation des Africains en France**

La plupart des Africains sont parfaitement au courant de la législation française interdisant l'excision.

L'idée que les hommes ne sont pas informés est erronée. Certains d'entre eux ont été directement impliqués dans des procès (2ème, 3ème, 4ème, 6ème, 7ème, 11ème, 13ème, 15ème, 17ème, 18ème, 20ème, 22ème, 23ème, 24ème, 26ème procès). Il va de soi pour eux que l'excision doit être faite mais c'est aux femmes qu'en revient l'exécution (3).

Les migrants africains ont tendance actuellement pour des raisons économiques, à s'éloigner de Paris vers le 77 et la Normandie. Les régions les plus concernées par l'excision sont l'Ile-de-France, la Normandie, le Nord et la PACA (8).

### **3-5-3 Les actions menées**

Des actions de sensibilisation auprès des communautés africaines et des professionnels (PMI, IUFM, écoles d'infirmières) sont assurées par des associations (GAMS) (8) mais les associations françaises ou africaines en France qui luttent (entre autres) contre l'excision mériteraient d'être davantage soutenues par les pouvoirs publics (3 et 8).

Cependant, le Ministère des Affaires sociales prépare actuellement une nouvelle campagne de sensibilisation pour le printemps prochain :

Le Comité interministériel à l'intégration qui s'est réuni le 10 avril 2003, a adopté 55 mesures visant à construire des parcours d'intégration pour les nouveaux migrants. La question de l'égalité homme/femme conduit à faire une mention particulière des actions spécifiques menées par les pouvoirs publics en faveur des femmes, souvent les premiers vecteurs de l'intégration, mais qui en sont aussi les premières victimes en cas d'échec.

Parmi ces mesures :

- la relance des dispositifs de veille et de prévention des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés : réactualisation de la brochure et de l'affiche «Nous protégeons nos petites filles», diffusion prochaine (1er semestre 2004)
- un soutien financier aux associations par le Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE, Ministère délégué à la parité et à l'égalité professionnelle) :
- un soutien financier apporté également aux associations au titre de l'année 2004 par la Direction de la population et des migrations (DPM, Ministère des affaires sociales) et par le FASILD (Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations), établissement administratif sous la tutelle de la DPM.

Les médias ne sont pas assez présents sur ce sujet. Leur rôle est en général bénéfique mais les derniers procès n'ont pas été médiatisés. Parfois même, ils ont banalisé les condamnations. (3)

La pratique dominante en France qui consiste à maintenir prioritairement le lien parents enfants, peut présenter un obstacle dans la lutte contre les MSF et les mauvais traitements à enfants (3).

Un début de chirurgie réparatrice du clitoris se développe en France (Dr Foldès). Aucune étude au niveau national ou international ne semble avoir été faite jusqu'alors concernant les plaies du clitoris. L'essentiel de l'orientation chirurgicale concernant les séquelles d'excision visait au rétablissement d'une filière génitale correcte permettant un accouchement normal ou le traitement de complications urinaires, infectieuses ou hémorragiques. Les lésions du clitoris ont toujours été négligées non seulement dans les cas d'excision mais aussi dans les traumatismes du bassin (accidents de moto ou de cheval). La chirurgie réparatrice du Dr Foldès répondait au départ à une demande de traitement de la douleur mais ensuite aussi à une demande identitaire et/ou sexuelle. Ses résultats semblent prometteurs (7).

Il semble exister chez les jeunes filles d'origine africaine et ayant grandi en France, l'émergence d'une opposition à l'excision. L'augmentation des demandes en chirurgie réparatrice est un signe qui laisse penser que ces jeunes filles ne feront pas exciser leurs enfants (7)

Il semble aussi exister en France comme en Afrique un «lobby» luttant pour le maintien de l'excision comme le montrent les menaces qu'a reçues le Dr Foldès tant en France qu'en Afrique (7).

## **3-6 PROBLEMES ACTUELS**

### **3-6-1 La prévention**

#### *3-6-1-1 La police*

Le rôle de la police judiciaire est de constater les infractions et d'en rechercher les auteurs. Une action directe n'est possible qu'après un signalement (5) et il est très difficile pour la police, même en cas de doute sur un secteur, de faire de la prévention. Son action dépend de la volonté des différents interlocuteurs : juge d'instruction, procureur, médecin légiste, mais rien n'est prévu dans les textes et l'organisation qui permette d'agir avant la réalisation de l'acte.

### 3-6-1-2 Le juge des enfants

Pour parler d'enfant en danger, celui-ci doit être «réel, certain et immédiat» (Cour de cassation).

Le rôle du juge des enfants est primordial car, lorsque les mesures administratives de protection de l'enfance s'avèrent insuffisantes ou inopérantes, il peut prendre la décision par exemple de retirer à sa famille l'enfant en péril d'être excisée, ou bien de lui interdire la sortie du territoire national si l'excision est projetée à l'étranger.

En général le juge est saisi par le Parquet sur transmission d'un signalement par une autorité administrative qui peut être la PMI ou bien toute personne ayant connaissance d'une situation de danger y compris le mineur lui-même.

Lorsque les allocations familiales sont détournées de leur objet qui est le bien-être du mineur, le Juge peut ordonner de les verser à un tuteur qui aura la charge de gérer les allocations.

### 3-6-1-3 Les institutions

Le 119, numéro d'appel d'urgence en cas de maltraitance à enfants, ne semble adapté ni à la prise en charge ni à la prévention des MSF. Son personnel devrait pouvoir orienter efficacement les personnes qui les interpellent sur ce sujet.

### 3-6-1-4 L'absence de protection des fillettes françaises lors d'un séjour dans le pays d'origine

Le risque pour ces filles est grand d'être excisées lors d'un séjour en Afrique. Hormis les actions entreprises par les associations françaises en lien avec des associations africaines, il n'existe pas de système institutionnel assurant la protection de ces fillettes contre une absence de retour en France (risque d'excision et de mariage précoce).

### 3-6-1-5 Le signalement

A la fin des années 90, dans un département de l'Ile-de-France, un compte-rendu d'examen médico-légal ayant trait à une affaire de maltraitance avec crainte de viol sur mineure d'origine africaine, parle de «bouton clitoridien remanié» pour décrire une excision.

Lors des deux procès qui se sont tenus en janvier 2004 et qui se rapportaient à des faits datant de 1995, il est apparu que dans le premier cas, le médecin de PMI avait constaté l'excision en 1996 mais n'avait pas fait de signalement, celui-ci n'ayant été fait qu'en 1999 après le procès de l'exciseuse Hawa Gréou, et que dans le deuxième cas, le médecin de PMI avait fait un signalement en 1995 mais que celui-ci s'est perdu dans les marécages administratifs. Un deuxième signalement cinq ans plus tard a conduit à la mise en examen de la mère.

## **3-6-2 La répression**

La prescription est de dix ans après les faits.

Il semblerait que certains magistrats aient des scrupules à appliquer une "norme pénale" criminelle face à une norme culturelle. Cette observation avait déjà été notée par la CNCDH

dans son avis du 1<sup>er</sup> juillet 1988 : «On observe cependant quelques hésitations et scrupules à interdire effectivement et à réprimer de pareils faits, que d'aucuns sont tentés d'excuser au nom du droit à la différence et de l'identité culturelle. De telles considérations ne sauraient être retenues».

Il ne semble pas qu'il y ait eu jusqu'à présent de demandes d'extradition bien que de plus en plus les excisions se pratiquent à l'étranger lors d'un retour au pays. Les quelques demandes d'informations adressées par des magistrats à leurs homologues africains sont restées le plus souvent sans réponse.

## Constat sur la situation en Afrique

### **4-1 SITUATIONS JURIDIQUES**

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

Soudan : 1946 (interdiction de l'infibulation)

Sierra Leone :

En 1953, plusieurs femmes de la société secrète bundu furent condamnées à des peines de prison pour avoir pratiqué une initiation -excision- forcée

Centrafrique : 1966

Somalie : 1978

Kenya : 1982

Liberia :

En 1994, lors d'un procès une exciseuse et des membres de la société secrète Vai Sande ont été condamnés à verser 500 \$ à la famille d'une jeune fille excisée, pour blessures infligées de force et contre sa volonté.

Burkina Faso : 1987

Le 14 août 1995, à Ouagadougou, une exciseuse a été arrêtée et amenée à la maison d'arrêt, avec les parents de la fillette excisée, et tous ceux qui participaient à la cérémonie.

Ghana : 1994

En mars 1995, l'exciseuse et les parents d'un bébé de huit jours ont été arrêtés et inculpés. La fillette, quant à elle, a été sauvée in extremis à l'hôpital, d'une hémorragie qui a suivi son excision.

Djibouti : 1995 (le Code pénal, dans son article 333, proscrit la pratique de l'excision)

Egypte : 1997

Côte d'Ivoire : 1998

Sénégal : 1998

Togo : 1998

Tanzanie : 1998

Guinée Conakry : 2001

### **4-2 SITUATION MEDICALE**

Outre les complications maintenant bien décrites de l'excision, immédiates (douleur, hémorragie, décès) ou chroniques (infections génitales et urinaires, stérilité) il nous paraît important d'insister sur deux complications moins connues :

Les cicatrices des MSF sont un facteur important de difficultés obstétricales et sources, lors de l'accouchement, de déchirures vésico-vaginales. La prévention des MSF ainsi que le traitement chirurgical des cicatrices représentent des éléments importants dans la prévention de ces fistules qui atteignent des millions de femmes en Afrique.

La cicatrisation fibreuse du clitoris amputé provoque chez un grand nombre des femmes excisées des douleurs permanentes liées au frottement de la partie rétractée du clitoris restant contre l'os pubien.

#### **4-3 MALI (9)**

##### **4-3-1 La pratique**

Au Mali, 94% des femmes sont excisées et la tendance ne va pas vers une disparition de la pratique.

Certaines ethnies comme les Peuls, les Dogons et certains Soninké pratiquent l'infibulation. Les Songhaï, eux, n'excisent pas. Selon la légende, ils auraient abandonné l'excision à Tombouctou après que de nombreuses fillettes furent décédées lors d'une séance d'excision collective. Chez les Bambaras, l'excision a lieu lors des fiançailles. Chez les Peuls elle est pratiquée sur le bébé.

Il existe aussi des différences selon les clans familiaux.

Au Mali comme en Guinée, les hommes n'ont aucune compétence en matière d'excision et laissent les femmes gérer le problème. Cela ne veut pas dire qu'ils sont désintéressés. Si les femmes assument et entretiennent la pratique, c'est dans le cadre d'une coutume patriarcale ancestrale où les hommes n'ont plus à en faire la demande tant elle va de soi.

L'impact du groupe est important et si chacun(e) a un rôle déterminé, la pratique est imposée par la collectivité familiale ou clanique.

Il y a une nette corrélation inverse entre le niveau d'instruction générale et l'excision. Plus les populations sont instruites et moins elles excisent. Dans la région de Kayes, une des plus pauvres du Mali dont sont originaires beaucoup de migrants en France, le taux d'alphabétisation est inférieur à 17% et les MSF sont courantes.

Il n'y a normalement pas de mariage avant 14 ans au Mali, mais la pression de la misère peut conduire des parents à arranger à l'avance le mariage de leur fille avec un homme plus âgé et plus riche.

Des fondamentalistes islamiques venus du Sénégal (les Talibés) vivent depuis plus d'un an dans la région de Bougouni (sud de Bamako) et prônent le port du voile. Cette pratique récente concerne surtout les Sénégalaises immigrées au Mali. (1)

La montée du fondamentalisme religieux dans les pays du Sahel retentit sur le comportement des communautés en France et est très délétère pour la condition des femmes. Il représente un danger réel de maintien de l'excision ce qui est paradoxal quand on constate que les premiers peuples islamisés du Sahel ne la pratiquent pas. (3)

Le long du fleuve Sénégal, les chefs de village savent que l'excision est interdite en France.

##### **4-3-2 La tradition**

L'excision ne représente plus un rite initiatique mais est vécue comme une marque identitaire. Elle n'est considérée ni comme une mutilation ni comme une maltraitance.

Il est difficile de faire des reproches aux parents car les décisions éducatives relèvent du groupe familial et social dans son ensemble et non de la cellule parentale. Par ailleurs les

parents ne peuvent attendre une protection de l'Etat malien en cas de conflit familial car la sphère familiale privée est très respectée.

Bien qu'opposés, les systèmes éducatifs occidentaux actuels et africains traditionnels se veulent contribuer au «bien des enfants».

Que signifie la notion de «droit de l'enfant» dans une société où l'individu n'est défini que par son statut dans le groupe et où l'enfant non initié n'est pas considéré comme tout à fait un être humain à part entière ?

La notion de «protection de l'enfance» sous la responsabilité de l'état est étrangère à la culture d'origine. Cependant l'exemple de la société malienne est encourageant car des changements de représentation apparaissent dans une société en mutation.

### **4-3-3 Les actions**

L'intérêt des exciseuses au maintien de la pratique est un frein important à l'abolition de l'excision.

Officiellement au Mali, 40 forgeronnes ont «déposé les couteaux». En fait leur «recyclage» est difficile car il ne s'agit pas simplement d'un commerce ou d'argent mais d'un statut social. Elles appartiennent à une caste réputée, comme celle des griots, et au-delà du problème financier, laisser son couteau, c'est abandonner ce statut qui à la suite d'un lent apprentissage leur a conféré un certain pouvoir. Les petits travaux qui leur sont proposés pour compenser les pertes financières ne peuvent les satisfaire. Certaines continuent malgré tout à pratiquer des excisions en cachette. La réorientation de ces femmes en conseillères conjugales et en matrones est tentée par certaines ONG et cela semble une piste intéressante car dans ce cas le statut social est conservé. Un des obstacles réside dans le faible niveau scolaire de ces forgeronnes.

### **4-3-4 Les juristes et la loi**

Au Mali comme en Mauritanie, la loi n'interdit pas l'excision contrairement au Sénégal. Seule une circulaire ministérielle interdit sa pratique au sein d'établissements de soins. Les articles concernant les coups et blessures et les pratiques nuisibles à la santé pourraient être utilisés.

Les juristes n'ont jamais été saisis de cas concernant l'excision au Mali. Certains considèrent même que ce n'est pas un problème juridique. Une plainte contre ce qui est considéré comme un choix éducatif relevant de la famille, n'est pas envisageable. Le respect de la famille est absolu et la protection de l'enfance relève du domaine strictement privé.

Les juristes maliens sont confrontés au droit positif occidental lié à leur profession et aux règles coutumières qui ont nourri leur éducation. Même ceux qui sont opposés à l'excision ne sont pas prêts à dénoncer des membres de leur famille s'ils étaient témoins d'une excision ou de ses suites néfastes. Seule une juriste issue d'une ethnie où on ne pratique pas l'excision y était prête. Cependant aucune fille de juriste malien interrogé n'a été excisée.

Ainsi, si ces professionnels maliens manifestent leur opposition à l'excision et ne font pas exciser leurs filles, leur attitude ne va pas jusqu'à dénoncer une telle pratique au sein de leur famille. La culture professionnelle et leur niveau intellectuel leur permettent d'imposer leur option personnelle au sein de la famille mais s'effacent devant leur éducation s'opposant à toute mise en cause des pratiques traditionnelles de la famille.

C'est cependant le seul groupe professionnel qui dénonce l'atteinte à l'intégrité corporelle.

### **4-3-5 Les professions de santé**

La position des professionnels de santé face à l'excision dépend de leur origine ethnique mais aussi de leur niveau d'étude. L'opposition à l'excision diminue du médecin à l'aide-soignant. Pour la majorité, le fait que le choix de l'excision relève d'une décision collective, leur permet de se défaire d'un choix personnel difficile. Les femmes soignantes, en particulier, semblent à la fois sensibilisées contre l'excision mais dans l'incapacité de prendre la décision de ne pas faire exciser leur fille. La crainte de leur nuire en les marginalisant semble être majeure. Même les filles de médecins sont excisées.

La majorité des soignants ne croient pas aux actions de sensibilisation de groupe mais plutôt à l'information des parents lors d'un incident. Pour eux les informations ne modifient guère les comportements. Les conséquences médico-obstétricales sont les seuls arguments évoqués par les soignants qui se déclarent opposés à l'excision. La douleur n'apparaît pas comme un argument, pas plus que l'atteinte à l'intégrité corporelle.

En revanche, la précocité de l'âge auquel l'excision est pratiquée à Bamako est critiquée par les médecins, en raison de la petitesse des organes génitaux.

Les problèmes éthiques ne sont soulevés que par les médecins. Il semble, en revanche, que des soignants pratiquent l'excision. Cette médicalisation de l'excision est perçue par beaucoup comme une solution. Une loi interdisant l'excision paraît à tous prématurée et peu opportune.

Enfin comme pour les juristes, ils n'envisagent pas de dénoncer des parents même en cas de mort après excision. En aucun cas ils ne se voient en instrument de la justice. Il n'y a pas de différence de position entre les médecins de brousse et ceux de la ville.

L'excision n'est pas reconnue comme un problème de santé publique au Mali. Ce serait pourtant un préalable indispensable à son éradication. Les soignants et les enseignants ne sont pas du tout associés à la lutte contre l'excision.

### **4-4 BURKINA FASO**

D'importants progrès avaient été réalisés par le gouvernement de Thomas Sankara qui avait déclaré que l'excision était une pratique barbare. Son successeur a repris la même politique.  
(6)

### **4-5 SENEGAL**

Il existe un mouvement de femmes juristes qui essaient de trouver les moyens pratiques pour appliquer la loi interdisant les MSF.

Les Ouolofs ne pratiquent pas l'excision contrairement aux Peuls et aux Toucouleurs.

### **4-6 REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Dans le Kasai oriental existe une autre forme traditionnelle d'atteinte au sexe féminin : l'allongement des grandes lèvres par traction. Cette pratique persiste surtout chez les Pygmées et les populations peu instruites.

#### **4-7 DJIBOUTI (10)**

95% des femmes ont subi une MSF. Toutes les ethnies et toutes les couches sociales, même les plus aisées, sont touchées. Le code pénal réprime les MSF mais il n'y a jamais eu ni condamnation, ni procès, ni signalement.

La tradition reste vivace malgré des campagnes de sensibilisation très médiatisées.

