

Femmes et mutilations sexuelles

Marseille, le 12 février 2007

Ouverture

M. CHAPPELLET (Directeur de la DRASS PACA) indique que ce colloque a été organisé à la demande de la Direction générale de la santé, par la DRASS et Gynécologie sans Frontière (GSF) avec l'appui du Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS). Ce sujet paraît souvent lointain car caché et sous-estimé. Pourtant, 130 millions de femmes sont mutilées à travers le monde, et chaque année, 2 à 3 millions de fillettes sont concernées. La France est un des pays dans lequel le dispositif de lutte est le plus complet, avec des actions d'éducation, d'information et de formation mais également un volet répressif et pénal. Le Ministre de la Santé et des Solidarités a prévu que cette lutte soit inscrite dans le plan santé et violence. La région PACA, et particulièrement les Bouches-du-Rhône, font partie des zones prioritaires et doivent mettre en place des mesures renforcées.

Les problèmes de santé publique ne sont jamais simples, mais celui-ci l'est encore moins tant les cultures et la religion y sont imbriquées. Les professionnels et les futurs professionnels doivent jouer un rôle fondamental d'éducation, de dépistage et de prise en charge. Or, pour agir efficacement, il faut connaître. L'inscription de cette action au Plan Régional de Santé Publique (PRSP) permettra d'en faire une priorité régionale. L'objectif est d'éradiquer au plus vite, et au plus tard en 2012, ces pratiques intolérables.

Le Dr BRETTELLE, service du Pr Boubli, intervient au nom du Doyen de la faculté de médecine de Marseille et ajoute qu'il est indispensable de mettre l'accent sur la formation et sur l'information.

Mme KOUZMINE (vice-présidente de GSF) déclare que près de 50 000 femmes sont concernées par ces mutilations en France. GSF a pour objectif de réveiller les consciences concernant ce fléau. Ses actions sont principalement tournées vers la formation des soignants. Il est également primordial que des actions soient mises en place au niveau des régions pour mieux lutter contre ces pratiques et pour prendre en charge médicalement et psychologiquement les femmes excisées.

Premier témoignage « Ce jour-là restera gravé dans ma mémoire. A l'époque, en 1966, j'avais 12 ans et ma sœur 10. Comme tous les étés, nous rendions visite à nos grands-parents paternels dans notre village à 15 kilomètres de Bamako. Un matin de bonne heure, nous sommes partis voir ma tante, la sœur de mon père, celle que l'on était toujours contentes de voir parce qu'elle nous gâtait. Je ne soupçonnais rien. Ma tante m'a appelée dans la salle d'eau. Plusieurs femmes se sont alors jetées sur moi, m'ont attrapée et allongée. Elles m'ont écarté les jambes. Je criais. Je n'ai pas vu le couteau. J'ai senti qu'on était en train de me couper. Je pleurais. Il y avait beaucoup de sang. On me disait : « Faut pas pleurer, c'est la honte quand on pleure. Tu es une femme, ce qu'on te fait là, c'est rien. » Elles ont commencé à taper dans leurs mains. Elles m'ont habillée avec un pagne blanc. Pas de pansement, juste quelque chose qu'elles avaient préparé avec de l'huile de karité et des feuilles. Je suis sortie. C'était le tour de ma petite sœur. Je l'ai entendu pleurer, m'appeler au secours, ça m'a fait encore plus mal. C'était un complot. On nous a trahies. Une

dame nous aidait car on ne pouvait pas se lever seules. Nous avons tellement mal qu'on évitait d'aller aux toilettes. »

Mme CHANAUD rappelle que certains chiffres parlent plus que d'autres. Toutes les 15 secondes, une fillette est mutilée dans le monde.

Projection du film « Fatou »

Les différents types de mutilation, leur importance en termes épidémiologique et leurs diagnostics

Le Dr HUGUES (Gynécologue, membre de GSF) estime qu'il n'est pas abusif de parler de barbarie en abordant le sujet de ces mutilations. La définition a été élaborée au fil du temps. Celle validée par l'OMS qualifie de mutilation toute intervention réalisée pour des raisons culturelles et non à des fins thérapeutiques aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins. Cette intervention est pratiquée le plus souvent entre 4 et 12 ans, lorsque la fillette prend conscience de son rôle dans la société. Ces gestes dangereux, mortels dans 10 % des cas, violent les droits humains fondamentaux. Cette pratique se retrouve principalement en Afrique et au Moyen-Orient, mais de par les flux migratoires, elle est présente partout dans le monde. Elle est interdite dans la plupart des pays européens et condamnée dans de nombreux pays africains.

L'OMS distingue 4 types de mutilations :

- **Type 1**
Circoncision avec excision du prépuce clitoridien sans excision du clitoris.
- **Type 2**
Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres. Il représente 80 % des mutilations.
- **Type 3**
Infibulation avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire. Il représente 15 % des mutilations.
- **Type 4**
Autres procédés de mutilation.

Les types 1 et 2 permettent une activité sexuelle et n'empêchent pas un accouchement par voie basse. Le type 3 empêche une activité sexuelle normale. Il est indispensable de rouvrir l'orifice préalablement. Le type 4 concerne des lacérations, l'introduction de préparation dans le vagin et autres formes de mutilations. On qualifie d'infibulation intermédiaire une mutilation laissant un orifice pouvant être élargi au cours des rapports sexuels, mais ne permettant cependant pas un accouchement par voie basse.

Dans les pratiques traditionnelles, les exciseuses sont formées par leur mère et utilisent des outils très rudimentaires. D'où les risques importants d'infection.

L'origine de cette pratique est incertaine, mais remonterait au temps des phéniciens et des égyptiens. Pratique sacrée dès le commencement puisque les égyptiens offraient les parties coupées au Nil.

Les raisons peuvent être multiples :

- culturelles car la pratique relève de coutumes ancestrales ;
- sociologiques car elle symbolise le passage à l'âge adulte ;

- religieuses, même si le Coran ne fait pas référence à ce genre de pratique ;
- hygiéniques et esthétiques car les parties enlevées sont considérées comme impures ;
- psychoculturelles car les femmes sont considérées comme plus chastes si elles prennent moins de plaisir ;
- mythiques car elle augmente la qualité de vie du bébé.

