



HAL
open science

Prévention en milieu médical de l'excision en France : pistes d'amélioration

Alice Claudé

► **To cite this version:**

Alice Claudé. Prévention en milieu médical de l'excision en France : pistes d'amélioration. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01220571

HAL Id: dumas-01220571

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220571>

Submitted on 26 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Alice CLAUDÉ

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

<p>Prévention en milieu médical de l'excision en France : Pistes d'amélioration</p>
--

Soutenu le : 01 juillet 2015

JURY

Dr Philippe CHARLIER, médecin légiste, anthropologue, paléopathologue, Paris V et UVSQ
(directeur de mémoire)

Mme Nana CAMARA, formatrice au GAMS (experte des MGF)

Mme Claire DRAN, sage-femme, Département de Maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé
Simone Veil, UVSQ (référente pédagogique)

Mme Elodie PROT, sage-femme, Département de Maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé
Simone Veil, UVSQ (enseignante pédagogique)

Numéro national d'étudiant : 20903733

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt des poursuites pénales.

Remerciements

Je remercie sincèrement :

- Philippe CHARLIER, mon directeur de mémoire, grâce à qui notamment j'ai pu réaliser une enquête au Bénin, et Claire DRAN, ma référente pédagogique, pour m'avoir accompagnée tout au long du cheminement de ce travail ;
- Les étudiants de médecine en 5^{ème} et 6^{ème} année de l'Université de Parakou au Bénin, pour avoir accepté de participer à l'étude ;
- Florence FRANCILLON, sage-femme, et vice-présidente de Gynécologie Sans Frontières, pour ses conseils ;
- Nana CAMARA, pour l'aide apportée et sa présence le jour de la soutenance orale, et Aurélie HAMELIN-DESRUMAUX et Stéphane BOUNAN qui m'ont apporté leur expérience concrète ;
- Ma mère pour son soutien sans relâche et ses bons conseils, et Briac pour la relecture.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES ANNEXES	VII
LEXIQUE	VIII
RESUME	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCTION	1
1 ETAT DES LIEUX DE LA COUTUME	2
1.1 Définition des MGF	2
1.2 Origines des MGF dans le monde	2
1.3 Représentation géographique des MGF	3
1.4 Conséquences médicales des MGF	5
1.4.1 Risques médicaux à court terme	5
1.4.2 Risques médicaux à moyen et long terme	6
1.4.3 Conséquences obstétricales	6
1.4.4 Conséquences sexuelles, psychologiques et sociales	7
1.5 Données culturelles de l'excision	7

1.6 Raisons invoquées	8
2 ETAT DES LIEUX DES ACTIONS DE PREVENTION DANS LE MONDE	11
2.1 Historique de la prise de conscience internationale et de ses répercussions en Afrique	11
2.2 Prévention sur le continent africain	12
2.2.1 Tendances actuelles en Afrique	12
2.2.2 Un nouveau phénomène : la médicalisation des MGF	13
2.2.3 Facteurs d'évolution	14
2.3 Exemple du Bénin	16
2.4 Prévention en Europe	19
2.5 Prévention en France	21
2.5.1 L'immigration noire comme élément déclencheur d'une lutte active contre les MGF	21
2.5.2 Cadre législatif français	22
2.5.3 Politique gouvernementale et ses relations avec le monde associatif	25
2.5.4 Situation actuelle vis à vis des MGF en France	27
2.5.5 Formation des professionnels de santé	28
3 L'ETUDE	31
3.1 Hypothèses et objectifs	31
3.2 Matériel et méthode	31
3.2.1 Type d'étude et population étudiée	31
3.2.2 Choix de la population d'étude	32
4 RESULTATS ET ANALYSE	33
4.1 Caractéristiques de la population étudiée	33
4.2 Analyse transversale thématique	34
4.2.1 Phénomène de l'excision au Bénin	34
4.2.2 Ressenti personnel des étudiants concernant l'excision	36
4.2.3 La prévention contre l'excision au Bénin et en Occident	42

5 DISCUSSION : AMELIORER LE CONTENU DU DISCOURS DE PREVENTION EN FRANCE ET EVALUATION DES OUTILS UTILISES	46
5.1 Validité et limites de l'étude	46
5.2 Discussion des résultats	47
5.2.1 Outils de prévention créés pour le public	48
5.2.2 Guides destinés aux professionnels de santé	49
5.2.3 Préconisations	50
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	68

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire adressé aux étudiants en médecine béninois	68
Annexe II : Classification OMS des MGF	73
Annexe III : Représentation géographique des MGF en Afrique	74
Annexe IV : Situation au Bénin	76
Annexe V : Situation en Europe	79
Annexe VI : Situation en France	79

Lexique

AMSOPT : association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques néfastes

CNCDH : commission nationale consultative des droits de l'Homme

DGS : direction générale de la santé

EDS : enquête démographique de santé

EIGE : european institute for gender equality

FIGO : international federation of gynecology and obstetrics

FRA : european union agency for fundamental rights

GAMS : groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants

INED : institut national d'études démographiques

MGF : mutilations génitales féminines

MICS : enquête à indicateurs multiples

OMS : organisation mondiale de la santé

ONG : organisation non gouvernementale

UNESCO : organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

UNFPA : fonds des Nations unies pour la population

UNICEF : fonds des Nations unies pour l'enfance

Résumé

Introduction et objectifs

La pratique des Mutilations Génitales Féminines (MGF) reste un problème français malgré les progrès accomplis depuis les années 1970, et les intervenants en milieu médical jouent un rôle important de prévention. Toutefois, le constat est fait de difficultés persistantes à prendre en charge la question. Cette étude a pour objectif, sur la base d'un état des lieux de la prévention en milieu médical, de trouver des pistes d'amélioration : outils utilisés et contenu. Le but final étant d'éclaircir la place du soignant vis à vis de cette problématique et de faciliter ses interventions.

Matériel et méthodes

Une enquête par questionnaires a été réalisée à l'Université de Parakou au Bénin auprès d'étudiants en médecine. Elle cherche à évaluer à travers eux le phénomène de l'excision au Bénin, leur ressenti vis à vis de cette pratique, et de recueillir leur opinion sur la prévention effectuée au Bénin et en Occident pour en tirer des pistes d'amélioration de la prévention transposables en France. Une revue bibliographique et la réalisation d'entretiens auprès de spécialistes français des MGF ont permis d'approfondir ces résultats.

Résultats et conclusion

Des analyses effectuées, il ressort qu'une formation plus précise des professionnels sur les MGF est nécessaire. Il convient également d'intégrer davantage les hommes lors des consultations des patientes. Le sujet restant difficile à aborder, une convergence entre actions de communication interpersonnelles et publiques est à rechercher. Face à une argumentation multiforme, dense, et diversement reçue par la population concernée, il convient également de mettre en valeur les arguments médicaux en les explicitant, ainsi que les arguments législatifs non limités à la France. Adopter une posture moins asymétrique avec les patientes ou leur famille et adapter la prise en charge au cas par cas font également partie des bonnes pratiques.

Mots-clés : Mutilations sexuelles féminines, prévention, professionnels de santé

Abstract

Introduction and objectives

The practice of Female Genital Mutilation (FGM) remains a problem in France despite the progress made since the 1970s and medical personnel plays an important role in preventing it. Nevertheless, persistent difficulties to address this problem are reported. Based on an assessment of said prevention in the medical sphere, this study aims at finding ways to improve it, used tools and contents, the final goal being the clarification of the medical staff's role regarding this issue and the facilitation of their interventions.

Tools and methods

A survey was carried out at the University of Parakou, Benin, involving medicine students. The goal is to evaluate through their answers the phenomenon of excision in Benin, their stance regarding the practice, and to gather their opinion on prevention in both Benin and Western countries to find improvements that could be introduced in France. A bibliographical review and interviews with French specialists of FGM brought more depth to the study.

Results and conclusion

Performing this analysis raises the need to further educate medical personnel on the issue of FGM. Men should also participate more during appointments. Since the subject is still taboo, synergy between interpersonal and public communication is to be attained. Aside from a dense, multiform argument that is differently received by the concerned population, underlining medical arguments and legal arguments outside of France is essential. Adopting a less asymmetrical stance with patients or their families and adapting the treatment on a case by case basis are also good practices.

Keywords : Female genital mutilation, prevention, medical staff

Introduction

Les MGF représentent une pratique coutumière ancestrale perpétuée dans diverses régions du monde et l’Afrique est le continent où elles sont le plus pratiquées. Dans le monde, 125 millions de filles et de femmes sont victimes de MGF [1]. Ses formes varient selon les régions et les ethnies, allant de la clitoridectomie à l’infibulation. Une prise de conscience internationale s’est réellement amorcée à partir des années 70-80, faisant intervenir les différentes organisations mondiales et les pouvoirs publics, pour mettre les MGF au centre du débat. Les MGF sont également devenues un problème « européen » du fait de migrations de populations. En France, l’immigration africaine est représentée essentiellement par des populations d’Afrique de l’Ouest. L’excision y est pénalisée depuis 1979 et de nombreux procès ont eu lieu [2]. Aujourd’hui, 53 000 femmes adultes sur le territoire français seraient excisées [3]. Ce constat amène à développer une politique de prévention à différents niveaux. Ce mémoire a pour objectif d’une part d’effectuer un état des lieux de la prévention en France dans le milieu médical, puis de trouver des pistes d’amélioration du contenu de celle-ci. Plus précisément, il a pour but d’éclaircir la place du soignant en consultation et les moyens d’action en milieu médical, sur la base du constat que bien que ce milieu soit privilégié pour aborder le sujet avec les personnes concernées, des difficultés importantes subsistent [4, 5]. Pour cela, une enquête par questionnaires a été réalisée au Bénin, auprès d’étudiants en médecine en 5^{ème} et 6^{ème} années, afin d’en tirer des pistes d’amélioration sur les modalités et le contenu du discours de prévention. Baignés de leur culture africaine mais aussi représentants du monde médical, leur avis sur la question permettrait d’adapter nos discours à des réalités culturelles. Ces résultats seront dans un deuxième temps discutés par le biais de trois entretiens menés avec : deux membres d’associations luttant contre l’excision, et un gynécologue-obstétricien impliqué dans la problématique des MGF et pratiquant la réparation de l’excision.



1 Etat des lieux de la coutume

1.1 Définition des MGF

Elles sont définies par l'OMS selon quatre types distincts : (**annexe II**).

❖ **Type I : Clitoridectomie :**

Ablation partielle ou totale du clitoris, et plus rarement, du prépuce seulement (appelé également capuchon clitoridien). On l'appelle circoncision « sunna », en raison de sa fréquence dans certaines sociétés musulmanes.

❖ **Type II : Excision** (forme la plus répandue) :

Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

❖ **Type III : Infibulation :**

Aussi appelée « circoncision pharaonique », il s'agit du rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en rapprochant les grandes lèvres par une suture, ne laissant qu'un minuscule orifice afin que les urines et les saignements menstruels s'écoulent. Elle est accompagnée ou non de l'ablation du clitoris.

❖ **Type IV :**

Correspond aux autres opérations néfastes pratiquées sur les parties génitales à des fins non médicales, à savoir : piqûre, perforation, incision, défloration rituelle, élongation, raclage, introduction de substances corrosives et d'aromates dans le vagin.

Près de 90% des MGF incluent une clitoridectomie, une excision, ou une « entaille » des organes génitaux, et 10% sont des infibulations.

1.2 Origines des MGF dans le monde

Les MGF ont une origine incertaine, mais qui est très ancienne. La première mention de l'excision date du II^{ème} siècle avant notre ère, des papyrus l'attestant, en Egypte d'abord, mais aussi en Ethiopie, en Syrie et en Perse. Le terme d'« excision pharaonique » vient

d'ailleurs de cette origine, et désigne au sens actuel le type III de la classification OMS, soit l'infibulation. On a d'ailleurs retrouvé des momies égyptiennes infibulées.

Plus tard, Soranos d'EPHESE, médecin et premier gynécologue à Rome au II^{ème} siècle de notre ère, décrit l'excision dans son ouvrage intitulé *Maladies de femmes*, comme procédé esthétique et hygiénique. [7]

Durant le Moyen-Age (XIII^{ème} siècle), AVICENNE, puis Albert LE GRAND, représentant de l'école d'AVICENNE affirmaient que l'excision permettrait de réduire la masturbation féminine. [8]

Au cours du siècle des Lumières, DIDEROT, dans l'*Encyclopédie*, compare le clitoris au pénis de l'homme et préconise l'ablation d'une partie de l'organe lorsqu'il est trop proéminent.

En occident, au XIX^{ème} siècle, on pratiquait l'excision pour soigner l'hystérie, la nymphomanie, et la masturbation. Certains médecins ont proposé des bandages, des ceintures ou corsets pour éviter l'onanisme chez les femmes. Paul BROCA a même tenté une infibulation chez une enfant de cinq ans qui se masturbait.

Aux Etats-Unis, L'Orificial Surgery Society plaidait pour la suppression du clitoris car « *le diable y logeait* », et la pratique a perduré jusqu'en 1925 en Occident.

1.3 Représentation géographique des MGF

Selon un rapport de l'UNICEF datant de 2013, environ **125 millions de jeunes filles et de femmes** dans le monde sont excisées ou infibulées dans les 29 pays d'Afrique, et certains pays du Moyen-Orient où se concentrent ces pratiques [1]. Selon l'OMS, chaque année, trois millions de filles et de femmes sont concernées par ce type d'intervention [6]. Cette pratique est identifiée statistiquement essentiellement en Afrique subsaharienne, dans une vaste zone intertropicale transcontinentale, mais aussi dans certains pays du Moyen-Orient (Egypte surtout, Iraq, Yémen). A noter qu'un cinquième des victimes de ces pratiques vivent en Egypte (**annexe III A**).

Les types I et II selon la classification de l'OMS sont principalement retrouvés en Afrique de l'Ouest, au Nigeria, et dans certaines ethnies d'Afrique centrale et orientale.



Le type III est lui localisé en Afrique de l'Est : Egypte, Erythrée, Soudan, pays de la corne de l'Afrique (Djibouti, Somalie, l'Ethiopie), Nord-Est du Kenya, et exceptionnellement certaines zones du Mali (chez les Bambara) et du Nigeria.

Dans beaucoup de pays, la collecte des données concernant les MGF est relativement récente. Depuis 20 ans, deux types d'enquêtes sont réalisés auprès des ménages : les études démographiques et de santé (EDS) financées par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) financées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Dans les deux types d'enquêtes, les femmes interrogées sur elle-même et leur(s) fille(s) sont âgées de 15 à 49 ans. Toutes les statistiques présentes dans ce mémoire seront issues de la récente publication de l'UNICEF en 2013 : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique de la dynamique des changements*, qui regroupe les EDS et les MICS des 29 pays concernés par les MGF. Les pays peuvent être classés en cinq groupes par prévalence : pays à forte prévalence, pays à prévalence modérément élevée, pays à prévalence modérée, pays à faible prévalence, et pays à très faible prévalence (**annexe III B**).

Une bonne régression des MGF est observée dans les pays ayant une prévalence modérée, faible à très faible : comme le Kenya, et la Tanzanie par exemple. Le Burkina Faso également a participé à une régression significative, bien qu'il soit un pays à prévalence modérément élevée. Par contre, la régression est quasiment inexistante dans les pays ayant les plus forts taux d'excision, comme la Somalie, le Soudan, l'Egypte, Djibouti, l'Erythrée, la Guinée. Les pays sont classés par prévalence de l'excision. Néanmoins, le découpage colonial n'a pas tenu compte des ethnies, or il y a de grandes disparités des usages et coutumes au sein des Etats : certaines ethnies ne pratiquent pas du tout l'excision contrairement à d'autres. La prévalence des MGF au niveau national est une donnée importante, mais elle ne permet pas d'évaluer les différences entre les régions d'un même pays.

Ces différences interrégionales sont d'autant plus grandes que la prévalence au niveau national est faible : c'est le cas du Bénin par exemple : Les Bariba, les Yoa, les Lokpa et les Peul sont les ethnies avec les plus forts taux d'excision dans ce pays et sont concentrées dans les régions Borgou (59%), Alibori (48%), Donga (48%), et Atakora (18%). Les autres ethnies ne la pratiquent pas ou peu. Cela peut s'expliquer par le fait que le mélange de populations ne pratiquant pas l'excision avec des populations la pratiquant a un effet positif sur la diminution

du phénomène. Les populations la pratiquant constatent que les populations voisines ne font l'objet d'aucune sanction sociale. Certains réseaux sociaux comme l'école, le travail, ou les lieux de culte participent au brassage des comportements sociaux.

Au contraire, dans les pays à forte prévalence, les différences sont plus faibles. C'est le cas entre autres de la Guinée où la prévalence des MGF est très élevée partout. Les personnes ont peu l'occasion de côtoyer des femmes et des filles non excisées.

Par ailleurs, les chiffres nationaux de prévalence de l'excision demandent à être relativisés, étant donné l'extrême difficulté de recueillir des données fiables. D'une part, la disponibilité des données varie selon les pays. D'autre part, les statistiques sont basées sur des auto-déclarations, qui doivent être traitées avec précaution car il s'agit d'un sujet tabou. Une femme peut hésiter à parler ouvertement de ce qu'elle a subi. Elle peut également ne pas savoir qu'elle a été excisée ou infibulée. Enfin, le caractère illégal de la pratique est également un élément pouvant interférer avec le caractère exact des déclarations. Tous ces éléments peuvent concourir à une sous-estimation des chiffres statistiques.

Avec l'immigration, les pays occidentaux observent aussi le phénomène des MGF : Canada, Etats Unis, Australie, mais aussi l'Europe : Allemagne, Suède, Belgique, Suisse, Grande-Bretagne, Italie et France. D'après l'OMS [6], on estime aujourd'hui que **près de 5% des victimes de l'excision vivent dans des pays du Nord, soit plus de 6,5 millions de filles et de femmes.**

1.4 Conséquences médicales des MGF

1.4.1 Risques médicaux à court terme

De nombreux risques [6, 9] sont inhérents à la pratique de l'excision. En premier lieu, l'**hémorragie** est l'une des causes les plus courantes de décès liés à l'excision. En effet, le clitoris est une zone richement vascularisée. Vient ensuite la **douleur aigue**, l'excision se faisant de façon traditionnelle sans anesthésie ; la possible **transmission du VIH et/ou du tétanos** liée à la non stérilisation des instruments utilisés ; les **infections** vulvaires (phlegmons, abcès) et urinaires, pouvant parfois entraîner une septicémie. La **rétention d'urine** est également possible, et des **lésions des organes de voisinage** (urètre, vessie, rectum) car le geste n'est pas toujours précis et la fillette se débat souvent violemment.

1.4.2 Risques médicaux à moyen et long terme

Des **infections pelviennes récidivantes**, pouvant d'ailleurs conduire à une **stérilité définitive** sont possibles. Parfois, lors de la pratique d'une MGF de type I ou II, une infibulation accidentelle survient secondairement, par accolement des bordures des petites lèvres entaillées. Cela s'appelle la **pseudo-infibulation**. Des **difficultés menstruelles** (hématocolpos) peuvent survenir en cas d'infibulation. La cicatrisation peut s'avérer difficile, avec formation de **kystes chéloïdes** (bourrelets cicatriciels formant un excès de tissu conjonctif), de **kystes dermoïdes** (inclusion dans la cicatrice de tissus cutanés, de glandes sébacées sécrétrices, de follicules pileux) et d'**abcès**. Le **névrome du nerf dorsal du clitoris** constitue un emprisonnement du nerf clitoridien dans la cicatrice. La zone devient alors très sensible aux contacts notamment par frottement ou lors des rapports sexuels. [6, 9]

1.4.3 Conséquences obstétricales

Au niveau obstétrical, une étude de l'OMS datant de 2006 [10] compare les devenir obstétricaux des femmes excisées versus non excisées. Les femmes incluses dans l'étude étaient originaires du Burkina Faso, du Ghana, du Kenya, du Nigéria, du Sénégal et du Soudan, c'est à dire des pays pratiquant à la fois les types I, II, et III de l'OMS. Elles ont été examinées avant l'accouchement et leur mutilation a été classée selon les types OMS. Elles ont été suivies jusqu'à leur sortie de la maternité. Les femmes ayant subi des MGF ont un risque augmenté de **césarienne**, d'**épisiotomie**, de **déchirure compliquée**, d'**hémorragie du post-partum**, d'**hospitalisation prolongée de la mère**, de **réanimation du nouveau-né**, de **naissance d'un enfant mort-né ou de décès néonatal précoce**. On estime que les MGF entraînent une surmortalité périnatale de un ou deux décès pour 100 accouchements. Il semble également que le risque augmente avec l'ampleur de la mutilation. La morbi-mortalité néonatale augmentée s'explique par le fait que le travail et l'accouchement sont plus longs quelque soit le type de mutilation, par dystocie de dégagement, surtout dans le cas de l'infibulation sans désinfibulation, avec un risque augmenté d'hypoxie fœtale. Quelque soit le type de MGF, des **déchirures périnéales** plus importantes sont possibles lors de l'expulsion du fœtus, notamment des déchirures antérieures dues à une fibrose entre la zone cicatricielle et le pubis. Ces déchirures sont là aussi sources d'hémorragies, et de **fistules**. Les fistules peuvent être de deux types : vésico-vaginales ou recto-vaginales, avec possible incontinence

ou gêne lors de la miction et des rapports sexuels. Les fistules sont largement rencontrées en Afrique dues à un travail obstétrical long, entraînant une nécrose par fixation de la tête fœtale contre les organes sous-jacents (par exemple la vessie).