Les Issas et les Afars pratiquent l'infibulation à l'âge pré-pubertaire (8 à 10 ans). Les Arabes pratiquent la «sunna» entre le 20ème et le 40ème jour. Il s'agit soit de l'ablation du capuchon clitoridien ou une «simple» piqûre faisant saigner celui-ci, pour marquer le sexe symboliquement.

A Djibouti city, les Somalis et les Afars pratiquent l'infibulation de plus en plus tôt. (source : Safyia Elmi, conseillère au ministère de la santé). En dehors de la capitale, les Afars infibulent aussi de plus en plus tôt (bébé) alors que les Somalis gardent la pratique vers 8 ans. Une partie de la communauté a abandonné la pratique mais ce sont surtout les Arabes qui avaient déjà une pratique minimale (sunna).

La « Sunna » est la tradition islamique qui a été léguée par le prophète. Ce terme sacré est utilisé par les Arabes de Djibouti pour parler de l'ablation simple du capuchon clitoridien ou de la piqûre du clitoris. Mais il a été récupéré pour justifier religieusement les autres pratiques, clitoridectomie et/ou infibulation. Les Somalis de Djibouti utilisent même de plus en plus le terme « Hallal », qui signifie « rendre licite sur le plan religieux » pour parler de l'excision et de l'infibulation. Cette tendance indique une radicalisation de ces populations pour défendre ces pratiques.

La lutte contre les MSF a commencé depuis 20 ans à Djibouti mais certaines personnalités défendent la tradition. Le discours religieux chez les jeunes est opposé aux MSF mais les vieux dignitaires musulmans maintiennent que l'Islam les recommande. Les jeunes leaders religieux ont été formés à la mosquée Al Az'har au Caire qui s'est officiellement positionnée contre les MSF depuis 2000 et a condamné la médicalisation. Ces jeunes leaders maintiennent leur opposition et arrivent à capter l'intérêt des jeunes garçons.

La position de l'autorité musulmane de Djibouti (le Cadi) est opposée aux MSF. Un rapport de force s'installe entre les jeunes et les anciens dont la crédibilité est en jeu et ce, aux dépens des vies des fillettes et de l'efficacité des actions de lutte.

Il existe une montée de l'intégrisme depuis les années 90 (port du voile, discours religieux plus fréquent dans les quartiers...) mais il n'est pas radicalisé au sens militant du terme. Ce qui contribue à un environnement encore plus favorable aux MSF.

La médicalisation n'est pas habituelle mais selon des jeunes filles de 20 à 22 ans ayant grandi dans des foyers sociaux jusqu'à 16 ans, une infirmière de ces foyers aurait pratiqué des excisions médicalisées.

Il n'y a pas de statut précis ni de caste d'exciseuse comme au Mali. On cherche en général une femme âgée ayant de l'expérience. Mais l'excision est lucrative et peut attirer des professionnels (infirmière) ou d'autres, plus jeunes.

La tradition appartient à tout le monde mais les mères en sont les gardiennes. L'excision peut coûter cher à tous les membres de la famille qui doivent s'en acquitter. Les hommes sont donc

impliqués. Dans le travail de sensibilisation ils sont aussi impliqués en tant qu'écoutes. Ils participent aux campagnes. D'autant que les leaders religieux sont des hommes.

Les femmes vont à l'hôpital militaire de Djibouti (hôpital Bouffard) pour se faire défibuler avant le mariage. Cette défibulation médicalisée soulage les futures épouses, si bien que la médicalisation a été généralisée aux hôpitaux publics.

Il y a une véritable volonté politique pour lutter contre l'excision.

Il y a environ un millier de Djiboutiens en France. Il ne semble pas qu'ils y pratiquent l'excision. Mais le risque existe.

Une exciseuse somalie qui faisait une tournée en Allemagne, aux Pays-Bas et au Danemark a été arrêtée.

#### **4-8 EGYPTE (13)**

Le 28 décembre 1997, le tribunal administratif suprême d'Egypte a renversé le jugement du tribunal inférieur qui avait annulé une directive gouvernementale interdisant la pratique de la part du corps médical de la MSF. Avec ce jugement, la pratique est interdite à tous, même avec le consentement de la fille ou de ses parents, sauf par nécessité médicale.

#### **4-9 TANZANIE (13)**

En 1998 le parlement de Tanzanie a modifié le code pénal afin d'interdire explicitement les MSF. Cependant elles restent pratiquées à découvert. Dans certaines régions on fait des excisions collectives de milliers de filles à la fois. En décembre 1996, 5000 filles ont été excisées et 20 en seraient mortes. A la date de juin 2001, aucune poursuite judiciaire n'a eu lieu

#### **4-10 PROBLEMES SOULEVES**

Selon certaine source auditionnée (9), il faut être particulièrement attentif au fait que certaines ONG africaines qui sensibilisent les populations aux dangers des MSF font parfois l'objet de campagne de dénigrement les accusant d'être affiliées à des intérêts occidentaux. Par ailleurs, cette sensibilisation devrait aussi impliquer davantage les enseignants et les professions de santé.

## **Constat sur la situation internationale**

Le problème des MSF a attiré l'attention des Nations unies depuis le début des années 1950. Plus récemment, il faut noter l'ensemble des travaux de l'OMS ainsi que la résolution 2004/46 de la Commission des Droits de l'homme des Nations unies traitant de « l'élimination de la violence contre les femmes » du 20 avril 2004 et celle 2003/38 de la sous-commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme des Nations unies sur les « pratiques traditionnelles nocives pour la santé des femmes et des fillettes » en date du 14 août 2003.

### **5-1 LES CHARTES & CONVENTIONS INTERNATIONALES**

#### **5-1-1 La Convention relative aux droits de l'enfant des Nations unies**

Elle dispose dans son article 24 que : «Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants».

Cette convention a été ratifiée par tous les Etats sauf les Etats-Unis et la Somalie.

#### **5-1-2 La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984**

Elle dispose dans son article 2 que : «Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes.»

Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains dont le Bénin, le Burkina Faso, l'Egypte, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Liberia, le Mali, le Nigeria, la République Centrafricaine, la Tanzanie.

#### **5-1-3 La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples est entrée en vigueur le 21 octobre 1986**

Elle dispose dans son article 4 que : «La personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit».

Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte dont le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Djibouti, l'Egypte, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Mali, le Nigeria, le Sénégal, la Somalie, le Soudan, le Tchad, le Togo.

#### **5-1-4 La charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant est entrée en vigueur le 29 novembre 1999**

Elle dispose dans son article 21 que : «Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement normal de l'enfant, en particulier :

Les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant.»

#### **5-1-5 Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes, adopté par l'Union Africaine le 11 juillet 2003**

Dans son article 5 «Elimination des pratiques néfastes», il déclare: « Les Etats interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les Etats prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment :

a) sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication ;

**b) interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes ;**

c) apporter le soutien nécessaire aux victimes des pratiques néfastes en leur assurant les services de base, tels que les services de santé, l'assistance juridique et judiciaire, les conseils, l'encadrement adéquat ainsi que la formation professionnelle pour leur permettre de se prendre en charge;

d) protéger les femmes qui courent le risque de subir les pratiques néfastes ou toutes autres formes de violence, d'abus et d'intolérance. »

**Dans son article 6 b (mariage), il déclare : « l'âge minimum de mariage pour la fille est de 18 ans »**

### **5-2 LEGISLATIONS NATIONALES SPECIFIQUES**

Autriche, Belgique, Danemark, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse  
En Suède, la loi sur la « tranquillité de la femme » oblige au signalement des MSF.

### **5-3 LEGISLATIONS GENERALES, S'APPLIQUANT AUX MSF**

France (Cf. : ci-dessus)

#### **5-3-1 Allemagne (15)**

L'excision tombe sous le coup des articles 223 et suivant du code pénal. Des doutes subsistent quant à savoir s'il faut considérer l'excision comme une simple blessure ou comme une

atteinte grave à l'intégrité physique. Théoriquement la peine encourue peut aller jusqu'à 10 ans de prison. A la date de mars 1999 aucun cas n'a donné lieu à des poursuites. En mars 1999 ont été rendus publics les noms de médecins à Berlin qui auraient mutilé des fillettes ou assisté à l'opération (reportage en caméra cachée). Cette affaire a donné lieu à inculpation mais les poursuites ont été rapidement arrêtées.

### **5-3-2 Italie (16)**

Actuellement un débat oppose un gynécologue italien, le Dr Omar Abdulkadir, d'origine somalienne qui propose de remplacer l'excision par une piqûre du clitoris sous contrôle médical, et les associations militant contre les MSF. Le Dr Omar Abdulkadir dirige à l'hôpital Careggi de Florence, le centre de prévention et de traitement des complications liées aux MSF. Il répond à une demande d'Africaines de l'est (Somaliennes, Erythréennes, Ethiopiennes, Soudanaises) qui souhaitent trouver une alternative aux MSF tout en respectant la tradition. Selon lui les Africaines de l'Ouest sont opposées à sa proposition car estiment que c'est une autre forme de mutilation alors que les Somaliennes l'acceptent. Les associations sont opposées à cette attitude qui, selon elles, menacerait leur travail de prévention et risquerait de légitimer les MSF.

### **5-4 HORS UNION EUROPEENNE : AUSTRALIE ET ETATS-UNIS (13)**

Le 13 juin 1996, le conseil des appels de l'immigration a ordonné qu'on accorde l'asile politique à Fauzyia Kasinga, togolaise, du fait de la crainte d'excision. Elle était âgée de 17 ans lorsqu'elle a fui le Togo à la suite d'un mariage forcé avec un homme de 45 ans. Après la mort de son père qui s'opposait à l'excision, sa mère d'origine béninoise a été bannie de la tribu, les Tschamba-Kunsuntu, qui pratiquent l'excision.

## Propositions

### **6-1 ASPECTS GENERAUX**

La CNCDH réaffirme ses positions prises dans l'avis adopté le 1<sup>er</sup> juillet 1988 et qui mentionne explicitement : «Nul droit à la différence, nul respect d'une identité culturelle ne sauraient légitimer des atteintes à l'intégrité de la personne, qui ont le caractère de traitements criminels».

Dans le cadre de l'éducation, la qualité de l'approche et du discours est importante. Majoritairement, les personnes auditionnées insistent sur le fait que les argumentations sur les conséquences sanitaires et sur la législation française sont les plus efficaces auprès des populations africaines alors que celles touchant à la sexualité, la tradition et les droits fondamentaux sont sources d'incompréhension. Lier l'excision aux problèmes des fistules vésico-vaginales et de l'infécondité peut être efficace.

**Si le terme de mutilation doit être mis en avant dans le cadre judiciaire pour expliquer la loi en France, il doit être évité dans le cadre de la sensibilisation car du fait de sa connotation criminelle, est source de rejet de la part des populations immigrées.**

Avant d'agir auprès d'une communauté immigrée, il serait préférable d'avoir une bonne connaissance des pratiques dans sa région d'origine. Le discours tenu doit être valable pour eux tant en France que dans la région d'origine. Il faut utiliser ce qui se fait dans cette dernière.

**La prévention contre les MSF doit être incluse dans un programme plus large d'instruction générale, d'éducation à la santé, à l'hygiène et au droit des femmes. En France, elle doit être incluse également dans le contrat d'accueil et d'intégration.**

Dans la mesure du possible, il est préférable que la sensibilisation soit faite par des personnes du même pays, voire de la même ethnie.

Auprès des populations où existe un système de castes (Maliens) il est important que la personne chargée de la sensibilisation ne soit pas d'une caste inférieure à ceux auxquels elle s'adresse.

**Une étude épidémiologique avec des indicateurs fiables devra être entreprise pour établir l'état des lieux et mesurer l'efficacité des mesures prises.**

## **6-2 EN FRANCE**

### **6-2-1 Auprès des populations africaines**

#### *6-2-1-1 Les mesures d'intégration*

Il est difficile de sensibiliser les Africains immigrés s'il n'y a pas une aide réelle à l'intégration. Il faut donc renforcer les mesures visant à améliorer l'instruction et l'intégration de ces populations.

Le «contrat d'accueil et d'intégration» qui a été créé par le Comité interministériel à l'intégration et mis en place dans 12 départements depuis le 1er juillet 2003, va dans ce sens. Non obligatoire et d'une durée d'un an renouvelable une fois, il est proposé à chaque nouvel arrivant en situation régulière. Il prévoit parmi d'autres mesures, la remise d'un livret d'accueil, un entretien individuel par les services de l'Office des migrations internationales (OMI) et les services sociaux.

**Une information concernant la législation française sur les MSF devrait être alors transmise par ces différents moyens.**

**Compte tenu de la courte durée du contrat, il est demandé au comité national de pilotage prévu à cet effet, d'assurer effectivement le suivi et l'évaluation qui doivent être rendus publics.**

#### *6-2-1-2 Autres mesures*

La polygamie et les mariages précoces sont aussi des obstacles culturels dans la lutte contre les excisions. La lutte contre ces pratiques doit donc être associée à celle contre les MSF.

Il faut informer les populations migrantes de l'évolution de la législation et des pratiques dans leur pays d'origine et les mettre en relation avec des comités africains locaux.

Les filles excisées doivent être informées de leur état et incitées à signaler les risques encourus par leurs petites sœurs.

**La CNCDH soutient le programme en cours de préparation au Ministère des affaires sociales. Elle demande que les documents d'information portent aussi l'en-tête de la Préfecture, autorité reconnue par les immigrés (3).**

Les jeunes filles d'origine sahéenne en âge d'être mères doivent être particulièrement sensibilisées, afin de protéger leurs filles à naître.

Cette campagne doit cibler les populations migrantes mais aussi les professionnels qui peuvent être confrontés au problème, y compris les interprètes.

### 6-2-2 Auprès des professionnels de santé

#### **Une information spécifique doit être inscrite dans le carnet de santé de tout enfant**

Les médecins doivent systématiquement signaler les excisions. Ils ne doivent pas pouvoir être poursuivi à titre professionnel pour signalement de crainte d'excision même si celle-ci n'est pas avérée.

Il faut former les professions de santé : pédiatres, maternités, PMI, médecins scolaires, services médico-judiciaires, infirmières

Les MSF ainsi que les autres formes de maltraitements doivent faire partie intégrante de la formation universitaire des médecins. Le guide du signalement des enfants victimes de maltraitance qui vient d'être rédigé conjointement par les Ministères de la Justice et de l'Enseignement, doit avoir la diffusion la plus large possible

**La sensibilisation des médecins de PMI est un élément important dans la mesure où l'essentiel des constats d'excision est fait en PMI. Un questionnaire type à destination des PMI a été rédigé avec le syndicat des médecins de PMI. (voir en annexe 2)  
La CNCDH demande que ce questionnaire soit diffusé à l'ensemble des professionnels de santé qui exercent en PMI**

Il faut inclure le thème des MSF dans la formation initiale des infirmières.

### 6-2-3 Auprès des enseignants

Ils doivent recevoir une formation leur permettant de repérer les fillettes à risque: origine du milieu familial, niveau d'instruction familial, discours de l'enfant, projet de voyage au pays, changement de comportement après des vacances au pays.

De nombreuses possibilités s'offrent, au niveau du fonctionnement des établissements scolaires, pour parler des MSF et de leur prévention : les cours d'éducation civique, les cours de SVT (sciences et vies de la terre), l'ECJS (éducation civique, juridique et sociale), au niveau des TPE (travaux personnalisés encadrés) ou des CESC (comité d'éducation à la santé et la citoyenneté).

**La CNCDH demande que soit prévu un ou plusieurs postes de médiateurs nationaux spécialisés sur ce sujet auxquels les enseignants ou les personnels de santé scolaire ainsi que les assistantes sociales pourraient faire appel lorsqu'ils sont confrontés à ce problème. Ces personnes ressources pourraient être des enseignants ou des personnes issus d'autres milieux (associatifs) qui ont déjà une expérience sur ce sujet et qui seraient portés sur une liste diffusée dans les établissements.**

### 6-2-4 Auprès des professions judiciaires

**L'attention des membres du ministère public doit être appelée sur l'utilisation des articles 222-9 et 10 du Code pénal en cas de mutilations sexuelles avérées sur mineurs de 15 ans.**

Il est demandé qu'en cas de crainte avérée, le Juge aux Affaires familiales ou le Procureur de la République prenne toutes mesures urgentes afin de protéger l'enfant et notamment, si nécessaire, prononce une interdiction de sortie du territoire français, de l'enfant.

En ce qui concerne le recueil d'information relatif aux MSF, il faut noter que :

-dans un premier temps, le recueil de la qualification ne peut être repéré qu'à la fin de l'instruction ou, en tout état de cause, à l'issue de la procédure d'enquête pénale fixant le réquisitoire du parquet.

-dans un deuxième temps, la condamnation ne peut être repérable que dans la décision définitive prononçant la peine (tout jugement étant prononcé sur le fondement des articles du code pénal visant l'infraction et donc répertoriée comme telle).

**Il est donc important de souligner la nécessité d'étudier les outils qui permettraient de connaître le nombre exact de procédures et de jugements.**

#### **6-2-5 Auprès des policiers**

Il faut instaurer une formation aux MSF au sein de la police qui pourrait être intégrée au module de formation sur la maltraitance à enfants.

Il faut établir au niveau national, comme pour l'enseignement, une liste de personnes ressources ayant une bonne connaissance des MSF. Ces personnes pourraient être issues de différents milieux professionnels ou associatifs.

**Les brigades des mineurs doivent avoir une formation sur les MSF, en particulier pour permettre d'améliorer les performances dans les enquêtes ordonnées par les juges d'instruction.**

#### **6-2-6 Auprès des services sociaux**

Par leur connaissance du terrain et leur position de confiance auprès des populations immigrées, les assistantes sociales peuvent jouer un rôle très important en matière de prévention et de signalement. Il faut qu'elles aient une formation particulière en ce qui concerne les MSF ainsi que sur la législation en France et dans les pays d'origine.

En cas de placement temporaire de l'enfant pour la protéger d'une éventuelle excision lors d'un retour au pays, il faut donner les moyens matériels d'une prise en charge digne (foyer ou famille d'accueil et non enfermement pendant 2 mois dans un hôtel!).