Les causes et les justifications sont multiples et variées et diffèrent d'un pays à l'autre. Entre 45 000 et 60 000 femmes seraient concernées par ces mutilations en France.

Une trop grande proportion de femmes excisées continue à prôner l'excision pour leurs filles. Quatre à six femmes sont excisées chaque minute. Le temps de cet exposé, une centaine de fillette a donc été mutilée.

En conclusion, il est important de mieux comprendre pour mieux combattre. Il est essentiel de savoir reconnaître cliniquement cette pratique qui viole les droits humains et les droits de la fillette, de façon à l'éradiquer.

Mme MICHEL (infirmière scolaire) indique qu'elle est souvent confrontée à ce genre de problèmes, ainsi qu'aux mariages forcés. Elle souhaiterait disposer du numéro de téléphone des associations à contacter dans ces cas.

Mme CHANAUD répond que des numéros de téléphone des principales associations et institutions concernées seront communiqués dans la suite du colloque.

2^{ème} témoignage : « Ma sœur avait deux ans et moi quatre ans. Maman s'était bien habillée, mes tantes aussi ; nous sommes parties du village en chantant. Tu sais, j'étais petite et je ne savais pas ce qui nous attendait. Après, il y avait cette vieille femme, j'ai vu le couteau, j'ai eu très mal. Il y avait du sang partout et autour de moi, tout le monde chantait. »

Maternité : premier lieu de prévention

Mme GRIMA (sage-femme au CH d'Avignon) rappelle que quel que soit le type de mutilation, les conséquences seront lourdes et impacteront toute la vie de la femme. Initialement prévue pour réguler l'activité sexuelle, l'excision aura des conséquences sur tous les aspects de la vie d'une femme. Plus la mutilation est importante, plus les conséquences le seront.

I. Complications obstétricales de la mutilation

Pendant la grossesse, les antécédents d'infections génitales hautes et les infections urinaires et vulvo-vaginites chroniques peuvent entraîner des grossesses extra-utérines, des fausses couches précoces et tardives et une menace d'accouchement prématuré. Les MST peuvent s'aggraver et être transmises au fœtus. Il existe également des cas d'insuffisance rénale chronique entraînant une hypertension artérielle gravidique pouvant générer des retards de croissance in-utero, une prématurité induite et une mort fœtale in-utero.

Pendant le travail, les touchers vaginaux sont difficiles, voire impossibles. Il devient alors compliqué de suivre le travail. De plus, les contractions utérines peuvent provoquer des déchirures spontanées du périnée antérieur et des tissus voisins. Enfin, l'état psychologique de la mère prolonge la deuxième partie du travail. Une prise en charge médicale inappropriée peut accentuer le risque de souffrance fœtale.

Pendant l'accouchement, la dystocie des parties molles peut provoquer un risque de souffrance fœtale. Malgré des épisiotomies importantes, de graves déchirures périnéales postérieures sont constatées. Des déchirures périnéales antérieures peuvent provoquer un traumatisme de l'appareil urinaire.

En post-partum, la douleur du périnée et la peur d'être réinfibulée accentuent le baby-blues. Les cicatrices du clitoris sont très douloureuses car les nerfs sont à vifs. La désinfibulation fait souvent apparaître une cystocèle liée à la durée de miction, qui compliquera encore la vie sexuelle. Par la suite, les complications dues à une réinfibulation sauvage peuvent aller jusqu'au décès.

La connaissance des complications par l'équipe médicale permet donc une prise en charge obstétricale adaptée.

II. La prévention des MSF organisée dès la maternité en PACA

Les objectifs

La maternité constitue le premier lieu de prévention des MSF, puisqu'elle est en amont de la mutilation de la fillette et de la réinfibulation de la mère.

Les objectifs sont donc de former le personnel, de dépister les patientes mutilées et d'établir une relation de confiance avec la patiente.

La prise en charge pendant la grossesse

Un examen soigné de la vulve doit permettre de poser un diagnostic. Cependant, une excision simple est difficilement repérable. Des questions doivent donc être posées à la patiente si celle-ci est jugée « à risque ».

La prise en charge médicale doit permettre d'évaluer les risques en fonction du type de mutilation. Une discussion avec la patiente est indispensable pour déterminer la conduite à tenir pendant l'accouchement. La patiente doit savoir qu'en cas de désinfibulation, elle ne sera pas recousue.

Une prise en charge psychologique, sociale et préventive doit s'effectuer en partenariat avec la PMI. Le cadre de la loi française doit également être exposé à la patiente.

La prise en charge pendant l'accouchement

Une prise de décision tardive de désinfibulation peut engager le pronostic fœtal. L'équipe soignante doit être formée et l'accouchement préparé.

La prise en charge et la prévention après l'accouchement

Lors de la naissance d'une petite fille, un signalement à la PMI et au Procureur de la République doit être effectué. La patiente doit également être informée des nouvelles techniques de réparation clitoridienne et de la nécessité d'une rééducation périnéale. Les associations doivent être contactées.

Les points positifs

Un diagnostic précoce associé au protocole de prise en charge permet d'éviter les situations d'urgence et de diminuer les risques. Les fréquentes rencontres permettent d'établir un lien de confiance avec la patiente. L'objectif de prévention est de mobiliser l'ensemble de la maternité en formant le personnel et en menant une réflexion pluridisciplinaire.

Les points négatifs

La relation de confiance est difficile à établir car la peur de l'étranger et la peur du signalement à la PMI planent. Ce signalement ne se veut pas répressif mais permet de protéger les fillettes. En ville, cette relation est encore plus difficile à établir. Le manque de moyens humains et financiers ne permet pas une formation adéquate. De plus, l'absence de consensus national freine la prise en charge obstétricale.

La volonté du Gouvernement d'instaurer des plans de lutte nationaux et régionaux facilitera ce travail. Le manque de formation des professionnels demeure le principal problème.

Le docteur Bellas Cabanes, médecin de la PMI de Chateaufort, félicite Mme Grima pour le travail effectué. Cependant, elle estime qu'il est difficile d'établir une relation de confiance lorsque le sujet du signalement est abordé immédiatement. Un travail doit porter sur l'articulation de ces deux aspects. Des parents se sentent souvent blessés par cette suspicion alors qu'ils n'envisagent

pas de faire exciser leur fillette. Le risque doit être mieux évalué ; la sage-femme de la PMI devrait participer à l'accompagnement de ces familles. Le signalement au Procureur constitue un acte répressif ; l'accompagnement serait plus utile.