1.4.4 Conséquences sexuelles, psychologiques et sociales

En premier lieu [11], la réduction anatomique du clitoris peut provoquer une **altération de la sensibilité sexuelle**. Cependant, les femmes n'éprouvent pas obligatoirement un sentiment de déficit subjectif, et il existe des variations selon les femmes et selon les types de mutilations. Des **douleurs** lors des rapports sexuels sont possibles, dues à la présence de névromes sur la cicatrice ou d'un rétrécissement de l'orifice vaginal, pouvant entraîner une altération du plaisir sexuel. Un **stress post-traumatique** [12] dû à la violence du geste peut être la conséquence de la MGF, surtout si elle n'était pas consentie par la jeune fille, à l'origine d'angoisses, de dépression, de mal être tout au long de la vie. L'excision peut représenter une réduction symbolique de la féminité avec un impact de l'image du corps et de l'estime de soi. Cela est accentué chez la femme excisée immigrée qui se confronte à des habitudes sociales différentes et qui se compare aux femmes non excisées. L'accouchement peut être un moment très douloureux, au cours duquel le traumatisme de la mutilation est revécu.

1.5 Données culturelles de l'excision

L'excision peut être pratiquée à différents âges de la vie : à la naissance, chez le nourrisson, chez l'enfant, chez l'adolescent, au moment du mariage ou de l'accouchement. Cependant, elle est pratiquée à des âges de plus en plus jeunes, la plupart du temps dans la petite enfance. Cette diminution de l'âge est visible depuis le début des efforts de prévention et surtout de la mise en place de la pénalisation. L'excision est de moins en moins accompagnée de célébrations rituelles. Cela s'accroît également par l'immigration. Cela peut s'expliquer pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la peur de la répression des autorités pousse les familles à pratiquer l'excision dans le secret. La MGF du nourrisson passera plus facilement inaperçue que celle d'un enfant en âge de parole, et fréquentant l'école, de surplu éloigné de sa culture traditionnelle, donc moins enclin à adhérer. De plus, le Dr FOLDES [13], médecin français à l'origine de l'intervention de la chirurgie réparatrice de l'excision,

explique que certaines femmes veulent limiter les souvenirs de douleur de leur enfant, des souvenirs qui s'effaceraient avec le temps. Certaines personnes pensent également que les nouveaux-nés souffrent moins que les enfants et les adultes.

Selon Sokhna FALL [14], thérapeute, et spécialiste en victimologie, interviewée sur TV5 Monde, dans le programme « Africanités », le choc psychotraumatique serait exacerbé chez les nourrissons par rapport aux enfants. Cela s'explique par le fait que le bébé est « pris par surprise » alors qu'il ne s'y attendait pas, avec une notion de trahison de la part de ses parents en plus de la douleur physique insupportable. Auparavant, bien que la coutume demeure inacceptable, les jeunes filles étaient préparées psychologiquement dans les villages traditionnels à passer du monde des enfants au monde des adultes.

Il s'agit soit de praticiens traditionnels (matrone, accoucheuse, souvent une femme âgée), soit de personnels de santé (médecin, infirmier, sage-femme). La médicalisation de l'excision est un phénomène en augmentation et est d'usage notamment en Egypte, au Soudan, et au Kenya.

Dans l'excision traditionnelle, divers instruments peuvent être utilisés, comme un couteau, un rasoir, des ciseaux, ou un bout de silex. La suture est pratiquée dans les villages avec des épines d'acacia ou des baguettes de bois. D'après Françoise COUCHARD [15], professeur en psychologie clinique et pathologique à Paris X, dans son livre *L'excision*, des aliments permettant de prévenir l'hémorragie et les infections, et favoriser la cicatrisation, peuvent être utilisés.

L'excision peut avoir lieu près du village, ou chez l'exciseuse, toujours à l'écart des hommes. Néanmoins, ces dernières années, du fait de la répression, elle a davantage lieu au domicile ou en milieu hospitalier.

1.6 Raisons invoquées

❖ Notion de coutume, maintien de la tradition :

Ces mutilations représentent une tradition immémoriale [9, 15], de transmission orale de générations en générations. Il y a une obéissance aveugle à la coutume, dictée par les ancêtres.

❖ Maintien de la cohésion sociale :

Selon l'analyse de C. BICCHIERI partagée par d'autres chercheurs et observateurs, la pratique des MGF représente une norme sociale [16]. Le plus grand enjeu de l'excision par la



communauté est le mariage, car il permet une reconnaissance sociale de la femme, qui pourra ensuite devenir mère, et être insérée dans la société.

❖ **Contrôle de la sexualité féminine :**

L'excision permet dans certains cas une réduction de la sensibilité de clitoris, effet parfois recherché pour exercer un contrôle de la sexualité féminine : pour préserver la virginité des jeunes filles avant le mariage, assurer leur fidélité, et pour augmenter le plaisir de l'homme dans le cas de l'infibulation (car le vagin est plus étroit).

❖ **Passage initiatique :**

D'après les travaux de Mircea ELIADE en 1976 sur les rites de passage et les sociétés secrètes [17] : « *On comprend généralement par initiation un ensemble de rites et d'enseignements oraux, qui poursuit la modification radicale du statut religieux et social du sujet à initier. Philosophiquement parlant, l'initiation équivaut à une mutation ontologique du régime existentiel. A la fin de ses épreuves, le néophyte jouit d'une tout autre existence qu'avant l'initiation : il est devenu un autre.* ». L'excision est destinée à initier les fillettes à leurs futures conditions de femmes, visant à les intégrer socialement dans la communauté en intégrant un nouveau statut. Il s'agit de l'écriture sur le corps de l'identité sexuelle. [18]

❖ **Religion :**

Une croyance assez répandue est celle de dire que les MGF sont prescrites par l'Islam. Cela est erroné, car elles sont ou ont été pratiquées par toutes les religions au cours des siècles. En outre, les MGF ne sont prescrites dans aucun texte religieux, qu'il s'agisse du Coran, de la Bible, ou du Talmud. Pour autant, elles sont assimilées comme telles et cela contribue à la poursuite de ces pratiques dans un certain nombre de régions. Le conseil d'administration du Centre islamique international pour la recherche et les études sur la population, a d'ailleurs écrit, avec le soutien de l'Unicef, en 2013, un rapport intitulé : *Excision : entre utilisation incorrecte de la science et compréhension erronée de la doctrine*, qui explique le non fondement de cette croyance. [19]

❖ **Hygiène, pureté, esthétisme :**

Natacha CARBONNE, Docteur en sociologie et spécialiste des MGF, écrit que des considérations hygiéniques et esthétiques existent [9]. Les organes génitaux féminins à l'état naturel sont considérés comme laids et sales, ils sentent mauvais et sont sujets aux microbes.

Les petites lèvres sont inesthétiques. Il faut donc les retirer pour rendre la femme belle et plus féminine.

❖ **Mythe d'androgynie et bisexualité originelle**

Beaucoup de peuples en Afrique, croient dans le fait que l'enfant est un être androgyne bisexuel, donc indifférencié sexuellement. Pierre ERNY, professeur en ethnologie, philosophie, psychologie, et théologie, explique ce mythe d'androgynie dans son ouvrage intitulé : *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*, en 1980 : « le garçon est femme par son prépuce, la fille mâle par son clitoris. On comprend ainsi une des raisons d'être des mutilations sexuelles : la circoncision qui coupe le prépuce confirme le garçon dans le sexe auquel il était apparemment destiné ; l'excision qui supprime le clitoris débarrasse la fille de son principe mâle ». A l'âge adulte, l'homme et la femme s'unissent, recréant l'union idéale gémellaire. [20]

❖ **Mythes de fécondité et accouchement :**

Toujours d'après les mythes de l'androgynie et de la bisexualité originelle, le clitoris, trace de l'homme chez la femme, doit être retiré, au risque de nuire à la fertilité. L'excision favoriserait la fécondité. Le clitoris apparaît comme une menace pour le nouveau-né au moment de l'accouchement en faisant obstacle ou en le blessant par exemple. [17]

2 Etat des lieux des actions de prévention dans le monde

2.1 Historique de la prise de conscience internationale et de ses répercussions en Afrique

En 1936, une occidentale, Annie DE VILLENEUVE, assiste à une excision à Djibouti. Elle est la première à décrire le geste [21]. Jusque dans les années 1970, c'est un sujet qui reste tabou chez les africains, et l'excision reste méconnue.

En 1973, Franziska HOSKEN, fondatrice du Women's International Network Win News, les redécouvre. Horrifiée, elle publie un rapport militant et féministe. La polémique est lancée. En 1977, Benoite GROULT écrit *Ainsi soit-elle* [22]. Edmond KAISER, fondateur de Terre des Hommes, dénonce l'OMS de ne pas agir devant une telle pratique. Jusqu'à présent en effet, l'OMS n'avait jamais émis d'avis sur la question, ne voulant pas interférer avec des pratiques traditionnelles. En 1975 donc, l'OMS décide de reconnaître les MGF comme néfastes, mais aucun plan d'action ou élément de réponse n'est donné. En 1979, un séminaire est organisé à Khartoum, par l'OMS, sur « *les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants* ». Le bilan repose sur la nécessité de la mise en place d'une politique de prévention et d'éducation des populations. On est ici aux balbutiements d'une réflexion autour des mutilations sexuelles féminines, qui ne fera que s'accroître dans les années suivantes par la publication de nombreux livres féministes, tels que *La parole aux négresses* d'Awa THIAM en 1978, *L'enterrée vive* et *Bouches cousues* de Renée SAUREL en 1985, et bien d'autres. Dans les années suivantes, de nombreux colloques se succèdent. En 1984 est créé le Comité Interafricain chargé de suivre l'évolution dans chaque pays du continent africain. La dénomination de « Mutilation génitale féminine » comme dénomination internationale est adoptée lors de la conférence régionale du Comité interafricain en 1990. Jusque dans les années 1990, les campagnes de prévention utilisaient uniquement des arguments médicaux pour convaincre les populations. Ceux-ci ont eu, selon certains auteurs, pour effet de développer le phénomène de « médicalisation » de l'excision.



Progressivement, les MGF ont été mises en avant comme des violations des droits de l'Homme. A partir de ce constat, de nombreux traités et consensus internationaux vont à l'encontre les MGF car celles-ci privent les femmes de certains droits : à l'intégrité physique et mentale, à ne pas être soumise à la violence, au niveau de santé maximal, à ne pas subir de discrimination fondée sur le sexe, à ne pas subir de torture ni de traitements cruels inhumains et dégradants, à la vie (lorsque les MGF entraînent la mort).

Des associations se forment et s'engagent. Aujourd'hui, de nombreux partenaires, notamment les institutions internationales, les gouvernements, les ONG et la société civile, des groupes religieux et des communautés traditionnelles s'unissent. L'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies de la Résolution sur *l'Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines* le 20 décembre 2012 représente une avancée importante dans le processus mondial pour mettre fin aux MGF car elle incline les Etats « à adopter une approche globale, respectueuse des différences culturelles et systématique qui intègre une composante sociale et soit fondée sur les principes relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes ». [23]

2.2 Prévention sur le continent africain

2.2.1 Tendances actuelles en Afrique

Les efforts de prévention contre les MGF en Afrique constituent un phénomène récent en Afrique, poussé par une prise de conscience internationale. Des données statistiques fiables concernant la pratique sont indispensables afin d'identifier notamment les dynamiques sociales à l'origine de son déclin. Dans cet objectif, l'UNICEF a publié son premier rapport statistique en 2005, puis un deuxième en 2013, concernant les 29 pays pratiquant les MGF. D'après ce dernier rapport [1], la régression de la pratique en Afrique est visible à travers plusieurs tendances : elle concerne les femmes et les filles, mais aussi les hommes. Les attitudes évoluent de manière comparable chez les hommes et chez les femmes. Il est souvent considéré que les MGF sont en partie le résultat d'un contrôle patriarcal sur les femmes, et que les hommes en sont donc les défenseurs. D'après cette étude, il semble que ce ne soit pas le cas, et que dans certains pays comme la Guinée, la Sierra Leone et le Tchad, bien plus d'hommes que de femmes souhaitent mettre un terme aux MGF. D'autres enquêtes concluent que dans tous les pays disposant de données, les femmes sous-estiment systématiquement la

proportion d'hommes souhaitant abandonner les MGF. Les adolescentes de 15 à 19 ans sont plus nombreuses que leurs aînées de 45 à 49 ans à vouloir abandonner la pratique des MGF, ce qui montre que les MGF ont reculé pendant environ trois décennies. Cependant, certains autres pays n'observent pas de baisse significative de la prévalence des MGF. Il s'agit par exemple du Mali, du Sénégal, de la Guinée-Bissau, de la Somalie, du Soudan, du Tchad, et du Yémen.

2.2.2 Un nouveau phénomène : la médicalisation des MGF

Bien que de façon globale les MGF aient tendance à régresser, un nouveau phénomène apparaît : celui de la médicalisation de l'excision. La médicalisation des MGF désigne le recours à un professionnel de santé au lieu d'un tradipraticien, avec l'utilisation d'instruments médicaux, de médicaments comme des antibiotiques ou des anesthésiques, dans un établissement médical ou non. La médicalisation accrue des MGF peut être attribuée au fait que la prévention est essentiellement basée sur la mise en exergue des risques médicaux dus à l'intervention elle-même. C'est l'effet pervers des arguments médicaux, car ils peuvent laisser penser que la médicalisation permet de supprimer ces risques : notamment concernant la douleur liée au geste, aux infections, et au risque hémorragique. Pourtant, la médicalisation masque des complications toujours aussi importantes à moyen et long terme. L'Égypte est le seul pays ayant autorisé temporairement la médicalisation de l'excision, de 1994 à 2008 [1]. Dans les pays qui pratiquent la médicalisation de l'excision, la pratique des MGF est beaucoup plus difficile à éliminer [24].

La médicalisation a été à de nombreuses reprises condamnée : par l'OMS d'abord, puis par la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies. La médicalisation a ensuite été récréée par des nombreuses associations médicales professionnelles, comme la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), des organismes internationaux, des gouvernements et des Organisations Non Gouvernementales (ONG) dans les années 1990. En 2010, l'OMS a publié une déclaration intitulée : *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines* [25]. Cette publication explique notamment les raisons pour lesquelles certains professionnels de santé acceptent de les pratiquer : pour certains, c'est par conviction car ils appartiennent à la communauté pratiquant les MGF. Pour d'autres, ils estiment que les conséquences sanitaires seraient moindres si le geste était pratiqué en milieu hospitalier que par un tradipraticien. Enfin,

certaines le font pour une motivation économique.

2.2.3 Facteurs d'évolution

2.2.3.1 Prévention efficace

Différentes organisations internationales des Nations-Unies soutiennent le mouvement d'abolition de l'excision, tels que l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO, l'UNFPA. Une journée internationale de tolérance zéro à l'égard des MGF a été créée. Ces organisations assurent un suivi étroit de l'évolution de la pratique et diffusent largement des documents d'information et de réflexion. Diverses associations de la société civile mènent des actions, en Afrique comme en Europe. Il s'agit notamment de Excision Parlons-En ! , le GAMS, Tostan, Equilibres et Populations, et le Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles.

Tostan par exemple, avec ses actions au Sénégal, met en œuvre un « programme de renforcement des capacités » qui dure trois ans et qui ne se focalise pas sur l'excision mais qui amène à débattre plus largement sur les droits humains, à développer les connaissances en matière de santé de la population, le tout par le biais de « causeries » réalisées dans la langue locale, mais aussi à lire et écrire dans la langue maternelle. Le film *L'appel de Diégoune* [26], tourné en 2008 raconte l'histoire d'un village sénégalais ayant abandonné la pratique de l'excision, grâce au travail de « facilitatrices » engagées sur le terrain. De nombreux témoignages de femmes, d'hommes, de personnes âgées, de chefs religieux et coutumiers sont enregistrés. Les risques de décès et les difficultés lors de l'accouchement sont mis en avant par les femmes de la communauté et l'infirmier du village.

Equilibre et populations est un autre exemple d'association faisant des actions de prévention, celle-ci intervenant au Mali dans le district sanitaire de Kayes, avec l'association AMSOPT (Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques néfastes). Le film *Les chemins de l'abandon* illustre ces interventions. Des animatrices sillonnent les villages et organisent des débats. Il y a une réelle proximité dans les échanges. Le but est de convaincre, de faire participer la population, car, comme l'explique Sidibé Kadija AOUDOU, directrice de l'association AMSOPT, pénaliser seulement ne suffit pas, car cela entraîne la pratique de l'excision dans la clandestinité, entraînant des conséquences d'autant plus dramatiques. L'association exerce également un appui au développement des activités génératrices de revenus comme le maraichage, l'élevage, ou l'artisanat, permettant aux femmes une



émancipation réelle et plus de poids dans les décisions communautaires. Les droits humains sont un argument également largement utilisé lors des interventions de sensibilisation. Cette association mène aussi des actions chez les migrants en Ile-de-France, et l'interaction entre les africains vivant en France et les africains vivant en Afrique est exploitée. Les africains vivant en France peuvent être des acteurs influents dans les prises de décision en Afrique, car ils constituent une ressource de revenus importante, comme l'explique Aurélie HAMELIN-DESRUMAUX, chargée de projets de l'association Equilibre et Populations, lors d'un entretien téléphonique en mai 2015. Une centaine de villages participent à ce programme, dont environ 80 ont déclaré abandonner l'excision.

Dans ces deux exemples, un espace de confiance est créé, et progressivement, une prise de conscience s'installe. Il s'agit d'ouvrir le débat, pour lever le tabou de l'excision. L'un des points essentiels de la démarche consiste en une déclaration publique de l'abandon de l'excision, par les chefs communautaires et/ou religieux, le plus souvent lors d'une cérémonie festive.

Une étude de l'UNICEF : *La dynamique du changement social. Vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains* [28], en novembre 2010, donne des éléments contributifs en matière de prévention, à la régression des MGF dans les pays : il est important d'analyser le rôle des communautés et des réseaux élargis, qu'il s'agisse des liens familiaux, de parenté, du commerce, de la religion ou des ressources locales. Ensuite, il est important de renforcer les points positifs de la culture locale. Les associations décrites dans cette étude participaient toutes à l'éducation aux droits de l'homme liée aux valeurs et aux aspirations locales. En effet, ces programmes seraient plus efficaces lorsqu'ils se réfèreraient à la vie quotidienne des populations, avec des préoccupations concrètes. Ensuite, les médias, c'est à dire les formes de communication utilisées en Afrique comme la musique, la poésie et le théâtre sont de puissants outils du changement social. Les films et la radio sont également de bons outils, et les actions locales doivent s'accompagner de connexions sur le plan national, afin que le mouvement soit plus cohérent et plus global.

Enfin, les variables socioéconomiques interviennent : le niveau d'éducation et de revenus participent à la diminution de la pratique grâce notamment à un meilleur accès à l'information (incluant les réseaux sociaux)



2.2.3.2 Pénalisation

24 des 29 pays où sont concentrées ces pratiques ont adopté des décrets ou des lois concernant les MGF. A l'exception de la Guinée et de la République centrafricaine, où les MGF sont interdites depuis les années 1960, la pénalisation de l'excision est récente en Afrique. Pourtant, bien que des lois existent, elles ne sont pas forcément appliquées, comme l'explique le rapport final de l'INED : *Excision et Handicap* [3]. Il existe des variations dans le contenu de l'interdiction, qui peuvent aller de la simple interdiction de pratiquer les MGF en établissements de santé, à la pénalisation de toute forme d'excision à tout âge et par toute personne, avec mise en place d'amendes adressées à toute personne ayant eu connaissance de l'intervention mais ne l'ayant pas signalée. Un rapport de l'UNICEF : *Legislative reform to support an abandonment to female genital mutilation/cutting*, en août 2010, montre que la pénalisation seule des MGF ne suffit pas, et que le système pénal et judiciaire doit s'adapter au degré de soutien social de ces pratiques. Dans les pays où il est en partie admis que les MGF sont des pratiques préjudiciables, la législation a un rôle important à jouer et favorise l'abandon des pratiques. Cependant, dans les pays où l'excision bénéficie d'un large soutien, la pénalisation devrait forcément s'accompagner d'une prévention efficace, car les normes juridiques vont à l'encontre des normes sociales, des convictions religieuses et des valeurs morales. En effet, la reconnaissance sociale est l'argument le plus avancé en Afrique pour justifier ces pratiques.

2.3 Exemple du Bénin

La République du Bénin (anciennement République du Dahomey), est un pays d'Afrique de l'Ouest ayant pour pays frontaliers le Togo à l'ouest, le Nigeria à l'est, et le Niger et le Burkina Faso au nord. Sa capitale officielle est Porto-Novo. Cotonou est la capitale économique et la plus grande ville de Bénin. Les principaux groupes ethniques sont : les Fon, les Adja, les Yorouba, les Bariba, les Peul, les Otomari, les Yoa, et les Dendi. Différentes religions y sont pratiquées : l'animisme, c'est à dire la religion traditionnelle africaine (62%), le Christianisme (23%) et l'Islam (12%). Environ 2/3 des habitants vivent en milieu rural. Le Bénin est divisé en 12 régions : Alibori, Ouémé, Borgou, Mono, Atacora, Donga, Couffo, Plateau, Atlantique, Collines, Littoral, et Zou (**annexe IV A**). Les régions de l'Atlantique, du



Mono, et du Couffo concentrent 65% de la population sur 10% du territoire au sud du pays. [30, 31, 32].