#### **6-2-7 Auprès des associations**

Les structures associatives privées ou semi-publiques comme le «119», sont très mal formées et informées sur les MSF. De ce fait, il leur est difficile d'interpréter des signes et d'orienter les demandes d'aide spécifique. Il faut donc les former et sensibiliser les écoutants du 119 et ceux des structures d'accueil à la situation des MSF.

Les associations militantes contre les MSF doivent être intéressées à ce travail et soutenues dans leurs actions. (GAMS, CAMS, Inter Service Migrants, Planning familial).

### **6-3 EN AFRIQUE**

Les cibles prioritaires de la sensibilisation doivent être les femmes et les chefs de village. Un argument souvent mis en avant est que si les enfants sont excisés, les parents en France risquent d'aller en prison et la famille ne les verra plus.

Cependant les hommes qui sont les vrais décideurs doivent être ciblés car les femmes ne s'opposeront pas à un homme qui refuse l'excision.

Les médias ont un rôle à jouer dans la sensibilisation des populations mais ce rôle doit être supervisé par les associations sinon il peut être contreproductif.

#### **6-3-1 Auprès des services consulaires**

Au niveau consulaire, il faut diffuser un document d'information explicite en français et en langue locale, rappelant les conséquences de l'excision sur la santé et surtout la législation française en matière de mutilations et en insistant sur le fait que la loi française inclut les MSF dans la définition des mutilations.

Ce document pourrait être intégré dans un document d'information plus large si un tel document existe déjà.

### **6-4 AU NIVEAU INTERNATIONAL**

**Les gouvernements européens, ainsi que les collectivités locales dans le cadre de leurs actions de coopération décentralisée, doivent encourager leurs partenaires africains à signer et ratifier le protocole sur les droits de la femme adopté par l'Union Africaine à Maputo, en juillet 2003. Ce protocole interdit toute pratique portant atteinte à l'intégrité physique de la femme et de la fillette, sans ambiguïté. Par ailleurs, il renforce la légitimité de la lutte contre les MSF et rejette toute justification religieuse donnée à ces pratiques.**

**Ce protocole entrera en vigueur à partir de 15 ratifications.**

Demander aux instances religieuses qui ne l'auraient pas encore fait, d'adopter une position claire interdisant les MSF.

## ANNEXE 1

### **Les auditions**

- 1 - Mme Kanté Oumou, Association Norabaso
- 2 - Mme Jacqueline de Chambrun, pédiatre, Secours populaire français
- 3 - Mme Emmanuelle Petit, pédiatre, Conseil Général, Direction de l'enfance et de la famille - service PMI
- 4 - M. Armand Marzynski, médecin sexologue, ACAUPED
- 5 - Mme Sylvie Suderie, capitaine à la brigade des mineurs de Nanterre
- 6 - Mme Claire Brisset, défenseure des enfants
- 7 - M. Pierre Foldès, chirurgien urologue, hôpital de St Germain en Laye (78)
- 8 - Mme Isabelle Gillette-Faye, GAMS
- 9 - Mme Christine Bellas-Cabane, pédiatre et anthropologue
- 10 - Mlle Sabine Al'Rasace, Amnesty international, section française
- 11 - Mmes Christine Martineau et Marianne Lagrue, avocates
- 12 - Maître Linda Weill Curiel, avocate (voir les points de vue dans le texte de l'étude)

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personnes auditionnées**

**Date de l'audition** : 23. 07. 2003

*Nom* : Oumou

*Prénom* : Kante

*Profession* :

Directrice de l'association Norabaso (la maison de Facoly).

*Ont été entendues également* :

Mme Coulibaly Mariam,

Mme N'Diaye Fatoumata, également présidente de l'association « Djigui Espoir »

Mme Ngandu Kenya, également présidente d'une association « à ma joie »

Mme Zaïra Zine, conseillère municipale de Grigny, présidente du collectif « Combat de femmes sans frontières », médiatrice culturelle (profession).

Ces différentes personnes sont membres de l'association Norabaso, les trois premières sont originaires du Mali, la quatrième de RDCongo et la dernière d'Algérie

*Personnes présentes à l'audition* : Jean-Claude Alt et Candice Goutard (Amnesty international, commission enfants)

*Compte-rendu rédigé par* : Jean-Claude Alt

*Relus et corrigé par* : Mme Kante Oumou qui exprime son désaccord quand à la réalité de pratiques d'excision à La Courneuve évoquées par Mme Zaïra Zine

**Expérience dans le domaine des MGF** :

Professionnelle :

Mme Zaïra Zine, médiatrice, a une connaissance professionnelle des pratiques culturelles africaines à La Courneuve (93)

Associative :

L'association Norabaso regroupe des femmes africaines de différentes origines (Mali, Mauritanie, Sénégal). Elle vient en aide aux femmes africaines en France et en Afrique. Elle reçoit une aide du Conseil Général de l'Essonne mais pas de la ville de Grigny.

En France

Dans le cadre associatif.

En Afrique

Idem

### **1-Relations des expériences personnelles :**

### **2-Constata sur la situation en France :**

Aucun malien ne pratique l'excision en France.

Il existe une coopération entre l'hôpital Delafontaine (93 St Denis) et l'hôpital de Kayes (Mali).

Cependant l'avis de Mme Zaïna Zine est différent. Pour elle, l'excision reste pratiquée de façon cachée dans les cités et en particulier à La Courneuve.

### **3-Constata sur la situation en Afrique :**

Les pratiques d'excision sont très variables. Chez les Bambaras (Mali), l'excision a lieu au moment des fiançailles, chez les Peuls, elle est pratiquée sur le bébé. Cependant il existe aussi des différences selon les clans familiaux : on ne pratique pas l'excision chez les Traore.

Le long du fleuve Sénégal, les chefs de village savent que c'est interdit en France. Il n'y a normalement pas de mariage avant 14 ans au Mali mais la pression de la misère peut conduire les parents à arranger à l'avance le mariage de leur fille avec un homme plus âgé et plus riche. Des fondamentalistes religieux venus du Sénégal (les Talibés) vivent depuis plus d'un an près de Bougouni au Mali et ont contribué au développement du port du voile dans la région. Cette pratique récente concerne surtout des Sénégalaises immigrées au Mali.

Au Mali et en Mauritanie, aucune loi n'interdit l'excision alors qu'au Sénégal, la loi la punit.

En RDC, dans le Kasaï oriental, existe une autre forme traditionnelle d'atteinte au sexe féminin : l'allongement des grandes lèvres par traction. Cette pratique persiste surtout chez les pygmées et les populations peu instruites.

### **4-Autres constats :**

### **5-Problèmes soulevés :**

Manque de soutien financier et matériel aux associations de la part des pouvoirs publics

### **6-Solutions proposées :**

Dans le cadre de l'éducation, la qualité de l'approche et du discours est importante.

Au Mali, un argument mis en avant est que si les enfants sont excisés, les parents en France iront en prison et la famille ne les reverra plus.

Il faut argumenter sur les conséquences sanitaires de l'excision mais pas sur les aspects traditionnels. Les cibles doivent être les femmes et les chefs de village.

### **7-Questions posées par le groupe de travail**

Q : Y a-t-il une corrélation entre niveau d'instruction et excision ?

R : Oui, nettement. Plus les populations sont instruites (culture générale) et moins elles excisent.

Q : quel pourrait être le rôle des médias dans la sensibilisation ?

R : Les médias peuvent jouer un rôle favorable si leur discours est contrôlé par les associations. Sinon elles peuvent avoir un rôle néfaste.

### **8-Commentaires de la personne auditionnée**

#### **9-Personnalités, institutions ou associations à contacter**

Association « Africa » (La Courneuve) : N.B. la présidente de cette association, après un rendez-vous d'audition qu'elle avait accepté mais pas honoré, n'a plus donné suite aux demandes ultérieures de rendez-vous. (Note du rédacteur)

« la maison des potes »

Maimona

#### **10-Commentaires du groupe de travail**

La transcription écrite de cette audition a été difficile du fait du nombre des personnes entendues. (prise de notes difficiles)

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition :**

Nom : De Chambrun

Prénom : Jacqueline

Profession : Médecin pédiatre

Adresse : Secours populaire français,

Personnes participant à l'audition : J-C Alt (Amnesty International, commission enfants), Martine Bernheim (Licra), Christiane Grange (Amnesty International, commission EDH), Isabelle Wang (Direction de la population et des migrations au ministère des affaires sociales)

Compte-rendu rédigé par J-C Alt

Accepté oralement par Mme De Chambrun

**Expérience dans le domaine des MGF :**

Professionnelle :

Médecin pédiatre, responsable du service de PMI du 93 entre 1968 et 1987 et chargée de mission au ministère de la santé.

Associative :

Membre du conseil d'administration du secours populaire

En France : oui

En Afrique : Soutien auprès d'une maternité à Marena au Mali

**1-Relations des expériences personnelles :**

En 1974, dans la dernière page du journal « Le Monde », l'association « Terre des Hommes » dénonce la pratique des MGF. Cet article a été à l'origine de la prise de conscience du problème.

En tant que responsable sur le terrain d'une association de protection de la mère et de l'enfant dans le 93, comment combattre ce phénomène et l'expliquer aux populations africaines ? Cette position était rejetée comme étant celle d'une femme occidentale.

Il fallait avoir un soutien au niveau international. La question des MGF retient l'attention des Nations unies depuis le début des années 50. Cette question est soulevée en 1952 par la Commission des Droits de l'Homme.

En 1958 l'ECOSOC (Conseil économique et social des N.U.) invite dans sa résolution 680 BII (XXVI) l'OMS à entreprendre une étude « sur la persistance des coutumes qui consistent à soumettre les filles à des opérations rituelles » et sur les mesures adoptées ou prévues pour mettre fin à ces pratiques.

En 1960 une conférence de l'ONU sur la participation des femmes à la vie publique examine la question à Addis-Abeba.

En 1961, l'ECOSOC demande à l'OMS d'examiner les aspects médicaux des MGF. L'OMS élargit l'étude au contexte culturel et socioéconomique des pays concernés.

En 1979, l'OMS organise un séminaire à Khartoum. Une recommandation est adoptée demandant aux Etats d'éradiquer les MGF et de mettre sur pied des commissions nationales chargées de coordonner les activités et d'intensifier l'éducation dans ce domaine. Claire Brisset, alors journaliste au « Monde », écrit un article dénonçant ces pratiques qui contribue à faire connaître le problème en France.

En 1980, la conférence mondiale de la décennie pour la femme, à Copenhague, appelle les gouvernements africains à chercher des solutions aux MGF.

En 1982, l'OMS exprime clairement son opposition aux MGF ainsi qu'à la médicalisation de celle-ci.

En 1996, le « Progrès des Nations », organe de l'Unicef, a publié un article condamnant l'excision.

Il fallait aussi montrer l'implication des africains eux-mêmes dans la lutte contre les MGF et que ce combat n'est pas une réaction de blancs.

A la suite d'une réunion à Nairobi a été créé le Comité Interafricain qui regroupe de nombreuses associations africaines luttant contre les MGF.

En France, le « Rassemblement des travailleurs maliens » a pris position contre l'excision en 1979.

L'IPPF (fédération internationale du planning familial) a publié en 1990 un article contre l'excision.

Les imams africains ont condamné l'infibulation.

En France lors d'un procès pour excision en correctionnelle en 1986, suite à l'action de Linda Weill-Curiel, le président du tribunal se déclare incompétent et renvoie le jugement aux assises.

La même année au mois de juin, l'expulsion d'une guinéenne est annulée en raison du risque d'excision de ses enfants (tribunal administratif de Lyon).

Une des grandes avancées a été la campagne « Nous protégeons nos petites filles » organisée en 1993 sous l'égide de la préfecture d'Ile de France par Mme Marie France Cazalis

En juillet 1998, un éducateur de St Quentin s'inquiète que 2 fillettes de 10 ans doivent partir en vacances au Mali alors qu'elles n'ont que des allers simples, la mère ayant, elle, un billet aller-retour. La PMI a été alertée. Le commissariat de police a pris en compte la déposition et fait un signalement au procureur. Le substitut des mineurs a convoqué le père et le CAMS a discuté avec la famille. Malgré la volonté de la CAMS de s'opposer au départ, le substitut n'a pas saisi le juge des enfants et le départ a pu avoir lieu le 7 juillet. Le CAMS est alors entré en relation avec une association au Mali qui a rencontré le chef du village et est parvenue à lui faire prendre position contre l'excision. Après des inquiétudes, les 2 fillettes sont rentrées en septembre en France intactes

## **2- Constat sur la situation en France :**

Il n'existe probablement plus de pratique d'excision en France depuis la condamnation d'exciseuses.

En 1983, le « Rassemblement des travailleurs maliens » a lancé, au cours d'une réunion à La Courneuve, un appel contre l'excision intitulé : « message pour la cessation de la pratique de l'excision sur des bébés sur le territoire français ». Le message a plutôt été mal reçu par leur communauté.

Il persiste actuellement des blocages au niveau des procureurs.

## **3- Constat sur la situation en Afrique :**

### **4- Autres constats :**

### **5- Problèmes soulevés :**

Il est difficile de sensibiliser les populations africaines s'il n'y a pas une aide réelle à l'intégration.

La polygamie est aussi un obstacle en tant que pratique culturelle.

### **6- Solutions proposées :**

### **7- Questions posées par le groupe de travail**

Q : Comment les pratiques d'excision en France ont-elles été connues ?

R : du fait des décès.

Q : L'excision est-elle encore pratiquée en France ?

R : Il n'y en a plus depuis la condamnation des exciseuses.

Q : Quelle doit être le rôle du juge des enfants ?

R : Demander à J.P. Rosenczveig

### **8- Commentaires de la personne auditionnée**

### **9- Personnalités, institutions ou associations à contacter**

-Marie France Cazalis, conseillère technique auprès de Catherine Morbois à la délégation régionale aux droits des femmes

-Association URACA (18<sup>ème</sup> arrondissement)

-Pierre Susser médecin de PMI du 93

### **10- Commentaires du groupe de travail**

Question supplémentaire : vous avez évoqué un rapport de l'IGAS, si j'ai bien compris, étudiant les liens avec les MGF et l'activité des PMI en France. Que dit-il exactement et où peut-on se le procurer ?

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition : 8 juillet 2003**

Nom : Piet

Prénom : Emmanuelle

Profession : Médecin départemental de PMI dans le 93, responsable depuis 1984 de la planification et des campagnes de prévention contre les agressions sexuelles, les mariages « forcés » et les mutilations génitales féminines.

Adresse : Conseil Général - Direction de l'Enfance et de la Famille - Service P.M.I.

Personnes participant à l'audition : Françoise Hostalier (présidente de la sous-commission D), Jean-Claude Alt (Amnesty International, commission enfants), Isabelle Wang et Malika Bentaïeb (ministère des affaires sociales), Martine Bernheim (Licra)

Compte-rendu rédigé par : J-C Alt

Relu et corrigé par : E. Piet, le 17 juillet 2003

**Expérience dans le domaine des MGF :**

Professionnelle : oui

Associative :

En France : oui

En Afrique :

**1-Relations des expériences personnelles :**

Cas d'une jeune fille qui a actuellement 22 ans (16 au moment des faits) qui a été à l'époque excisée à Sevrans et mariée de force, séquestrée 2 ans à Bordeaux. L'exciseuse a été vu en photo dans un bulletin de la ville de Sevrans.

Jusqu'à son arrivée à la PMI du 93 en 1984, la lutte contre l'excision était fondée sur le discours de sensibilisation et de prévention mais il y avait peu de signalement.

## **2- Constat sur la situation en France :**

Les migrants africains ont tendance actuellement, pour des raisons économiques, à s'éloigner de Paris vers le 77 et en Normandie.

L'arrivée des femmes africaines date des années 70 avec le regroupement familial. Le premier procès pour excision date de 1978.

Les Maliens sont parfaitement au courant de la législation sur l'excision en France.

Le rôle des procès est important dans le domaine de la sensibilisation ainsi que dans la protection des enfants à venir.

La PMI de Paris fait peu de signalement.

En Seine-Saint-Denis en 1988 dans une commune parmi les enfants de population excisante, 100% des filles étaient excisées. En 1997, 2% seulement et aucune en 2000.

Les enfants de ces communautés fréquentent quasi tous la P.M.I. Les enfants sont vus avant le 8<sup>ème</sup> jour, 1 examen à 6 mois, un autre à 9mois, puis à 12, à 18 mois, et comme cela jusqu'à 3 ans.

10% des centres de planification de France se trouvent dans le 93.

Le problème de l'examen se pose en milieu scolaire (examen à 4 ans).

Il faudrait mettre en place un arbre décisionnel (guide line) officiel aidant les médecins, ce qui pourrait être fait par l'académie de médecine.

En Suède, la loi sur la « tranquillité de la femme » oblige au signalement des MGF.

La prévention en cours de grossesse s'est révélée peu efficace.

Les régions les plus concernées par l'excision sont la région parisienne, la Normandie, le Nord et la PACA.

## **3- Constat sur la situation en Afrique :**

La montée de l'intégrisme religieux chez les Africains du Sahel (Mali, Sénégal) retentit sur le comportement des communautés en France et est très délétère pour la condition des femmes.

## **4- Autres constats :**

## **5- Problèmes soulevés :**

## **6- Solutions proposées :**

Les médecins doivent systématiquement signaler les excisions.

Une circulaire au parquet décrivant la politique de l'Etat devrait inciter à poursuivre systématiquement en matière d'excision.

Un médecin qui signale une excision ne devrait pas pouvoir être poursuivi à titre professionnel.

Les filles excisées doivent être informées et incitées à porter plainte, la prescription pour crime sur enfant étant de 10 ans après la majorité.

Le projet de loi visant à reporter la prescription après la majorité de 10 à 30 ans devrait aboutir.

Il faut relancer la campagne de sensibilisation en France. Des affiches et des documents d'information doivent être placés là où se trouvent les enfants et sur les lieux de migrations

(foyers de travailleurs, offices de migrations..). Les jeunes filles doivent être particulièrement sensibilisées d'autant que beaucoup sont désormais en âge d'être mères.

Cette campagne doit cibler les populations migrantes mais aussi les professionnels qui risquent d'être confrontés au problème sans oublier les interprètes.