Mme GRIMA admet que le signalement au procureur est répressif. Cependant, le signalement à la PMI lui semble indispensable pour protéger les fillettes. Certaines femmes convaincues de ne pas faire exciser leur fillette change d'avis sous la pression familiale. L'objectif n'est ni de blesser, ni de réprimer. Comment repérer et éradiquer les mutilations si aucun signalement n'a lieu ?

Le médecin de la PMI ne remet pas en cause le signalement. Le problème se situe dans la manière d'agir. Il serait préférable de lui donner une autre appellation pour qu'il soit mieux accepté. La PMI doit être acteur du processus d'accompagnement.

Mme GILLETTE-FAYE (Directrice du GAMS national) s'étonne d'entendre parler de réinfibulation sauvage en France. Elle s'interroge sur la communauté qui perpétue de telles pratiques et sur la personne qui effectue l'acte. Elle souligne qu'il n'y a plus eu de signalement d'exciseuse sur le territoire national depuis un long moment. Enfin, elle ajoute que les excisions de type 1 sont extrêmement rares puisque difficile à réaliser.

Mme GRIMA répond qu'elle avait eu connaissance d'un cas de réinfibulation sauvage lors de ses études à Marseille. La femme avait été réinfibulée chez elle après un accouchement, par une exciseuse. Le dossier permettra de retrouver les origines de la patiente. Le Procureur avait été contacté à cette occasion ; ce dernier avait indiqué qu'il suivait 7 enquêtes en cours sur Marseille relatives à des exciseuses.

Mme TOURE (Présidente du GAMS national) s'oppose au signalement systématique au Procureur de la République. Selon elle, au même titre que les professionnels, les familles ont besoin d'une formation. Expliquer les dangers encourus par les bébés permettrait de faire prendre conscience du problème aux femmes. Les femmes africaines présentes à Marseille doivent servir d'appui et de relais. La répression risque de provoquer une recrudescence des accouchements dans les ascenseurs ou à domicile, comme cela s'est déjà produit à Paris.

Mme GRIMA souligne l'importance du dialogue et déplore le manque de moyens, à part le signalement. Elle se réjouit de la présence du GAMS sur Marseille.

Mme WEIL-CURIEL (avocate) indique qu'elle a mené tous les procès concernant l'excision en France et qu'elle a participé à la pénalisation de cette pratique. Elle rappelle être venue en 1999 à Marseille, quelques mois seulement après la condamnation de l'exciseuse, à la demande de la PMI, et que seuls quelques professionnels étaient présents au colloque. Elle estime qu'il est temps que le corps médical réagisse. Elle déplore que tout le monde semble découvrir aujourd'hui la nécessité d'un travail de prévention. Aucune avancée notable n'est à relever depuis 1999. Une brochure rédigée par le Docteur Piet et présentée lors d'un colloque à Paris en 2004 détaille une méthode qui a fait ses preuves. Il faudrait s'en inspirer.

Mme WEIL-CURIEL souhaiterait également posséder le détail des sept affaires dont parlait le Procureur de la République pour effectuer un suivi de la procédure judiciaire. Elle souligne que très peu de cas sont signalés. Elle s'interroge sur les raisons qui poussent les professionnels à ne pas déclarer les mutilations qu'ils constatent.

Mme GRIMA reconnaît avoir été scandalisée quand, lors de ses études, elle s'était aperçue que les mutilations n'étaient pas signalées. Les sages-femmes ne sont pas formées ce qui rend le dépistage très difficile. De plus, si elles dépistent il faut également savoir comment réagir.

Mme SAVANE (Directrice GAMS PACA) souligne l'importance du travail sur le terrain. Le signalement systématique incitera les femmes à accoucher en cachette. Les femmes africaines doivent absolument être impliquées pour que la prévention réussisse.

Troisième témoignage : « Je ne me souviens de rien, c'est mieux. Mais des fois, je fais des cauchemars. Et puis, j'ai mal quand mon mari me touche ! Je ne ferai jamais subir à ma fille ce que ma mère m'a fait subir. »

La souffrance des femmes, des familles et des professionnels

Dr IBRAHIM (ethnopsychiatre ASSSEA 13) se demande comment faire le lien entre les différents corps de professionnels pour mieux accompagner les souffrances traumatiques. Les éléments de représentation sociale, culturelle et psychique doivent permettre de poser l'identité d'une personne. Le professionnel doit permettre à la mère et à l'enfant d'affirmer leur identité. Les mères qui refusent d'exciser leurs filles s'entendent dire par leur entourage qu'elles sont de mauvaises mères qui n'aiment pas leurs enfants. Cette accusation est difficilement supportable. Les professionnels doivent interroger les concepts et les représentations pour aller plus loin dans l'accompagnement des familles. La langue parlée traduit les émotions et les sensations. Les associations doivent servir d'interprète, bien que la souffrance soit difficilement traduisible.

Mme ATHENOUR (psychologue ASSSEA 13) présente le dispositif de consultation. Le travail s'effectue à cheval sur deux cultures et sur deux générations ; une logique culturelle et des concepts doivent être identifiés. Le travail de l'ASSSEA est de permettre à des professionnels bloqués par les limites de leurs outils de continuer à avancer. Dans un premier temps, des rencontres sont organisées avec l'équipe demandeuse pour cerner les difficultés. Dans un second temps, une médiation peut être organisée avec la famille. Les conflits entre les logiques culturelles doivent être aplanis.

Quatrième témoignage : « J'étais en train de jouer quand quatre femmes sont venues me chercher. J'avais cinq ans. Elles m'ont allongée de force sur un bout de plastique, par terre, et bandé les yeux. L'une d'entre elles me tenait les cuisses écartées, et une autre les bras. Puis, j'ai senti les coups de lame. Sept coups. Pour que les grandes lèvres scarifiées cicatrisent ensemble, on m'a lié les jambes, des cuisses jusqu'aux pieds, pendant plusieurs semaines. Au bout de trois jours, l'exciseuse m'a demandé d'uriner. Comme ça ne venait pas, elle m'a frappée. Finalement, de l'urine et des matières fécales se sont écoulées. »

Fondements socioculturels : quels outils pour les professionnels ?

