

Définition des Mutilations Sexuelles Féminines

ANATOMIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES FEMININS

LES GRANDES LEVRES : Ce sont deux plis cutanés saillants qui délimitent la **fente vulvaire** et protègent indirectement les orifices du vagin et de l'urètre.

LES PETITES LEVRES: Ce sont deux plis cutanés inclus dans la fente vulvaire, à l'intérieur des grandes lèvres et formant le **vestibule du vagin** (contenant deux orifices : **le méat urinaire et l'orifice du vagin**). Elles prolongent le mont du pubis pour venir se terminer dans la région du périnée postérieur. Elles s'unissent postérieurement pour former le **frein des petites lèvres** ou fourchette. Le centre de ces structures est occupé par du tissu érectile, de nombreux petits vaisseaux sanguins ainsi que de multiples terminaisons nerveuses sensorielles.

L'OSTIUM DU VAGIN: Il se situe en arrière du méat urinaire. Une membrane, **l'hymen**, clôt le **vagin** partiellement de la naissance jusqu'à se qu'il soit rompu. Le vagin tube fibromusculaire, ayant la capacité de se lubrifier, est la partie la moins sensible, les terminaisons nerveuses sensibles se situant uniquement sur le pourtour de l'orifice vaginal. Ceci démontre l'importance du clitoris et des petites lèvres en tant que organes principaux de la réponse sexuelle chez la femme.

LES GLANDES VESTIBULAIRES MAJEURES OU GLANDES DE BARTHOLIN: Elles se situent de chaque côté du vestibule en arrière et latéralement à l'orifice vaginal. Elles ont une forme arrondie ou ovale et sont partiellement recouvertes par les bulbes du vestibule. Les fins conduits excréteurs de ces glandes cheminent de chaque côté à la face profonde du bulbe du vestibule et s'ouvrent dans le vestibule de part et d'autre de l'orifice vaginal. Ces glandes sécrètent un mucus dans le vestibule lors de l'excitation sexuelle.

LES GLANDES VESTIBULAIRES MINEURES sont disséminées de chaque côté du vestibule et s'y ouvrent entre les orifices de l'urètre et du vagin. Ces glandes sécrètent un mucus qui humidifie les lèvres et le vestibule.

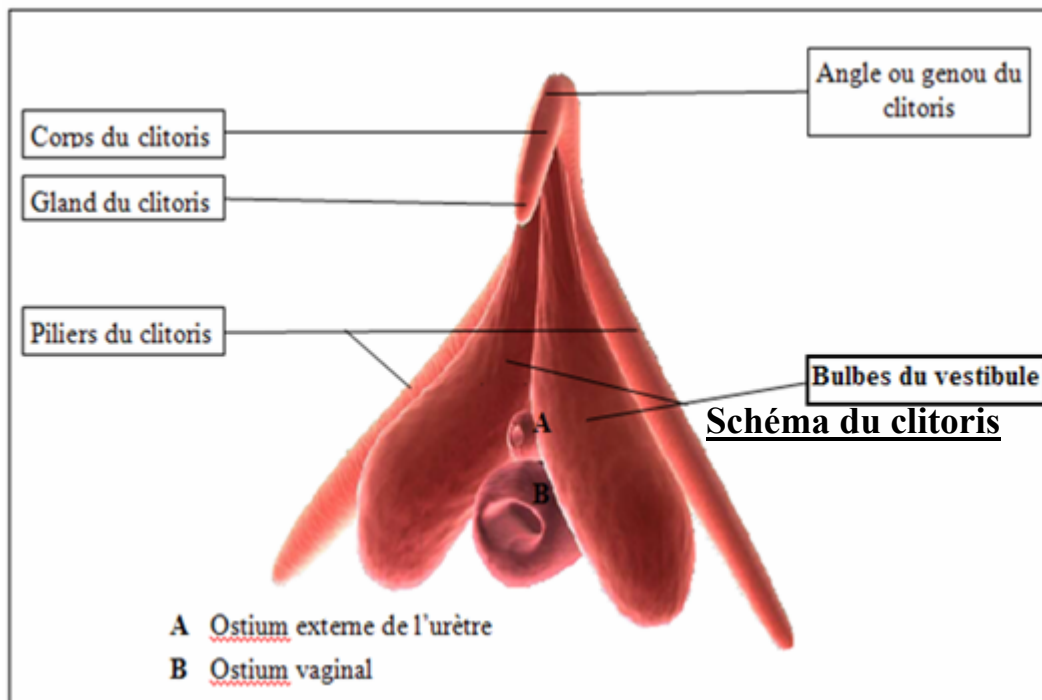
LE CLITORIS: C'est un organe érectile localisé à l'endroit où les petites lèvres se rencontrent antérieurement.