Sensibiliser les enseignants vis-à-vis d'un changement de comportement d'une fille au retour du pays ou autre.

Prévention avant les voyages avec l'intervention possible du procureur et du juge des enfants.

Une procédure judiciaire doit être mise en route en cas de constat d'excision au retour du pays.

Une information pourrait être écrite et expliquée dans le carnet de santé

Des directives devraient être adressées pour former les policiers, les juges, les experts ainsi que les services médico-légaux.

La sensibilisation du syndicat des médecins de PMI pourrait avoir un rôle intéressant.

Les associations tels que le GAMS, la CAMS et Inter Service Migrants peuvent être d'un grand secours et ont besoin de moyens.

## **7. Questions posées par le groupe de travail**

Q : Existe-t-il une chirurgie réparatrice de l'excision ?

Un chirurgien de St Germain en Laye, le Dr Foldès, pratique ce type de chirurgie. On peut le contacter.

## **8-Commentaires de la personne auditionnée**

L'action menée auprès des populations migrantes peut se faire avec ou sans médiation culturelle. Celle-ci n'est pas un élément indispensable.

L'idée que les hommes ne sont pas informés est erronée. Certains d'entre eux ont été directement impliqués dans des procès. Ils sont les commanditaires et les décideurs.

Les médias ne sont pas assez présents. Leur rôle est en général bénéfique mais le dernier procès qui a eu lieu début 2003 n'a pas du tout été rapporté par les médias.

La politique dominante en France qui veut à tout prix maintenir le lien parents-enfants est un obstacle dans la lutte contre les MGF et les mauvais traitements à enfants.

## **9-Personnalités, institutions ou associations à contacter**

Dr Foldès, clinique Louis XIV à St germain

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition : 30 juin 2003**

Nom : Marzynski

Prénom : Armand

Profession : médecin généraliste, compétent en sexologie. Retraité de la médecine libérale  
Président de l'ACAUPED (Association pour la Coordination d'Actions Utiles aux Pays En Développement).

Travaille actuellement au conseil général du Nord pour la prévention dans le domaine de la santé, le SIDA et la précarité.

L'ACAUPED a une action en Guinée en coordination avec le conseil général du Nord, et au Mali en coordination avec le conseil régional Nord /Pas-de-Calais et le MAE.

Adresse :

ACAUPED

Personnes participant à l'audition : Jean-Claude Alt, Malika Bentaïeb

Relu et corrigé par A. Marzynski le : 3 juillet 2003

**Expérience dans le domaine des MGF :**

Professionnelle :

Sexologue. N'a jamais été confronté aux problèmes des MGF dans son activité professionnelle.

Associative :

Travail d'audit informel et personnel en Afrique (Guinée et Mali) dans le cadre de L'ACAUPED ;

Membre du Secours Populaire, il a connaissance d'un colloque qui s'est tenu il y a environ 5 ans sur les MGF au sein de ce mouvement sans en connaître le contenu exact.

En France :

Pas de connaissance du sujet dans l'Armentierois. En tant que membre du conseil d'administration de l'hôpital d'Armentières depuis 25 ans, à sa connaissance ce problème n'a jamais été soulevé. La population africaine de la région de Lille est une population plutôt intellectuelle voire universitaire, différente de celle de la banlieue parisienne ; les effets négatifs de la culture y sont moins connus.

En Afrique : Oui. Participe officiellement aux programmes nationaux et régionaux appelés " Santé de la reproduction " où les MGF sont combattues.

### **1-Relations des expériences personnelles :** /

### **2-Constat sur la situation en France :** /

### **3-Constat sur la situation en Afrique :**

Au Mali et en Guinée, les hommes interrogés n'ont manifestement aucune connaissance sur les MGF et laissent les femmes gérer le problème.

La tradition est maintenue par les femmes (mères et grand-mères). Il s'agit surtout d'une tradition culturelle. S'y soustraire signifie rompre avec le groupe social. L'impact du pouvoir de la famille est important.

Dans un pays d'Afrique a été mis en place depuis une dizaine d'années un programme (non officiel) de symbolisation de l'excision sous couvert de la médicalisation. Le médecin pratique une incision afin de faire saigner, apporte le linge ou les compresses souillées que la famille emporte. Pour ce que nous savons, la famille se contente alors de ce geste à minima.

Il est, semble-t-il, important aux yeux de l'entourage familial de l'enfant, de témoigner qu'il y a eu un saignement pour que la famille et la fillette participent à la fête qui suit le geste initiatique.

L'intérêt des exciseuses au maintien des traditions contribue beaucoup à freiner le travail de réforme dans ce domaine. Avec l'appui de l'Etat et probablement aussi des subventions à ces fins, elles sont reclassées professionnellement. Leur renoncement officiel se fait à la suite de cérémonies festives publiques de « remise des couteaux ».

Dans les villages, les accoucheuses sont souvent aussi exciseuses. Leur rôle négatif en regard des objectifs est considérable. Les "retourner" peut précipiter l'évolution souhaitée.

Il est difficile de légiférer sur place d'autant que les lois ne seront pas respectées quand elles s'opposent aux traditions.

Le parallélisme entre le niveau d'instruction et l'excision (ainsi que les autres problèmes de santé) est flagrant. Moins la population est instruite et plus l'excision est pratiquée. Dans la région de Kayes (Mali), une des plus pauvres du pays dont sont originaires beaucoup de migrants en France, l'alphabétisation ne dépasse pas 17% de la population et les MGF y sont couramment pratiquées.

### **4-Autres constats :** /

### **5-Problèmes soulevés :** /

### **6-Solutions proposées :**

Mener la lutte sur 2 fronts : avant d'agir auprès d'une communauté immigrée, il faut avoir une bonne connaissance des pratiques dans la région d'origine. Il faut tenir un discours approprié qui soit valable aux yeux de ces personnes tant dans le pays d'accueil que dans le pays d'origine. Il faut utiliser ce qui se fait déjà dans le pays d'origine pour mieux convaincre.

Le contenu du discours doit être basé plus sur des arguments hygiénistes que culturels.

### **7-Questions posées par le groupe de travail**

**Q :** Existe-t-il une chirurgie réparatrice valable pour remédier aux conséquences des MGF ?

Pas de connaissance concernant une chirurgie réparatrice sur le plan « esthétique » ni sexuel. Des urologues spécialisés pourraient être consultés.

En revanche il existe une chirurgie visant à traiter les lésions cicatricielles qui sont sources de problèmes obstétricaux.

Q : les méthodes punitives vis-à-vis des MGF peuvent elles entrer en conflit avec les méthodes éducatives ?

Très choqué par les comptes-rendus des procès faits par les médias. Si les exciseuses doivent être condamnées, les parents qui ne sont pas maltraitants ne comprennent pas les condamnations. Celles-ci sont insuffisamment expliquées et conduisent les familles vers le repli et à faire exciser au pays.

Q : le transfert de l'excision vers un rite symbolique sous couvert médical est-il envisageable en France ?

Ce ne serait déjà possible aux yeux des populations immigrées que si cela se fait dans leur région d'origine. Il ne s'agit pas de faire un simulacre d'excision mais de proposer un nouveau rite initiatique. Il ne s'agit pas non plus de médicaliser les MGF. Cependant des problèmes d'éthique médicale se posent en particulier quant à l'information honnête et véridique sur le geste réellement pratiqué.

En fait on pourrait réfléchir avec les communautés concernées, à un nouveau rite initiatique non mutilant et sans intervention médicale.

Q : Y a-t-il un lien entre les mariages précoces et les MGF ?

Dans les populations peu éduquées, y compris chez les immigrés en France, la pratique du mariage précoce est courante. Il s'agit de marier la fille à quelqu'un ayant un bon statut social. Pour cela et pour qu'elle ne soit pas refusée, les parents vont respecter la tradition et en particulier l'excision.

La lutte contre les MGF doit entrer dans un projet plus global comprenant l'instruction, l'éducation à la santé, l'hygiène, le droit des femmes... Un travail se limitant uniquement à la lutte contre les MGF a peu de chances de réussir.

Q : Est-ce que les médecins de PMI du Nord examinent le sexe des petites filles africaines lors des visites médicales ?

Pas d'avis mais le Dr Marie Geneviève Lebrun, responsable de la PMI au conseil général peut être interrogé sur ce point.

### **8-Commentaires de la personne auditionnée :** /

### **9-Personnalités, institutions ou associations à contacter**

Dr Virag, urologue spécialisé dans la chirurgie de l'impuissance secondaire à des artériopathies

Dr Zwang, urologue qui a écrit plusieurs livres sur la sexualité ("La fonction érotique")

Bassirou Diara, conseiller, entre autres, sur les problèmes de santé à la présidence du Mali

David Diarra, président d'Amanord, association des Maliens du Nord de la France.

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition** : 08 septembre 2003

Nom : Suderie

Prénom : Sylvie

Profession : capitaine à la brigade des mineurs de Nanterre [BDM 92] (sûreté départementale des Hauts de Seine)

Adresse : commissariat de Nanterre / sûreté départementale

Personnes participant à l'audition : J-Claude Alt (Amnesty International, commission enfants), Martine Bernheim (Licra), Isabelle Wang (ministère des affaires sociales), Claire Fourçans (Amnesty International, commission femmes)

Compte-rendu rédigé par : J-C Alt

Relu et corrigé par S. Suderie le : 19 septembre 2003

**Expérience dans le domaine des MGF** :

Professionnelle :

La sûreté départementale traite exclusivement, sur saisine du parquet de Nanterre, les affaires « moyennes et graves » concernant des mineurs victimes. Sa compétence recouvre les violences physiques et sexuelles en milieu familial (80%) mais aussi en milieu scolaire (très rares rackets) et dans les cités (viols collectifs qui restent rares).

Les affaires ayant trait initialement aux mutilations génitales féminines (MGF) sont quasi inexistantes. Un seul cas dans le 92. Les autres rares affaires de MGF apparaissent accidentellement, suite à un rapport médical ou parce que l'enquêteur soulève le problème au cours d'une plainte pour un autre motif.

La Sûreté Départementale est en contact avec un parquet spécialisé où 3 substituts sont en charge des dossiers de mineurs victimes. Chacun assure une permanence hebdomadaire. Ce sont aussi souvent les mêmes juges d'instruction qui sont saisis. Ceci entraîne une collaboration plutôt bonne avec la justice.

Associative : /

En France : professionnelle

En Afrique : /

## **1-Relations des expériences personnelles :**

1- Le premier cas de MGF connu à la BDM 92 remonte à la fin des années 90. Il s'agit au départ d'un signalement pour mauvais traitements sur une fille malienne de 10 ans, aînée de 6 enfants dont 3 autres filles élevées par la mère. Un examen gynécologique externe a été demandé dans la réquisition, du fait de l'état d'hygiène déplorable de la petite fille mais aussi pour « viol sur mineure de 15 ans en milieu familial ».

Le compte-rendu signale « un bouton clitoridien remanié », terme particulièrement timoré qui a nécessité une confirmation téléphonique comme quoi il s'agissait bien d'excision. Les autres filles qui n'étaient pas victimes de mauvais traitements, n'ont pas été examinées.

La mère très traditionaliste explique (par le biais d'un interprète Soninke) que l'excision a eu lieu à l'âge de 6 mois au Mali. La deuxième de 8 ans qui n'a jamais été au Mali, n'a pas été excisée mais les 2 dernières l'ont été au Mali.

Tous les enfants sont nés en France.

Une commission rogatoire a été demandée par le juge d'instruction mais il n'y a pas eu de suite concernant l'excision. Cette affaire a été cependant à l'origine d'une prise de conscience personnelle du problème et d'une réunion d'information au commissariat avec le GAMS.

Les enfants de cette femme ne savaient pas ce qu'était l'excision.

2- Une autre affaire a concerné une fille malienne de 12 ans, très intelligente et dont la mère est très attachée à la tradition. La fille a déclaré bien connaître ce qu'est l'excision, qu'elle n'était pas pratiquée dans sa famille, qu'elle-même y était totalement opposée et qu'elle avait fait un exposé sur ce sujet à l'école. Cependant, la mère a déclaré que toutes ses filles ont été excisées, étant bébés.

Cette jeune fille très informée et capable de faire passer un message au collège n'avait probablement jamais pu parler de sexualité au sein de sa famille qui se déchargeait sur la tante qui aurait fait exciser toutes les petites filles à l'insu des parents lors d'un voyage au Mali.

A défaut d'informations venant des parents, est-ce à l'enquêteur d'informer la jeune fille qu'elle a été excisée ?

3- Récemment, une fillette originaire d'Afrique de l'ouest, arrivée en France à l'âge de 2 ans a été signalée au procureur pour maltraitance grave. Elle présentait des lésions de lacérations sur tout le corps. Elle présentait un retard dans les acquisitions comportementales primaires (propreté, retard dans l'acquisition du langage...)

Les parents sont frustes, la mère totalement inculte et ne parlant pas, le père très peu instruit et atteint d'une surdité sévère. L'école a fait un signalement au procureur qui a ordonné l'hospitalisation de la fillette et la mère, enceinte de 5 mois, a été placée en garde à vue. Celle-ci a reconnu battre sa fille. Il n'y avait pas de violence sexuelle mais un risque de MGF. Il apparaissait donc important de savoir si cette fillette avait été excisée afin de prévenir le risque de récurrence au cas où le bébé à naître était une fille.

Le juge d'instruction a accepté d'inclure dans la demande d'examen médical (visant à déterminer si les violences étaient répétées ou ponctuelles), une demande d'examen du sexe de l'enfant bien que n'y étant pas obligé, l'enfant n'ayant pas dénoncé de violence à caractère sexuel.

Le juge d'instruction doit normalement se conformer à la qualification des faits définie par le procureur mais dispose malgré tout d'une certaine latitude.

L'examen a montré que la fillette n'avait pas été excisée.

**Commentaire du rédacteur :** Dans cette affaire est soulignée la difficulté d'action préventive pour la police dont ce n'est pas le rôle reconnu. Sauf signalement, il n'est pas possible de faire de la prévention. Tout dépend de la bonne volonté des différents interlocuteurs (juge d'instruction, procureur, médecin légiste) mais rien n'est prévu dans les textes et l'organisation qui puisse permettre d'agir avant la réalisation de l'acte.

*Le rôle de la police judiciaire se définit ainsi : constater les infractions et en rechercher les auteurs.*

*Une enquête de voisinage effectuée depuis, a indiqué que le bébé né était un garçon...*

4- Une fillette, hospitalisée avec une lésion vaginale interne a fait récemment l'objet d'une enquête pour des faits de « suspicion de viol sur mineure de 15 ans ». La mère et la tante de l'enfant ont déclaré avoir été excisées. Interrogées si la fillette et sa petite sœur avaient été excisées, la mère et la tante, chacune séparément, ont répondu que non car le père s'y oppose. Cette réponse pouvait laisser entendre que les femmes, elles, ne s'y opposent peut-être pas mais que seule la décision du père compte. Les femmes n'ont pas donné leurs avis mais celui du père qui fait autorité. Dans ce cas, la mère et la tante avaient un faible niveau d'instruction alors que le père était nettement plus instruit.

5- Récemment, une jeune malienne majeure (18 ans) s'est plainte d'être battue par son père parce qu'elle voulait renoncer à la culture malienne et à l'Islam. Le père est bigame et cette jeune fille a, outre une demi-sœur de 17 ans, 4 petites sœurs nées en France.

Le père a été mis en garde à vue pour mauvais traitements.

En vertu de l'article 77-1, il a été possible d'ordonner un examen médical des 4 autres filles.

Le constat médical a été pour l'aînée de 18 ans : clitoridectomie, ablation du capuchon, des petites et grandes lèvres.

Pour la demi sœur : clitoridectomie simple.

Les petites sœurs n'ont pas été excisées, en fait parce qu'elles n'ont pas eu l'occasion de retourner au Mali.

Aucun dialogue n'a pu être établi avec le père qui s'est montré totalement imperméable.

**Commentaires du rédacteur :** Ce cas montre que rien n'est prévu permettant d'empêcher l'excision chez les petites sœurs. Cependant c'est le seul cas connu à la BDM 92 où il est clairement indiqué dans le signalement adressé par le parquet qu'il existe des craintes d'éventuelles excisions des petites sœurs car la victime a elle-même évoqué ce problème. Une « veille » est faite par l'intermédiaire de la sœur aînée (placée depuis dans un foyer) qui reste en contact avec ses sœurs et la BDM 92 mais cela reste du domaine de l'initiative individuelle.

*Les 4 petites filles n'ayant pas été excisées, la procédure judiciaire concernant l'excision s'arrête là.*

## **2-Constat sur la situation en France :**

La compétence départementale des brigades des mineurs rend difficile les enquêtes, en particulier concernant les exciseuses. C'est encore plus vrai pour les enquêtes à l'étranger. La police n'a ni la mission ni les moyens de faire de la prévention dans ce domaine.

## **3-Constat sur la situation en Afrique :**

## **4-Autres constats :**

### **5-Problèmes soulevés :**

Une action n'est possible qu'à partir d'un signalement. Tout dépend de la personnalité des différents intervenants (police, justice, médecins légistes) et de leur sensibilisation au problème.

A défaut de signalement, c'est le système D qui fonctionne si l'on veut avoir une action préventive.

Aucune mesure officielle n'est prévue pour assurer la protection des filles face à l'excision

### **6-Solutions proposées :**

Formation au sein de l'école de police.

Parvenir à des accords internationaux entre Etats afin de permettre des poursuites à l'étranger.

Obtenir une loi en France réprimant l'excision effectuée à l'étranger comme pour la pédophilie.

### **7-Questions posées par le groupe de travail**

Q : quel pourrait être le rôle du juge des enfants dans ce domaine. Ne pourrait-il pas prendre des mesures de protection (placement, éloignement) en cas de doute quant au risque d'excision, par exemple dans le dernier cas ?

R : il faudrait réfléchir avec les juges des enfants pour élargir leurs fonctions à la prévention des MGF. Dans le premier cas relaté, le juge des enfants a refusé la demande de placement tant pour mauvais traitement que pour la prévention du risque d'excision.

Q : avez-vous les coordonnées d'un magistrat ayant déjà eu à traiter ce type de problème (juge d'instruction, procureur) ?

Florence Vigier, juge d'instruction au TGI de Nanterre.