La prévalence nationale des MGF au Bénin place le pays dans un groupe à faible prévalence. Selon les statistiques les plus récentes (EDS 2006 par l'UNICEF [1]), 13% des filles et des femmes entre 15 et 49 ans sont excisées. Cependant, au Bénin, la prévalence de MGF est étroitement liée à l'identité ethnique. Certaines ethnies ont une prévalence élevée de MGF alors que d'autres ne les pratiquent pas du tout.

D'après l'EDS de 2006, les MGF sont pratiquées surtout dans les régions de Borgou (59%), Alibori (48%), Donga (48%), Atakora (18%) et Zou, c'est à dire principalement au nord et au centre du pays. Ces régions sont peuplées par les Bariba, les Yoa, les Lokpa, et les Peul, groupes ethniques ayant les plus forts taux de MGF dans le pays. 74% des Bariba pratiquent les MGF, 72% des peul, et 53% chez les Yoa et chez les Lokpa. (**annexe IV B**). D'après la campagne parlementaire « Halte à la violence contre les femmes », les MGF sont également rencontrées chez les Yoruba et les Nagot.

Ainsi, d'après l'EDS de 2001 de l'UNICEF [34], 58% des femmes vivant au Nord-Est du pays ont subi une forme de mutilation (**annexe IV C**).

Ce sont les praticiens traditionnels qui s'occupent de l'excision au Bénin, dans plus de 90% des cas, et elle a lieu en bas âge. D'après l'EDS de 2001, plus d'un tiers des petites filles étaient excisées avant l'âge de 4 ans.

Les types I et II sont les formes de mutilations rencontrées au Bénin. On ne retrouve pas de MGF de type III. Le type IV est parfois présent dans la vallée de Ouémé et consiste en l'élongation du clitoris pour le plaisir sexuel [35]. L'excision s'insère dans un rite de passage.

Les EDS de 2001 et de 2006 indiquent une tendance à l'éradication des MGF. 17% de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des MGF en 2001 au niveau national, contre 13% en 2006 (**annexe IV D**). 83% des femmes ayant entre 15 et 49 ans et ayant entendu parler des MGF estiment que ces pratiques doivent être éradiquées en 2001, contre 91% en 2006 (**annexe IV E**). 1% des femmes au Bénin entre 15 et 49 ans en 2006 affirmaient être favorables à la pratique de l'excision, contre 5% en 2001.

Mesurer la prévalence des MGF chez les filles les plus jeunes permet d'évaluer les progrès récemment accomplis. Cela permet de réduire l'intervalle de temps étudié. La

prévalence des MGF chez les adolescentes de 15 à 19 ans a chuté de moitié environ au Bénin entre 2001 et 2006.

❖ **Explications de la diminution des MGF au Bénin :**

Comme dit précédemment, le recul de l'excision est particulièrement net dans les pays présentant une prévalence nationale relativement faible à très faible, alors qu'il l'est moins dans les pays ayant une forte prévalence.

Le Bénin entre dans la catégorie qui a une prévalence nationale faible. Cela peut être un premier élément de réponse concernant la diminution de la pratique.

La diminution de la pratique des MGF peut également être expliquée par les diverses actions de prévention ayant eu lieu dans le pays. Cependant, elles sont assez récentes [35] : Dans les années 1970, certains intellectuels, des membres du corps médical, et la Croix-Rouge béninoise prirent conscience des méfaits de l'excision. Quelques campagnes de prévention furent menées mais les conséquences médicales n'étaient pas abordées car encore tabou. Dans les années 1980, le régime du Parti de la Révolution Populaire du Bénin tenta d'éradiquer la pratique par la force, ce qui n'eut pas beaucoup d'effet, ne prenant pas en compte l'aspect socioculturel de son application. Dans les années 1990 eut lieu un début de prise de conscience au Bénin, mais le pays n'était pas vraiment impliqué, car les MGF ne leur paraissaient pas être un problème prioritaire. Mis à part l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA, aucune synthèse statistique béninoise n'est disponible au sujet de ces années.

La Croix-Rouge béninoise, qui avait commencé des actions de prévention dès les années 1970, continua ses actions dans les villages, dans la langue locale, de façon fréquente. Du matériel pédagogique était utilisé, comme des mannequins et des maquettes. Cependant, les moyens financiers de ce groupe bénévole étaient limités, ainsi, la prévention dans les villages demeura très inégale. En 2001, eut lieu la première enquête démographique de santé sur les MGF. Le taux de prévalence nationale, estimé auparavant à 50% par l'OMS, tomba à 16,8% en 2001. Les actions précédemment citées ont donc eu vraisemblablement un impact. En 2002 est créée la Commission Nationale de Promotion du Genre avec ses ramifications dans les douze régions territoriales.

En mars 2003, la loi N° 2003-03 réprimant sévèrement les MGF fut votée et est désormais appliquée. Elle prévoit des peines d'emprisonnement de six mois à trois ans pour les personnes pratiquant les MGF, des amendes pouvant atteindre 2 millions de FCFA (= 2 858 dollars US). Lorsque l'intervention entraîne la mort des victimes, les peines passent de 5



à 20 ans d'emprisonnement et de trois à six millions de FCFA (4286 à 8574 dollars US). La non dénonciation est également punie d'une amende de 50 000 à 100 000 FCFA (72 à 144 dollars US). Par la suite, le Bénin ratifia la plupart des conventions et traités internationaux contre les violences et la discrimination des femmes et des enfants. La date du 9 avril 2005 est à retenir car elle note la cérémonie nationale officielle de déclaration d'abandon de l'excision. Le 6 février de chaque année, est célébrée la Journée Internationale Tolérance Zéro aux MGF.

Cependant, des efforts restent à faire, notamment par l'intermédiaire de campagnes et de programmes de prévention. Certaines ONG sont résolument actives dans le pays. C'est le cas de l'ONG allemande (I)NTACT qui intervient à travers tout le pays, de la Coopération technique allemande GTZ (GTZ) qui a mis en œuvre le projet d'Appui aux initiatives pour l'abandon des mutilations génitales féminines. En 2006 a eu lieu une nouvelle enquête de l'Etude Démographique de Santé qui indique que la pratique continue de diminuer. Le Ministère de la Famille, de la Protection Sociale, et de la Solidarité (MPFSS) bénéficie du soutien financier de l'OMS, de l'UNFPA, et de l'UNICEF. Un système d'assistance téléphonique a aussi été mis en place, mais il est très peu connu de la population. Le MPFSS a d'ailleurs rédigé un rapport d'étude en octobre 2009 intitulé : *Les violences faites aux femmes au Bénin* qui déplore « le manque d'harmonisation des interventions et l'inexistence d'un plan national stratégique d'intervention ». [36]

2.4 Prévention en Europe

Dans les pays d'Europe, du fait des courants migratoires, les MGF sont devenues un problème social, juridique, et sanitaire, qui n'existait pas il y a une trentaine d'années. En effet, la féminisation des flux migratoires s'est amorcée à la fin des années 1970.

Tous les pays européens ne sont pas confrontés à un même degré au problème. Cependant, le parlement européen s'est chargé de la question en 2000, avec la mise en place d'une première résolution en 2001 condamnant la pratique, une deuxième en 2009 renforçant le dispositif, et une troisième en 2012.

Il est difficile d'estimer le nombre de femmes et de filles concernées par les MGF dans les pays d'Europe car le calcul repose sur des déclarations orales, or les MGF sont réprimées par la loi dans beaucoup de pays d'Europe. Mais surtout, les statistiques tiennent compte des nationalités et non des ethnies, ce qui constitue un biais majeur. Aujourd'hui, il n'existe pas d'étude standardisée en Europe, contrairement aux pays africains. Une étude est cependant en



cours, menée par l'European Institute for Gender Equality (EIGE), et quelques estimations existent (**annexe V A**). Au total, environ 500 000 femmes et filles vivent en Europe avec la conséquence de la pratique [37]. Les MGF semblent plus rarement pratiquées sur le sol européen par les familles immigrées, comme il était le cas ces dernières décennies, mais elles sont toujours pratiquées en Afrique, aux détours d'un voyage dans le pays d'origine ou environnant, pendant les vacances scolaires.

L'Agence européenne des droits fondamentaux (FRA) a vu le jour en 2007. Sa mission est de sensibiliser l'ensemble de la population sur les droits fondamentaux et à donner des expertises aux Etats membres de l'Union. L'EIGE a lui aussi été créé en 2007, pour promouvoir l'égalité des genres et lutter contre les discriminations sexuelles. Les statistiques européennes sont réalisées par Eurostat, le Bureau européen des statistiques. END FGM (Halte aux mutilations génitales féminines) [38] est une campagne européenne ayant pour objectif depuis 2009 de faire des MGF une des priorités pour l'Union Européenne, en se basant sur les droits fondamentaux humains. Parmi les défis des services de soins en Europe, figurent notamment : une amélioration de la prévention et une meilleure formation des équipes médicales en amont afin d'éviter par exemple : des césariennes en urgence chez des femmes infibulées, les réinfibulations post-accouchement pratiquées par certains professionnels en raison d'une non connaissance de la problématique des MGF et d'un manque de protocoles normalisés, la médicalisation des MGF. Un des autres objectifs tend à mieux protéger les femmes et les filles vivant dans l'Union européenne. En effet, la plupart des Etats membres ont une législation différente sur la pratique de l'excision, allant du délit à l'acte criminel. De même pour les lois et les mesures sur la protection de l'enfant en France et à l'étranger. Une coopération des autorités judiciaires, des services sociaux, de la police, et des établissements scolaires est nécessaire. La protection des filles et des femmes qui cherchent refuge est possible par l'obtention du droit d'asile, d'après la Convention de Genève de 1951. Pourtant, certains états membres ne respectent pas cette convention, or une harmonisation est nécessaire.

L'Union européenne a donc des défis à relever en terme de coopération entre ses différents membres. Pour illustrer ce propos, il est possible de constater que tous les pays n'ont pas légitimé la pénalisation de l'excision dans leurs frontières. Pour cela, la Convention d'Istanbul [37], adoptée le 11 mai 2011 par les pays membres du Conseil de l'Europe, est le



premier traité européen juridiquement contraignant, s'engageant à lutter contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique. Elle fixe des normes et donne l'obligation aux états la ratifiant d'intervenir dans les cadres de la prévention, de la protection, des poursuites judiciaires, et de l'élaboration de politiques intégrées (approche dite des « quatre P »). Les pays ratifiant le traité doivent notamment proposer des services tels que des centres d'accueil, un soutien psychologique et d'aide juridique, ou encore des numéros téléphoniques d'assistance. A ce jour, plus des trois quarts des 47 pays membres du Conseil de l'Europe ont ratifié la Convention. La toute première réunion du Comité des Parties se tiendra en mai 2015.

La pénalisation de l'excision semble donc en voie d'acceptation pour beaucoup de pays. La France, depuis les années 1980, a été le premier pays à faire application de sa loi pénale à l'excision. A l'inverse de la France, certains pays comme la Suède, le Royaume-Uni, et la Suisse, ont beaucoup tardé à les mettre en œuvre : leur loi réprime clairement l'excision (Suède : 1982, Suisse : 1983, GB : 1985), mais aucune poursuite n'a été engagée. Cela est en train de changer progressivement. En Italie et en Suède, des poursuites ont récemment été engagées. La Belgique, pour l'instant se contente d'avoir fait adopter une loi.

En effet, le sujet de la pénalisation est un sujet sensible et assez partagé. La pénalisation est parfois vue comme une réponse brutale de l'Occident à des traditions suivies avec une réelle conviction de « bien faire » et depuis longtemps considérées comme la norme, et susceptible d'atteindre fortement la sphère familiale. Inversement, elle permet d'agir à trois niveaux : dissuasion, répression et sanction, enfin protection des victimes ; elle participe indirectement à la diffusion de l'information (médiatisation) ; ses effets positifs sont plus efficaces s'ils trouvent un écho dans une politique similaire des pays d'origine.

2.5 Prévention en France

2.5.1 L'immigration noire comme élément déclencheur d'une lutte active contre les MGF

C'est à partir des années 1970 que les africains s'installèrent de façon durable en France. En 1974, Giscard D'ESTAING voulut interrompre l'immigration officielle avec pour objectif d'améliorer le sort des immigrés en facilitant les regroupements familiaux, entraînant une augmentation de la population féminine, jusque là quasiment inexistante. Ces femmes étaient majoritairement analphabètes et issues de milieux ruraux. Elles avaient des difficultés

d'intégration et étaient souvent victimes d'exclusion sociale. Aujourd'hui, hommes et femmes sont en nombre égal. Les flux d'immigration subsahariens proviennent essentiellement d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. [39]

Les premiers procès concernant l'excision remontent donc à la fin des années 1970, lors de la politique de regroupement familial. En effet, de 1978 à 1982, trois fillettes sont mortes à la suite d'une excision pratiquée en France. Jusqu'en 1983, les affaires d'excision furent jugées en correctionnel. En Aout 1983, Danièle RICHER, une mère française (et non africaine), par désordre psychiatrique, procéda à l'ablation du clitoris et des petites lèvres de la vulve de sa fille, en plus d'autres maltraitements. Il s'agissait ici d'une mutilation non rituelle, en dehors de tout contexte traditionnel africain. C'est pourtant à la suite de cette affaire que la cour de cassation établit que l'ablation du clitoris est une mutilation au sens du code pénal français, passible de la cour d'assise (art 312-3 : « perte partielle ou complète d'un membre ou d'un organe »). En 1987, l'excision fut définie plus précisément, et relève maintenant des articles 222-9 et 222-10 du nouveau code pénal [40]. La France est le pays de l'Union européenne dans lequel il y a eu le plus grand nombre de poursuites judiciaires du fait de MGF : environ 29 procès depuis 1979.

Les mobilisations féministes, associatives et politiques ont été précoces en France pour lutter contre l'excision. Des politiques de prévention ont été mises en place dès les années 1990 et peu à peu la prise en charge médicale s'est adaptée. La France est aussi le premier pays à avoir mis au point, dès 1994, une technique de réparation chirurgicale de l'excision et de ses conséquences, par les travaux du Dr Pierre FOLDES, en collaboration avec le Dr Jean-Antoine ROBEIN. Cette connaissance de la reconstruction est en train de s'étendre à plusieurs hôpitaux français, et même à l'étranger, y compris en Afrique où des prémisses sont visibles, notamment au Burkina Faso.

2.5.2 Cadre législatif français

2.5.2.1 Sanctions

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits de MGF, mais elles entrent dans le cadre d'une atteinte à l'intégrité physique, ce que le code pénal sanctionne. Les MGF sont donc considérées comme des crimes, et relèvent de la cour d'assise. Elles sont poursuivies avec des peines dont les plafonds peuvent aller suivant les cas



(âge ou vulnérabilité victime, lien entre la victime et l'auteur de l'acte), de 15 à 30 ans de réclusion criminelle. [40]

La loi française est aussi applicable aux étrangers vivant en France ou à l'étranger, si le crime est commis sur une victime ayant la nationalité française (art 113-7 du code pénal) ou résidant habituellement en France (art. 222-16-2 du code pénal). Ainsi, même si la victime n'a pas la nationalité française, condition en principe exigée, la loi pénale française peut s'appliquer en cas de commission de l'infraction à l'étranger. Les parents peuvent être poursuivis en tant que complices, aux conditions restrictives de l'article 113-5 du code pénal. Une action en justice peut même être engagée 20 ans après la majorité de la victime, soit jusqu'à l'âge de 38 ans (article 113-7 du code pénal et loi du 4 avril 2006).

Enfin, toute personne peut être poursuivie pour non assistance à personne en danger en application de l'article 223-6 du code pénal.

2.5.2.2 Levée du secret médical

Par dérogation à l'article 226-13, le code pénal prévoit la levée du secret professionnel notamment du secret médical en cas d'atteintes ou mutilations sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

2.5.2.3 Obligation de signalement

Le professionnel de santé peut être confronté à deux situations :

- Constatation de l'existence d'une lésion des organes génitaux
- Connaissance d'un risque de mutilation sexuelle

❖ Constatation de l'existence d'une lésion des organes génitaux :

D'après l'article 226-14 du code pénal :

- Patiente mineure ou vulnérable (n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique) : le médecin **peut** porter à la connaissance des autorités judiciaires (Procureur de la République), médicales ou

administratives (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du Conseil Général)

- Patiente majeure : le médecin **peut** révéler les faits **avec l'accord de la patiente**.

Les codes de déontologie des médecins et des sages-femmes, en vertu des articles R.4127-44 et R.4127-316 de la santé publique, indiquent que : « Lorsqu'un médecin/ou une sage-femme discerne qu'une personne auprès de laquelle il/elle est appelé(e) ou de son enfant est victime de sévices ou de privations, il/elle **doit** mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la/les protéger ». Dans le code de déontologie des médecins, il est précisé que « s'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il **doit**, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, **alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives** ».

Depuis la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, le terme de mineur concerne « l'adolescent jusqu'à 18 ans ». [41]

Qui alerter ?

- Le procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du ressort du domicile de la patiente (par téléphone, fax, ou courrier avec accusé de réception). Si le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le professionnel de santé s'assurera de sa réception et en conservera un double. ET,
- La cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil Général si la patiente est mineure

❖ Connaissance d'un risque de mutilation sexuelle :

Dans la majorité des cas, ce risque concerne une mineure, mais il peut parfois concerner une femme majeure.

- Danger réel et imminent : Le praticien ne peut pas se retrancher derrière le secret médical et **a l'obligation d'intervenir**, pour empêcher la commission des faits et pour porter secours à la personne en danger. Le procureur de la République et la Cellule de recueil, si la personne est mineure, devront être alertés.

- Danger non imminent : Il n'existe pas d'obligation à intervenir ni à signaler mais au titre de la prévention le praticien peut agir. Si la patiente est mineure, alerter la Cellule de recueil du Conseil Général, et possibilité de contacter le procureur de la République en fonction du degré d'urgence. En revanche si la patiente est majeure, c'est sur le terrain de la prévention que le praticien devrait agir en informant la patiente sur les risques de la mutilation, et possibilité d'orienter vers des unités de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociales pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Il existe cependant une ambiguïté concernant le caractère imminent ou non d'un risque.

2.5.3 Politique gouvernementale et ses relations avec le monde associatif

Le gouvernement intervient en partenariat avec de nombreuses associations et il leur apporte des subventions nécessaires à leur fonctionnement. Il intervient ou participe fortement périodiquement dans des campagnes, colloques ou journées d'information et de communication, en lien étroit avec ces dernières. Il s'engage à harmoniser une politique de prévention du public et de formation des professionnels à tous les niveaux. Ainsi, les professionnels visés sont notamment les professionnels médicaux (médecins, sages-femmes, infirmiers), les travailleurs sociaux, les enseignants, les représentants de la justice etc... A titre d'exemple, le GAMS est financé par le ministère de la santé dans le cadre d'une convention avec la direction générale de la santé pour la formation de personnes relais [42]. Des brochures, des affiches, des guides, ont ainsi été rédigés par les associations et le gouvernement conjointement. Ceux-ci seront détaillés un peu plus loin.

❖ Fédération nationale GAMS :

Le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des mariages forcés, et autres pratiques traditionnels néfastes à la santé des femmes et des enfants, créé en 1982 par des femmes africaines résidant en France et des femmes françaises, est une association laïque et apolitique dont le siège social est à Paris et qui a de nombreuses délégations et « associations-relais » en région. Il lutte contre toutes les formes de violences à l'encontre des femmes, adolescentes et fillettes, pas seulement l'excision. Il effectue de la sensibilisation destinée aux PMI, aux collèges, lycées, centres de planification. Il forme les professionnels de ces secteurs dans le cadre de leur formation initiale ou continue. Il participe à l'accueil, à l'aide et au

soutien des filles et femmes menacées ou victimes de pratiques préjudiciables. Il met à disposition des fonds documentaires et organise des événements tels que des colloques, des séminaires ou des conférences-débats. Au plan national, des associations régionales et départementales GAMS se constituent. Le GAMS s'étend à l'international.

❖ **CAMS :**

La Commission pour l'Abolition des Mutilations sexuelles a été créée en 1982 par Awa THIAM, une femme sénégalaise auteure de *La parole aux négresses*, dénonçant les mutilations sexuelles féminines. La CAMS a la particularité de se constituer partie civile lorsqu'une affaire d'excision est signalée et donne lieu à des poursuites judiciaires. Linda WEIL-CURIEL, avocate au barreau de Paris et animatrice à la CAMS, a été l'une des premières à militer contre l'excision et à obtenir une condamnation pénale de ses acteurs.

❖ **Equilibre et populations :**

Fondée en 1993 par des médecins et des journalistes, cette association mène des actions au Mali, et également en France auprès de la population malienne du district sanitaire de Kayes. Elle travaille en collaboration avec l'association Entraide Espoir dont la médiatrice sociale est Kadiatou DIABIRA. Deux types d'actions sont menées : premièrement des sensibilisations tout public adressées aux migrants maliens, hommes comme femmes. Des intervenants de tous genres selon la problématique du jour viennent sensibiliser, et des outils tels que des vidéos sont utilisés. Le deuxième type d'action consiste à former des « migrants-relais », c'est-à-dire des africains en France qui expriment l'envie de s'engager d'avantage et qui vont devenir des ponts entre les deux cultures.