Le Dr BELLAS-CABANES (anthropologue et pédiatre à la PMI 13) propose une façon de considérer l'autre autour de la question de l'excision. Son propos n'est pas de justifier l'excision mais de comprendre pourquoi certains peuples perpétuent cette pratique.

L'origine de cette pratique remonte au temps de l'Egypte ancienne. Le mythe de la gémellité se retrouve souvent dans l'explication de cette pratique. Chaque être humain garde sur son corps le souvenir de son jumeau d'origine ; le prépuce représente la part féminine et le clitoris la part masculine. Les filles doivent perdre leur partie masculine pour devenir des femmes, et les garçons leur partie féminine pour devenir des hommes. La circoncision et l'excision sont donc des interventions miroir sur un plan symbolique. Le rite de métamorphose permet de détruire le souvenir de la personne d'avant. L'atteinte à l'intégrité du corps est indispensable dans cette transformation. En occident, cette atteinte représente une des raisons de la lutte contre l'excision.

Certaines ethnies excisent ; d'autres pas car elles se sont rendues compte des méfaits d'une telle pratique. Certains peuples refusent de laisser les femmes « bilakoro », c'est-à-dire « inachevées ». Si le corps n'est pas transformé, l'être n'est pas tout à fait humain.

Au Mali, en milieu urbain, l'excision se pratique de plus en plus dès la maternité car la notion de douleur effraye les parents. De plus, dans ses premiers jours de vie, un bébé n'est pas considéré comme véritablement né. S'il meurt, ce sera donc qu'il a été rappelé.

Un parent qui refuse d'exciser est considéré comme un mauvais parent. Il est très difficile de résister à la pression familiale et coutumière. L'excision marque l'appartenance au groupe. Elle permet aussi de réduire le désir des filles qui restent ainsi plus tranquilles.

Des considérations esthétiques poussent également les femmes à faire exciser leurs petites filles. Les construits culturels de l'ethnie comptent plus que les construits professionnels puisque certaines infirmières continuent de penser que le clitoris peut blesser l'enfant lors de la naissance et le mari lors des rapports sexuels.

Des changements se constatent cependant dans certains pays africains. La notion de douleur et les risques de décès sont maintenant pris en compte. Cependant, certaines intellectuelles continuent à défendre l'excision car elles considèrent que les occidentaux cherchent à la faire disparaître uniquement parce que c'est une partie de la culture africaine.

Il est indispensable de s'attaquer aux replis identitaires et religieux et d'aider les forces progressistes des pays à s'attaquer à cette pratique.

Mme GILLETTE-FAYE rappelle que les premiers mouvements abolitionnistes sont partis d'Afrique au XV^{ème} siècle. Les premiers écrits occidentaux remontent aux années 1980, soit 5 siècles plus tard. Les mouvements abolitionnistes ont été animés par les mêmes motivations (mortalité infantile et maternelle). Les chiffres doivent cependant être comparés dans le temps. Au Mali, en dix ans, le taux de femmes excisées est passé de 99 % à 91,2 % alors qu'il n'existe aucune loi. Les campagnes de prévention ont eu des résultats probants. Chaque pays développe ses campagnes, à son rythme et à sa manière. Il faut entendre ce qui se fait là-bas pour l'appliquer ici.

Mme WEIL-CURIEL souligne la différence entre les contes et légendes d'autrefois et les réalités de terrain. Actuellement, les hommes perpétuent l'excision pour calmer leurs filles et pour conserver leur virginité. Les femmes pensent que ça permet à leur fille de se marier. Mais il s'agit de filles françaises, qui ont droit à un autre avenir que celui de leur mère. Les professionnels doivent garder à l'esprit que leur devoir est de protéger ces enfants, pour leur assurer un avenir identique à celui de tous les petits français. La protection doit être la même pour tous les français, quelle que soit leur origine.

Le Dr HUGHES précise que pour atteindre le même but, plusieurs chemins peuvent être empruntés. Le plus important est de faire progresser les mentalités.

Le Dr BELLAS-CABANES ne pense pas que l'excision se justifie aussi facilement par le fait de vouloir calmer les filles. Beaucoup d'autres raisons sont avancées lors de discussion plus approfondies. Les soignants doivent aborder l'autre dans toute sa complexité d'être humain. Le plus simple est d'expliquer aux mamans les raisons pour lesquelles la loi française interdit l'excision. La lutte pour les droits de l'étranger est globale ; il ne s'agit pas juste de défendre un clitoris.

Mme TOURE estime que pour aborder le sujet de l'excision, il est nécessaire de comprendre les réalités environnantes. Dire que la loi interdit ne suffit pas. L'excision va dans le sens des communautés. Tout ne peut pas passer par la loi ; une information efficace est indispensable. La compréhension de la langue est également importante ; les professionnels doivent utiliser des mots justes pour convaincre les familles. Il faut partir des origines pour travailler.

Le Dr IBRAHIM indique que depuis longtemps une formation est proposée en médecine pour permettre de comprendre les codages. La souffrance d'un sujet doit tenir compte de la langue parlée et des mythes fondateurs. Des mots doivent permettre de traduire la souffrance. La production sociale et culturelle permet d'améliorer les conditions de vie dans le pays d'accueil.

Le secret professionnel, les conditions possibles de sa levée et les conséquences juridiques en cas de sa violation

Mme BAUDRON (Avocat général à la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence) indique que le secret professionnel est traité par un décret du code de déontologie médicale. L'article 4 précise que le secret professionnel s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Au niveau du code pénal, deux lois concernent ce sujet. L'article 226-13 prévoit la violation du secret professionnel, et l'article 226-14 énumère des exceptions au secret professionnel, sans pour autant être exhaustif. Elles concernent principalement les sévices ou privations à l'encontre d'un mineur de 15 ans ou d'une personne vulnérable. Les pénalités ne sont pas applicables dans ces cas-là.