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

Nom : Brisset  
Défenseure des enfants

**Date de l'audition :**

Prénom : Claire

Et

Alain Vogelweith, juge des enfants, anciennement au tribunal de Créteil, actuellement détaché comme conseiller auprès de Claire Brisset.

Personnes participant à l'audition : J-C Alt, Marine Bernheim, Malika Bentaïeb

**Expérience dans le domaine des MGF :**

Professionnelle : en tant que journaliste au « Monde » puis comme directrice de l'information à l'Unicef à Genève. A participé à la conférence de Khartoum sur les MGF en 1999 en tant que journaliste à la suite de laquelle elle a écrit un article qui a eu un retentissement international.

Associative :

En France

En Afrique : Conférence de Khartoum en 1979 sur les MGF. Seuls 3 journalistes étaient présents.

**Relations des expériences personnelles :**

**Constat sur la situation en France :**

Il existe aussi le problème des mariages forcés et le problème des circoncisions rituelles. Les normes nationales légales et les normes communautaires sont différentes.

A.Vogelweith : il est difficile d'appliquer une norme pénale criminelle face à une norme culturelle. Traiter l'excision en correctionnelle permet d'éviter de pointer une communauté dans son ensemble mais la rapidité de la procédure ne permet pas d'expliquer correctement la loi.

Le traitement le plus fréquent est au civil : protection de l'enfance.

Le traitement aux Assises a l'inconvénient de dramatiser et de déboucher presque toujours sur une condamnation ou un acquittement. Le sursis est peu utilisé. Mais on prend le temps des

débats et d'expliquer la loi. Cependant la dimension pédagogique d'un procès ne vaut que s'il y a un travail d'explication en amont. Le procès aux Assises doit rester l'exception.

La prévention est compliquée. Le juge des enfants (JDE) peut saisir le parquet qui souvent n'engage pas de poursuites.

Le juge peut convoquer les parents mais ceux-ci restent le plus souvent muets. La saisine de structures de médiation culturelle peut alors être utile.

Il existe aussi un problème de compétence territoriale.

Il existe un laboratoire d'anthropologie juridique à Paris 1 (Sorbonne, Etienne Leroy) vers la Bastille, rue Gustave Mahler, 4<sup>ème</sup> avec lequel travaillent les TGI de Paris et Créteil. Ce laboratoire permet de mieux comparer les normes juridiques françaises et communautaires et donc de mieux comprendre les comportements. Il peut fournir des interprètes.

Schéma du traitement judiciaire à partir d'un signalement :

La police transmet au parquet lequel peut :

- nommer un juge d'instruction si le fait est acquis.
- Saisir le JDE s'il s'agit d'un enfant en danger, lequel pourra investiguer sur la réalité du danger et prendre des mesures. Le pouvoir du JDE s'impose à la famille.

La prescription est de 10 ans après les faits pour les mutilations.

Pour parler d'enfant en danger, celui-ci doit être réel, certain et immédiat (cour de cassation)

### **Constat sur la situation en Afrique :**

Au Burkina Faso, de gros progrès ont été accomplis sous le régime de Thomas Sankara qui avait déclaré que l'excision était une pratique « barbare ». Une politique en « cascade » a été mise en place. Sur ce point, son successeur, Blaise COMPAORE, a repris la même politique, le comité de lutte contre l'excision étant présidé par sa femme.

Au Sénégal, il existe un mouvement de femmes juristes qui essaient de trouver les moyens juridiques de mettre fin aux MGF.

Les Ouolofs ne pratiquent pas l'excision contrairement aux Peuls et aux Toucouleurs, au Sénégal.

12 pays d'Afrique les ont interdites. Mais ces interdictions, pour utiles qu'elles soient, demeurent théoriques. Les progrès les plus sensibles ont été enregistrés au Burkina.

### **Autres constats :**

#### **Problèmes soulevés :**

Il ne faut pas parler de torture car les MGF sont destinées à l'assimilation au groupe. En Afrique, l'exclusion, c'est la mort sociale.

Ne pas stigmatiser les populations ici et dans leurs pays d'origine.

### **Solutions proposées :**

Le travail doit être fait d'abord dans les pays d'origine. Les Africains doivent s'approprier ce combat, ce qui n'est pour l'instant que le fait de petites minorités urbaines.

Parler de sexualité sur cette question conduit à l'échec. Il faut argumenter sur la santé. Le deuxième argument doit être la loi.

En France, il faut faire une information intensive dans les maternités et les PMI. Passer par les enseignants et les professionnels de santé.

Les structures associatives servent aussi de relais (Reap, accès au droit). On pourrait proposer une étude au niveau national, sur les relations entre les habitants et les institutions (école, mairie, police, justice, hôpital). Les points d'accès au droit pourraient avoir des médiateurs culturels.

Les conseils départementaux d'accès au droit dépendent du ministère de la justice. Une circulaire ministérielle à ce niveau pourrait être utile.

Demander une déclaration solennelle de l'Islam condamnant l'excision : l'université Al AZHAR du Caire s'était engagée dans ce sens, avant de publier des avis contradictoires.

Rappeler aux populations, qui immigreront vers la France qu'une telle pratique est interdite en France et expliquer pourquoi.

### **Questions du groupe de travail**

Q1 : Pensez-vous que des excisions se pratiquent en France sans déboucher sur un signalement et si oui quelle en est l'importance ?

Q2 : Comment améliorer la protection des filles face à un retour au pays ?

Q3 : Est-ce que Alain peut fournir les coordonnées exactes du laboratoire d'anthropologie ainsi que, si possible, une personne clé à y contacter ?

Q4 : est-ce que Claire a des détails sur la politique mise en place au Burkina et ses résultats ? Ainsi que les coordonnées de l'association des femmes juristes au Sénégal ?

Q5 : n'y a-t-il pas une contradiction à refuser de parler de torture et en même temps donner en exemple Sankara qui a parlé d'acte de barbarie ?

Q5 : quelles proportions de cas de MGF sont traitées aux assises, en correctionnel ou au civil voire classées sans suite ?

### **Commentaires du groupe de travail**

#### **PS : Pour Jean Claude ALT**

Lorsque Sankara a parlé de pratiques barbares, il l'a fait en tant que chef d'Etat africain. Lui pouvait le dire, « de l'intérieur ». A mon avis, et je le pense toujours, il est impossible de dire cela « de l'extérieur » ; et Amnesty, en Afrique, est ressenti comme un mouvement « extérieur » à l'Afrique.

Le remède serait pire que le mal.

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition** : 24 juillet 2003

Nom : Foldès

Prénom : Pierre

Profession : Chirurgien généraliste et urologue / Sexologue

Personnes assistant à l'audition: Jean-Claude Alt (Amnesty Intern.) Candice Goutard (Amnesty intern.), Françoise Hostalier (présidente de la sous-commission D)

Compte-rendu rédigé par : Jean-Claude Alt

Revu et corrigé par le Dr Foldès le : 10 septembre 2003

**Expérience dans le domaine des MGF** :

Professionnelle :

Etudes électrophysiologiques sur l'innervation du clitoris et études anatomopathologiques sur les lésions dues aux MGF.

Recherches bibliographiques sur la chirurgie du clitoris.

Mise au point d'une technique chirurgicale de réparation du clitoris, révisée et améliorée il y a quelques mois

Associative :

Responsable des missions Asie de Médecins du Monde

En France

Mise au point d'une technique de chirurgie réparatrice de l'excision à visée à la fois antalgique, anatomique et de restauration du plaisir sexuel.

En Afrique

Missions en particulier au Mali et au Soudan (chirurgie réparatrice des fistules vésicovaginales qui concernent 65 millions de femmes).

## **1-Relations des expériences personnelles :**

L'intérêt vis-à-vis des MGF est parti de la chirurgie réparatrice des fistules vésicovaginales en Afrique. Il est apparu que les séquelles anatomiques des mutilations génitales étaient un facteur important de difficultés lors de l'accouchement conduisant à des déchirures de la cloison vésicovaginale. Des centres de chirurgie réparatrice de ces fistules ont été créés au Mali (Mopti), au Niger et au Soudan.

Cette activité a amené une réflexion sur la prévention de ces difficultés obstétricales par le biais de la chirurgie réparatrice des lésions cicatricielles dues à l'excision. L'idée étant d'améliorer ultérieurement la mécanique obstétricale pour diminuer le risque de fistule.

Jusqu'alors la démarche était essentiellement préventive des complications obstétricales mais lors de l'examen et le dialogue avec ces femmes, il est apparu qu'elles étaient victimes de douleurs quasi permanentes liées à ces mutilations. Outre les rapports sexuels en général douloureux, elles décrivent des douleurs chroniques dues à la clitoridectomie (voir la partie anatomopathologie). Ces douleurs constantes font rarement l'objet de plaintes de la part de ces femmes qui y sont « habituées » et sont ignorées sur le plan médical et social jusqu'à présent. Seul un dialogue singulier conduit ces femmes à exprimer cette souffrance.

## **2-Constata sur la situation en France :**

Les recherches bibliographiques ont montré qu'il n'existe aucune publication concernant la chirurgie réparatrice du clitoris au niveau mondial. Le constat peut être interprété de la façon suivante :

Les études physiologiques, anatomiques, anatomopathologiques, et chirurgicales se sont concentrées sur les aspects gynécologiques, obstétricaux, urinaires des atteintes des organes génitaux féminins, mais pas sur le clitoris en tant qu'organe. Pourtant il existe bien en traumatologie des lésions du clitoris dans le cadre de polytraumatismes du bassin (accidents de moto par exemple) mais la prise en charge de ces derniers a toujours ignoré les lésions (fracture) de cet organe. Tout se passe comme si les lésions du clitoris n'avaient aucune importance sur le plan médical alors que les lésions de la verge chez l'homme font l'objet d'une prise en charge médicale.

En y réfléchissant, le clitoris est le seul organe (pour les deux sexes) exclusivement dédié au plaisir sexuel, les autres, verge, vagin, ayant d'autres fonctions associées (urinaires, obstétricales). Cette négligence médicale (et sociale) vis-à-vis du clitoris, organe exclusivement sexuel, qui plus est féminin, peut être interprétée comme étant due à l'attitude d'une société masculine socialement dominante et peu soucieuse de la sexualité féminine, attitude à rapprocher de celle des sociétés africaines mâles dominatrices.

En France, le Pr Paniel, spécialiste de la chirurgie vulvaire a reconnu n'avoir aucune expérience concernant le clitoris.

Des femmes chirurgiens sexologues ont refusé de participer à ce travail.

Anatomiquement, le clitoris est un organe de plus de 10 cms de long dont l'extrémité antérieure est fixée au capuchon clitoridien. La clitoridectomie désolidarise l'organe de la peau, ce qui entraîne sa rétraction en arrière et vers le haut. Le clitoris tend progressivement, (les méthodes de compression aidant, afin de lutter contre l'hémorragie,) à adhérer à l'os pubien. Cette fixation à l'os sera la source de douleurs chroniques liées en particulier au

frottement qui apparaissent à la puberté. Ces douleurs chroniques sont décrites par un tiers des femmes excisées. La dyspareunie, elle, est quasi constante chez toutes les femmes excisées.

Il n'a pas été observé de différence concernant les conséquences physiques selon que l'excision a été pratiquée dans la toute petite enfance ou bien à l'adolescence. En revanche, dans ce dernier cas, les conséquences psychologiques sont beaucoup plus importantes.

Les études électrophysiologiques concernant l'innervation du clitoris ont montré qu'on pouvait espérer chirurgicalement la récupération totale de la sensibilité.

La chirurgie réparatrice consiste en une reprise des lésions cutanées, une libération du clitoris de ses adhérences osseuses et une réinsertion antérieure à la peau. Il s'agit d'un acte opératoire minutieux, effectué sous microscope, mais relativement simple qui peut être réalisé sous anesthésie locale et en ambulatoire. Les suites sont le plus souvent sans problèmes, la principale complication observée étant la désinsertion cutanée antérieure.

Actuellement une quarantaine de femmes ont été opérées selon la technique actuelle, âgées de 20 à 40 ans. La moitié vit en France, l'autre représente une population africaine aisée ayant les moyens de se payer le voyage. 70% de ces femmes ont eu des césariennes

Un des problèmes actuels reste la prise en charge financière de l'acte. Après de longues tractations, la Sécurité sociale a accepté la prise en charge par assimilation. Actuellement cette chirurgie est pratiquée à la clinique Louis 14 à St germain en laye (78) et est totalement gratuite pour les personnes.

Aucun autre centre au monde ne la pratique. Il existe en revanche en Italie un centre qui pratique des désinfibulations mais pas de chirurgie réparatrice du clitoris ;

La demande d'intervention de la part de ses femmes répond à 3 nécessités :

-traitement de la douleur

-« cosmétique », besoin identitaire, être une femme comme les autres.

- sexuelle : parvenir à un plaisir sexuel rendu jusque là impossible du fait des séquelles de l'excision.

Depuis la médiatisation de cette technique chirurgicale (« Savoir santé » avec Martine Alain Regnault sur France 2 il y a six mois, 3 lignes dans Marie-Claire) la demande s'est énormément accrue : 600 appels.

Il y a une évolution dans la mesure où la norme féminine chez un certain nombre de jeunes femmes africaines en France n'est plus l'excision comme le voulait la tradition mais il existe encore un verrou social qui les empêche de s'exprimer. La pratique de l'excision en France est probablement sous évaluée.

### **3- Constat sur la situation en Afrique :**

Il existe un lobby de l'excision en Afrique (castes des marabouts, exciseuses) qui s'oppose à la réparation chirurgicale de l'excision. Si la chirurgie des fistules vésicochirurgicales est bien acceptée, les campagnes contre l'excision tolérées, il y a un refus important par ce lobby vis-à-vis de la chirurgie réparatrice de l'excision allant jusqu'à la menace de mort. Le Dr Foldès a

été en 1986 au Soudan la cible d'un tir par arme à feu au bloc opératoire. Un médecin africain intéressé par cette technique y a renoncé sur place du fait des menaces. Le Dr Foldès a également reçu des menaces en France et fait l'objet de mesures de protection de la part de la préfecture. Les deux médecins candidats comme coauteurs d'un article sur ce sujet se sont désistés du fait des menaces.

#### **4-Autres constats :**

#### **5-Problèmes soulevés :**

Pratique persistante de l'excision en France probablement sous évaluée mais sans élément précis de preuve actuellement.

#### **6-Solutions proposées :**

Dans une campagne, lier les problèmes périnataux et les séquelles des MGF : fistules vésicovaginales, baisse de la fécondité et stérilité.

Faire participer les médias.

Dire clairement que l'excision est une véritable mutilation qui a un impact sur la santé et la fécondité

#### **7-Questions posées par le groupe de travail**

#### **8-Commentaires de la personne auditionnée**

#### **9-Personnalités, institutions ou associations à contacter**

Lire « l'excision en procès : un différend culturel » par Lefeuvre – Martin, collections Logiques sociales (l'Harmattan)

#### **10-Commentaires du groupe de travail**

Point positif : l'évolution des femmes africaines en France pour qui les critères de normalité féminine sont en train de changer, ce qui laisse espérer qu'elles ne feront pas exciser leurs filles.

Point négatif : pratique persistante de l'excision en France ? Existence d'un lobby puissant et menaçant contre la chirurgie réparatrice du clitoris en Afrique mais aussi en France

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition : 8 juillet 2003**

Nom : Gillette-Faye

Prénom : Isabelle

Profession : sociologue

Personnes participant à l'audition: Jean-Claude Alt (Amnesty International), Malika Bentaïeb (ministère des affaires sociales), Martine Bernheim (licra)

Compte-rendu rédigé par : Jean-Claude Alt

Relu et corrigé par I. Gillette-Faye le : 12 septembre 2003

**Expérience dans le domaine des MGF :**

Professionnelle : oui

Associative : oui

En France : oui et en Europe

En Afrique : oui

**1-Relations des expériences personnelles :**

Le GAMS a été fondé en 1982 par le Dr Marie-Hélène Franjou, pédiatre, et Coumba Touré. Son fonctionnement a été basé sur le bénévolat jusqu'en 1990. Les interventions se font en binôme (une française et une africaine).

Le GAMS n'agit qu'en France au début mais progressivement des programmes se développent en Afrique : 4 en 1995 (Guinée Conakry, Mali, Niger, Burkina Faso).

En 1996 un programme sur le reclassement des exciseuses a lieu au Mali.

Actuellement le GAMS s'occupe d'information, de sensibilisation et de communication auprès des migrants, dans les PMI, les collèges et les lycées.

Un programme de formation des professionnels sanitaires et sociaux ainsi que des enseignants est en cours sur les MGF et les mariages forcés.

Un programme de formation doit démarrer dans les IUFM de Paris et Créteil dans le cadre de la formation continue en 2003-2004. (le programme doit être communiqué à la CNCDH)

Le GAMS dispose également d'un centre de documentation sur les MGF et les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants.

Enfin l'avis du GAMS est requis en tant qu'expert sur des dossiers de demande d'asile politique liée aux MGF, au lévirat (N.B : pratique traditionnelle faisant qu'une veuve est automatiquement attribuée à l'un des frères du mari défunt) et aux mariages forcés.

A l'international, le GAMS coordonne un travail européen comprenant 10 pays et 15 Ong et financé à 80% par l'Union Européenne : mise en commun des connaissances, étude des populations africaines de plus en plus mobiles au sein de l'Europe. De ce fait il n'est pas exclu que des cas d'infibulation augmentent en France.

L'avenir du GAMS est en suspens du fait des difficultés de financement

## **2- Constat sur la situation en France :**

Selon des estimations de janvier 2002, 30 à 35000 fillettes sont menacées d'excision en France. Environ 30 procès ont eu lieu depuis 1979 concernant environ 80 enfants excisés dont 4 sont décédés.

Une exciseuse installée en Belgique viendrait pratiquer des excisions en Picardie. Par ailleurs des rumeurs courent sur des excisions pratiquées en clinique.

Les taux d'observation d'excision vont de 40 à 0% selon les PMI

Un projet de relance d'une formation en PMI sur Paris est à l'étude. Il comprendrait un jour sur les MGF et 2 sur les mariages forcés.