❖ **Excision, parlons-en !**

Née en 2012, cette association a pour objectif de constituer une plateforme pour les divers acteurs engagés dans les MGF en France ou dans le monde, à savoir des associations œuvrant pour la prévention contre les MGF, des juristes, des militants, des chercheurs etc ... Un site internet, une page Facebook et une page Twitter ont été créés afin de permettre plus de visibilité dans les actions. Les publications sont mutualisées, des événements comme des colloques, des débats, et des forums sont organisés. Un travail en réseau s'organise.



❖ **MFPF** :

Le Mouvement Français pour le Planning Familial est un mouvement militant qui prend en compte toutes les sexualités, défend le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité. Il dénonce et combat toutes les formes de violences, lutte contre le SIDA et les IST, contre toutes les formes de discrimination et contre les inégalités sociales.

❖ **GSF** :

Gynécologie Sans Frontières est une association créée en 1995. Elle a pour but de promouvoir la femme sur le plan médical et sur le plan psychologique ou social. Elle intervient dans des pays ou des secteurs où les infrastructures sont insuffisantes ou inaccessibles. Les problèmes abordés concernent la périnatalité, les souffrances médicales, les violences conjugales ou sexuelles, et toutes formes de discrimination.

De nombreuses autres associations participent à la lutte contre l'excision, telles que : Femmes Solidaires, Espoirs et combats de femmes, Maliens de Montreuil, Marche en corps, Regards de femmes, SOS Africaines en danger, et encore bien d'autres.

2.5.4 Situation actuelle vis à vis des MGF en France

D'après l'enquête de l'INED, *Excision et handicap* précédemment citée, environ **53 000 femmes adultes seraient excisées en France**. Les départements les plus concernés par l'excision sont : les 8 départements d'Ile-de-France en premier par ordre de fréquence des cas, ainsi que ceux des Bouches du Rhône, de l'Oise, du Nord, de l'Eure, du Rhône, et de la Seine Maritime (**annexe VI A**). [43]

Les migrants d'Afrique noire proviennent principalement du Sénégal, du Mali, de la Côte d'Ivoire et de la Mauritanie. Parmi ces populations, celles qui pratiquent le plus l'excision sont les Soninké (Mali, Sénégal, Mauritanie, Gambie, Guinée-Bissau), les Toucouleur (Sénégal et Mali), les Peul (peuple nomade dispersé dans une quinzaine de pays en Afrique) et les Bambara (Mali). En Ile-de-France, c'est l'immigration malienne qui est majoritaire, alors qu'à l'échelle nationale, c'est immigration sénégalaise. [44]

Les examens obligatoires à 8 jours, 9 mois et 24 mois conditionneraient le versement des allocations familiales. Les enfants sont vus souvent tous les 3 à 6 mois jusqu'à l'âge de 3 ans. Il y a donc un bon suivi dans la petite enfance. La défaillance au niveau de la surveillance

survient à partir de l'âge de 4 ans, car l'examen en milieu scolaire n'est pas obligatoire et de plus, l'examen des organes génitaux n'est pas systématiquement pratiqué. [43]

Les comportements vis à vis de la pratique des MGF évoluent. L'excision qui avait majoritairement lieu sur le sol français à partir des années 1970 a aujourd'hui davantage lieu à l'occasion d'un retour au pays notamment lors des vacances scolaires [3]. Les procès médiatisés d'exciseuses à partir des années 1880 sont vraisemblablement la cause de ce changement. Cependant, on ne peut pas exclure que des exciseuses continuent de la pratiquer en France. Le système français doit donc s'adapter à ce phénomène pour continuer de protéger les petites filles. Un numéro vert d'urgence, le 119, existe en France, mais il ne serait que peu utilisé. [43]

2.5.5 Formation des professionnels de santé

La formation doit comporter trois volets : médical, anthropologique, et juridique.

2.5.5.1 Etudes de médecine

Les universités de médecine ont le devoir d'inclure dans leur programme de formation le sujet des MGF, conformément à la circulaire mise en vigueur en 2007 par le ministre de la santé Xavier BERTRAND. [45].

Malgré cela, en 2013, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) ne recensait que trois universités ayant mis en place un module de formation consacré aux MGF (Amiens, Nantes, et l'université catholique de Lille). [43]

La thèse de médecine de 2011 de A. LAURENS DOUCOURE [5] réalisée par le biais de questionnaires se penche sur l'état de connaissances des internes en médecine générale en Ile-de-France. Parmi les résultats de l'étude, 77% des étudiants ne pensent pas savoir prendre en charge les MSF. 45% des étudiants ont reçu une formation sur les MGF, dont seulement 21% à la faculté. 65% des internes estiment que la part accordée aux MGF dans les cours est insuffisante.

2.5.5.2 Etudes de sage-femme

Les écoles de sages-femmes se doivent également d'inclure dans leur programme de formation le sujet des MGF, conformément à la circulaire mise en vigueur en 2006 par le directeur général de la santé Didier HOUSSIN. [46]



D'après GSF, la moitié des écoles de sages-femmes disposeraient d'un module dédié aux MGF.

Myriam PARPAITE-CLAIN, dans son mémoire de sage-femme de fin d'étude en 2014, intitulé : *La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Evaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge* [4], a réalisé un questionnaire dirigé aux sages-femmes diplômées entre 2011 et 2013 provenant des quatre écoles de sage-femme de la région parisienne, à savoir Baudelocque, Saint-Antoine, Foch, et l'UVSQ. Il s'agit donc de sages-femmes formées après la mise en vigueur de la circulaire. 97% d'entre-elles estiment avoir un rôle à jouer dans le dépistage des MGF, pourtant, 56% d'entre-elles pensent avoir des connaissances insuffisantes à ce sujet. Seulement 13% d'entre elles pensent toujours pouvoir diagnostiquer une MGF. Les raisons pour lesquelles les sages-femmes n'abordent pas la mutilation à leur patiente après l'avoir diagnostiquée sont les suivantes : fossé culturel/barrière linguistique à 84%, connaissances théoriques insuffisantes à 75%, craintes d'une réaction violente ou peur de réactiver le traumatisme à 54,5%. Les raisons invoquées par les sages-femmes pour ne pas annoncer à leur patiente qu'elles sont victimes d'une MGF lorsqu'elles ne le savent pas sont : le sujet tabou à 87,5%, la crainte de ne pas pouvoir répondre aux questions par manque de connaissances à 83,9%, et la crainte de la réaction de la femme à 69,6%. 61% des sages-femmes ne s'estiment pas satisfaites de leur formation initiale concernant les MGF et d'après elles, ce qu'il manque concerne : des techniques d'entretien en consultation à 75%, des cours théoriques à 68,3%, des simulations de consultations à l'occasion de travaux pratiques à 50%, et des cours anthropologiques pour comprendre l'aspect culturel à 31,6%. Cependant, 75% d'entre-elles estiment savoir prendre en charge une femme excisée en salle de travail et dans le post-partum. 53% d'entre-elles sont capables d'orienter une personne vers une association spécialisée dans le domaine, et en grande majorité des cas, le GAMS est cité. Au niveau de la formation continue, le manque de colloques hospitaliers mais aussi de protocoles de service dédiés aux MGF sont des aspects qui sont cités. Le GAMS est la principale association qui participe à la formation des professionnels de santé. Une adaptation progressive des programmes d'enseignement est en marche. Les sages-femmes, même si elles ne se sentent en majorité pas encore aptes à gérer le sujet, ont néanmoins des connaissances sur le sujet et ne sont pas totalement démunies.

2.5.5.3 Etudes d'infirmière, puéricultrice, et auxiliaire de puériculture

La formation des infirmières, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture est également régie par la circulaire du 13 décembre 2006. [46]

D'après Mme CAMARA, formatrice au GAMS, elles sont relativement plus souvent formées que les sages-femmes et a fortiori que les médecins.



3 L'étude

3.1 Hypothèses et objectifs

A partir d'un premier bilan, nous considérons que les actions de prévention en milieu médical sont encore inégales et que des améliorations sont possibles. Les soignants sont sensibilisés à la problématique générale mais encore insuffisamment armés pour aborder le sujet des MGF.

La pénalisation de la pratique en France est bien connue et l'obligation de signalement qui pèse sur les équipes médicales s'applique mais ces mesures ne suffisent pas. Une abondante littérature sur le sujet et de nombreux documents d'information existent mais ne couvrent peut-être pas complètement les besoins opérationnels des soignants.

A partir de ces hypothèses, nous poursuivrons l'objectif de faciliter le dialogue sur les MGF en milieu médical en tâchant d'identifier les facteurs de la conviction des populations concernées par le personnel médical. Nous tenterons de tirer le meilleur parti des expériences tirées de pays originaires de la pratique.

3.2 Matériel et méthode

3.2.1 Type d'étude et population étudiée

Il s'agit d'une étude qualitative (**questionnaire en annexe I**), réalisée par le biais de questionnaires prospectifs, adressés à des étudiants en 5^{ème} et 6^{ème} année de médecine, de l'université de Parakou, au Bénin. La faculté de médecine de Parakou, créée en 2001, représente la deuxième en reconnaissance et taille du pays. Parakou est une grande ville de 200 000 habitants, située au centre-est du pays, dans le département de Borgou. Les questionnaires ont été envoyés au chef de service de l'Université de Parakou pour les transmettre à ses étudiants en mars 2014, et ont été renvoyés en France en septembre 2014. L'étude comprend à la fois des questions fermées, à choix simples ou multiples, et des questions ouvertes.

Les questionnaires ont été complétés de façon anonyme. Le questionnaire est articulé en trois thèmes principaux, qui sont : le phénomène de l'excision au Bénin, le ressenti des étudiants en médecine concernant l'excision, et la prévention de l'excision au Bénin et dans les pays occidentaux. L'analyse effectuée est transversale et thématique.

3.2.2 Choix de la population d'étude

Premièrement, il s'agit d'étudiants, donc d'individus jeunes, représentant la nouvelle génération. Ainsi, il est intéressant d'observer la possible évolution des mentalités des dernières décennies, grâce aux campagnes de prévention contre l'excision. Cela rend l'étude plus « d'actualité ».

Deuxièmement, d'après le rapport de l'UNICEF de 2013 sur les tendances statistiques des vingt dernières années, les MGF ont fortement diminué au Bénin (de moitié environ pour une population étudiée de 15 à 49 ans), d'où l'intérêt de se pencher sur les évolutions dans ce pays. En effet, le Bénin a su adopter des stratégies de prévention qui se sont avérées efficaces, et l'enjeu de cette étude sera de détecter les meilleures « clefs » du changement, applicables en France.

Troisièmement, le Bénin est un pays francophone, n'obligeant pas à faire des traductions, pouvant être source d'erreurs d'interprétation.

Enfin, d'un point de vue logistique pour l'élaboration de mon étude, le Bénin est apparu comme un pays stable sur le plan géopolitique. De plus, Philippe CHARLIER, mon directeur de mémoire, avait des contacts fiables sur place, facilitant d'autant plus la diffusion des questionnaires et leur retour en France. Les étudiants en question avaient d'ailleurs déjà été soumis à une étude. Ils apparaissaient donc comme une population fiable, avec un taux de réponse au questionnaire a priori satisfaisant.

Le même type de démarche était initialement prévu également au Burkina Faso, pays à prévalence sensiblement plus forte (dite « modérée », avec tout de même 76% de femmes et de filles excisées de 15 à 49 ans), pour effectuer une comparaison entre les deux groupes. Cependant, les conditions géopolitiques ont empêché la réalisation de ce projet.

4 Résultats et analyse

Dans un mémoire qualitatif, différencier les résultats de l'analyse n'est pas d'usage. C'est pourquoi nous avons choisi de présenter les résultats et de les analyser dans le même chapitre. Les principaux thèmes qui ont émergé de l'analyse transversale des questionnaires seront dégagés.

4.1 Caractéristiques de la population étudiée

97 personnes ont répondu au questionnaire distribué dans l'Université de médecine de Parakou, dont un tiers de femmes (n=35), et deux tiers d'hommes (n=62). L'âge moyen de la population d'étude est de 24,5 ans, avec des âges bien répartis entre 22 ans et 30 ans, et une personne de 40 ans. Les religions les plus représentées sont la religion chrétienne (n=77) et musulmane (n=14). Aucun étudiant n'a répondu « animiste », cette réponse n'étant peut être pas considérée comme une religion mais plutôt comme une croyance coutumière.

Les étudiants sont originaires des différents départements du Bénin et de certains autres pays limitrophes. 27 étudiants proviennent du département de Ouémé, 12 du département de Zou, 10 des Collines, 7 d'Atlantique, 3 de Mono Couffo, 2 d'Alibori, 1 de Borgou, et 1 de Donga. 5 étudiants sont camerounais, 2 togolais, 1 ivoirien, 1 tchadien, 1 nigérian, et 1 nigérien. 17 étudiants n'ont pas renseigné leur origine géographique.

Les trois ethnies les plus représentées sont les Fon (n=21), les Goun (n=17), et les Mahi (n=11). On compte ensuite 7 Nagot, 6 Yorouba, 5 Bamiléké, 5 Bariba, 4 Mina, 3 Ayizo, 2 Wémé, 2 Adja, 2 Torri, 2 Xla, 1 Sénoufo, 1 Idaasha, 1 Moudang, 1 Djerma, 1 Dendi, 1 Setto, 1 Lokpa. 3 étudiants n'ont pas mentionné leur ethnie. Parmi ces ethnies, comme on l'a vu précédemment, celles qui pratiquent les MGF sont : les Nagot (n=7), les Yoruba (n=6), les Bariba (n=5), les Peul (n=1), et les Lokpa (n=1), ce qui fait **un total de 20 étudiants appartenant à des communautés pratiquant l'excision**. On rappelle qu'au Bénin, les MGF pratiquées sont de type I et II selon la classification de l'OMS.

Ce groupe d'étudiants est donc assez hétérogène d'un point de vue géographique et ethnique. Ils sont chrétiens ou musulmans, représentés à la fois par des hommes et des femmes en notant cependant une majorité d'hommes, et d'âge jeune. Aucune question ne

portait sur leur catégorie sociale, mais on peut supposer qu'ils appartiennent à une couche sociale plutôt aisée, du fait qu'ils aient accès aux études secondaires, et qu'au Bénin, les études médicales sont longues et qu'elles ne sont accessibles qu'aux étudiants ayant les moyens de les financer.

4.2 Analyse transversale thématique

4.2.1 Phénomène de l'excision au Bénin

4.2.1.1 Un phénomène en régression au Bénin

65% étudiants estiment que la pratique de l'excision diminue au Bénin. 0% pense qu'elle se développe, 7% pensent qu'elle reste constante. A la question « *feriez-vous exciser votre fille ?* », 93% répondent « non ». Cependant, 26% pensent que les législations locales et la pénalisation empêchent de mesurer avec exactitude la tendance réelle du phénomène, ce qui suggère une pratique effectuée dans la clandestinité.

4.2.1.2 Communication autour du sujet de l'excision

❖ Un sujet évoqué en société : levée d'un tabou

Environ 70% des étudiants déclarent que le sujet de l'excision est « parfois » évoqué autour d'eux, 9% « souvent », et environ 20% « jamais ». On constate que lorsqu'il est évoqué, il l'est majoritairement entre personnes de sexes opposés, à 52%. Il est évoqué à 23% entre deux femmes, et à 23% entre deux hommes. Le sujet n'est donc pas réservé à un sexe. C'est un sujet évoqué à la fois par les jeunes à 24%, que par les personnes âgées à 12%, parfois dans des échanges entre générations différentes à 24%. 25% des étudiants estiment que le sujet est évoqué par tout le monde. 10% des étudiants estiment que l'excision n'est évoquée par personne.

D'après ces données, on remarque que le sujet n'est pas un tabou en société pour ces étudiants de médecine, à notre époque.

❖ Quelques réticences à aborder l'excision dans la sphère privée

Cependant, seulement 4% estiment que le sujet est évoqué par les parents. De plus, la plupart des étudiants ne savent pas si leur mère, leurs grand-mères maternelle et paternelle, ainsi que leurs sœurs sont excisées. On a dans chaque cas de figure les mêmes proportions :



85% ne savent pas, et 10% savent. On remarque ainsi que bien que le sujet ait l'air d'être évoqué assez facilement (cf question précédente), il l'est peut être moins au sein de la sphère familiale. C'est un sujet qu'on aborde plus en société qu'en famille. Le sujet est abordé, mais pas forcément de façon personnelle. Même au Bénin où la pratique de l'excision a beaucoup régressé, et où l'opinion publique est plus libre de s'exprimer, il persiste tout de même des barrières.

4.2.1.3 Evolutions dans la représentation sociale des femmes excisées et non excisées

Par la suite, un des enjeux de l'analyse était de percevoir quelle était l'image de la femme dans la société, selon qu'elle était excisée ou non :

❖ Le fait de ne pas être excisée :

Il est vécu comme : « N'a pas d'importance » à environ 60%, une « féminité assumée » à 22%, un « signe de modernité » à 15%. Nous avons 8% de « non répondu ». 1 étudiant pense que c'est une « tare », 1 pense que c'est une « impureté ». Ces chiffres suggèrent que le fait d'être acceptée en n'étant pas excisée constitue une évolution récente au Bénin.

❖ Le fait d'être excisée :

Il est vécu comme : « une infirmité » à 32%, « l'appartenance à une époque révolue » à 30%, ce qui rappelle encore une fois le caractère récent. Il est vécu comme « n'a pas d'importance » à 26%, et comme « une difformité » à 14%. Il est important de noter qu'ici, certains termes utilisés comme « infirmité » ou « difformité » ont un sens fort et représentent 46% des réponses. Environ la moitié des étudiants a donc un avis très tranché sur la question. 4 étudiants estiment qu'être excisé est « une fierté », 1 étudiant pense que l'excision « permet de se marier plus facilement », 2 étudiants pensent que c'est un « signe de bonnes mœurs ».

4.2.1.4 Particularités culturelles de la pratique de l'excision au Bénin

L'excision a lieu majoritairement dans la petite enfance, à 68%. Elle peut avoir lieu à l'adolescence (20%). 4 étudiants ont répondu « à la naissance » et 7 ont répondu « bébé ». Il n'y a vraisemblablement pas d'âge précis, mais l'excision est plus largement pratiquée chez la petite fille que chez l'adolescente.

Il n'existe manifestement pas de croyance spécifique au Bénin que l'excision serait bénéfique au moment de l'accouchement.



4.2.1.5 La place de la famille paternelle et du père dans le pouvoir décisionnel

On observe que c'est principalement la famille paternelle et le père lui-même qui décident de l'excision, avec 32% pour les grands-parents paternels, et 28 % pour le père. Respectivement, on a 15% pour les grands-parents maternels et 12% pour la mère. Selon 13 étudiants, soit 10% des étudiants, c'est une autorité locale qui tranchera. 1 seul étudiant pense que c'est la fille en question qui choisit son devenir. A la question « *qui dans la famille a l'autorité pour s'opposer à l'excision d'une petite fille ?* », 51% ont répondu « le père », 22% « la mère », 7% les « grands-parents paternels », 3% « personne », 3% « une autorité locale », 1% « la fille concernée ». L'excision, tradition souvent qualifiée « d'affaire de femmes », c'est à dire pratiquée par les femmes sur les femmes, est d'après ces chiffres, une coutume qui dépend beaucoup des hommes concernant les décisions à prendre au sein de la famille, au moins au Bénin. Il paraîtrait donc intéressant de davantage axer la prévention sur les hommes, car ils pourraient constituer un bras de levier efficace.

4.2.2 Ressenti personnel des étudiants concernant l'excision

4.2.2.1 Importance symbolique de l'excision

La grande majorité des étudiants estiment que l'excision n'est pas un critère de beauté féminin. 3 personnes cependant estiment que si, et 2 n'ont pas répondu à la question.

86 étudiants pensent que l'excision ne doit pas se faire dans la douleur, 6 pensent au contraire que la douleur est nécessaire, ou importante, et 5 n'ont pas répondu.

81 étudiants pensent que l'avis de la petite fille est important pour savoir si elle doit se faire exciser ou pas, 11 au contraire considèrent que son avis n'est pas important, et 4 personnes n'ont pas répondu.

4.2.2.2 Poids de la culture

❖ Le contrôle de la sexualité féminine : principal argument comme origine pour expliquer l'excision

Les origines et causes de l'excision les plus fréquemment citées sont : « Réfréner les pulsions sexuelles féminines » à 30%, « assurer la fidélité d'une femme » à 21%, « conserver la femme vierge avant le mariage » à 17%, et « supprimer l'organe masculin de la femme (clitoris) » à 15%. Les items « Accentuer la féminité », « augmenter la fécondité d'une



femme », « faciliter l'hygiène intime », et « faciliter l'accouchement » ont des taux de réponse très faibles, et leur total additionné représente 8%.

❖ **Le respect du principe de tradition comme raison de la perpétuation de la pratique**

Selon les étudiants, la tradition se perpétue majoritairement par « respect du principe de tradition », à 37%. Arrivent ensuite la « croyance persistance de certains bienfaits de l'excision », à 17%, et le « signe d'appartenance à un clan dont on est fier » à 17%. Les autres items ont des taux de réponse plus faibles : « être accepté par sa famille » (13%), « signe de maturité, car la souffrance est nécessaire à la vie » (8%), « non répondu » (5%), « arriver à se marier » (4%). Ici encore, on remarque que les motivations principales ne sont pas majoritairement la peur de l'exclusion sociale, puisque « être accepté par sa famille » et « arriver à se marier » ne représentent que 17%. Cela est peut-être propre au Bénin, car c'est un pays qui a déjà fortement fait régresser les MGF, et donc non généralisable aux autres pays d'Afrique. Mis à part le respect du principe de tradition, qui est une réponse majoritaire, les autres réponses sont multiples.