Le fondement du secret professionnel

Pour certains, ce fondement est contractuel entre le médecin et son client. Le secret tombe donc devant des intérêts sociaux supérieurs. Le code de déontologie semble se référer à cette conception relative du secret professionnel. Pour d'autres, le fondement est l'intérêt social. Le secret devient donc absolu et d'ordre public ; personne ne peut en relever le médecin.

Les chambres Civiles et la Cour de Cassation se rallient à la première thèse alors que la Chambre Criminelle s'est prononcée en faveur de la seconde.

Depuis 1994, le secret professionnel a été modifié par de nombreux textes et ses exceptions deviennent de plus en plus nombreuses. Les Chambres Civiles et le Conseil d'Etat admettent la levée du secret avec l'assentiment du patient. La Chambre Criminelle applique la thèse du secret général et absolu.

Les éléments constitutifs du délit de violation du secret professionnel

Le secret professionnel ne s'applique pas seulement aux médecins, mais également à toute personne qui de par sa profession représente un confident nécessaire de faits intimes.

Le secret ne s'applique plus seulement à ce qui est confié au médecin. Il concerne aussi ce qui a pu être constaté, révélé par le jugement, le raisonnement ou la perspicacité à l'occasion de l'exercice de sa fonction. Peu importe que les faits soient connus par la rumeur publique ; la confirmation par le médecin leur conférerait un caractère indiscutable. Cependant, le secret doit avoir un rapport avec la profession. Le médecin passant sous silence le constat d'une infraction pourrait être soumis à des sanctions.

La révélation est le fait d'un acte volontaire pour faire connaître à un tiers tout ou partie des informations relevant du secret professionnel. La notion de secret partagé permet de révéler à des collaborateurs occasionnels ou temporaires certaines informations. La loi prévoit également que le malade puisse désigner une personne de confiance qui aura accès aux mêmes informations que lui. Cependant, la loi ne précise pas si cette personne de confiance est soumise au secret professionnel. Dans tous les cas, le certificat médical ne peut s'adresser qu'au malade lui-même. Sinon, le médecin pourra être accusé de violation du secret médical.

Les faits justificatifs

Le premier est la défense du médecin. Le secret professionnel est levé par l'état de nécessité ; ne sera alors révélé que ce qui est strictement nécessaire. L'article 226-14 pose tout d'abord l'ordre ou l'autorisation de la loi, et énumère ensuite les situations dans lesquelles le secret pourra être révélé.

L'article 40 du code de procédure pénale oblige tout fonctionnaire de corps constitué à dénoncer au Procureur de la République tout crime constaté. Cependant, cette loi n'étant accompagnée d'aucune sanction, elle est allègrement violée. L'article 434-1 du code pénal prévoit que tout citoyen est dans l'obligation de dénoncer un crime sous peine de prison et d'amendes. Dans ce cas, le médecin n'est pas soumis à une obligation mais dispose d'une autorisation. Il a donc le choix. L'article 434-3 concernant les sévices est rédigé dans les mêmes termes : le médecin a le choix de révéler ou non les faits constatés.

Mais ce choix n'est en fait pas si libre. L'article 223-6 prévoit une obligation de porter secours. Seules les personnes ayant la possibilité de rentrer dans le cercle familiales peuvent constater un certain nombre de sévices. Le professionnel soumis au secret se retrouve alors dans l'obligation de porter secours ; il n'est plus soumis au secret professionnel. Un médecin peut être tenu pour responsable d'un dommage s'il n'a pas pris de mesures. Se taire peut donc éviter au médecin d'être poursuivi pour divulgation du secret médical, mais ne peut pas l'empêcher d'être poursuivi pour refus de porter secours.

Le Dr LEPREUX (Chef de service CH Avignon) remercie Mme Baudron pour son exposé et pour les précisions apportées. Il demande des précisions sur les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger seules en raison de leur incapacité physique ou psychique. Il souhaiterait savoir si la soumission familiale peut-être considérée comme une incapacité.

Mme BAUDRON répond qu'il n'existe pas de définition jurisprudentielle de l'incapacité à se défendre seul. Chaque situation doit être étudiée au cas par cas.

Selon elle, le médecin doit briser le secret professionnel puisqu'il n'y a aucun risque à parler.

Il existe des exceptions aux principes fondamentaux. Normalement, la loi française n'est applicable à l'étranger que si l'auteur ou la victime d'un crime commis à l'étranger sont français. Or, cette loi fait exception à cette règle pour couvrir les excisions faites à des jeunes filles pendant leurs vacances à l'étranger. La prescription est de 20 ans dans ces cas-là ; elle est bien plus longue que normalement. Ces deux points montrent l'importance que le législateur accorde à cette question.

La réparation chirurgicale, une prise en charge pluridisciplinaire

Le Pr PHILIPPE indique que la réparation chirurgicale a deux objectifs : réparer une mutilation et prévenir des complications. Le corps médical ne s'intéresse que depuis récemment à ce sujet. Le GAMS a été très courageux de se battre seul pendant plus de vingt ans contre ce fléau.

Les complications

Les complications immédiates peuvent être d'une gravité extrême. Des enfants meurent par hémorragies ou par douleurs, sans oublier les nombreuses infections possibles. Il est très difficile de dénombrer les cas de complications, ces pratiques n'étant pas recensées officiellement.

Les complications à plus long terme portent entre autres sur les cicatrices. L'excision n'est pas une pratique chirurgicale ; elle est réalisée avec des instruments sommaires et des pansements naturels. Les enfants gardent souvent les jambes attachées pendant plusieurs semaines pour éviter les hémorragies trop importantes.

Des complications telles que des déchirures obstétricales peuvent également survenir. L'infibulation représente de plus un obstacle pour la sortie de l'enfant, qui peut provoquer la mort du nouveau-né. Des hémorragies de la délivrance sont fréquemment constatées. Les fistules obstétricales, sans être spécialement dangereuses pour les femmes, provoquent des incontinences qui les mettent au ban de la société.

Quel que soit le type d'excision, le risque de césarienne, d'hémorragie, de réanimation et de mort néonatale augmente. Des complications psychologiques et sexuelles surviennent également. Suivant l'âge de la mutilation, le stress est très important sur cette partie du corps ; l'accouchement et les rapports sexuels provoquent des angoisses importantes. Certaines jeunes femmes excisées très tôt découvrent tardivement leur mutilation. Il faut alors être capable de communiquer pour les aider à surmonter ce cap difficile.