Il existe une vraie mobilisation en Ile de France, en Haute-Normandie et à Lyon alors qu'il n'y a pas d'informations sur Lille et Marseille. Dans la région du Havre à forte concentration portuaire et industrielle, il y a une forte population venant des bords du fleuve Sénégal.

Les activités des PMI sont très variables, actives à la Goutte d'or mais indifférente dans d'autres départements.

L'est de la France est plus concernée par les mariages forcés du fait de la communauté turque mais non par l'excision.

Des activités de formation ont eu lieu dans des écoles d'infirmières à Rochefort et à Caen mais il n'y a aucune politique de formation au niveau national ou régional.

## **3- Constat sur la situation en Afrique :**

Croissance de l'intégrisme religieux le long du fleuve Sénégal

## **4- Autres constats :**

## **5- Problèmes soulevés :**

La crainte de procédure disciplinaire de la part de l'ordre des médecins ainsi que de dissuader les familles de consulter en PMI fait que les médecins de PMI hésitent à signaler le MGF alors qu'en fait les familles reviennent toujours malgré le signalement.

Certaines Ong médicales laisseraient en Afrique leur matériel à la disposition des exciseuses pour les réaliser proprement.

Le 119 interpellé aurait répondu qu'« on ne peut rien faire ».

Que se passe-t-il après la PMI ? Le dernier contrôle est à 6 ans. Problème de la santé scolaire.

La violence institutionnelle risque de prendre le relais de la violence familiale : faute de place en foyer une fillette peut se retrouver seule pendant 2 mois dans un hôtel pour l'empêcher de rentrer au pays durant l'été.

Risque évident pour les mariages franco-africains, d'excision du bébé. En cas de divorce civil il n'y a plus de protection de l'enfant car pas de possibilité de protection au pénal.

Un imam vient prêcher en France en faveur de l'excision.

## **6-Solutions proposées :**

Il faut insister sur l'importance de l'examen du sexe et du signalement en PMI

Il faut agir auprès des filles excisées et qui sont en âge d'avoir des enfants. Il faut cibler cette deuxième génération.

Il faut bien faire connaître la législation aux migrants dès leur arrivée. Ceux-ci sont souvent illettrés même dans leur propre langue.

Il faut former des formateurs pour démultiplier l'efficacité.

Généraliser l'examen des petites filles.

Former les médecins scolaires et les assistantes sociales.

Introduire les MGF dans les cours d'éducation civique (collèges) et les TPE (lycées)

Il devrait y avoir un module obligatoire « maltraitance » en formation initiale des infirmières.

Il faut informer les migrants de l'évolution dans leur région d'origine, les mettre en contact avec les comités locaux africains.

Il faut informer les adolescents et adolescentes.

La police devrait interroger au hasard des filles en partance à l'aéroport pour savoir si elles partent de leur plein gré.

Il est important d'avoir des contacts avec des Ong locales et avec la police.

Il faut relancer une campagne de sensibilisation « Nous protégeons nos petites filles ». Il est important que les affiches soient à en-tête de la préfecture, autorité reconnue par les étrangers plutôt que d'un ministère, qui n'évoque rien pour eux.

## **7-Questions posées par le groupe de travail**

## **8-Commentaires de la personne auditionnée**

Voir en annexe la chronologie judiciaire des MGF en France ainsi que les références au droit national et international

## **9-Personnalités, institutions ou associations à contacter**

Maître Daniel Jacoby, avocat qui a plaidé à la commission des recours

Association contre les mutilations enfantines

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition** : 19. 09. 2003

Nom : Bellas Cabane

Prénom : Christine

Profession : Pédiatre et anthropologue

Personnes participant à l'audition : J-C Alt (Amnesty), Malika Bentaïeb (Ministère des affaires sociales), Isabelle Wang (Ministère des affaires sociales).

Compte-rendu rédigé par J-C Alt

Relu et corrigé par : Christine Bellas Cabane

**Expérience dans le domaine des MGF :**

Professionnelle :

Présidente du SNMPMI (Syndicat national des médecins de Protection maternelle et infantile), anthropologue (thèse de DEA en 2002 sur la problématique actuelle de l'excision au Mali : du rite initiatique au fer de lance identitaire)

Associative :

Plusieurs séjours au Mali dans le cadre d'une association de coopération triangulaire entre Arles, un village Sarakolé de la région de Kayes et des immigrés maliens de la région parisienne.

En France : oui

En Afrique : oui

**1-Relations des expériences personnelles :**

Au Mali, 94% des femmes sont excisées. La tendance ne va pas vers une disparition de la pratique. L'excision ne représente plus un rite initiatique mais est vécue comme une marque identitaire. Elle n'est considérée ni comme une mutilation ni comme une maltraitance.

Il est difficile de faire des reproches aux parents car les décisions éducatives relèvent du groupe familial et social dans son ensemble et non de la cellule parentale. Par ailleurs les

parents ne peuvent attendre une protection de l'Etat malien en cas de conflit familial car la sphère familiale privée est très respectée.

Bien qu'opposés les systèmes éducatifs occidentaux actuels et africains traditionnels se veulent contribuer au « bien des enfants ».

Que signifie la notion de « droit de l'enfant » dans une société où l'individu n'est défini que par son statut dans le groupe et où l'enfant non initié n'est pas considéré comme tout à fait humain ?

Il est difficile de comprendre pour des immigrants maliens attachés à la tradition, l'intrusion des services de l'Etat dans un domaine pour eux strictement privé. La notion de « protection de l'enfance » sous la responsabilité de l'état est étrangère à la culture d'origine. Cependant la société malienne n'est pas figée et des changements de représentation apparaissent dans une société en mutation.

## **2- Constat sur la situation en France :**

### Implication de la PMI dans le suivi des enfants :

Pour tous les enfants, les examens médicaux obligatoires sont à 8 jours, 9 mois et 24 mois. Ils peuvent être effectués par la PMI ou un médecin traitant. Le versement des allocations familiales est en principe soumis au passage de ces 3 examens.

Une visite médicale a lieu en maternelle à 3-4 ans. Elle est faite par les médecins de PMI. Il s'agit d'une mission obligatoire pour les médecins de PMI mais cet examen n'est pas imposable aux parents. Au cours de ces examens, un dépistage et une prévention de l'excision pourraient être effectués mais on constate que l'examen des organes génitaux de la petite fille n'est pas systématique.

### L'excision persiste-t-elle sur le sol français ?

Oui, à mon avis, elle persiste. Au Mali on raconte que les familles payent le voyage des forgeronnes qui viennent en France pratiquer les excisions. Toutefois, depuis la condamnation de l'exciseuse, il semble qu'elles soient plus réticentes et l'excision se pratique plutôt au cours de vacances au pays. Les maliens dans leur ensemble restent très attachés à cette pratique, mais un certain nombre de valeurs étant en évolution, on peut espérer que les choses bougent. La situation des migrants est particulière : comme tous les peuples en situation d'exil, ils ont tendance à idéaliser leur société d'origine et à en figer les valeurs, dans une sorte d'immobilisme culturel. Le repli identitaire, réaction des immigrants face au rejet d'une société qui ne les reconnaît pas, renforce ce type de conduite.

### Représentation de l'excision dans la société occidentale actuelle ( apports du mémoire de DEA d'anthropologie)

En France, faire exciser sa fille est une grave transgression sociale :

-L'excision est vécue comme un acte maltraitant, discriminatoire vis-à-vis des filles, une atteinte grave à l'intégrité corporelle et à la dignité de la personne.

-Les conséquences médicales néfastes et le risque de mort liés à l'excision sont inacceptables.

-L'excision est accusée de bloquer toute accession au plaisir sexuel.

-La douleur liée à l'excision est inutile et inacceptable.

-Le droit moderne doit interdire cette coutume.

-L'enfant naît déjà très humanisé, plein de compétences. La pédagogie permet des acquisitions progressives et une lente maturation. L'épanouissement de l'individu est valorisé et l'éducation tend à développer ses facultés personnelles. L'Etat et d'autres acteurs publics sont coresponsables avec les parents de son bien-être et de son éducation.

Il est important de comparer ces représentations avec celles de la société malienne traditionnelle et de la société malienne en mutation afin de comprendre les difficultés des migrants d'adopter la norme du pays d'accueil.

### **3-Constat sur la situation en Afrique :**

#### Aspects généraux :

Il y a encore 90% d'excisions en Afrique, et l'attaque contre la pratique paraît difficile aussi bien à l'Etat qu'aux différents partis politiques. Les procès en France ont été interprétés comme discriminatoires au Mali. Certains intellectuels maliens soulèvent un certain nombre de questions : Comment peut-on parler de respect du droit des personnes quand la société d'accueil maintient les immigrés dans des conditions de vie indignes ? En France, selon eux la fille africaine est protégée contre l'excision mais pas contre une vie indécente. A leur sens sortir l'excision d'un contexte global de développement relève d'un impérialisme culturel.

Les Ong africaines qui luttent contre l'excision sont considérées comme des associations qui ont fait de cette lutte leur fond de commerce car elles sont financées par des bailleurs occidentaux. Elles ne sont plus vues comme défendant des intérêts africains, mais « à la solde des blancs »

Certaines ethnies comme les Peuls, les Dogons et certains Soninké pratiquent l'infibulation. Les Songhaï, eux, n'excisent pas. Selon la légende, ils auraient abandonné l'excision à Tombouctou après que de nombreuses fillettes sont mortes lors d'une séance d'excision collective.

Le fondamentalisme islamique représente un danger réel de maintien de l'excision ce qui est paradoxal quand on constate que les premiers peuples islamisés du Sahel ne pratiquent pas l'excision.

#### Les forgeronnes

Officiellement au Mali, 40 forgeronnes ont « déposé les couteaux ». En fait leur « recyclage » est difficile car il ne s'agit pas simplement d'un commerce ou d'argent mais d'un statut social. Elles appartiennent à une caste réputée comme celle des griots, et au-delà du problème financier, laisser son couteau, c'est abandonner ce statut qui à la suite d'un lent apprentissage leur a conféré un certain pouvoir. Les petits travaux qui leur sont proposés pour compenser les pertes financières ne peuvent les satisfaire. Certaines continuent malgré tout à pratiquer des excisions en cachette. La réorientation de ces femmes en conseillères conjugales et en matrones est tentée par certaines Ong et cela me semble une piste intéressante car dans ce cas

le statut social est conservé. Un des obstacles réside dans le faible niveau scolaire de ces forgeronnes.

### Aspect juridique de l'excision au Mali

Il n'y a pas de loi condamnant l'excision au Mali. Seule une circulaire ministérielle interdit sa pratique au sein d'établissements de soins. Les articles concernant les coups et blessures et les pratiques nuisibles à la santé pourraient être utilisés.

Les juristes n'ont jamais été saisis de cas concernant l'excision au Mali. Certains considèrent même que ce n'est pas un problème juridique. Une plainte contre ce qui est considéré comme un choix éducatif relevant de la famille, n'est pas envisagée. Le respect de la famille est absolu. La protection de l'enfance relève du domaine strictement privé.

Les juristes maliens sont confrontés au droit positif occidental lié à leur profession et aux règles coutumières qui ont nourri leur éducation. Même ceux qui sont opposés à l'excision ne sont pas prêts à dénoncer des membres de leur famille s'ils étaient témoins d'une excision ou de ses suites néfastes. Seule une juriste issue d'une ethnie où on ne pratique pas l'excision y était prête. Cependant aucune fille de juriste malien interrogé n'a été excisée. Ainsi, si ces professionnels maliens manifestent leur opposition à l'excision et ne font pas exciser leurs filles, leur attitude ne va pas jusqu'à dénoncer une telle pratique au sein de leur famille. La culture professionnelle et leur niveau intellectuel leur permettent d'imposer leur option personnelle au sein de la famille mais s'effacent devant leur éducation traditionnelle s'opposant à toute mise en cause de la famille.

C'est cependant le seul groupe professionnel qui dénonce l'atteinte à l'intégrité corporelle.

### Aspect médical :

La position des professionnels de santé face à l'excision dépend de leur origine ethnique mais aussi de leur niveau d'étude. L'opposition à l'excision diminue du médecin à l'aide-soignant. Pour la majorité, le fait que le choix de l'excision relève d'une décision collective du groupe leur permet de se défausser d'un choix difficile. Les femmes soignantes, en particulier, semblent à la fois sensibilisées contre l'excision mais dans l'incapacité de prendre la décision de ne pas faire exciser leur fille. La crainte de leur nuire en les marginalisant semble être majeure. Même les filles de médecins sont excisées.

La majorité des soignants ne croient pas aux actions de sensibilisation de groupe mais plutôt à l'information des parents lors d'un incident. Pour eux les informations ne modifient guère les comportements. Les conséquences médico-obstétricales sont les seuls arguments évoqués par les soignants qui se déclarent opposés à l'excision. La douleur n'apparaît pas comme un argument pas plus que l'atteinte à l'intégrité corporelle.

En revanche, la précocité de l'âge auquel l'excision est pratiquée à Bamako est critiquée par les médecins, en raison de la petitesse des organes génitaux.

Les problèmes éthiques ne sont soulevés que par les médecins. Il semble, en revanche, que des soignants pratiquent l'excision. Cette médicalisation de l'excision est perçue par beaucoup comme une solution. Une loi interdisant l'excision paraît à tous prématurée et peu opportune.

Enfin comme pour les juristes, ils n'envisagent pas de dénoncer des parents même en cas de mort après excision. En aucun cas ils ne se voient en instrument de la justice. Il n'y a pas de différence de position entre les médecins de brousse et ceux de la ville.

## Représentation de l'excision dans la société malienne traditionnelle (apports du mémoire de DEA d'anthropologie):

Au Mali, ne pas faire exciser sa fille est une grave transgression sociale.

-la maltraitance est de marginaliser la petite fille en ne l'excisant pas.

-L'excision est un rite initiatique permettant une incorporation identitaire garante d'une cohésion sociale.

-l'atteinte à l'intégrité corporelle est un élément de la pédagogie initiatique, le droit de la personne étant lié à son statut dans le groupe.

-les maladies des enfants et le risque de mort sont fréquents. Le risque lié à l'excision est noyé dans le risque global lié à la fatalité.

-Les conséquences de l'excision sur la sexualité ne sont pas reconnues par tous. Le contrôle de la sexualité est valorisé par le groupe.

-La douleur fait partie de l'épreuve de passage à l'âge adulte. Sa maîtrise confère une reconnaissance sociale.

-La loi coutumière est très forte et souvent plus importante pour les membres d'un groupe que les lois de l'Etat.

-L'opposition à l'excision relève d'un impérialisme culturel des blancs.

-L'enfant naît inachevé, proche de l'animalité. La pédagogie initiatique vise à détruire cet état pour l'humaniser. C'est une métamorphose.

-L'individu n'est rien sans le groupe et l'éducation vise à le rendre conforme au groupe, porteur de ses valeurs et responsable de sa survie. C'est le groupe familial élargi qui a seul la responsabilité du bien-être de l'enfant et décide des choix éducatifs.

-l'Etat intervient peu dans cette sphère considérée comme strictement privée.

## Représentation de l'excision dans la société malienne en mutation

-La marginalisation de la petite fille non excisée est toujours considérée comme une maltraitance, mais certaines personnes commencent à changer d'avis.

-L'excision ne représente plus un rite initiatique ni dans sa forme ni dans son contenu mais elle reste un marqueur identitaire. Le sens attaché à l'excision varie selon que les femmes parlent français et sont influencées par les discours publics ou qu'elles ne parlent pas et transmettent alors les enseignements transmis dans leur ethnie d'origine.

-La notion de personne est toujours liée à sa place dans le groupe mais des besoins d'autonomie et d'individualisation commencent à se manifester.

-Les liens entre les conséquences médicales, les risques de mort et l'excision sont de plus en plus reconnus même si certains accidents sont encore attribués à la sorcellerie ou la fatalité.

-L'excision commence à être considérée comme un handicap à une sexualité épanouie.

-La souffrance n'a plus de valeur éducative et devient inacceptable.

-La loi coutumière a encore énormément d'importance, surtout en respect envers les aînés. Mais les gens commencent à attendre plus de l'Etat même si beaucoup pensent qu'une loi est prématurée.

#### **4-Autres constats :**

L'excision n'est pas reconnue comme un problème de santé publique au Mali. Ce serait pourtant un préalable indispensable à son éradication. Les soignants et les enseignants ne sont pas du tout associés à la lutte contre l'excision.

#### **5-Problèmes soulevés :**

La sensibilisation est le « commerce » des Ong et ressentie comme telle par les populations. Elle devrait également impliquer les enseignants et les médecins.

#### **6-Solutions proposées**

##### Au Mali

Dans le cadre de la sensibilisation, il ne faut pas parler de mutilation ou de maltraitance car l'excision n'est pas perçue comme telle et ces termes ne peuvent entraîner que des blocages et des rejets. Il faut l'évoquer comme une pratique qui faisait partie d'un ensemble éducatif autrefois qui revêtait un sens de rite initiatique aujourd'hui disparu. Il faut insister sur le fait que même si ce sens était aujourd'hui conservé, il ne justifierait pas pour autant le maintien de l'excision au vu de ces conséquences néfastes méconnues autrefois mais clairement démontrées aujourd'hui. L'abandon de la pratique de l'excision doit faire partie d'un développement global.

La sensibilisation faite aux hommes marche mieux car moins directement impliqués, ils sont plus en capacité de considérer l'excision comme un fait social désuet et néfaste qu'il convient d'abandonner. Leur statut de chef de famille leur permet d'imposer leur décision. Enfin les changements de conception du mariage et des rapports de couple avec l'aspiration à une sexualité conjugale plus épanouie peut les pousser à lutter contre la pratique, alors que les femmes ne peuvent pas encore ouvertement réclamer ce « droit au plaisir ». C'est pour cette raison qu'au cours des actions de sensibilisation les arguments médicaux contre l'excision sont les plus utilisés. Ceux sur la sexualité sont abandonnés car ils peuvent provoquer des blocages. Il est important d'entendre que les femmes maliennes même en lutte contre la pratique de l'excision affirment éprouver du plaisir au cours des rapports sexuels.