Une autre question dont les réponses vont dans ce sens, cherchait à savoir s'il était important pour la famille d'un homme qui va se marier de savoir si la promise était excisée ou non. 80% des étudiants estiment que ce n'est pas important pour le cercle familial. Ce n'est donc pas (ou plus) un enjeu pour le mariage au Bénin. Un homme peut choisir, la plupart du temps librement sa compagne. La non excision ne semble donc pas, selon ces étudiants, être un facteur d'exclusion sociale concernant le mariage.

❖ **Culture et religion ne seraient pas compatibles avec la médecine moderne selon la majorité des étudiants**

La majorité des étudiants, soit 60%, ne pensent pas que culture et religion soient compatibles avec la médecine moderne, contre 33% qui pensent qu'elles sont compatibles. 6 étudiants n'ont pas répondu. Ces résultats interpellent. La réponse aurait-elle été la même en population générale ? Il s'agit ici de l'avis de futurs médecins. De plus, cet avis majoritaire, certes général, peut apparaître contradictoire avec les affirmations précédentes sur le terrain de l'excision (minimisant l'importance actuelle de l'excision de la femme)

75% des étudiants ne pensent pas que le risque social du refus de l'excision puisse être supérieur au risque médical de la pratique, au Bénin. 15% des étudiants pensent tout de même que si, et 9 personnes n'ont pas répondu.



4.2.2.3 Champ lexical utilisé pour désigner l'excision

Mutilation : 79% des étudiants sont d'accord avec le terme de « mutilation » concernant l'excision. 9% des étudiants en revanche n'assimilent pas les MGF à une mutilation, et 11 étudiants n'ont pas répondu. Une question ouverte leur demande pourquoi ils sont d'accord ou non avec le terme de mutilation. La question a été traitée par la majorité des étudiants. Certains n'ont néanmoins pas répondu. Une personne a écrit qu'elle n'était pas d'accord avec le terme de mutilation, et une autre n'avait pas d'avis. Différents arguments sont avancés et il est possible de les classer par thèmes :

❖ **Argument fonctionnel/anatomique :**

« On enlève une partie de l'organe génital de la femme », « c'est une amputation », « on hôte les organes génitaux externes », « retrait d'une partie de son corps »

❖ **Argument médical :**

« Multiples conséquences », « infections graves, en partie dues à des instruments non stériles », « transmission tétanos et VIH », « déchirures périnéales », « douleur »

❖ **Argument sexuel :**

« Altération de la vie sexuelle », « retrait d'une partie sensible de l'appareil génital », « suppression de l'orgasme, qui est source de bonheur dans le couple », « plaisir sexuel nécessaire à l'équilibre psychique »

❖ **Epanouissement personnel :**

« Entraîne des troubles psychologiques », « dépersonnalisation », « conséquences esthétiques », « atteinte de la dignité féminine », « contraire à l'éthique », « altération de l'intégrité féminine », « la femme n'est plus naturelle », « Dieu a créé la femme avec un clitoris dans une forme parfaite, alors pourquoi vouloir la modifier ? »

Violence faite aux femmes : 73% des étudiants pensent que, conformément à ce qui est véhiculé en Occident, l'excision est une « violence faite aux femmes ». 2% pensent que c'est « faux », 8,5% pensent que c'est « exagéré », 4,5% pensent que « cette idée est choquante », 7,5% pensent que « ce ne sont pas les affaires de ceux qui n'ont pas été élevés dans cette tradition », et 4% n'ont pas répondu. Additionner les réponses « faux », « exagéré », « idée choquante », « ce ne sont pas les affaires de ceux qui n'ont pas été élevés dans cette tradition » et « non répondu », revient à dire que 26,5% des étudiants ne sont pas d'accord avec l'idée de violence faite aux femmes ou que, même si l'excision en est une, l'Occident



n'est pas légitime dans sa prise de position. Il s'agit d'un pourcentage certes minoritaire, mais très significatif en particulier pour le type de population interrogée.

93% des étudiants pensent que l'excision est une coutume qui doit disparaître. 2% pensent qu'elle ne doit pas disparaître et 5 personnes n'ont pas répondu.

90,5% des étudiants pensent que l'excision est un vrai danger, 5% ne le pensent pas, et 4 personnes n'ont pas répondu. Il est possible de remarquer à travers ces diverses questions que, bien qu'il soit communément admis au Bénin que l'excision est une coutume néfaste, elle n'est pas nécessairement assimilée à une « mutilation », ni à une « violence », et l'intervention de l'Occident est parfois rejetée.

4.2.2.4 Les femmes excisées

Le questionnaire n'a manifestement pas été complété avec justesse, et certaines réponses sont apparemment discordantes entre elles. Certaines femmes affirmaient avoir été excisées, alors qu'elles ne faisaient pas partie d'une ethnie pratiquant les MGF. Cependant, en regardant de plus près les questionnaires et en faisant du tri, 5 femmes ont bel et bien été excisées dans mon échantillon de population. 4 d'entre-elles ne se souviennent pas du geste, ce qui suggère qu'il a été réalisé à un âge jeune ; et une si, disant en garder « *un mauvais souvenir* » sans autre précision. Les ethnies en question sont : 1 Sénoufo (Côte d'Ivoire), 2 Yoruba, et 1 Nagot. Une des femmes n'avait pas spécifié son ethnie dans le questionnaire.

Ces femmes excisées sont toutes contre la pratique de l'excision. Elles considèrent toutes qu'il s'agit d'une violence faite aux femmes. Une d'elles précise que dans sa communauté, l'excision permet de se marier plus facilement. Elles sont toutes d'accord avec le terme de mutilation. L'excision n'est pas un critère de beauté selon elles, l'excision ne doit pas se faire dans la douleur, et l'avis de la petite fille est important. Elles ne feraient pas exciser leur fille. Elles ne ressentent pas les critiques médicales et modernes comme un discours insultant vis à vis de la tradition. Elles ne pensent pas que l'excision doive se faire en milieu hospitalier plutôt qu'au village. Elles pensent que l'excision est une coutume qui doit disparaître. Elles considèrent l'excision comme un vrai danger. Elles sont pour la pénalisation de l'excision dans leur pays, mais deux d'entre elles ne pensent pas que la pénalisation de l'excision la fasse régresser. Une d'entre elles pense que les mouvements occidentaux et féministes ne sont pas légitimes dans leurs actions. Trois d'entre elles pensent que la



réparation chirurgicale de l'excision est une bonne pratique, les deux autres n'ont pas répondu.

Dans un pays où la pratique est publiquement en régression, il semble que les femmes excisées puissent être porteuses d'un message utile contre la pratique.

4.2.2.5 Intégration de la coutume par les étudiants dans leur sphère privée

L'intégration de la coutume dans leur future sphère familiale peut s'évaluer par le biais de plusieurs questions. Premièrement, il s'agit de savoir s'ils exciseraient leur fille. A cette question, 98% des étudiants répondent non. 1 personne affirme que si, et une autre n'a pas répondu. Une question ouverte leur a été posée pour comprendre pourquoi ils feraient/ou ne feraient pas exciser leur fille. Tous les étudiants ayant répondu à cette question n'auraient pas fait exciser leur fille, et leurs arguments sont les suivants :

❖ **Mutilation :**

« Ne pas la forcer à faire quelque chose contre son gré », « barbare », « injustice », « cruel », « crime contre le plaisir sexuel de l'humanité », « malsain », « malpropre », « détruire sa vie »

❖ **Ancienneté de la pratique :**

« Pratique archaïque », « démodé »

❖ **Conséquences médicales et psychologiques :**

« Inconvénients », « infections, hémorragies, mort, fistules », « je suis médecin et je connais les risques »

❖ **Conséquences sexuelles :**

« Je veux pour ma fille une relation harmonieuse avec son mari », « un mal pour rien », « satisfaction et épanouissement dans sa sexualité », « Les conduites sexuelles dépendent de l'éducation », « si la fille est bien éduquée, elle pourra être une femme respectée », « c'est l'éducation qui fait une bonne épouse »

❖ **N'est pas incluse dans la culture de l'étudiant :**

« Ce n'est pas dans ma tradition »

❖ **Atteinte à la nature :**

« Diminution de sa féminité », « rester naturel »

❖ **Argument religieux :**

« C'est un péché », « Dieu nous a créé avec nos organes », « je veux ma fille à l'image de son Dieu », « la religion musulmane l'interdit ». A noter que lorsque la religion est évoquée par



les répondants, c'est systématiquement et spontanément pour souligner que la religion s'oppose à l'excision.

❖ **Pas nécessaire :**

« Pas nécessaire », « n'apporte aucun avantage »

Ensuite, une question adressée aux hommes permettait de savoir s'ils envisageraient de se marier avec une femme excisée dans un cas, ou non excisée dans l'autre. 72% des hommes n'envisagent pas se marier avec une femme excisée, et 21% n'ont pas répondu à la question. A l'inverse, 84% des hommes envisagent se marier avec une femme qui n'est pas excisée, et 16% n'ont pas répondu. Cela signifie que la plus grande majorité des hommes de l'échantillon préfèrent se marier avec une femme non excisée que excisée. Aucun étudiant ne dit qu'il préfère se marier avec une femme excisée. A la question : « Cela vous importe-il ? », 50% affirment que oui, 23% disent que non, et 26% n'ont pas répondu. Le taux de non réponse à ces questions reste néanmoins important. Ces résultats paraissent surprenants, dans la mesure où, dans les questions précédentes, les étudiants considéraient que l'excision d'une femme n'était pas forcément un critère péjoratif dans la société, mais une donnée « sans importance ». Afin de comprendre plus précisément ces réponses, une question ouverte leur était adressée : « *Pourquoi vous importe-il de vous marier avec une femme excisée, ou non excisée ?* ». Deux points de vue sont mis en exergue : ceux qui n'envisagent pas du tout de se marier avec une femme excisée, et ceux pour lesquels la présence ou absence de l'excision n'est pas un critère de choix de leur partenaire.

❖ **N'envisagent pas de se marier avec une femme excisée**

« Il est important pour moi que ma conjointe soit équilibrée sur le plan sexuel et qu'elle n'ai pas de problème psychologique lié à l'excision », « il faut qu'elle puisse jouir par le biais du clitoris », « je veux qu'elle ait autant de plaisir que moi », « je ne veux pas être le seul acteur au lit », « les rapports sexuels n'ont un sens que lorsque le plaisir sexuel est partagé », « troubles de l'équilibre du couple », « Désorganisation profonde de sa personnalité », « Infertilité », « Je ne veux pas d'une femme mutilée », « il faut bannir cette pratique », « je veux une femme naturelle », « mes parents s'opposeraient à un tel mariage »

❖ **L'excision ne fait pas partie des critères de choix de la partenaire**

« Cela n'a pas d'importance », « je ne compte pas lui demander si elle est excisée ou non », « cela n'est pas un critère pour mettre de côté une femme que je désire », « ceci ne fait pas partie des règles de choix du conjoint », « je veux bien me marier avec une femme



excisée, seulement si elle adhère à mon point de vue et qu'elle ne fera pas exciser ma fille », « je ne trouve pas de particularité que la femme soit excisée ou non ».

4.2.3 La prévention contre l'excision au Bénin et en Occident

4.2.3.1 Perception par les étudiants de l'influence de l'Occident

93% des étudiants ne ressentent pas les critiques médicales et modernes comme un discours insultant vis à vis des traditions. 7% au contraire si. Comme vu précédemment, la vision de l'excision comme une violence faite aux femmes n'est pas partagée par 26,5% des étudiants. 84% des étudiants estiment que les mouvements occidentaux et féministes sont légitimes dans leurs actions. 9,5% pensent que non, et 6% n'ont pas répondu.

4.2.3.2 Leur avis sur la chirurgie réparatrice

Une question ouverte tentait de connaître les avis de ces étudiants au sujet de la réparation médicale de l'excision. Les avis sont très partagés : il y a ceux qui sont pour et convaincus, ceux qui sont pour mais sceptiques, ceux qui ne savent pas, ceux qui ne se prononcent pas, et ceux qui sont contre.

❖ Pour et convaincus :

« Un espoir », « une bonne chose », « une bonne initiative », « rétablit le corps de la femme », « pour être complète », « donne un avant goût des rapports sexuels et le goût à la vie », « à développer chez nous », « je pense que c'est une bonne évolution de la science médicale car si Dieu a créé la femme ainsi c'est pas pour rien »

❖ Pour mais sceptiques :

« C'est peut-être une solution », « soulage plus ou moins », « je suis sceptique quant aux résultats », « je pense que cela permet de retrouver sa féminité et sa sexualité, mais difficultés d'accès dans les villages analphabètes avec des petits revenus », « qu'en est-il du coût ? », « bien sur le plan esthétique mais pas sur le plan fonctionnel », « pas efficace à 100% », « elle ne pourra jamais restaurer ce qui a définitivement été ôté ».

❖ Ne se prononcent pas :

« C'est un choix très personnel », « chacun est libre de faire ce qu'il souhaite de son corps »



❖ **Contre :**

« C'est mauvais pour nous les chrétiens, car il faut être fier de son propre corps », « c'est corriger Dieu », « mauvaise pratique car pas biblique », « souvent la chirurgie est faite pour satisfaire les fantasmes du mari », « un peu trop d'extravagance », « normes contraires à l'éthique humaine », « c'est une aberration », « futile », « mauvaise pratique », « sacrilège », « ce n'est plus naturel »

On peut noter qu'aucune réponse n'avance la réparation comme un moyen éventuel de guérir d'affections médicales contractées à cause de l'excision.

4.2.3.3 Un avis partagé sur la médicalisation de l'excision

Il y a autant d'étudiants qui pensent qu'il serait une bonne idée que l'excision se fasse en milieu hospitalier plutôt qu'au village, que d'étudiants qui pensent que c'est une mauvaise solution (45% versus 44%). 11 étudiants n'ont pas répondu à la question, soit 11,5%. Cela montre qu'il s'agit d'une question avec des avis très partagés, ce qui peut jeter un doute sur le degré d'opposition forte au principe même de l'excision.

4.2.3.4 Pénalisation de l'excision au Bénin et son impact supposé

89,5% des étudiants sont pour la lutte contre l'excision dans leur pays. 5% sont contre, et 5% n'ont pas répondu.

75,5% des étudiants sont pour la pénalisation de l'excision au Bénin. 14,5% sont contre, et 9,5% n'ont pas répondu. Certains étudiants étant pour la lutte contre l'excision ne sont pour autant pas pour sa pénalisation, et pour certains autres, le taux de non réponse suggère que cela les interroge.

73% des étudiants pensent que la pénalisation de l'excision tend à la faire régresser. 22% pensent que non et 5% n'ont pas répondu. Cette question peut être mise en lien avec la première question du questionnaire, qui demandait aux étudiants si selon eux l'excision régressait, se développait, ou si les législations locales et la pénalisation concouraient à une difficulté de mesurer l'importance actuelle de la pratique de l'excision. En effet, 26% d'entre eux optaient pour cette dernière réponse.



Il est ainsi clair qu'une proportion significative d'étudiants, bien que « contre » l'excision, ne sont pas résolument favorables à sa pénalisation, estimant qu'elle ne contribue pas à une régression de la pratique.

4.2.3.5 Des étudiants relativement bien informés des risques médico-psycho-sociaux

86% des étudiants ont été informés à la faculté des risques médicaux des MGF à court terme, 71% d'entre eux des risques médicaux à moyen et long terme, et 81% d'entre eux des conséquences sexuelles, psychologiques et sociales.

❖ Court terme :

Les complications les plus souvent évoquées par ordre décroissant sont l'hémorragie, la possible transmission du VIH, les infections vulvaires et urinaires, la douleur aiguë, le décès, la lésion d'organes de voisinage, et la rétention urinaire.

❖ Moyen et long terme :

Les complications les plus souvent évoquées par ordre décroissant sont les infections pelviennes, la stérilité, les fistules, avec possible incontinence ou gêne lors de la miction ou des rapports sexuels, les difficultés menstruelles, les déchirures périnéales plus importantes au moment de l'accouchement, le travail obstétrical et l'accouchement plus longs avec risque de souffrance fœtale.

❖ Conséquences sexuelles, psychologiques et sociales :

Les complications les plus souvent évoquées par ordre décroissant sont l'altération de la sensibilité sexuelle, la frigidité, la dépression, les dyspareunies, et les angoisses.

Dans l'ensemble, les étudiants sont relativement bien informés des conséquences des MGF à la faculté de médecine de Parakou. Il s'agit cependant d'étudiants en médecine donc relativement bien informés par rapport au reste de la population médicale. Les conséquences médicales à court terme de l'intervention sont un peu mieux connues. En analysant le détail les réponses, il apparaît en particulier que les conséquences sur le versant obstétrical sont notablement moins bien connues : le risque de travail plus long avec possible hypoxie fœtale prolongée n'est cité que par 11,7% des étudiants, et par 14,8% d'entre eux pour le risque accru de déchirures périnéales.

4.2.3.6 Attitude professionnelle

52% des étudiants sont incités dans leur milieu professionnel à sensibiliser les patients sur l'excision (dans 22% des cas sur la souffrance induite, 52% des cas sur les risques médicaux, et 22% des cas sur les risques judiciaires). 37,5% au contraire n'ont pas eu de prescription particulière à ce sujet, ce qui est un taux important, mais il s'agit encore d'étudiants.

Les messages de prévention qui leur paraissent les plus pertinents sont les risques médicaux de l'intervention (cité par 20,7% des étudiants), les risques médicaux tout au long de la vie (18,5%), les troubles psychologiques pendant la vie de femme (15%), le traumatisme de l'intervention (12%), la menace de signalement ou de poursuites judiciaires (11,5%). La discussion sur l'archaïsme de la pratique, et la discussion sur le problème familial pour renoncer à la décision d'excision dans un contexte de pressions extérieures fortes, sont des arguments minoritaires. Globalement, ce sont les arguments médicaux qui ressortent le plus.

84% des étudiants ne pourraient pas, même en raison du contexte familial et social, accompagner la décision d'excision chez une petite fille. 5% le pourraient, et 10% n'ont pas répondu.

4.2.3.7 Croisement de variables

Après avoir passé en revue l'interprétation par thème des questionnaires, il est paru intéressant de voir si les hommes et les femmes avaient les mêmes profils de réponses. Ainsi, la variable homme/femme a été testée avec différentes affirmations, telles que : « l'excision n'est pas une violence faite aux femmes », ou « c'est exagéré », ou « ce n'est pas les affaires des personnes qui n'ont pas été élevées dans cette tradition », « une femme non excisée représente une tare ou une impureté », « une malformation » ou « un obstacle au mariage », ou « l'excision est vécu comme une fierté », « un signe de bonnes mœurs », « une féminité assumée », ou « l'excision n'est pas une mutilation », « l'excision doit se faire dans la douleur », « l'excision est un critère de beauté », « l'excision n'est pas une tradition qui doit disparaître », « l'excision n'est pas un vrai danger », etc ...

Il en ressort qu'il n'y a pas de variation significative de réponse entre les hommes et les femmes, ce qui suggère que les deux sexes ont une opinion assez homogène de l'excision dans leur pays.

5 Discussion : Améliorer le contenu du discours de prévention en France et évaluation des outils utilisés

5.1 Validité et limites de l'étude

Les étudiants de médecine de Parakou au Bénin se sont vus proposer un questionnaire approfondi sur les MGF dans leur pays et la prévention au Bénin et à l'étranger. Ce mode de recrutement a des avantages et des inconvénients. Il s'agit de personnes d'un milieu social aisé dans leur pays, ayant accès aux études secondaires, ce qui représente un biais de sélection, car ils ne constituent donc pas un échantillon représentatif de la population générale au Bénin. Cependant, cela leur permet de s'exprimer plus facilement sur la question, de façon fine, y compris à l'écrit dans les questions ouvertes. Dans les questions relatives à la prévention, leur avis est pertinent de la part de professionnels de santé en devenir qui ont déjà de l'expérience clinique. Ils ont un double regard : un regard porté sur les traditions familiales, leurs racines, et un regard, qui, en plus d'être porté sur les possibles courants de pensée modernes de la société, est résolument médical. Dans toutes les sociétés, les médecins sont les représentants du savoir, et de l'avenir ; ils sont porteurs d'évolution. Ils doivent essayer de concilier une tradition comme l'excision, avec la connaissance de ses répercussions médicales. Certaines réponses peuvent être biaisées justement par leur statut médical : peut-être qu'ils souhaitent, consciemment ou inconsciemment, en tant que futurs médecins, donner des réponses « politiquement correctes ».

L'échantillon est représenté à la fois par des hommes et des femmes. Cette mixité est essentielle afin d'avoir un regard objectif et juste de la tendance. Il nous importe d'avoir l'avis des femmes car ce sont elles qui sont directement concernées par les MGF. Toutefois, le point de vue des hommes est également fondamental, car, les sociétés africaines ayant en majorité un modèle de société patriarcal, beaucoup de décisions, d'un point de vue communautaire, passent par eux. Ils sont tous jeunes (à l'exception d'un étudiant âgé de 40 ans), donc représentent les changements en cours.

Concernant la forme du questionnaire, il est assez long, ce qui pourrait avoir tendance à diminuer les chances d'avoir un taux de réponses satisfaisant. Cependant, les étudiants ont largement répondu aux questionnaires, ce qui montre qu'ils étaient intéressés par le sujet. Certains questionnaires (3) ont été exclus car ils présentaient trop de questions sans réponse.