Une étude a montré qu'il n'existait aucune différence entre les femmes excisées et les autres concernant le mariage, le premier rapport ou l'orgasme. Seules les douleurs abdominales et les infections sont plus nombreuses.

Les traitements chirurgicaux

Les traitements sont très simples sur le plan technique, mais très compliqués dans leur prise en charge. La clitoriloplastie et la désinfibulation permettent de réparer certaines excisions ; elles ne doivent pas être exécutées par des sages-femmes mais bien par une équipe chirurgicale. Elles sont très simples sur le plan chirurgical mais concernent des femmes qui ont été blessées et traumatisées par un acte violent. Il s'agit donc surtout de les accompagner efficacement dans leur démarche.

Mme LOUBOUTIN (sage-femme à l'hôpital Rothschild) confirme que le problème est double puisqu'il s'agit d'une mutilation physique et psychique. L'acte chirurgical ne résoudra pas tous les problèmes ; il est nécessaire d'établir un dialogue pour cerner les volontés.

La prise en charge débute par un premier contact pour expliquer la procédure, examiner la patiente, et procéder à un interrogatoire médical. Suivent ensuite des rendez-vous avec des sexologues et des psychologues.

Des réunions mensuelles permettent à l'équipe soignante de faire le point sur les patientes et de décider si elles sont prêtes à être opérées. Une réflexion permanente porte sur cette prise en charge pour s'assurer de son adéquation avec les besoins des patientes.

L'opération se déroule sous anesthésie générale pour éviter de faire revivre à la patiente son excision. L'hospitalisation ne dure que 24 heures. Les patientes rentrent chez elles avec les numéros de téléphone de tous les intervenants pour pouvoir les appeler à tout moment. Le suivi postopératoire permet au chirurgien de rencontrer la patiente un mois, six mois ou un an après l'opération. Les consultations avec un psychologue et un sexologue sont programmées à la demande.

L'évaluation de la technique est indispensable. Le traumatisme, la vie sexuelle et la fonctionnalité de l'organe doivent être évalués.

Mme PEENAERT (psychologue à l'hôpital Rothschild) précise qu'au moment de l'excision, des mécanismes de défense se mettent en place pour rendre supportable une réalité qui ne l'est pas. Ces mécanismes peuvent aller du refoulement au déni total. La réparation chirurgicale peut également provoquer des conséquences psychologiques qu'il est important de prévenir.

Les mots utilisés par la sage-femme et son faciès sont déterminants pour une femme qui découvre tardivement qu'elle est excisée, puisqu'ils vont déterminer l'image qu'elle gardera de cette région du corps. Ce moment est très important et participe au traumatisme au même titre que l'excision elle-même. Les sages-femmes doivent s'accorder un temps pour se reprendre et analyser la situation avant d'en parler à la patiente.

Le tabou existant sur le sexe ne s'inscrit pas dans une démarche sociale établie. Il ne possède plus aucune signification dans la culture d'accueil. Vivre avec cette mutilation sans pouvoir évoquer le sujet est très difficile. Proposer quelques prospectus peut suffire pour entamer le dialogue.

L'objectif de l'entretien est d'évaluer les motivations et de voir si les réparations peuvent répondre aux attentes des patientes. Ces attentes doivent souvent être modérées. Les motivations sont rarement sensorielles ; il s'agit avant tout de récupérer une intégrité physique. Cette démarche est souvent un premier pas dans une sorte de libération, de reprise de contrôle sur le corps. Les femmes viennent souvent seules, en secret de leur famille. Il s'agit pour elles d'exposer leurs problèmes, de se faire examiner, de se faire prendre en photo...La démarche est d'autant plus difficile à accomplir.

L'examen gynécologique doit s'attacher à une description anatomique du problème et de la mutilation. Cela permet de resituer une image plus proche de la réalité.

La réparation n'est cependant pas la solution absolue. Le cheminement personnel doit être bien encadré. Le Pr Foldès dit souvent que la réparation n'est pas magnifique en soi ; ce qui est important est qu'elle contribue à redonner la parole aux femmes.

Un étudiant sage-femme s'interroge sur le temps nécessaire suite à un accouchement pour effectuer une réparation.

Le Pr PHILIPPE indique que le délai physique est compris entre trois et six mois. Cependant, le délai de réflexion peut être bien plus important.

Le Dr BELLAS-CABANES s'interroge sur les conséquences d'une réparation en termes d'identité et de changement. La représentation dans les sociétés africaines et l'affiliation du groupe seront modifiées.

Mme PEENAERT confirme l'existence d'une rupture par rapport au groupe et par rapport aux traditions et au lien de filiation. La fragilité des patientes s'explique aussi par cet aspect.

Un médecin de Draguignan demande si la circoncision est considérée comme un délit. Il souhaite également savoir si avant d'effectuer une réparation, l'avis du conjoint est recueilli, directement ou par l'intermédiaire de la patiente.

Mme BAUDRON répond que les conséquences d'une circoncision peuvent être condamnables, s'il s'agit de mutilation, d'infirmité ou d'incapacité permanente.

Mme PEENAERT répond que contrairement à une circoncision, une excision met un organe en jeu. Elle ajoute que les patientes sont rarement accompagnées et qu'il est donc difficile de discuter avec le conjoint. De plus, ce n'est pas son avis qui importe mais son implication dans la démarche. Il est très important que la patiente n'ait pas à demander l'autorisation de son mari dans cette démarche de réappropriation. La sexologue reçoit plus souvent des couples ; le psychologue se penche plus sur l'évaluation du traumatisme.

Le Dr SHERMANN (médecin scolaire) s'interroge sur la condition physique et psychique de ces femmes un an après l'intervention.

Mme PEENAERT déplore que toutes les patientes ne reviennent pas consulter l'équipe malgré les demandes répétées. Celles qui reviennent sont en général très contentes de l'opération, même si toutes les sensations n'ont pas été retrouvées. Le GAMS fait également parvenir des retours positifs.

Le Pr PHILIPPE ajoute que 50 % des patientes ont des orgasmes qui apparaissent au niveau du clitoris. Seule 10 % des femmes ne connaissent aucune amélioration. Il précise qu'une grande partie des femmes venant en visite n'est pas opérée. Cette chirurgie simple ne doit pas être engagée systématiquement car elle ne permet pas de répondre à toutes les attentes. Le suivi du psychologue et du sexologue est aussi très important.