L'excision faisait partie autrefois de tout un rite initiatique qui a disparu. Il faut instaurer une autre norme sociale, en l'occurrence une loi. Le gouvernement malien devrait adopter une loi

interdisant d'exciser avant la majorité. Ensuite ce sera selon la volonté propre de chacun(e). Une information menée conjointement par les enseignants, les soignants et les exciseuses « recyclées » en conseillères pourraient utilement avertir les filles et les mères des conséquences et de l'inutilité de la pratique de l'excision.

### En France

Il est également important de faire des actions de sensibilisation auprès des migrants, mais aussi des enseignants, juristes et des soignants en lien avec ces populations.

Une étude similaire à celle réalisée au Mali auprès des médecins, juristes et enseignants confrontés à ce problème nous éclairerait sur leurs représentations, leurs interrogations, leurs attentes. Elle pourrait être complétée par un travail d'écoute et de recherche auprès des jeunes filles de deuxième génération et des chefs de famille.

Ce travail permettrait une meilleure pertinence des actions de prévention.

Enfin, dès maintenant, il faudrait créer des points d'accueil en France avec un N° vert que les jeunes filles pourraient contacter. Il serait intéressant qu'elles puissent rencontrer des médecins, des psychologues, mais aussi des médiateurs interethniques. Si elles demandent à être protégées car elles craignent d'être excisées pendant des vacances, la solution d'un placement temporaire doit exister mais utilisée en dernier recours et surtout accompagné par un suivi de la jeune fille et un dialogue avec les parents, ceci dans l'intérêt des enfants car la rupture d'avec la famille peut être extrêmement mal vécue. N'oublions pas que nous devons protéger des êtres dans leur complexité et pas seulement des organes génitaux.

La lutte contre l'excision devrait faire être l'objet d'un programme de codéveloppement entre le Mali et la France afin d'ajuster les actions, les arguments et d'inscrire cette problématique dans une dimension politique de développement global.

### **7-Questions posées par le groupe de travail**

Q : Seriez-vous favorable à l'extension des compétences des PMI jusqu'à l'âge de 11 ans ?

R : Oui mais en parallèle du médecin scolaire, pas en se substituant à lui

### **8-Commentaires de la personne auditionnée :**

Ce premier travail d'approche est intéressant mais à mon sens insuffisant. Une étude plus poussée validée par un centre de recherche est nécessaire afin de dégager les points forts d'une prévention efficace.

### **9-Personnalités, institutions ou associations à contacter**

Docteur Hubert Balique professeur de santé publique et anthropologue ayant exercé plusieurs années au Mali.

**Groupe de travail sur les MGF**  
**(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES**  
**MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

**Date de l'audition** : 15. 09. 03

Nom : Al'Rasace

Prénom : Sabine

Profession : Consultante sur les MGF auprès du secrétariat international d'Amnesty International

Personnes participant à l'audition : J-Claude Alt, Christiane Grange (Amnesty International, commission « Promotion des droits des humains »)

Compte-rendu rédigé par : J-Claude Alt

Relu et corrigé par Sabine Al'Rasace le 21. 01. 2004

**Expérience dans le domaine des MGF** :

Professionnelle : Actuellement, consultante MGF au sein du « groupe-miroir » d'Amnesty International.

Antérieurement, à la CAMS où elle a participé en tant qu'observatrice au Forum mondial sur les violences faites aux Femmes organisé en 2000 par l'Université de Valence (Espagne).

Associative : Ancienne stagiaire au GAMS (Groupe des femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) à Paris.

En France : Résidente

En Afrique : Née à Djibouti, y ayant vécu jusqu'à l'âge de 19 ans

En Afrique : Connaissance du milieu djiboutien et de ses pratiques traditionnelles, d'origine métisse : arabo-somalie. Vient de faire un séjour à Djibouti au cours de l'été 2003 où elle a pu mener des recherches sur les MGF.

**1-Relations des expériences personnelles** : Eté 2003 à Djibouti

Enquête sur le terrain et auprès des ministères (Santé, Justice, Communication), auprès des ONG de promotion des droits des Femmes (UNFD), de l'OMS.

Rencontre avec le directeur de la publication nationale : le journal n'entre pas dans l'observation analytique. Il relaie information sur les événements qui se déroulent (séminaires, campagnes communication...) tout en évitant les commentaires de prise de position.

Rencontre avec Mme Degmo Mohamed, secrétaire de l' UNFD (Union nationale des femmes djiboutiennes). Il s'agit de la principale organisation féminine qui lance des programmes de promotion des droits de la femme. L'UNFD a été créé à l'initiative des femmes djiboutiennes en la personne de la Première Dame en 1979 afin de se consacrer à la reconnaissance de la femme dans la société. Le rôle de l' UNFD, en matière de lutte contre les MGF, s'est vu renforcé à l'issue de la conférence de Dakar en 1984 qui a vu la création du Comité interafricain contre les pratiques traditionnelles néfastes sur les enfants et les femmes. L'UNFD est une organisation indépendante mais elle a toujours été traditionnellement présidée par l'épouse du chef de l'Etat.

Été 1995 à Djibouti : premières recherches universitaires sur les MGF à Djibouti avec interview du Médecin Capitaine Joël Rezoug de l'Hôpital militaire français sur la défibulation médicalisée.

## **2- Constat sur la situation en France :**

### **3- Constat sur la situation en Afrique :** Djibouti

On estime à plus de 95% le nombre des djiboutiennes qui subissent les MGF. Elles touchent les somalis, afars, arabes et toutes les couches socioprofessionnelles n'évitant pas celles plus aisées ou plus instruites. Le prétexte de la tradition gonflé par la pseudo justification de la religion, semble maintenir cette pratique malgré des campagnes de sensibilisations radiodiffusées, télévisées et à travers tout le pays. Aucune poursuite judiciaire n'est menée contre les pratiquants malgré l'article 333 du Code pénal interdisant les MGF, tandis que des fillettes vidées de leur sang, meurent à leur arrivée à l'hôpital. L'article 333 du code pénal de Djibouti (1995) condamne les MGF comme délit à 1 million de francs djiboutiens et 5 ans d'emprisonnement mais il n'y a jamais eu ni procès ni condamnation ni signalement. En cas de décès le médecin constate la mort mais ne fait pas de signalement.

Les Issas et les Afars pratiquent l'infibulation à l'âge pré pubertaire (8 à 10 ans). Les arabes pratiquent la « sunna » entre le 20<sup>ème</sup> et le 40<sup>ème</sup> jour. Il s'agirait soit de l'ablation du prépuce ou une « simple » piqûre du clitoris le faisant saigner, pour marquer le sexe symboliquement. A Djibouti-city, les Somalis et les Afars pratiquent l'infibulation de plus en plus tôt. (source : Safyia Elmi, conseillère au ministère de la santé). En dehors de la capitale, les Afars infibulent aussi de plus en plus tôt (bébé) alors que les Somalis gardent la pratique vers 8 ans.

Une partie de la communauté a abandonné la pratique mais ce sont surtout les Arabes qui avaient déjà une pratique minimale (sunna).

Chez les Somalis résidant dans la capitale, donc en ville, il y aurait une tendance à s'orienter vers la clitoridectomie ou l'excision.

L'infibulation n'a jamais été une pratique rituelle même si elle a toujours été destinée à préserver la virginité. En brousse le mariage a lieu dès la puberté.

La lutte contre les MGF a commencé depuis 20 ans à Djibouti mais certaines personnalités défendent la tradition des MGF. Le discours religieux chez les jeunes est opposé aux MGF mais les vieux dignitaires musulmans maintiennent que l'Islam recommande les MGF. Les

jeunes leaders religieux ont été formés à la mosquée Al Az'har au Caire qui s'est officiellement positionnée contre les MGF depuis 2000 et a condamné la médicalisation. Ces jeunes leaders maintiennent leur opposition et arrivent à capter l'intérêt des jeunes garçons.

La position de l'autorité musulmane de Djibouti (le Cadi) est opposée aux MGF. Un rapport de force s'installe les jeunes et les anciens dont la crédibilité est en jeu et ce, au dépend des vies des fillettes et de l'efficacité des actions de lutte.

Il existe une montée de l'intégrisme depuis les années 90 (port du voile, discours religieux plus fréquent dans les quartiers...) mais il n'est pas radicalisé au sens militaire du terme. Ce qui contribua à un environnement encore plus favorable aux MGF.

Les campagnes de sensibilisation contre les MGF se renforcent et contribuent à une certaine démythification dynamisant la communication des intervenantes dans leurs actions en matière de santé reproductive, une prise de conscience par les mères de la corrélation entre les conséquences médicales et les MGF, le soutien inconditionnel des institutions gouvernementales pour rejeter le prétexte de la justification religieuse. Les MGF sont pratiquées clandestinement mais on en parle de plus en plus facilement, en particulier les femmes.

La médicalisation n'est pas habituelle mais selon des jeunes filles de 20 à 22 ans ayant grandi dans des foyers sociaux jusqu'à 16 ans, une infirmière de ces foyers aurait pratiqué des excisions médicalisées.

Il faudrait rappeler que le Comité interafricain a préconisé une phase intermédiaire, pour aboutir progressivement à l'élimination, en médicalisant l'excision mais sans infibulation, au début de sa lutte amorcée en 1984. Ce fut une erreur de stratégie qui a contribué involontairement au maintien de la pratique.

La mortalité infantile a augmenté mais du fait du meilleur recensement dont la majorité des décès sont liés aux MGF.

Il n'y a pas de statut précis ni de caste d'exciseuse comme au Mali. On cherche en général une femme âgée ayant de l'expérience. Mais l'excision est lucrative et peut attirer des professionnels (infirmière) ou d'autres plus jeunes.

La tradition appartient à tout le monde mais les mères en sont les gardiennes. L'excision peut coûter cher à tous les membres de la famille qui doivent s'en acquitter. Les hommes sont donc impliqués. Dans le travail de sensibilisation ils sont aussi impliqués en tant qu'écouter.

Ils participent aux campagnes. D'autant que les leaders religieux sont des hommes.

Les femmes vont à l'hôpital militaire de Djibouti (hôpital Bouffard) pour se faire défibuler avant le mariage. Mais cette défibulation médicalisée soulage les futures épouses, si bien que, la médicalisation a été généralisée aux hôpitaux publics.

Il y a une véritable volonté politique pour lutter contre l'excision.

Il y a environ un millier de djiboutiens en France. Il ne semble pas qu'ils pratiquent l'excision en France. Mais le risque existe.

Une exciseuse somalie qui faisait une tournée en Allemagne, aux Pays-Bas et au Danemark a été arrêtée.

#### **4-Autres constats :**

#### **5-Problèmes soulevés**

#### **6-Solutions proposées :**

Pour la France : Améliorer la transmission des info de prévention à l'OMI (Office des migrations internationales) passage obligatoire des étrangers en France.

Il faudrait penser à ces jeunes filles qui découvrent sur le tard qu'elles « n'ont pas un sexe comme les autres » à 20 ans, 25 ou plus ces jeunes femmes sont traumatisée et recherchent des réponses à leurs multiples questions et leur désarroi de s'opposer à leurs parent qui parfois les rejettent, quand elles s'apprêtent à signaler un acte d'excision ou poursuivre les présumés auteurs. Créer des structures adaptées pour les accueillir, les écouter et les accompagner dans leurs démarches. Institutionnaliser la formation des policiers aux mutilations génitales féminines, aux mariages forcés ou arrangés.

Pour Djibouti : il faudrait commencer par prendre au sérieux la loi qui existe dans son aspect préventif afin de donner une crédibilité certaine au message afin de ne pas tomber dans un double langage qui affaiblirait le message de la lutte. Profiter de cette loi pour mettre en place une véritable politique judiciaire prenant en compte les droits fondamentaux des victimes. Pourquoi ne pas féminiser en partie l'ensemble de la police judiciaire. Penser à considérer plus l'enfant qui est la victime dépourvue de ses droits en la reconnaissant dans le système juridique amélioré.

Pour l'Afrique : Les gouvernements occidentaux doivent user de leurs coopérations pour faire pression sur les états africains qui doivent ratifier le protocole sur les droits de la femme adopté par l'OUA à Maputo en juillet 2003. Ce protocole interdit toute pratique portant atteinte à l'intégrité physique de la femme et de la fillette sans ambiguïté. Par ailleurs, il renforce la légitimité à la lutte contre les MGF.

Il rejette toute justification religieuse donnée à ces pratiques. Ce protocole entre en vigueur à partir de 15 ratifications.

#### **7-Questions posées par le groupe de travail**

Q : l'hôpital Bouffard est-il un hôpital sous autorité français ? C'est l'hôpital militaire français situé à Djibouti ville

Q : As-tu plus d'infos sur cette exciseuse en Europe ? Où a-t-elle été arrêtée et y a-t-il eu un procès ? Il s'agirait d'une exciseuse qui voyageait entre L'Allemagne et la Hollande et qui était souvent invitée par des communautés dans ces pays pour pratiquer l'excision.

## **8-Commentaires de la personne auditionnée**

Pour Djibouti : La lutte se verra renforcée en regroupant toutes les forces vives qui luttent contre les pratiques traditionnelles néfastes : les ministères de la Santé, de la Justice, des Affaires religieuses, de l'intérieur, de la Promotion de la femme, des associations féminines locales, des ONG internationales et des institutions onusiennes. Ce comité, à l'initiative de l'Union nationale des femmes de Djibouti (UNFD) se chargera de coordonner toutes les actions, rompant ainsi avec une inefficacité par le passé due à des activités isolées sans réel impact sur les populations pratiquantes.

Volonté, pragmatisme et optimisme animent les femmes que j'ai rencontrées farouchement opposées à ces mutilations.

Il s'agit d'observations extraites de mon enquête menée en juillet 2003, à Djibouti : Union Nationale des Femmes de Djibouti, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice et Ministère de l'Information et de la Communication.

**Groupe de travail sur les MGF  
(Sous-commission D de la CNCDH)**

**AUDITION SUR LES  
MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**Personne auditionnée**

Nom : Martineau  
Lagrue

**Date de l'audition :**

Prénom : Christine  
Marianne

Professions : avocates

Personnes participant à l'audition : J-C Alt (Amnesty International), Cécile Cochy (Chargée de mission au service des droits des femmes et de l'égalité, Ministère des affaires sociales), Martine Bernheim (Licra)

Compte-rendu rédigé par : J-C Alt

Relu et corrigé par Marianne Lagrue le : 08 02 2004

**Expérience dans le domaine des MGF :**

Professionnelle : Défense de demandeurs de statut de réfugié auprès de la commission des recours, sur la base de la crainte d'excision.

Associative : /

En France : oui

En Afrique : /

**Relations des expériences personnelles :**

En 2000-2001, un couple malien issu de la région de Kayes, a fait une demande de statut de réfugié auprès de l'Ofpra au motif de la crainte d'excision pour leur fille et des menaces pesant sur eux du fait de leur refus de l'excision.

Les demandes du mari et de la femme n'ont pas été faites en même temps, elle, étant arrivée en France plus tard. La demande du mari a été rejetée par l'Ofpra. Celle de la femme également après avoir longuement été entendue.

Les deux procédures ont été ensuite jointes et la commission des recours a jugé en section réunie, ce qui est assez rare. La commission des recours des réfugiés a, quant à elle, reconnu la qualité de réfugié. Il fallait pour cela remplir un certain nombre de conditions :

- 1- : la crainte devait représenter une persécution au regard du droit international. La commission a estimé que l'excision en était une.

- 2- : la menace devait être crainte avec raison. Le mari ayant déjà été agressé physiquement du fait de son refus de l'excision, c'était le cas.
- 3- : Ils devaient appartenir un groupe social menacé. La commission a estimé que c'était le cas car même si elles ne se connaissent pas en tant qu'entité réunie, toutes les personnes qui refusent l'excision au Mali appartiennent de facto à un groupe social menacé.
- 4- : les personnes ne peuvent pas se prévaloir de la protection de l'Etat. En effet, le Mali n'a pas transcrit dans son droit pénal les engagements pris au niveau du droit international et sa lutte contre l'excision n'est pas effective.

Une autre affaire concernant une famille somalienne avait été jugée le même jour par la commission des recours et avait débouché aussi sur la reconnaissance du statut de réfugié.

Ces deux décisions de la commission des recours ont été très critiquées par M. Laffont (Direction des Français à l'étranger et étrangers en France, Ministère des Affaires Etrangères) qui défend l'aspect culturel de l'excision.

### **Constat sur la situation en France :**

Auparavant, une décision accordant le statut de réfugié avait déjà été prise par la commission des recours pour une jeune femme malienne mais pas en sections réunies.

La notion d'asile interne risque à l'avenir de rendre plus problématique la reconnaissance du droit d'asile sur le fondement de crainte d'excision. Mais tout refuge contre l'excision est illusoire en l'absence de protection des autorités nationales. Par exemple, pas d'asile possible à Bamako.

Il y a eu depuis quelques cas de refus de la commission des recours. En revanche, il y a eu aussi des accords de statut de réfugiés sur la base de la crainte de mariage forcé.

En 1991, le secrétaire général de l'Ofpra a déclaré que l'excision était bien une persécution mais que le Mali offrait une protection suffisante (affaire Diop).

Le conseil d'état, en 1998, dans cette même affaire, a confirmé que l'excision était un traitement inhumain et dégradant.

### **Constat sur la situation en Afrique : /**

#### **Autres constats :**

Jurisprudence canadienne : elle applique la notion d'asile interne mais aussi une résolution (non contraignante) a été adoptée qui incite à prendre en compte les discriminations envers les femmes.

En Europe, des décisions accordant le statut de réfugié sur le fondement de la crainte d'excision ont été rendues en Belgique (3), Grande-Bretagne, Suède (en fait attribution d'un statut intermédiaire entre celui de l'asile territorial en France et celui du statut conventionnel de réfugié).

Aux USA et au Canada, des statuts de réfugié ont été aussi accordés sur cette base.

**Problèmes soulevés :**

**Solutions proposées :**

**Commentaires**

**Personnalités, institutions ou associations à contacter**

**Questions du groupe de travail :**

- 1- : Pouvez-vous me donner les coordonnées de l'avocate qui a défendu les Somaliens ?  
R : Valérie Paulhac.
  