Ensuite, l'ensemble des étudiants n'est pas issu de populations pratiquant les MGF, ce qui constitue un autre biais. Cependant, tous vivent quand même dans un pays qui les pratiquent, et les ethnies cohabitent. Ils ont donc une vision de la pratique qui est nourrie par les échanges avec leur environnement.

Enfin, concernant les questions assez personnelles, lorsque leur avis propre est sollicité, il peut exister des freins psychologiques, une certaine pudeur d'en parler avec une occidentale. La question sur le ressenti de l'excision chez les femmes qui ont vécu la MGF illustre très bien ce phénomène. Seule une femme a expliqué son ressenti, et de manière très brève. Pour ce genre de questions, un entretien aurait sûrement été plus adapté.

5.2 Discussion des résultats

Cette partie permet de confronter les résultats du questionnaire au Bénin aux recherches bibliographiques sur le sujet (voir première partie), à l'analyse des supports de prévention existants, ainsi qu'aux expériences de spécialistes des MGF. Trois entretiens ont eu lieu, avec :

- Nana CAMARA, formatrice au GAMS envers les professionnels de santé, les enseignants et les travailleurs sociaux. Entretien le 5 mai 2015 ;
- Aurélie HAMELIN-DESRUMAUX, chargée de projets au sein de l'association Equilibre et populations. Entretien le 06 mai 2015 ;
- Stéphane BOUNAN, adjoint au chef de service de la maternité de l'hôpital Delafontaine en Seine Saint-Denis, faisant partie de l'unité de prise en charge des MGF de l'hôpital, et chirurgien gynécologique notamment concernant la réparation chirurgicale de l'excision. Entretien le 18 mai 2015.

5.2.1 Outils de prévention créés pour le public

Différents supports ont été créés en France dans le but de favoriser la prévention envers à la fois les patients et les professionnels médico-sociaux.

Citons notamment une initiative du préfet de Région d'Ile de France qui diffuse un guide d'information « **Nous protégeons nos petites filles** » dans le cadre d'une campagne d'information en novembre 2013. Cette brochure a été réactualisée et réimprimée en 2006, elle se nomme désormais : « **Protégeons nos petites filles de l'excision** ».

En mars 2009, une campagne de communication nationale est lancée par la Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Solidarité Valérie LETARD : des brochures et des affiches sont distribuées, appelées « **Combattre l'excision** » et « **Les mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi** ».

En 2010, année où le gouvernement fait des violences faites aux femmes une grande cause nationale, une brochure d'information « **Agir face aux mutilations sexuelles féminines** » soutenue par la Délégation Régionale aux Droits des femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France, est distribuée.

Différentes vidéos sont également disponibles, destinées à des séances de prévention et pouvant être utilisées par exemple par les PMI : *Femmes assises sur le couteau* : le manuel et le film, créés par le GAMS en 1995. *Le pari de Bintou*, créé par le CAMS en 1995. Plus récemment, *Les chemins de l'abandon* par Equilibre et populations en 2010, et *L'appel de Diégoune* et son livret pédagogique, créés par Tostan en 2011.

Des bandes dessinées et des ouvrages photographiques existent également. Un manuel très imagé et documenté datant de 1991 pour sa première édition par le GAMS (« **Le livre d'images universel de la Naissance** » de Fran P. Hosken) comportant un additif très pédagogique sur les conséquences des mutilations sexuelles féminines est toujours réédité et particulièrement approprié pour être commenté auprès de femmes le cas échéant analphabètes.

L'analphabétisme est un frein non négligeable à une prévention efficace. Les supports papier du type des brochures citées plus haut et destinées au grand public ne sont pas adaptés dans ces cas là. Dans le cas où il existe une barrière de la langue, la présence d'un interprète s'avère indispensable, même si la présence d'une tierce personne pour un sujet aussi sensible n'est pas évidente.

Les professionnels de PMI jouent un rôle indispensable dans la mesure où ce sont eux qui effectuent un suivi des enfants après la naissance et pendant la petite enfance. Les PMI sont de surcroît des lieux adaptés pour effectuer de la prévention vis à vis de la mère et plus largement de la famille, en utilisant divers supports imagés tels que des vidéos, ou en tenant des groupes de paroles sur le sujet.

Il apparaît que les **médias** ont un rôle prépondérant comme vecteurs d'informations, notamment la télévision, comme l'explique l'étude *Excision et Handicap* de janvier 2009 [3]. Elle permet de libérer la parole au sein des couples et plus largement des familles, et donc de démystifier le sujet. En effet, plusieurs femmes interrogées dans l'étude affirment avoir initié le dialogue autour des MGF après avoir regardé une émission à la télévision (France 3, France 5 ou Arte), mais aussi grâce à la lecture de magazines, de livres ou par le biais d'Internet.

La pénalisation est largement exploitée dans les brochures : Les couleurs sont le noir, le rouge et le blanc, les logos sont forts, représentant une lame de rasoir rouge entourée et barrée de noir, symbolique de l'austérité. Elles font une large place au rappel de la loi, aux peines encourues, aux procédures de signalement non seulement par les médecins mais aussi par les citoyens.

Les interlocuteurs interrogés m'ont indiqué que les brochures sont toujours éditées en nombre suffisant, le principe étant qu'elles sont disponibles auprès des associations et des mairies sur demande. Il en est de même des affiches. Toutefois, le Docteur BOUNAN précise que son service n'utilise pas ces supports, préférant une approche orale.

5.2.2 Guides destinés aux professionnels de santé

Le principal guide destiné aux professionnels de santé, c'est à dire le plus récent et le plus largement diffusé est : « **Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines** ». La coordination de la rédaction de ce guide a été confiée à GSF, en 2008, avec le soutien financier de la Direction Générale de la Santé (DGS). Son impulsion était dictée par le manque de connaissances et de prise en charge de la part des professionnels de santé. Il s'agit d'un outil destiné à aider les professionnels de santé à prévenir, dépister, et prendre en charge ou orienter les femmes et les filles présentant une MGF. Il rappelle les dispositions pénales et clarifie le statut du professionnel et son champ d'actions. Il existe une version intégrale (115 pages) et une version sous forme de synthèse (14 pages). La version longue est adressée aux



professionnels s'intéressant particulièrement au sujet, car son format conséquent ne lui permet pas d'être généralisé dans le cadre de la formation des soignants.

Il est cependant relativement peu présent dans les centres de santé. Il n'est pas en libre service pour les soignants. Il est accessible individuellement aux soignants demandeurs, qui font la démarche de se le procurer auprès des associations. Il sert de document de référence plutôt qu'utilisable directement à l'occasion d'une consultation.

5.2.3 Préconisations

Dans cette partie, les recommandations apportées s'appliquent aux consultations de gynécologie ou d'obstétrique classiques. Il ne s'agit pas de consultations spécialisées sur les MGF. La patiente consulte pour une raison qui n'a rien à voir avec l'excision mais le professionnel de santé en fait la constatation.

5.2.3.1 Aborder systématiquement le sujet en cas de MGF

Au moment de l'examen clinique d'une patiente, **il est rappelé qu'il est important** de regarder le périnée antérieur, c'est à dire de faire un examen complet de la vulve. Les femmes noires africaines sont les plus concernées par les MGF, mais il faut garder à l'esprit que l'excision est une pratique présente aussi en Egypte et dans d'autres parties du monde où la population n'est pas noire africaine.

S'il y a présence d'une MGF, il est **également rappelé la nécessité** de le noter dans le dossier médical, en précisant le type de lésion, car cette information a des conséquences pour la prise en charge ultérieure de la patiente.

S'il y a constatation d'une MGF, c'est le **devoir** du soignant de l'évoquer avec la patiente. **La patiente peut ou non être au courant de sa lésion génitale.** Il peut donc s'agir d'une annonce. Un exemple de formulation pour évoquer le sujet peut être : « *Madame, j'ai remarqué que votre corps est différent, que vous avez été excisée, le saviez-vous ?* ».

Dans le rapport de l'INED, *Excision et handicap* [3], certaines femmes témoignent de l'incapacité des professionnels de santé à aborder la question des MGF. On observe une réelle difficulté des professionnels de santé à parler sans gêne des MGF à leurs patientes sans se sentir intrusif, tandis que les femmes concernées attendent que le sujet soit abordé. Dans ce



rapport, le témoignage d'une femme excisée est celui-ci : « *J'ai eu un gynécologue depuis l'âge de 16 ans. A aucun moment, j'ai un gynécologue qui m'a dit : « Oh mademoiselle, vous êtes excisée... ». Jamais. Jamais, jamais, jamais, jamais...Jusqu'à pas longtemps, d'ailleurs, juste avant mon opération, j'avais un gynécologue, c'est de moi-même, je lui ai parlé. Je lui ai dit « Ecoutez monsieur, je comprends pas, ça fait plusieurs fois que je viens vous voir, et à aucun moment, vous m'avez fait part de mon excision. » Il me dit « Oui, je le savais, mais vous savez, c'est pas très facile de parler de ce genre de choses ».* »

Pourtant, pour le Dr BOUNAN : « *c'est le devoir du soignant d'informer les patientes. Ce n'est pas normal qu'une dame ait vu dix gynécologues et qu'elle ne sache pas qu'elle est excisée. Ce n'est pas normal qu'une patiente accouche à la maternité et qu'à aucun moment la sage-femme ne le lui ait dit*».

De plus, d'après Mme CAMARA, ce que dira le professionnel de santé en consultation aura « *beaucoup plus de poids et sera mieux enregistré que ce qui est dit dans la brochure* ». L'Afrique a une transmission orale de ses valeurs, et beaucoup de patientes sont analphabètes.

5.2.3.2 Evaluer avec la patiente les désagréments et risques médicaux pour elle et/ou son bébé à naître

Les étudiants interrogés au Bénin sur les arguments les plus pertinents en matière de prévention pensent que ce sont les arguments reprenant les conséquences médicales à court, moyen et long terme, et les troubles psychologiques qui ont le plus de poids (66,2% des étudiants les citent). Le fait qu'il s'agisse d'étudiants en médecine peut constituer un biais car plus formés sur l'aspect médical. Pourtant, il semble que ces arguments soient particulièrement adaptés notamment de la part de personnels soignants, qui représentent le savoir médical. Selon Mme CAMARA, lors de notre entretien, ce sont les arguments les plus efficaces car ils ont une valeur concrète : « *une femme qui souffre d'infections urinaires à répétition, de douleurs chroniques ou qui a des difficultés pour accoucher ressentira ces désagréments au quotidien, c'est concret, c'est parlant* ». Insister sur les conséquences obstétricales est pertinent, avec le risque de déchirures périnéales plus important, le risque de fistules, d'hémorragies, et les conséquences néonatales. Les conséquences obstétricales ont du poids, s'adressant à une population fortement nataliste. Les affections chroniques affectant la vie de tous les jours peuvent aussi représenter un argument concret.

Dans une consultation le soignant ne connaît pas a priori le passé de la patiente, ni sa culture ni spontanément ce qu'elle ressent concernant sa mutilation.

Avant que d'aborder d'autres aspects, en se positionnant d'emblée dans le cadre de ses compétences propres, il dresse un diagnostic précis par un questionnement complet sur les conséquences rencontrées par la patiente, ainsi que sur les risques au plan médical, en même temps que cette revue constitue un argument fort vis-à-vis de patientes qu'il faudrait convaincre. **En même temps, il commence à appréhender à travers cet échange les risques éventuels pour une enfant à naître ou en bas âge d'être excisée, et peut alors élargir le questionnement.**

Le fait de demander si les femmes de l'environnement proche sont excisées est une première indication. Demander l'opinion sur les MGF de la patiente et du mari aide aussi à mesurer le risque. Il faut néanmoins garder à l'esprit que même si les parents sont « contre » la pratique, le risque peut exister du fait que l'excision est une décision de société. Le risque existe lors d'un retour en Afrique dans le pays d'origine.

D'autres arguments pour convaincre de la nuisance de la pratique seront alors mis en avant. Dans tous les cas, selon le degré d'urgence, les signalements auprès du Procureur de la République et de la Cellule de recueil du Conseil Général seront nécessaires.

5.2.3.3 Principe de tradition ou crainte de l'exclusion sociale

D'après les résultats des questionnaires, le respect du principe de tradition est la raison principale de la perpétuation de la pratique. La peur de l'exclusion sociale n'est pas la motivation principale puisque « être accepté par sa famille » et « arriver à se marier » sont des réponses minoritaires. Cependant, il semble que ces réponses soient propres au Bénin où la prévalence nationale des MGF est relativement faible et où les mentalités ont beaucoup évolué. D'après le rapport de l'UNICEF de 2013 [1], la peur de non reconnaissance sociale et de mise en jeu du statut social de la famille est le principal argument de perpétuation des MGF. Le Dr BOUNAN, explique que « *le plus souvent, ce n'est pas la mère qui est motivée pour exciser sa fille, c'est qu'elle est soumise à une telle contrainte familiale qu'elle n'a pas le choix. C'est imposé par la société.* »

De plus, la décision de MGF est souvent prise par la communauté plutôt que par une personne, ce qui explique aussi **l'écart entre opinion personnelle et comportement.** [47].



Enfin, l'autorité décisionnelle peut être plus forte de la part de certains membres de la communauté, notamment les chefs religieux et coutumiers. De nombreuses filles excisées ont une mère qui s'oppose à la pratique [1]. Pour renoncer à l'excision les familles doivent être convaincues que suffisamment de personnes sont favorables à l'abandon de l'excision. Pourtant, dans la mesure où l'excision constituerait un tabou, il est difficile de la part des membres de la communauté de connaître l'opinion des autres, ils peuvent donc en avoir une perception erronée. Ce phénomène se nomme l' « ignorance pluraliste ». [48]

5.2.3.4 Rappel de la loi et de la pénalisation de l'excision

D'une part, rappeler que l'excision est condamnée par la justice française. Selon Mme CAMARA, les premiers procès ont été très « *violents* » à l'époque, pas forcément compris par les auteurs des faits. Ces derniers représentaient la « *génération sacrifiée* », pour montrer l'exemple. Depuis, cela fait plusieurs décennies qu'une prévention à tous les niveaux est organisée, alors « *les familles interpellées ne pourront plus dire qu'elles n'étaient pas au courant, maintenant il faut punir* ». Cependant, la pénalisation ne doit pas être le seul outil. « *La loi seule n'est pas efficace* ». Les étudiants béninois sont d'ailleurs assez partagés sur la question de la pénalisation. Une proportion non négligeable d'étudiants, bien qu'étant « contre » l'excision, ne sont pas favorables à sa pénalisation, estimant qu'elle ne contribue pas à sa diminution. D'après Aurélie HAMELIN-DESRUMAUX, chargée de projets au sein de l'association Equilibre et Populations : « *la loi n'est pas une fin en soi, elle dissuade, mais ne suffit pas si elle n'est pas associée à de la prévention. Elle reste assez superficielle si elle est utilisée seule* ». Elle explique cependant que les migrants luttant contre l'excision de leur enfant et qui retournent dans leur pays d'origine affirment que la crainte de poursuites pénales est un argument « *extrêmement dissuasif* ». C'est aussi le constat fait dans l'étude de l'INED [3], *Excision et handicap* : toutes les femmes interrogées utilisent l'argument de la pénalisation de l'excision envers leur famille au pays pour éviter l'excision de leur petite fille : « *J'ai dit « c'est interdit » (...) « Si vous voulez faire, vous allez mourir en prison, ça s'est sûr !* ». La pénalisation en France constitue pour les familles concernées une ressource sur laquelle elles peuvent s'appuyer. De plus, selon Mme HAMELIN-DESRUMAUX, les africains migrants représenteraient des acteurs incontestables dans la baisse de la pratique en Afrique. C'est quelque chose qu'elle a fréquemment constaté sur le terrain. En effet, des transferts d'argent très importants ont lieu de la France vers l'Afrique, et ils constituent, dans

l'exemple du district sanitaire de Kayes, la première source d'aide au développement contribuant à la construction d'églises, de centres de santé, de maraichage. Ainsi, les migrants peuvent dans certains cas exercer des pressions envers leur famille afin d'abandonner l'excision. Pourtant, si le ou la migrant(e) se retrouve en prison du fait d'une excision, il/elle ne pourra plus travailler donc ne pourra plus envoyer d'argent.

D'autre part, dire que l'excision est interdite aussi en Afrique : on observe chez les Africains en France un certain « **repli identitaire** », qui est normal chez une population qui se retrouve déracinée de sa propre culture. Cela peut les pousser à être encore plus rétrogrades que leur famille au pays. Ils n'assistent pas aux évolutions de leur pays. Les populations en situation d'exil ont parfois tendance à « trouver refuge » dans la pratique de coutumes identitaires traditionnelles, alors même que celles-ci s'effritent dans leur pays d'origine. Ainsi, d'après Mme HAMELIN-DESRUMAUX, il est important de montrer aux migrants qu'il y a des dynamiques de changement dans les pays d'Afrique, que les choses évoluent et qu'un processus d'abandon de l'excision est en marche. « *On ne peut pas dissocier les actions menées en France des actions menées en Afrique* ».

5.2.3.5 La religion

Ensuite, le fait de préciser que l'excision n'est dictée par aucune religion est un argument nécessaire, mais il devra forcément s'accompagner de déclarations officielles de représentants religieux dans les pays concernés, donc il n'est pas très opérationnel dans le cadre d'une consultation en France. En effet, dans beaucoup de villages, les chefs religieux eux-mêmes étaient convaincus que l'excision est dictée par leur texte sacré. Cela est en train de changer progressivement.

5.2.3.6 Les droits de l'homme

Il s'agit d'un argument moins facile à faire passer, car contrairement aux arguments médicaux qui sont concrets, les droits de l'homme relèvent d'un système de valeur occidental. Mme CAMARA pense de son côté que cet argument n'a aucun effet, « *ça ne leur parle pas* ». Les africains qui sont pour l'excision ne l'associent pas à une violence ou un acte de maltraitance, et « *les parents qui excisent leur fille le font au contraire pour lui assurer une*



place dans la société ». L'excision n'est pas vécue comme une violation des droits de la femme, « *c'est leur normalité* ». Mme HAMELIN-DESRUMAUX, elle, est d'accord sur le fait que c'est argument plus difficile à faire passer sur le terrain, demandant un travail de fond plus long, mais qu'il n'en est pas moins important. Il est essentiel d'expliquer que la loi française a été initiée après une mutilation faite par une française. Elle ne cible pas une culture mais une mutilation sur le corps. La loi est contre l'atteinte de l'intégrité corporelle, qu'il s'agisse du clitoris ou d'une autre partie du corps.

Pour conclure, il semblerait que la notion des droits de l'Homme soit importante à faire passer, dans les campagnes de sensibilisation en Afrique et en France, mais moins facilement dans le cadre d'une consultation médicale. C'est une prévention qui est destinée à agir sur le long terme mais pas dans le cas d'un risque imminent.

5.2.3.7 Attitude stigmatisante : choix du vocabulaire utilisé

Dans les questionnaires distribués au Bénin, près de 10% des étudiants ne sont pas d'accord avec le terme de « mutilation », et la notion de « violence faite aux femmes » est perçue comme « fausse », « exagérée », « choquante », ou « ce n'est pas les affaires de ceux qui n'ont pas été élevés dans cette tradition » dans 26,5%.

Il convient d'être vigilant à la posture que l'on adopte lorsque l'on est face à une femme présentant une MGF. Notre statut d'occidental peut rapidement engendrer une position de juge. Il ne s'agit pas de condamner la femme excisée mais plutôt de condamner la pratique. L'important est de créer le dialogue tout en instaurant une relation de confiance. Sortir du domaine médical peut parfois aider à cela. Selon Mme CAMARA, toute la complexité réside dans le fait qu'il faut sortir le sujet de l'intime, alors qu'on est dans l'intime. Demander de quel pays et/ou de quelle ethnie est originaire la patiente permet de témoigner de l'intérêt à leur culture d'origine. Il ne faut pas placer la patiente dans un statut de victime, et « *ne pas considérer l'excision comme un handicap* ». Ainsi, les termes « mutilation », « infirmité », « handicap », ne doivent pas être utilisés. D'après la CNCDH [43] : « *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, il est source de rejet de la part des populations immigrées* ».

5.2.3.8 Présence du mari et futur père en consultation

D'après l'analyse des questionnaires au Bénin, il en ressort que c'est la famille paternelle et le père lui-même qui détiennent majoritairement le pouvoir décisionnel concernant l'excision. Ce constat est confirmé par Mme CAMARA qui affirme que c'est le cas dans la majorité des communautés africaines. Fréquemment, les hommes expliquent que « l'excision est une affaire de femmes », et pourtant, ils participent bel et bien au maintien de la pratique. Pour autant, dans le rapport statistique de l'UNICEF [1], il est expliqué que les hommes et les femmes sont « pour » ou « contre » la pratique dans les mêmes proportions. Les hommes sont des déterminants clefs du changement des mentalités en Afrique et en France, pourtant ils sont généralement peu visés par les actions de prévention. Il est nécessaire de les y inclure davantage, dans la mesure du possible. Il est vrai que les hommes sont peu présents lors des consultations de gynécologie ou d'obstétrique, du fait du caractère très intime de celles-ci, et aussi du fait que ces consultations ont lieu en semaine durant des heures de travail le plus souvent. Il paraît donc difficile de les encourager à assister à la consultation. Cependant si le mari est présent, le soignant ne doit pas se sentir « gêné » de parler des MGF devant lui. En fonction du temps dont il dispose, il devrait l'inviter à quitter la salle d'attente et à rejoindre la consultation après un premier temps avec la patiente. Un débat peut également émerger et il est important que ses opinions sur la question soient aussi remises en question voire ébranlées.