Présentation du GAMS : l'association, une aide aux professionnels

Mme TOURE indique que le GAMS a été créé en 1982 à l'initiative des femmes africaines et françaises. Il est reconnu membre du comité interafricain, dont il a participé à la création pour être soutenu dans son travail sur les pratiques traditionnelles. La formation et l'information des professionnels sont privilégiées. Le GAMS ne se porte jamais partie civile dans les procès.

Mme GILLETTE-FAYE précise que le GAMS intervient dans les centres de PMI, dans les centres sociaux, dans les lycées et les collèges pour faire de la sensibilisation. De nombreuses formations sont destinées aux travailleurs sociaux, qui jouent un rôle essentiel dans la chaîne d'actions. Il est important de déterminer ce qui doit être mis en place sur Marseille. Le GAMS se met à la disposition de tous pour organiser des formations visant à approfondir les connaissances et à exposer des cas pratiques.

Le GAMS propose également un centre de documentation à Paris qui reçoit de nombreux étudiants. Sa vision est internationale car les migrants n'étant pas figés, il est important d'appréhender le problème de façon globale.

Dès 2001, la France a reconnu à des familles le droit de venir sur le territoire pour protéger leur fille de l'excision. Au niveau du mariage forcé et précoce, les avancées doivent porter sur la reconnaissance du droit des femmes dans le droit français. Il est indispensable de toujours faire plus pour protéger les enfants.

Mme SAVANE, directrice du GAMS PACA, indique son implantation sur Marseille est récente, mais que sa lutte n'est pas nouvelle.

Présentation de la délégation régionale : une aide aux professionnels

Mme RASTIT (DRDFE PACA) précise que ce combat est important et qu'il s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les violences faites aux femmes. La délégation régionale est rattachée au Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, et ses agents sont rattachés aux Préfets de Région et aux Départements. Elle met en œuvre la politique de l'égalité et promeut le droit des femmes.

10 % des femmes sont encore victimes de violences conjugales. Les consciences doivent s'ouvrir pour que le travail effectué par la DRDFE soit porteur de droit. Tous les acteurs du réseau associatif doivent être impliqués dans ces actions. Pour conduire au mieux cette recherche d'égalité, le Ministère élabore un programme détaillant les actions à mettre en œuvre sur le terrain. Les crédits d'intervention permettent de soutenir des actions regroupées.

Chaque femme doit connaître ses droits et y avoir accès. Le déni de ces droits constitue des entraves à leur statut personnel. La mission du service est de mobiliser sans relâche les acteurs. Des relations partenariales avec les autres Ministères sont indispensables.

Table ronde

Pr PHILIPPE et Mme KOUZMINE (GMF), Dr LANSADE (DRASS PACA), Mme SAVANE et M. KELLE (GAMS PACA), Mme RICCIARDI (MFPP).

La table ronde est animée par le Pr BOUBLI, gynécologue-obstétricien à l'AP-HM, représentant de Monsieur le Doyen de la faculté de médecine de Marseille.

Le Pr BOUBLI indique qu'il est très facile de ne pas remarquer une excision. La prévention est donc indispensable. Il est rassurant qu'un homme ait trouvé une solution à cette mutilation inventée par les hommes contre les femmes. En revanche, il est effrayant de constater que les mères sont le plus souvent les instigatrices de cet acte. L'objet de ce colloque est de ne pas rater les diagnostics et les situations à risque. Le plus important n'est pas la réparation du corps mais de l'âme.

M. KELLE ajoute qu'il reste à imaginer des moyens pour stopper cette pratique et pour mieux accompagner les victimes. Il insiste sur la place des hommes dans ce drame social de l'excision, qui est pratiquée uniquement dans des sociétés patrilinéaires. En effet, les sociétés matrilineaires ne connaissent pas l'excision parce que la place de la femme est différente. Le combat pour la domination entre l'homme et la femme est toujours d'actualité. Il est donc important que les hommes s'engagent dans ce combat. Les associations doivent intégrer les hommes aux dispositifs. Une loi ne sera pas nécessaire si la pratique s'arrête d'elle-même.

Mme KOUZMINE signale qu'à l'issue des différents colloques, des axes de réflexions émergent, dont le principal est la formation pour les associatifs et les soignants. Le cursus des sages-femmes ne prévoit pas un tel enseignement ; la tâche de l'organiser incombe donc aux directeurs. Les sages-femmes et les infirmières doivent absolument être associées aux actions. En postuniversitaire, des formations doivent être proposées aux généralistes, aux pédiatres, aux gynécologues, sur la base du volontariat. L'organisation de ces sessions est à définir au niveau régional. La création d'un réseau d'accueil et de soin apparaît indispensable. De plus, ces axes de réflexions doivent être enrichis par un Comité régional chargé d'engager le chantier pour que ce colloque ne reste pas lettre morte.

Le Pr PHILIPPE insiste sur l'importance de la démarche associative du GAMS depuis des années. La proximité étant la meilleure source de progrès, il se félicite de son implantation sur Marseille. Il estime que s'il est possible de convaincre les hommes, le problème sera résolu. Il insiste sur le fait que la circoncision et l'excision sont deux pratiques totalement différentes.

Même les professeurs en gynécologie-obstétrique peuvent passer à côté d'un diagnostic d'excision car des lacunes considérables existent en France. Il est urgent de former pour mieux appréhender le problème. C'est d'ailleurs une obligation d'intégrer ce point dans les cursus des soignants. La chirurgie est une révolution car le corps médical a pris conscience de son obligation de s'impliquer.

Mme RICCIARDI indique que le MFPP a pour objectif la promotion de la sexualité vécue sans contrainte, la lutte contre les discriminations et la lutte pour l'égalité entre les hommes et les femmes. Les grands statuts énoncent ces principes qui sont malheureusement oubliés dans la pratique. Ce colloque permet de prendre conscience des lacunes de chacun et de trouver des solutions pour y remédier. A force de prévenir, il existe un risque de tomber dans la discrimination.

Les mentalités doivent être changées, mais cela ne peut se faire sans l'appui des hommes et des femmes ensemble.