- 2- : Avez-vous l'article de M. Laffont, si oui me le communiquer. Quelles sont ses qualifications ?  
R : Article de l'Express
  
- 3- : Pouvez-vous me communiquer ou me dire où je peux trouver (site internet ?) les avis de la commission de recours ayant débouché sur un refus et ceux liés à la crainte du mariage forcé ? idem pour les pays étrangers (Belgique, Canada...) et pour la décision du Conseil d'état.
  
- 4- Quelles sont les nationalités des personnes ayant obtenu le statut et celles à qui il a été refusé ? Y a-t-il une influence nette de la nationalité ? Celle-ci dépend elle plutôt du droit national (interdiction de l'excision) ou des pratiques traditionnelles d'excision du pays ou des 2 ?  
R : Cela dépend beaucoup des faits et de la situation du pays au regard de ces pratiques
  
- 5- Hormis les Conventions internationales sur les discriminations envers les femmes et celle des droits de l'enfant, connaissez-vous d'autres textes internationaux qui interdisent l'excision ?  
R : Convention contre la torture.
  
- 6- Vous paraît-il envisageable de faire référence à la convention contre la torture ?  
R : oui
  
- 7- Des procès pour excision ont-ils déjà eu lieu dans des pays africains ?  
R : ne sait pas.
  
- 8- La charte africaine des droits et du bien être de l'enfant qui condamne expressément les MGF (plus clairement que la convention internationale des droits de l'enfant) a-t-elle déjà été utilisée dans des pays africains ?  
R : ne sait pas.

## **Sources documentaires et internet**

- 13 - «Mise en œuvre de la prévention des MGF en Ile-de-France» (Rapport de la délégation régionale aux droits des femmes, sept. 1997)
- 14 - «Egalité Maintenant» site : [www.equalitynow.org/french/action](http://www.equalitynow.org/french/action)
- 15 - [www.arte-tv.com/science/excision/ftext](http://www.arte-tv.com/science/excision/ftext)
- 16 - [www.afrik.com/article7029.htmk](http://www.afrik.com/article7029.htmk)
- 17 - Les résolutions des Nations unies sont accessibles sur le site de la Commission des droits de l'homme de l'ONU.

## ANNEXE 2

### **Questionnaire pour les médecins responsables départementaux des PMI**

Q 1 : êtes-vous médecin généraliste, pédiatre, gynécologue ou autre spécialité ?

Q 2 : examinez-vous systématiquement le sexe des petites filles ? Pourquoi ?

Q 3 : avez-vous déjà observé des cas d'excision ? Si oui, de quel type ?

Q 4 : quelle a été votre attitude ?

Q 5 : avez-vous eu connaissance de cas d'excision dans votre département, ayant fait l'objet de signalement en justice ? Si oui, quelles suites judiciaires ont été données ?

Q 6 : combien d'enfants d'origine d'Afrique (hors Afrique du Nord) voyez-vous en consultation par an ? Quel pourcentage de la totalité des enfants représentent-ils ?

Q 7 : pouvez-vous préciser les origines nationales, régionales, voire ethniques ?

Q 8 : parmi ces enfants combien sont nés en France et combien dans le pays d'origine ?

Q 9 : pouvez-vous préciser la situation sociale des parents et de la famille : niveau d'instruction, profession, nombre d'enfants, polygamie ?

Q 10 : arrivez-vous à aborder le sujet de l'excision auprès des mères africaines ?

Q 11 : assurez-vous le suivi des grossesses ? Si oui, avez-vous observé des cicatrices ou séquelles d'excision chez des femmes enceintes ? Une telle observation vous incite t-elle à prendre des mesures médicales particulières ?

Q 12 : abordez-vous le sujet de l'excision avec les femmes enceintes ?

Q 13 : avez-vous une formation ou une expérience concernant le sujet des mutilations génitales féminines ? Si oui dans quel cadre ?

Q 14 : seriez-vous intéressé par une formation sur ce thème ?

Q 15 : êtes-vous limité dans votre travail par l'obstacle de la langue ? Disposez-vous si besoin d'un interprète ?

## ANNEXE 3

### CHRONOLOGIE JUDICIAIRE

#### **1er procès** : Décembre 1979

La XVI<sup>e</sup> Chambre correctionnelle du Tribunal de Grande Instance (TGI) de Paris a jugé cette affaire pour des faits remontants au 24 juin 1978. Il s'agit d'une excision qui a entraîné la mort, celle de Doua, âgée alors de trois mois et demi.

Seule l'exciseuse a été inculpée, les parents n'ont pas été inquiétés. Elle a comparu sous le chef d'accusation suivant : homicide involontaire. Elle sera condamnée à un an de prison avec sursis.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucune publicité mais a été reproduite dans une thèse de médecine légale.

#### **2e procès (\*)** : 27 janvier 1984

La XV<sup>e</sup> Chambre correctionnelle du TGI de Paris a condamné, M. Fousseyni Doukara, d'origine malienne et qui a revendiqué la responsabilité de l'excision, à un an de prison avec sursis, pour coups et blessures volontaires infligés à un enfant de moins de 15 ans.

En fait, il s'agissait de l'excision de sa fille Bintou, âgée alors de trois mois et demi. Cette dernière a été sauvée in extremis à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul (Paris XIII<sup>e</sup>) où elle est arrivée, déjà très anémiée, le 28 septembre 1980.

*(\*) En fait, M. Doukara a comparu pour la première fois devant la XV<sup>e</sup> Chambre correctionnelle de Paris, le 6 octobre 1982. Puis, le tribunal s'est donné un délai de réflexion jusqu'au 19 du même mois, puis jusqu'au 11 janvier 1983. Enfin, M. Doukara a comparu une seconde fois, le 13 janvier 1984, toujours devant la même Chambre, et sa condamnation n'a été effectivement prononcée qu'après une dernière période de réflexion.*

#### **3e procès** : 1<sup>er</sup> mars 1984

M. et Mme Traoré, de nationalité malienne, sont poursuivis à la suite de la mort le 13 juillet 1982 de leur fille Bobo, âgée de trois mois, sous le chef de non-assistance à personne en danger. En effet, l'excision avait été pratiquée par une exciseuse traditionnelle, dont l'identité n'a pas été révélée par le père.

Mais la XIV<sup>e</sup> chambre correctionnelle de Créteil a constaté, comme le soutenaient les associations parties civiles (SOS Femmes Alternative et la Ligue du Droit des Femmes, représentées par Me Linda Weil-Curiel), que les faits qui lui étaient déférés sous la qualification de non-assistance à personne en danger sont de nature à entraîner une peine criminelle et s'est déclarée incompétente le jeudi 1er mars 1984.

Cette décision d'incompétence sera confirmée par la Cour d'Appel de Paris mais l'arrêt sera cassé par la Cour de Cassation : les époux Traore poursuivis pour s'être abstenus d'avoir porté secours à leur enfant ne pouvaient être jugés pour d'autres faits (complicité de mutilation).

L'affaire sera renvoyée devant la Cour d'Appel d'Amiens, laquelle prononcera une peine de six mois d'emprisonnement avec sursis.

**4e procès : 9 mai 1986**

La XVème Chambre correctionnelle de Paris se déclare incompétente pour juger les époux Coulibaly qui ont fait exciser leurs six filles.

La Cour d'Appel confirmera ce jugement et les époux Coulibaly seront jugés par la Cour d'Assises de Paris en mars 1991 en compagnie de l'exciseuse.

**5e procès : 28 mai 1988**

La Cour d'Assises de Pontoise juge la première affaire directement instruite au criminel à la suite du décès d'un bébé. M. Baradji et ses deux épouses, d'origine Malienne, sont condamnés à trois ans de prison avec sursis, pour coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner sur enfant de moins de 15 ans, commis par ses père et mère. Il s'agissait de l'excision de leur fille Mantessa, âgée alors de six semaines.

Cette dernière est morte à son arrivée à l'hôpital de Saint-Denis, le 3 avril 1983. L'excision avait été pratiquée la veille et la fillette est décédée d'une anémie aiguë, conséquence de l'hémorragie qui a suivi l'opération.

**6e procès : 4 octobre 1989**

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Dalla Fofana, épouse Traoré, à trois ans de prison avec sursis pour complicité de coups et blessures volontaires ayant entraîné une mutilation. Sa fille Assa, âgée alors d'une semaine, a été excisée en juin 1984.

**7e procès : 22 juin 1990**

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné à cinq ans de prison avec sursis M. Saloum Soumaré, naturalisé français, qui a fait exciser sa fille alors âgée d'un an, à l'insu de sa mère française,.

Il a comparu pour «complicité de mutilation sur mineur».

Cette condamnation a entraîné sa déchéance de la nationalité française.

**8e procès (\*): 8 mars 1991**

Après deux jours de procès, la Cour d'assises de Paris a condamné M. Sory Coulibaly et sa femme Sérity à une peine de cinq ans de prison avec sursis, assortie d'une mise à l'épreuve de deux ans.

L'exciseuse Aramata Soukho, épouse Keita, quant à elle, a été condamnée à cinq ans de réclusion criminelle pour l'excision des six filles Coulibaly entre 1982 et 1983. C'était la seconde exciseuse condamnée en France, après la première affaire de 1979.

*(\*) Ce procès fait suite à l'arrêt rendu, le vendredi 10 juillet 1987, par la XIe Chambre de la Cour d'Appel de Paris. Cette dernière confirme, en fait, un jugement par lequel la XVe Chambre du tribunal correctionnel de Paris se déclarait incompétente.*

**9e procès : 27 juin 1991**

Après 9 jours de procès à huis clos, la Cour d'Assises de Bobigny a condamné à quatre ans d'emprisonnement dont un avec sursis la même exciseuse que dans l'affaire Coulibaly, responsable de la mort d'un bébé. (cf. 8e procès).

Ont été jugés de surcroît, quinze parents, maliens et sénégalais (dont les noms figuraient dans le carnet d'adresse de l'exciseuse), de 17 enfants excisés en France, toujours par Mme Keïta, entre 1980 et 1983.

Les parents (pères), pour trois d'entre eux, ont été relaxés ; les autres inculpés ont été condamnés à un an de prison avec sursis avec dispense d'inscription au B2 du casier judiciaire. Plusieurs cas seront disjointes.

La Cour d'Assises a, malgré la position du Parquet, déclaré irrecevable l'association partie civile qui n'a pu participer aux débats.

#### **10e procès : 8 janvier 1993**

Après deux jours de procès, la Cour d'Assises de Paris a condamné à cinq ans d'emprisonnement dont un ferme, Mme Teneng Fofana, épouse Jahate, Gambienne.

En août 1987, cette femme de 34 ans a fait exciser ses deux filles aînées (Kani & Djanké), âgées alors respectivement de un et deux ans.

#### **11e procès: 15 janvier 1993**

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné à cinq ans d'emprisonnement avec sursis Mme Coumba Gréou, épouse Diané, Malienne.

Cette dernière, 33 ans, a fait exciser et infibuler sa fille, Aboussatou, âgée alors d'un mois, en février 1991.

#### **12e procès : 2 février 1993**

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné M. Gangara Camara à quatre ans d'emprisonnement dont un mois ferme, et ses deux épouses à trois ans de prison avec sursis.

En 1991, ces parents, maliens, ont fait exciser leurs deux filles, âgées alors respectivement de cinq mois pour Mina et d'un an pour Malika.

#### **13e procès : 9 février 1993**

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné deux mères de famille maliennes, Taky Soucko, épouse Traoré et Oura yattabare, épouse Doukouré, à cinq ans de prison avec sursis.

Elles ont fait exciser leurs deux filles respectives, Assa T. (3 ans) et Fatoumata D. (2 ans et demi), le 26 mai 1989.

#### **14e procès : 7 avril 1993**

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné pour complicité M. Keïta, l'époux de Mme Aramata Souko, exciseuse (cf. : 8e et 9e procès), à cinq ans de prison dont six mois ferme.

#### **15e procès : 4 juin 1993**

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Diagouraga, épouse Tandian, malienne, à trois ans de prison dont six mois ferme, pour l'excision de sa fille, pratiquée en 1989.

**16e procès** : 13 septembre 1993

La Cour d'Assises de Paris a condamné M. et Mme Hydera, Gambiens, à respectivement un an de prison avec sursis pour l'excision de leur fille pratiquée en 1991.

**17e procès** : 20 octobre 1993

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Fofana, épouse Diarra, Malienne, à cinq ans de prison avec sursis pour l'excision de sa fille en 1987

**18e procès** : 10 novembre 1993

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné M. Traore à la peine d'un an d'emprisonnement avec sursis pour l'excision de sa fille en 1982 (cf arrêt du 27 juin 1991 à Bobigny)

**19e procès** : 5 janvier 1994

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné M. Diakhaby à deux ans d'emprisonnement avec sursis et son épouse à un an d'emprisonnement avec sursis pour l'excision de leur fille en 1987.

**20e procès** : 13 mai 1994

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné les époux Soumaré-Dembelé à quatre ans d'emprisonnement avec sursis pour l'excision de leurs deux filles en 1987 et 1989.

**21e procès** : 15 septembre 1994

La Cour d'assises de Paris a acquitté Mme Araba Traoré, Malienne, et M. Seneba Diarra, Mauritanien, qui avaient reconnu avoir fait exciser leurs filles respectives en 1984. Une Malienne de 48 ans, Hawa Gréou, considérée comme l'exciseuse ayant pratiqué l'excision sur les enfants, a été condamnée à un an de prison avec sursis pour «coups et blessures volontaires sur enfants de moins de quinze ans ayant entraîné une mutilation».

**22e procès** : 13 octobre 1995

Le Tribunal correctionnel de Compiègne a condamné un père de famille d'origine sénégalaise à 15 mois de prison ferme. Sa fille A., âgée de 11 ans, a été excisée au Sénégal malgré la mise en garde donnée par deux éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance qui suivaient la famille.

**23e procès** : 4 octobre 1996

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné M. Mahamadou Toure à un an d'emprisonnement avec sursis pour l'excision de sa fille en 1983 (cf arrêt du 27 juin 1991 de la Cour d'Assises de Bobigny)

**24e procès** : 24 octobre 1996

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné Mme Hadidja Ba, épouse Marega, d'origine sénégalaise, à 3 ans de prison, dont un ferme.

Elle a comparu pour avoir fait exciser, sur le territoire français, ses cinq filles (en 1987, 1992 et 1993).

**25e procès** : 7 février 1997

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné M. et Mme Haïdara, d'origine sénégalaise, à cinq ans de prison avec sursis, dont un an ferme pour le père.

Leurs deux filles Bintou et Aïcha ont été excisées en France en 1991 et 1994.

**26e procès** : 15 mai 1997

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Njie, épouse Gakou, d'origine Gambienne, à trois ans de prison avec sursis pour l'excision de sa fille pratiquée en Gambie en 1993.

**27e procès** : 20 octobre 1997

Le Tribunal Correctionnel de Reims a condamné des parents sénégalais à trois années d'emprisonnement avec sursis et à verser une amende de dix mille francs à chacune des filles.

Ces parents Sénégalais, âgés de 43 ans pour le père et 34 ans pour la mère, ont fait exciser leurs deux filles. Ces dernières étaient âgées, respectivement de huit et de dix ans, au moment des faits en 1994.

**28e procès** : 25 février 1998

La Cour d'Assises de Créteil a condamné M. et Mme Diako à trois années d'emprisonnement avec sursis.

Ces parents maliens ont fait exciser leur fille Soma, âgée de 5 ans au moment des faits sous la tente des Maliens de Vincennes en 1992.

**29e procès** : 18 mars 1998

La Cour d'Assises de Créteil a condamné M. Kanté et ses deux épouses à un an d'emprisonnement avec sursis.

Ces parents maliens ont fait exciser leurs trois filles en 1993.

**30e procès** : 16 février 1999

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Hawa Gréou, exciseuse malienne, à 8 ans d'emprisonnement, Madame Diénéba Cissé, épouse Koïta, (mère de Mariatou qui a porté plainte contre l'exciseuse) à deux ans d'emprisonnement, et les 25 autres parents à 5 ans d'emprisonnement avec sursis pour 22 d'entre eux et 3 ans avec sursis pour les 3 autres. Elle a également octroyé la somme de 13000 euros à chacune des 48 victimes au titre des dommages et intérêts.

**31<sup>e</sup> procès** : 15 mars 1999

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné Mme Diarra, épouse Kante et Mme Cissé, épouse Kante, à cinq ans d'emprisonnement avec sursis pour l'excision de leurs cinq filles en 1992

**32<sup>e</sup> procès** : 15 mars 2002

La Cour d'Assises de Bobigny a condamné M. et Mme Wagué à deux ans de prison avec sursis. Les Wagué avaient fait exciser leur fille Coumba à l'âge d'un an en 1990.

M. Diawara et ses deux épouses ont été condamnés à trois ans de prison avec sursis pour avoir fait exciser leurs six filles entre 1985 et 1989.

En plus, tous les accusés ont été condamnés à payer chacun 762 € en dommages et intérêts à chacune des quatre organisations de la partie civile.

**33<sup>e</sup> procès** : 10 janvier 2003

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Dianka à cinq ans d'emprisonnement avec sursis et 3 ans de mise à l'épreuve pour l'excision de sa fille en 1995, et à 12000 euros de dommages et intérêts au profit de cette dernière.

**34<sup>e</sup> procès** : 5 mars 2003

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Kante à 3 ans d'emprisonnement avec sursis et 3 ans de mise à l'épreuve pour l'excision de sa fille en 1998 et à 15000 euros de dommages et intérêts au profit de celle-ci (ramenée à 1500 euros par suite d'une erreur de plume de l'arrêt).

**35<sup>e</sup> Procès** : 13 janvier 2004

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Sall à 5 ans de prison avec sursis et 3 ans de mise à l'épreuve pour l'excision de ses 3 filles en 1991 et 1995, et à 15000 euros de dommages et intérêts pour chaque victime. L'exciseuse n'a pas été identifiée et serait morte au Mali...

**36<sup>e</sup> procès** : 30 janvier 2004

La Cour d'Assises de Paris a condamné Mme Sakiliba, épouse Dembelé, à 5 ans de prison avec sursis pour l'excision de sa fille, née en France, pratiquée au pays en 1995, et à 25000 euros de dommages et intérêts au profit de cette dernière.

Dans ces deux derniers cas, le père était opportunément absent au moment des faits et n'a pas été inquiété.