5.2.3.9 Informer la patiente de l'existence de centres spécialisés

Il est important d'informer la patiente de l'existence de centres multidisciplinaires, sans être plus intrusif que cela. La remise d'une plaquette avec une adresse et un numéro de téléphone est un bon moyen d'information.

Il s'agit de soigner les patientes qui souffrent de leur excision. Les patientes qui ne vivent pas l'excision comme un problème ne prendront probablement pas rendez-vous auprès de ces centres. Par contre, s'agissant des patientes qui ont des troubles, le fait de savoir qu'il existe des centres spécialisés dans cette problématique peut leur permettre de passer le pas et de se faire prendre en charge.



Différents centres existent. Dans la région parisienne, on a notamment l'hôpital Armand Trousseau, Saint Antoine, Cochin, Bichat, Robert Debré, Tenon à Paris, Delafontaine à Saint-Denis, la clinique Louis XIV et le CHI de Poissy à Saint-Germain-en-Laye.

5.2.3.10 Démystification du sujet

Dans les questionnaires, il ressort que même au Bénin qui est un pays ayant une forte régression de la pratique, le sujet reste un tabou dans la sphère intra-familiale. Le fait d'exposer des affiches dans les salles d'attente permettrait aussi d'inclure le public au sens large au centre de la problématique, c'est à dire d'en faire un sujet d'ordre général.

Mme CAMARA insiste sur le fait qu'il faut banaliser le sujet de l'excision, comme si on parlait de n'importe quelle maladie « *la rougeole, une rage de dent...* ». L'excision est un tabou au sein des familles africaines, ce qui est expliqué dans l'étude *Excision et handicap*. Une forte proportion d'hommes et de femmes ignore ce que l'autre sexe pense des MGF, y compris au sein des couples. Certaines femmes n'apprennent qu'elles ont été excisées qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte. C'est alors les médias, un professionnel de santé, ou des discussions entre sœurs, cousines ou amies, et parfois leur partenaire sexuel qui peuvent en être les révélateurs. C'est seulement quand le sujet sera banalisé que les professionnels auront plus d'aisance à en parler.

5.2.3.11 Abord de la sexualité

La sexualité est une question qui ressort beaucoup du questionnaire. Les étudiants en parlent relativement facilement. Toutefois, il existe peut-être un biais du fait du pays d'une part et de l'âge des étudiants d'autre part.

Selon les propos des différents entretiens, la sexualité ne devrait pas être évoquée en première intention pour toutes les femmes dont la constatation de MGF est faite. En effet, toutes les femmes ayant une lésion génitale n'ont pas de trouble sexuel. Cependant, il est important que la patiente soit consciente que si elle a des questions, si elle a des troubles, quels qu'ils soient, des centres spécialisés sur les MGF existent. Aussi, si elle parle spontanément de ses troubles, une discussion à ce sujet pourra alors avoir lieu d'emblée.

Afin d'expliquer cette vision des choses, il paraît intéressant de s'appuyer sur l'étude *Excision et handicap*, dans laquelle le profil des femmes africaines en France est analysé. Il



n'est pas unique et on distingue trois groupes de femmes : les femmes qui sont nées en France ou arrivées très précocement en France. Elles sont complètement intégrées à la société française, par le biais notamment de l'école et du travail. Dans le deuxième groupe, des femmes vivant leur double appartenance culturelle en conflit : elles ont vécu en Afrique un certain temps avant de rejoindre la France. Dans la troisième catégorie, des femmes arrivées en France à un âge plus mûr, et qui se considèrent comme africaines à part entière. Elles sont en France depuis peu donc ne se posent pas encore la question d'une double appartenance culturelle. Dans le rapport, des questions ayant trait à leur sexualité au sein de couple sont posées. Les femmes appartenant au premier groupe ont plus de facilité à en parler que les femmes du troisième groupe. En effet, les femmes du troisième groupe n'en parlent pas, restent évasives, ou alors associent la sexualité à des questions ayant trait à la reproduction et à la maternité. Pour appuyer ce propos, Mme CAMARA, à la question posée : « *pensez-vous qu'il est important d'aborder la question du plaisir sexuel lors des consultations médicales ?* », répond : « *Non, jamais. Cela n'a pas du tout d'impact. Les africains sont beaucoup plus pudiques sur le sexe que les occidentaux. C'est aller à l'encontre de la culture africaine. C'est quelque chose d'intime, et c'est malsain d'en parler. Dans ce cas ils risquent surtout de dire ce que tu as envie d'entendre. Les gens qui disent qu'il faut en parler ont une vision européenne* ». Effectivement, dans la brochure « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », il est recommandé d'en parler. Toutefois, il est précisé que « *c'est à la femme de dire ce qu'il en est de sa sexualité, et non au professionnel de le présumer* ». Pour Mme HAMELIN-DESRUMAUX, la question de la sexualité est une question très personnelle, ce qui peut assez facilement devenir stigmatisant, et il faudrait donc aborder la question « *avec des pincettes* ». De même, les femmes africaines n'utilisent jamais l'argument de la sexualité pour dissuader leur famille de perpétuer la tradition de l'excision, selon la même étude. Pour résumer, la question de la sexualité peut être abordée dans certains cas avec des patientes vivant des troubles liés aux MGF et qui ressentent le besoin d'en discuter, mais il vaut mieux s'abstenir d'en parler d'emblée. L'existence de centres spécialisés mentionnés plus haut et l'information de la patiente à ce sujet est en revanche d'autant plus opportune.

5.2.3.12 Réparation chirurgicale

Ce qui précède est encore plus vrai concernant la question d'une éventuelle réparation chirurgicale. Celle-ci représente un des moyens de prise en charge des conséquences liées aux MGF, mais elle est plutôt le dernier maillon de la chaîne. Par exemple, au sein du centre dédié aux MGF de l'hôpital Delafontaine en Seine-Saint-Denis, les femmes prennent connaissance de l'existence du centre de prise en charge lors de la première consultation. Celles qui en ressentent le besoin s'y rendent, qu'il s'agisse de plaintes somatiques, identitaires, ou sexuelles. Dans le cadre de cette prise en charge, il est proposé dans un premier temps un bilan initial afin de cerner les troubles de la patiente. En fonction de cela, des consultations avec une psychologue, un sexologue, et une gynécologue médicale auront lieu. A la fin de ce parcours, les différents professionnels se réunissent afin de trouver, avec la patiente, la/les solution(s) la/les plus pertinente(s) pour l'aider. Il peut s'agir d'un suivi psychologique ou sexologique prolongé, et dans certains cas de la réparation chirurgicale. La réparation chirurgicale n'est jamais proposée d'emblée à la première consultation et est toujours le résultat de réflexions approfondies entre la patiente et le corps médical. Elle peut représenter une solution notamment en cas de plaintes somatiques : dysurie, dyspareunie orificielle, existence d'un névrome, d'une kyste épidermique... Dans les cas où la patiente ne souffre pas de troubles médicaux, mais plutôt de plaintes d'origine identitaire ou sexuelle, la question de la réparation se pose au cas par cas. En effet, au-delà de la réparation physique, la réparation psychologique et sexologique est nécessaire et ne passe pas forcément par la chirurgie.

Conclusion

La lutte contre les MGF est un combat de plusieurs générations. Une diminution de la pratique est visible en Afrique (c'est d'ailleurs le cas du Bénin) comme en Occident. Une abondante littérature existe sur le sujet, et un nombre important d'actions est mené tant dans les pays concernés qu'en Occident, en particulier en France. Les progrès significatifs doivent continuer à associer étroitement les politiques sur les deux continents. Dans ce travail de fond, les soignants font partie des professionnels qui sont au cœur de cette problématique, car ils sont de fait en contact direct avec les personnes concernées. Il est donc important que, modestement mais de façon résolue, ils participent à ces actions, de façon adaptée à leur contexte et à leurs compétences. Il apparait que des progrès peuvent être réalisés en la matière, et, pour les accentuer, il ressort des analyses de ce mémoire les éléments suivants, susceptibles de contribuer à débloquer certains freins actuels :

Une convergence entre actions de communication interpersonnelles et publiques est à rechercher, pour démystifier et banaliser le sujet au sein des communautés en question tout en les déculpabilisant, et en conséquence faciliter ainsi la tâche du soignant qui doit l'aborder. Ceci pourrait faire l'objet de supports appropriés comme des affiches en salles d'attente.

Face à une argumentation dense et multiforme, au surplus difficile à aborder dans le contraindre d'une consultation, il convient de mettre en valeur auprès des médecins les arguments médicaux d'abord, et les arguments législatifs ensuite, car ils peuvent, et doivent si nécessaire appliquer la loi en opérant un signalement.

Les arguments médicaux ont une valeur très concrète concernant les affections des femmes et des fillettes, et sont susceptibles de toucher directement les personnes ou leurs proches en raison des conséquences pouvant les affecter, et probablement mal ou insuffisamment décrites et perçues. Il s'agit de les expliciter auprès des familles. Ils sont abordés avec plus de facilité par les personnels médicaux, dont l'autorité et la légitimité sur ce point est incontestable.

Les arguments législatifs ne devraient pas se limiter à la France : la pénalisation dans les pays d’Afrique rend légitime et donne du poids à la pénalisation en France, en même temps qu’elle permet aux familles de prendre conscience le cas échéant du fait qu’elles seraient décalées par rapport aux évolutions intervenant dans leur pays d’origine.

Il convient d’intégrer davantage les hommes en consultation, dans la mesure du possible car ils sont des vecteurs potentiels plus disposés qu’il peut être imaginé, à faire bouger les croyances, et ils détiennent souvent le pouvoir d’influence sinon de décision.

Adopter une posture moins asymétrique avec les patients ou leurs familles permet de favoriser le dialogue et d’établir une relation de confiance. A ce titre, il convient d’être relativement neutre dans les expressions en évitant notamment celles qui pourraient heurter ou blesser les patientes dans leur identité.

Enfin, une prise en charge au cas par cas fait également partie des bonnes pratiques. Le sujet doit être abordé systématiquement, mais le contenu de l’information sera adapté aux patientes : La sexualité et la réparation ne doivent pas nécessairement être abordées en première intention. Dans tous les cas, il faudra orienter les patientes vers des structures spécialisées.

Bibliographie

[1] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements*, UNICEF, New York, 2013

[2] LEFEUVRE-DÉOTTE M., *L'excision en procès : un différent culturel ?*, Paris : L'Harmattan, 1997, 337 P., (coll. Logiques Sociales)

[3] ANDRO, A., LESCLINGAND, M., POURETTE, D., *Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène*, Rapport final, Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH), INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, janvier 2009.

[4] PARPAITE-CLAIN M., *La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge*, 83 P., mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Paris Descartes : 2014

[5] LAURENS DOUCOURE, A., *Les internes en médecine générale face aux mutilations sexuelles féminines : Connaissances, attitudes, enseignement*, 76 P., Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : 2011.

[6] Organisation Mondiale de la Santé. *Centre des médias : mutilations sexuelles féminines* [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> (Page consultée le 28 mai 2014)

[7] EPHESE S., *Maladies de femmes*, Traduit du grec par Andrée Barguet, Paris : Gallimard, 1985 (1^{ère} édition entre 445 et 430 av. J-C), (coll Folio)

- [8] THOMASSET C., JACQUART D., *Sexualité et savoir médical au Moyen Age*, Paris : PUF, 1985, p.64
- [9] CARBONNE N., *Les mutilations sexuelles féminines*, Paris : Berg international, 2011, 183 P., (coll Dissonances)
- [10] BANKS E, MEIRIK O, FARLEY T, AKANDE O, BATHIJA H, ALI M., *WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries*. Lancet, 2006 Jun 3;367(9525): 1835-41.
- [11] BERG, R. C., DENISON, E., *Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C*, 2012
- [12] BERG R.C., DENISON E, FRETHEIM A., *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C) : A systematic review of quantitative studies*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2010 ; Report from Kunnskapssenteret nr 13-2010.
- [13] PROLONGEAU H., *Victoire sur l'excision. Pierre Foldès, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées*, Paris : Albin Michel, 2006
- [14] Interview de FALL S., TV5 Monde, *Africanités, Reportage sur les mutilations sexuelles féminines*. Emission du 26 sept. 2014 [En ligne] <http://www.tv5monde.com/cms/chaine-francophone/Revoir-nos-emissions/Africanites/Episodes/p-29045-Les-mutilations-genitales-feminines.htm> (page consultée le 2 mars 2015)
- [15] COUCHARD F., *L'excision*, Paris : PUF, 2003, 127 P., (coll. Que sais-je ?)
- [16] BICCHIERI, C., *The Grammar of Society : Nature and dynamics of social norms*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.

[17] ELIADE M., *Initiation, rites, sociétés secrètes*, Paris : Gallimard, 1976, 282 P., (coll. Folio essais)

[18] MAUSS M., *Notion de technique du corps*, 1950, (p 365-386)

[19] SEROUR G., RAGAA ABD EL-HAMEED RAGAB A., *Excision (MGF) : entre utilisation incorrecte de la science et compréhension erronée de la doctrine*, Résumé exécutif, traduit de l'arabe. UNICEF, Egypte, 2013

[20] ERNY P., *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*, Paris : L'Harmattan, 1980, 200 P.

[21] DE VILLENEUVE A., *Etude sur une coutume Somalie : les femmes cousues*. Journal de la Société des Africanistes. 1937, tome 7 fascicule 1. P 15-32

[22] GROULT B., *Ainsi soit-elle*. Paris : Livre de Poche, 1975, 219 P., (coll. Littérature française)

[23] Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines*, ONU A/RES/67/146, Nations Unies, New York, 2012

[24] SHELL-DUNCAN B., *From Health to Human Rights : Female genital cutting and the politics of intervention*, American Anthropologist, vol. 110, n° 2, 2008, p. 225-236.

[25] Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer les mutilations sexuelles féminines*, 2010.

[26] TOSTAN, *L'appel de diégoune*, tourné en 2008 [en ligne] <https://vimeo.com/22667861> (consulté le 10 mai 2015)

[27] Equilibre et Populations, *Les chemins de l'abandon*, tourné en 2010 [en ligne] <https://vimeo.com/9829844> (consulté le 10 mai 2015)

[28] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La dynamique du changement social. Vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains*, UNICEF, New York, 2010

[29] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Legislative Reform to Support the Abandonment to Female Genital Mutilation/Cutting*, UNICEF, New York, 2010

[30] Ambassade de France au Bénin. *Indices socio-démographiques*. [en ligne] <http://www.ambafrance-bj.org/Indices-socio-demographiques> (consulté le 4 mars 2015)

[31] Gouvernement du Bénin : *les communes du Bénin* [en ligne] <http://www.gouv.bj/les-communes-du-benin> (consulté le 4 mars 2015)

[32] Comité national du recensement : *Troisième recensement général de la population et de l'habitation*, Institut national de la statistique et de l'analyse économique, Bénin, 2002, 48 P.

[33] Campagne parlementaire, « *Halte à la violence contre les femmes* », *les mutilations sexuelles féminines*. Législation et autres textes de droit interne [en ligne] <http://www.ipu.org/wmn-f/fgm-prov-b.htm> (consulté le 4 mars 2015)

[34] Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les MGF, fiche pays : Bénin*, UNICEF, New York, 2001

[35] (I)NTACT, *Adieu l'excision, histoire et fin d'une tradition*, Bénin, 2009, 41 P.

[36] Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale, *Les violences faites aux femmes au Bénin : Rapport d'étude*, Bénin, 2009, 220 P.



[37] Conseil de l'Europe, *Convention d'Istanbul : Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Strasbourg, 2015, 66 P.

[38] END FGM-Campagne Européenne, *Mettre fin aux mutilations génitales féminines : Stratégie pour les institutions de l'Union européenne : Résumé*, Bruxelles, 2015, 20 P.

[39] COUILLET M., *Les africains subsahariens vivant en France : Caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins*. CEPED, 2010, P. 4-11

[40] République française, *Code pénal*. Paris : Dalloz, 2005, 2477p.

[41] Ministère de la santé et des sports, *Le Praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, coordination de la rédaction par GSF, 2010, 114 P.

[42] Ministère de la Santé et des solidarités, *Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines*. Conclusion de Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, 2006, P 29-32

[43] Commission nationale consultative des droits de l'homme, *Avis sur les mutilations sexuelles féminines*, adopté par l'Assemblée plénière du 28 novembre 2013.

[44] GILLETTE-FAYE, I. *Répartition géographique en France et dans le monde*. Supplément Bull Acad Natl Mad.2004 : 188 (6) : 45-51

[45] Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche : *Circulaire interministérielle DGS/SD 2 C n°2007-98 du 8 mars 2007 relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines*.

[46] Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche : *Circulaire interministérielle N°2006/529 du 13 décembre 2006 relative à la formation des sages-femmes, des infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines*

[47] DAVIES P., *On Relapse : Recidivism or rational response?* AIDS, Londres, 1992

[48] MILLER, D.T. et MC FARLAND C., *When Social Comparison Goes Awry : The case of pluralistic ignorance, Social Comparison : Contemporary theory and research*, publié par J. Suls et T.A. Wills, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1991, p. 287-313.

Annexes

Annexe I : Questionnaire adressé aux étudiants en médecine béninois

Ce questionnaire, anonyme, vise à mieux comprendre l'excision en contexte d'Afrique Noire, et sa double perception occidentale et ancestrale.

Sexe : F / M (que vous soyez un homme ou une femme, vous pouvez répondre à toutes les questions)

Age : Religion : Ethnie : Région d'origine :

Dans ce questionnaire, vous pouvez cocher plusieurs réponses si cela vous paraît pertinent.

I) Le phénomène de l'excision au Bénin :

→ D'après votre expérience, la pratique de l'excision :

- diminue se développe reste constante
 les législations locales et la pénalisation de cette pratique font qu'il est difficile de mesurer l'importance actuelle de la pratique de l'excision.

→ Le sujet de l'excision est-il un sujet évoqué autour de vous ?

- Jamais
 Parfois
 Souvent

→ Lorsque il est évoqué, par qui l'est-il ?

- Entre deux femmes
 Entre deux hommes
 Entre personnes du sexe opposé ?

→ Est-ce plutôt un sujet évoqué :

- Par les personnes âgées Par les parents Par les jeunes
 Par tout le monde Par personne
 Dans des échanges entre personnes de générations différentes

→ Savez-vous si votre mère est excisée ?

- Grand-mère paternelle ? OUI/NON
Grand-mère maternelle ? OUI/NON
Sœur(s) ? OUI/NON

→ Dans votre milieu familial, pour une femme, le fait de ne pas être excisée est vécu comme :

- une tare
- une impureté
- une malformation
- n'a pas d'importance
- un obstacle au mariage
- une provocation
- un signe de modernité
- une féminité assumée

→ Dans votre milieu familial, le fait pour une femme d'être excisée est vécu comme :

- une infirmité
- une fierté
- une difformité
- n'a pas d'importance
- un obstacle au mariage
- un moyen de se marier plus facilement
- un signe de féminité assumée
- un signe de bonnes mœurs
- l'appartenance à une époque révolue

→ Quand une femme est excisée, elle l'est le plus souvent :

- à la naissance
- bébé
- petite fille
- adolescente
- au moment du mariage
- à l'accouchement

Y a t'il un âge précis ? OUI/NON. Si oui lequel ? (.... ans ou mois)

→ A qui appartient la décision de l'excision dans votre société, pour ce que vous en savez ?

- A la fille en question ?
- A sa mère ?
- A son père ?
- A ses grands-parents maternels
- A ses grands parents paternels ?
- A toute la famille ?
- A une autorité locale (chef de village, exciseuse ...)
- Autre ?

→ Qui dans la famille a l'autorité pour s'opposer le cas échéant à une telle décision ?

→ Lorsqu'un homme est en âge de se marier, importe t-il à la famille de savoir si sa future épouse est excisée ? OUI/NON

→ Est-ce qu'il existe une croyance selon laquelle l'excision peut prévenir de risques médicaux ? Et notamment de risques lors de l'accouchement ? OUI/NON

Laquelle (préciser) ?



II) Votre ressenti concernant l'excision :

→ Certains parlent de « mutilation » pour l'excision. Etes-vous d'accord avec ce qualificatif ?

OUI/NON

Pourquoi ?

→ Quelles sont les origines de l'excision selon vous ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accentuer la féminité d'une femme | <input type="checkbox"/> Augmenter la fécondité d'une femme |
| <input type="checkbox"/> Faciliter l'accouchement | <input type="checkbox"/> Réfréner les pulsions sexuelles féminines |
| <input type="checkbox"/> Conserver la femme vierge avant son mariage | <input type="checkbox"/> Assurer la fidélité d'une femme |
| <input type="checkbox"/> Supprimer l'organe masculin de la femme (clitoris) | <input type="checkbox"/> Faciliter l'hygiène intime |
| <input type="checkbox"/> Aucune de ces propositions | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

→ Si vous êtes une femme et que vous avez été excisée, vous en souvenez vous ? OUI/NON

Si oui, quel souvenir en gardez vous ?

→ L'excision est-elle un critère de beauté chez une femme pour vous ? OUI/NON

→ Pensez vous que l'excision doit se faire dans la douleur ? OUI/NON

→ Pensez vous que l'avis de la petite fille ou de la jeune fille qui va se faire exciser est important ?
OUI/NON

→ Feriez vous exciser votre fille ? OUI/NON

Pourquoi ?