Le Dr LANSADE estime que c'est une chance que le niveau national s'empare de ce problème. Ce colloque ne doit représenter qu'un point de départ. La mobilisation pour ce colloque des écoles de sage-femmes et d'infirmières est un élément déterminant puisqu'elle permet une sensibilisation en formation initiale des futurs professionnels. La formation continue, pour l'ensemble des professionnels de santé doit être également envisagée en complément de la formation initiale, en s'appuyant sur les CHU régionaux. Les professionnels doivent compléter, par leur savoir-faire, les actions des associations pour aider à mettre en œuvre les projets. Seuls les acteurs de terrain peuvent déterminer les actions à entreprendre. C'est la raison pour laquelle, d'ici le mois de juin, il sera utile que le GAMS, en lien avec des associations de proximité, propose des projets d'action. Pour être efficace, un projet ne doit porter que sur une zone géographique limitée.

Le Dr BELLAS-CABANES revient sur la place des hommes. Elle estime que ce n'est pas à l'homme d'inciter sa femme à subir une opération de réparation, bien que dans la société traditionnelle, ce sont les femmes qui perpétuent l'excision. Les seules femmes qui arrivent à éviter l'excision à leurs filles sont celles dont le mari prend position pour interdire à quiconque de toucher à ses enfants. Se pose alors le problème de la séparation des domaines de pouvoir que le mari enfreint.

Le Pr PHILIPPE explique que personne n'estime que les hommes doivent être les initiateurs de la démarche de réparation. Seul leur accompagnement est souhaité. Selon lui, les échanges entre associations et corps médical sont très formateurs et permettent d'améliorer la démarche.

Le Docteur Abrar, gynécologue de Nice, envisage de monter un projet en association avec les PMI pour proposer la réparation chirurgicale à un plus grand nombre de patientes. Il s'agit de travailler gratuitement une matinée par semaine en PMI pour rencontrer les patientes, et de les opérer ensuite en clinique, l'opération étant prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Le Pr PHILIPPE approuve cette continuité entre l'associatif et la prise en charge médicale.

Le Pr BOUBLI répète que le plus important n'est pas de proposer une solution technique. ENLEVER CETTE PHRASE : Il déplore de constater que les femmes perpétuent cette tradition de mutilation. Des centres de référence sont nécessaires pour la prise en charge et pas seulement pour la réparation.

Mme GILLETTE-FAYE indique qu'en Afrique Orientale, ce sont les hommes qui perpétuent la pratique de l'excision et qui pratiquent l'opération. Lorsque ce sont les femmes qui pratiquent, cela signifie qu'elles ont intégré la domination masculine. Ce sont des actrices manipulées. Dans toutes les régions du monde, quand des villages entiers décident de renoncer à l'excision, cela se fait en concertation. Mais **ce sont les hommes qui autorisent les femmes à cesser la pratique.**

Mme SAVANE explique que la vie de la femme africaine est différente de la vie de la femme européenne. Là-bas, ce sont toujours les hommes qui décident. **Les femmes qui réussissent sont celles qui intègrent les hommes dans leur lutte.** Les concepts doivent être adaptés à l'Afrique ; il ne s'agit pas d'un débat de spécialiste.

Un interne en gynécologie de Poitiers demande comment les internes peuvent être capables de repérer une mutilation si les professeurs n'y arrivent pas toujours.

Le Pr BOUBLI répond qu'il s'agit d'un problème de connaissance. Une sensibilisation des générations montantes leur permettra d'être plus attentives et donc de mieux lutter contre ce fléau

Mme RICCIARDI ajoute que lorsque des cas de violence ont été constatés, la formation des acteurs de terrain a permis un meilleur repérage.

Le Pr BOUBLI confirme que l'approche de ces situations est importante. Le diagnostic n'est qu'un début ; il faut ensuite gérer le problème.

Mme SACKO (association « de Marseille à Bamako ») demande si la réparation permet de stopper les maladies et les infections provoquées par l'excision.

Le Pr PHILIPPE répond que la réparation peut limiter les complications, notamment limiter les problèmes urinaires.

Mme SENATORE (infirmière Education nationale) estime qu'un médecin ne doit pas mener un interrogatoire mais un entretien. L'utilisation d'un certain vocabulaire est importante car elle permet de mieux entendre ce que les patients expriment. La pratique doit évoluer : il s'agit d'écouter et non plus d'interroger.

Le Pr PHILIPPE indique qu'il ne s'agit pas d'interroger, mais de regarder. Regarder constitue déjà un progrès énorme.

Une élève infirmière demande comment lutter contre ce fléau dans les lycées et les collèges sans mettre à l'écart une identité culturelle.

Le Pr PHILIPPE répond que le sujet de la prévention est complexe. Une sensibilisation des étudiants infirmiers leur permettra d'être plus à l'écoute et de progresser dans la lutte contre l'excision. Le rôle des étudiants est de demander aux enseignants de bénéficier d'une formation sur le sujet.

Mme SAVANE estime que l'écoute sera meilleure face à une femme de culture identique.

Un agent de médiation, femme africaine, reconnaît que sa culture empêche de parler de sexualité et d'excision. L'éradication de ce fléau ne passera que par un engagement des premières concernées, à savoir les femmes africaines. Selon elle, la réparation ne permettra pas à une femme de tourner définitivement la page ; elle gardera toujours sa mutilation en elle. Des lois devraient être instaurées dans le cadre des rapports bilatéraux entre la France et les pays africains.

Une chargée d'éducation à la santé regrette que le thème de santé communautaire n'ait pas été abordé. Selon elle, le rôle des assistants techniques est d'aider les africains dans leur démarche, mais ils ne peuvent pas agir à leur place. La santé communautaire doit avoir plus de place aujourd'hui dans les pratiques.

Le Dr LANSADE approuve ces propos. Une formation de formateurs va se mettre en place avec pour objectif de former des personnes relais.

Il faut insister sur les propos du DRASS qui, en introduction du colloque a précisé que la lutte contre les mutilations sexuelles féminines serait inscrite dans le Plan Régional de Santé Publique, ce qui en fera une priorité régionale.

Le Pr BOUBLI juge cette journée indispensable ; la mobilisation doit maintenant continuer.