→ Si vous êtes un homme, envisageriez vous de vous marier avec une femme :

- Excisée ? OUI/NON
- Non excisée ? OUI/NON
- Cela vous importe-t-il ? OUI/NON
- Pourquoi ?

→ Ressentez-vous les critiques médicales et modernes de l'excision comme un discours insultant vis-à-vis des traditions ancestrales ? OUI/NON



- travail et accouchement plus long avec risque de souffrance fœtale
- déchirures périnéales plus importantes lors de l'expulsion du fœtus
- fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, avec possible incontinence ou gêne lors de la miction et lors des rapports sexuels.

→ Dans vos études, vous a-t-on enseigné certaines conséquences sexuelles, psychologiques et sociales vis à vis de l'excision ? (et de l'infibulation). Si oui, cochez ceux qui ont été évoqués :

- altération de la sensibilité sexuelle
- angoisses
- dépression
- frigidité
- dyspareunies

→ Pourquoi à votre avis la tradition se perpétue, malgré les conséquences à court et à long terme précitées ?

- arriver à se marier
- être accepté par sa famille
- par respect de principe de la tradition
- témoigne une certaine maturité, car la souffrance est nécessaire dans la vie
- un signe d'appartenance à un clan dont on est fier
- la croyance persistante de certains bienfaits de l'excision

→ Dans votre milieu professionnel, vous demande t-on de sensibiliser les patients concernant l'excision sur :

- souffrance induite
- risques médicaux
- risques judiciaires
- on vous demande de ne pas évoquer la question
- vous n'avez pas eu de prescription particulière à ce sujet
- vous êtes incités à participer à une politique de prévention contre l'excision mais de prendre en compte les contraintes sociales ou religieuses de vos patients

→ Vous vous trouvez devant une famille dont vous savez qu'elle risque de faire procéder à l'excision de sa fille, et vous souhaitez les en dissuader : quel message de prévention vous paraît le plus pertinent ?

- risques médicaux de l'intervention
- traumatisme de l'intervention
- troubles psychologiques pendant la vie de femme
- risques médicaux tout au long de la vie
- risques particuliers lors d'un futur accouchement
- discussion sur l'archaïsme de cette pratique
- contestation d'idées reçues concernant les avantages physiologiques que pourrait avoir l'excision
- menace de signalement et de poursuites judiciaires
- discussion sur les problèmes de la famille pour renoncer à sa décision dans un contexte de pressions extérieures fortes
- Autre :

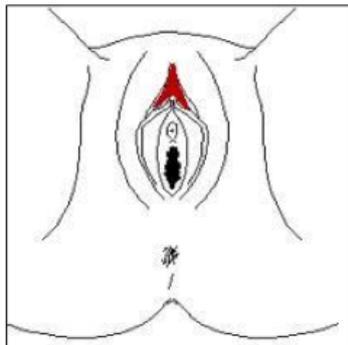
→ Pensez-vous que le risque social (exclusion familiale par exemple) du refus de l'excision peut être supérieur au risque médical de cette pratique ? OUI/NON

→ En tant que médecin ou futur médecin, pourriez-vous être amené, en raison du contexte familial et social d'une personne, à accompagner sa décision de se faire exciser ou de faire exciser son enfant ? OUI/NON

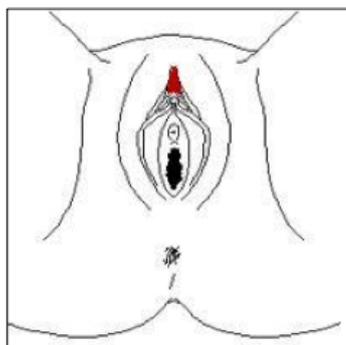


Annexe II : Classification OMS des MGF

Excision du capuchon et du clitoris

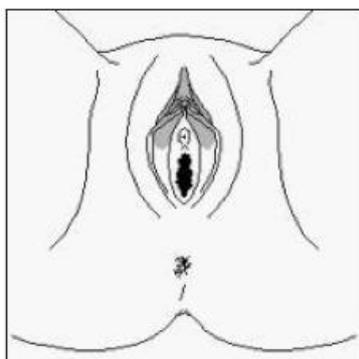


Excision du capuchon sans enlever le clitoris

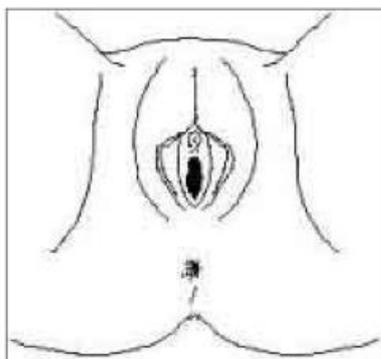


MGF type 1 (issu du guide « le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », 2010)

Avant

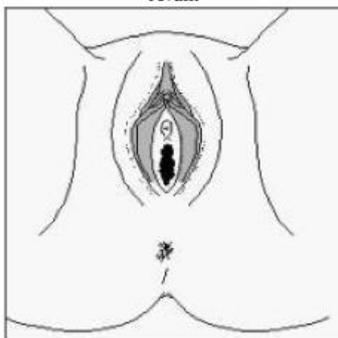


Après

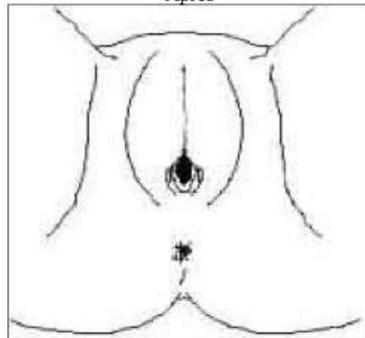


MGF type 2 (issu du guide « le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », 2010)

Avant



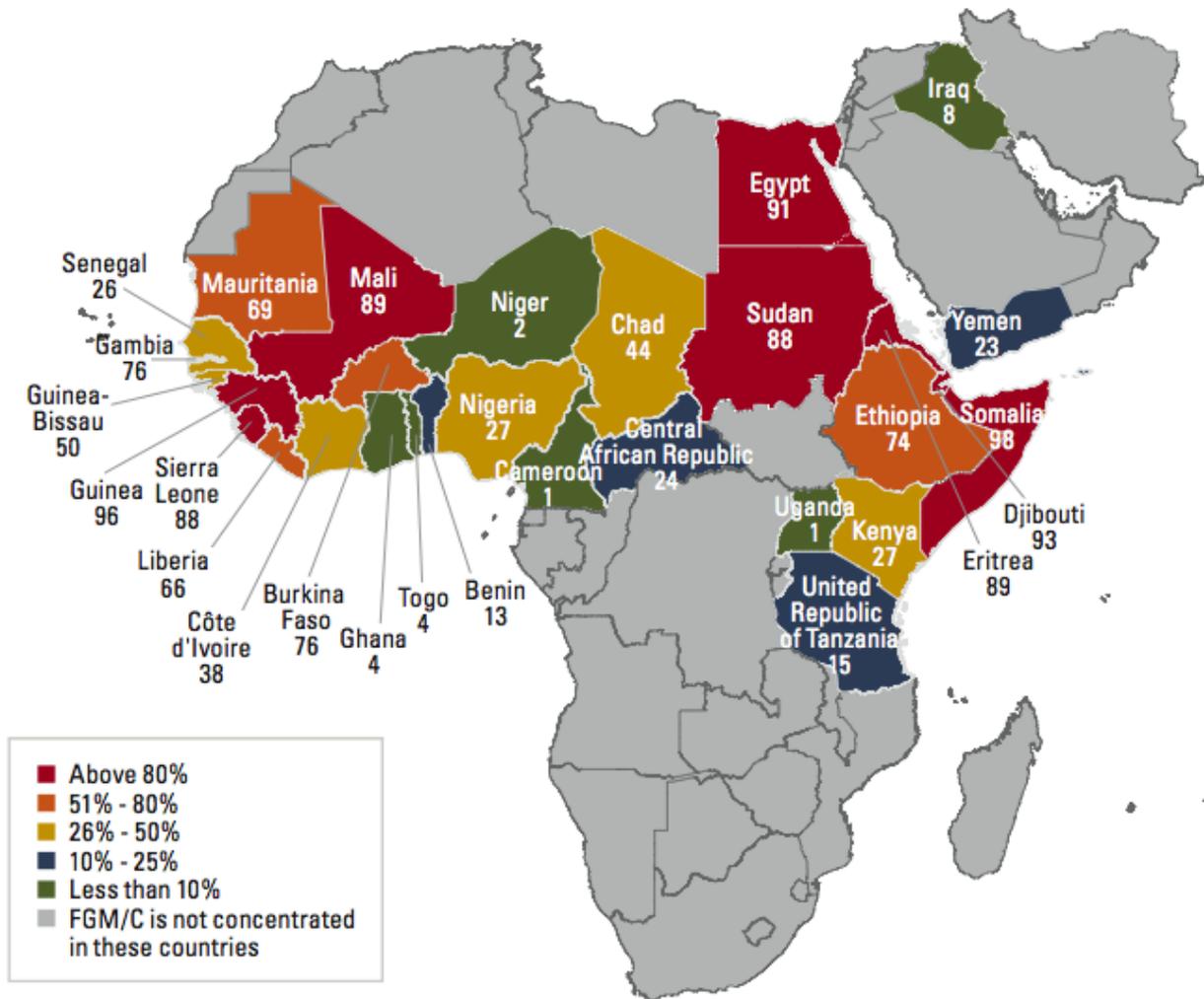
Après



MGF type 3 (issu du guide « le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », 2010)

Annexe III : Représentation géographique des MGF en Afrique

A. Carte de prévalence des MGF



Issu du rapport de l'UNICEF, 2013

B. Classification des pays selon la prévalence des MGF

Groupe 1 : pays à forte prévalence : Pays avec une prévalence supérieure à 80%. Il s'agit de la Somalie (98%), de la Guinée (96%), de Djibouti (93%), de l'Égypte (91%), de l'Érythrée (89%), du Mali (89%), de la Sierra Leone (88%), et du Soudan (88%)

Groupe 2 : Pays à prévalence modérément élevée : la prévalence est comprise entre 51 et 80% : la Gambie (76%), le Burkina Faso (76%), l'Éthiopie (74%), la Mauritanie (69%) et le Libéria (66%)

Groupe 3 : Pays à prévalence modérée : Pays avec une prévalence comprise entre 26% et 50% : la Guinée-Bissau (50%), le Tchad (44%), la Côte d'Ivoire (38%), le Kenya (27%), le Nigéria (27%) et le Sénégal (26%)

Groupe 4 : Pays à faible prévalence : Pays avec une prévalence comprise entre 10 et 25% : la République Centrafricaine (24%), le Yémen (23%), la République-Unie de Tanzanie (15%), et le Bénin (13%)

Groupe 5 : Pays à très faible prévalence : Pays avec une prévalence de moins de 10% : l'Iraq (8%), le Ghana (4%), le Togo (4%), le Niger (2%), le Cameroun (1%), et l'Ouganda (1%)

Issu du rapport de l'UNICEF, 2013, selon les EDS et les MICS les plus récents par pays



Annexe IV : Situation au Bénin

A. Départements du Bénin



Issu du site officiel de la République du Bénin

B. Prévalence des MGF au Bénin selon les départements et selon les ethnies

Région	Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E
Alibori	48
Atakora	18
Atlantique	1
Borgou	59
Collines	11
Couffo	0,1
Donga	48
Littoral	2
Mono	0,1
Ouémé	1
Plateau	3
Zou	0,3

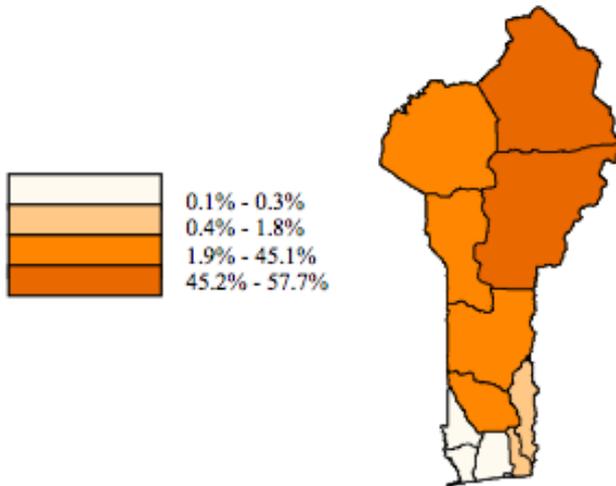
Groupe ethnique	Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E
Aja	0,2
Autre	24
Autres nationalités	12
Bariba	74
Betammaribe	4
Dendi	16
Fon	0,2
Peul	72
Yoa et Lokpa	53
Yoruba	10

Source : EDS 2006.

Issu du rapport de l'UNICEF, 2013 (EDS 2006). A gauche : Répartition des MGF au Bénin en fonction des régions. A droite : Répartition des MGF au Bénin en fonction des ethnies.

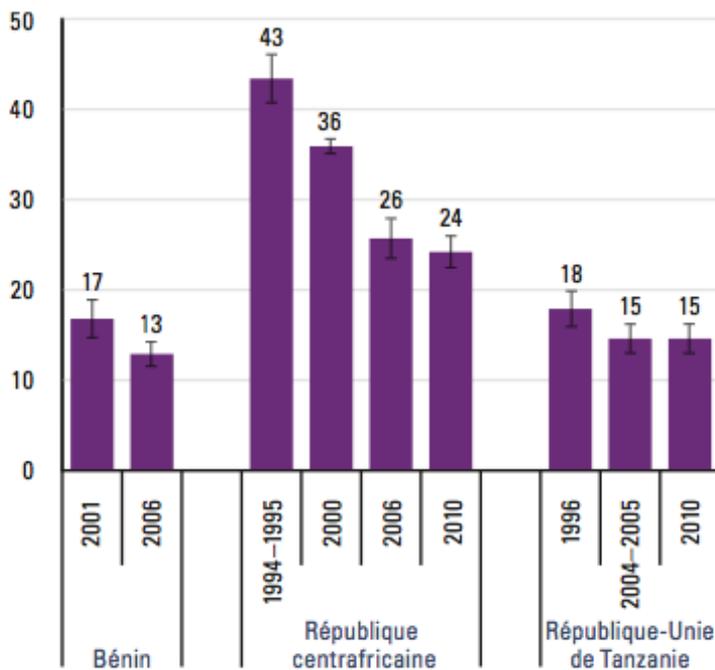


C. Carte de la répartition des MGF au Bénin



Issu du rapport de l'UNICEF 2005 (EDS 2001)

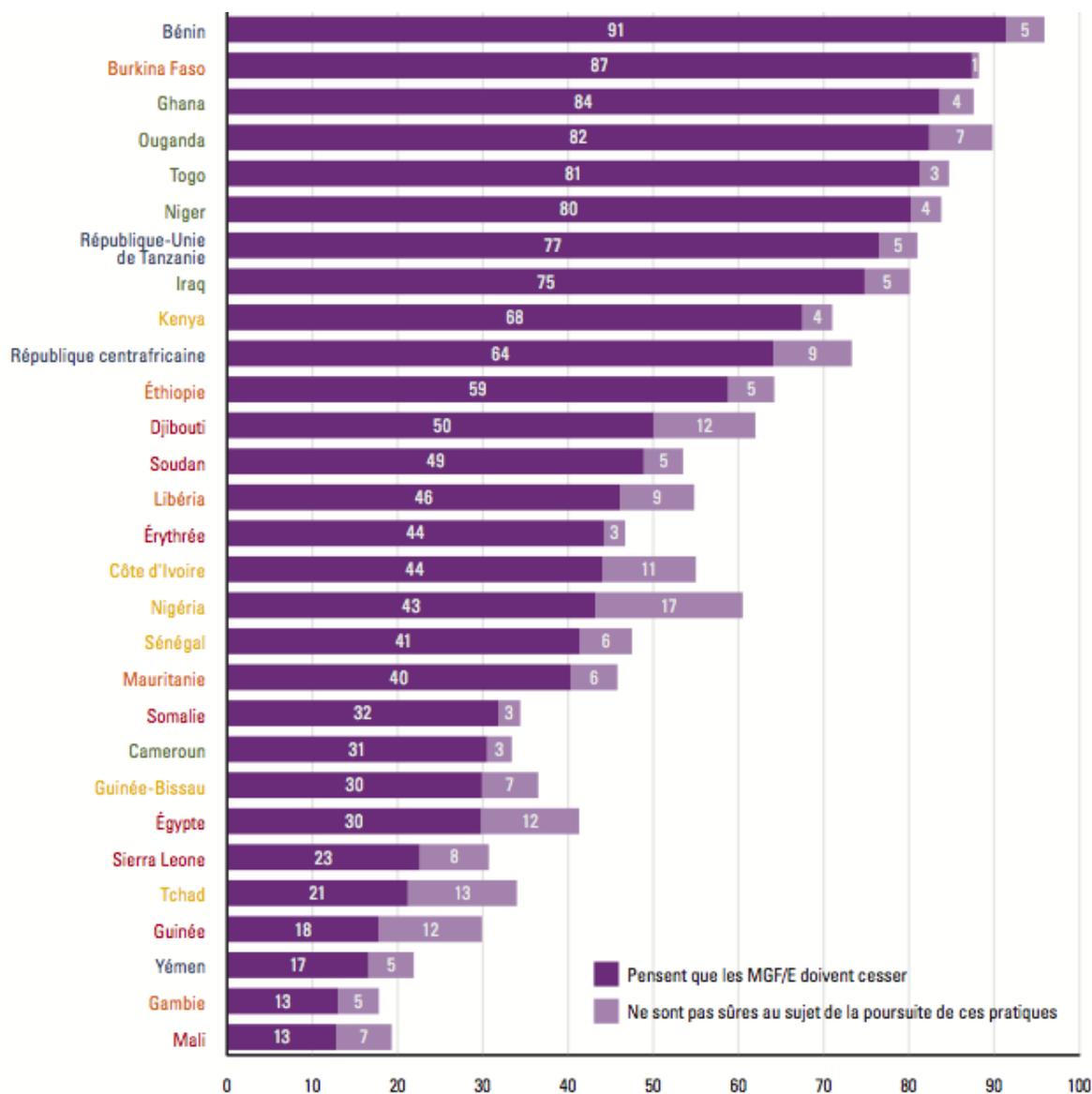
D. Pourcentage de filles et femmes de 15 à 49 ans ayant subi des MGF dans des pays à faible prévalence



Sources : EDS et MICS, 1994-2010.

Issu du rapport de l'UNICEF 2013

E. Parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans, pourcentage s'opposant à ces pratiques ou indiquant qu'elles ne sont pas sûres, que cela dépend



Issu du rapport de l'UNICEF, 2013

Annexe V : Situation en Europe

A. Prévalence des MGF dans quelques pays d'Europe occidentale

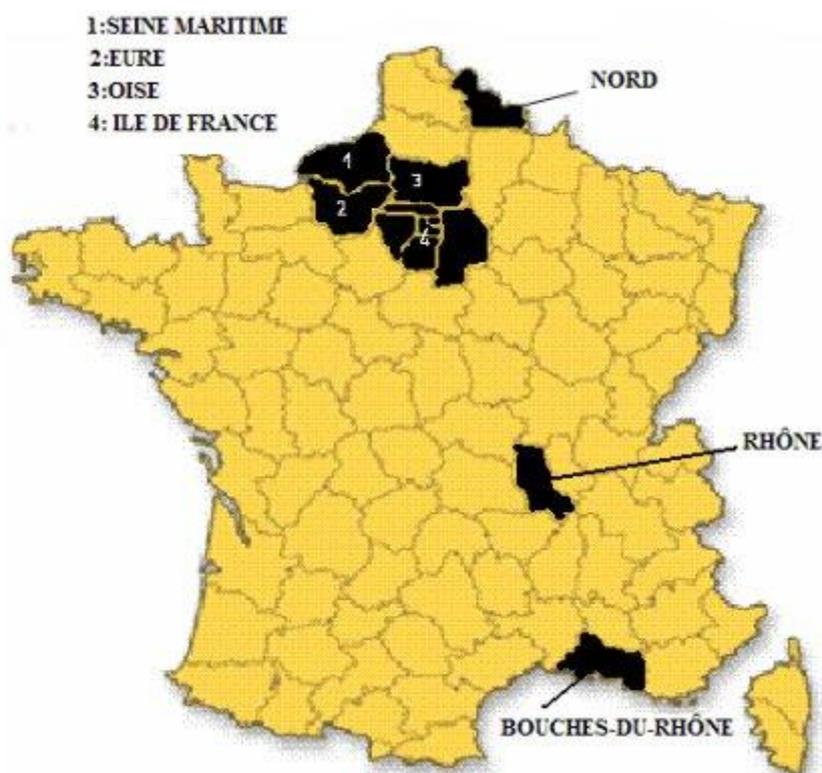
Pays	Année	Nombre de femmes concernées	Nombre de filles à risque ⁽¹⁾
France	2004	55 000	-
Allemagne	2007	20 000	4 000
Grande Bretagne	2007	65 000	30 000
Italie	2009	35 000	-
Belgique	2011	6 500	2 000
Pays Bas	2013	30 000	-

(1) Filles dont l'un des deux parents est originaire d'un pays où l'excision est pratiquée

Issu de la revue « Développement et Santé », n° 205 spécial Excision, juin 2014

Annexe VI : Situation en France

A. Zones les plus touchées par les MGF en France



Issu du site officiel périnatalité perinat-france.org (remis à jour le 19/09/2013)