Il comprend :

- une **racine** constituée par deux piliers du clitoris (ou corps caverneux), mesurant chacun 10 cm de longueur. Ces piliers fixés aux branches ischio-pubiennes convergent ensuite en avant en haut et en dedans entourant le vagin et l'urètre. Ils se réunissent en avant de l'urètre pour former le corps du clitoris.
- un **corps du clitoris**, formé par les piliers du clitoris qui se réunissent comme décrits au dessus. Ce corps se coude en avant de la symphyse à laquelle il se trouve rattaché par son ligament suspenseur.

- un **gland du clitoris**, recouvert par un **prépuce** ou capuchon. Ce prépuce est formé par la partie antérieure des petites lèvres. Celles-ci donnent naissance à deux replis cutanés chacune. Les replis supérieurs passent en avant du clitoris pour former le prépuce du clitoris tandis que les autres, plus postérieurs ou plus profonds, passent en arrière du clitoris pour former le frein du clitoris. Ensemble le corps et le gland présentent une longueur d'environ 2 cm et leur diamètre est inférieur à 1 cm.
- Les **bulbes vestibulaires** sont deux amas symétriques et allongés de tissu érectile mesurant 3 cm environ. Ils sont situés de chaque côté de l'orifice vaginal. Selon certaines études (Dr O'Connell, Australie) ces bulbes appartiendraient au clitoris. Ils constituent avec le clitoris les organes érectiles et jouent un rôle important dans l'acte sexuel.

Du fait de son anatomie et de sa grande innervation, la stimulation du clitoris, le faisant gonfler et le rendant érectile, peut être source de plaisir et peut mener à l'orgasme. Le mécanisme de l'orgasme clitoridien est toutefois très mal connu.



LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

« Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques ».

D'après: Organisation Mondiale de la Santé, Le Fonds d'Urgence des Nations Unies pour l'Enfance (l'UNICEF) et le Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

D'autres termes sont utilisés pour désigner les MSF :

- « **Excision** » est souvent utilisé pour parler de MSF. Ce terme est d'ailleurs défini comme étant l'ablation du clitoris.
- Les MSF de Type I sont souvent appelées **sunna**, qui signifie en arabe « tradition »,
- Celle de type III porte aussi le nom d'**infibulation** (*fibula* ou fibule signifiant fermoir ou agrafe en latin) mais également « **circoncision pharaonique** » parce qu'elle fut toujours pratiquée en Haute-Egypte et ce depuis l'Antiquité.
- Les termes de « **circoncision féminine** » sont couramment employés pour désigner les MSF. Il est médicalement incorrect car la circoncision désigne l'ablation du prépuce alors que les MSF ne se limite pas à cela.
- Les africains parlent aussi de femmes ou filles « **coupées** » pour celles qui sont victimes de mutilations sexuelles.

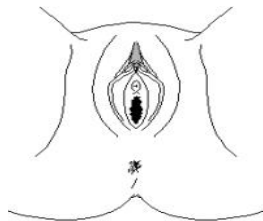


**L'OMS a donné aux mutilations sexuelles féminines
la classification suivante:**

Type I
(5% des MGF)

Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris

Avant l'intervention



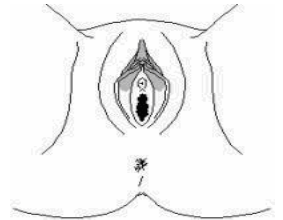
Après l'intervention



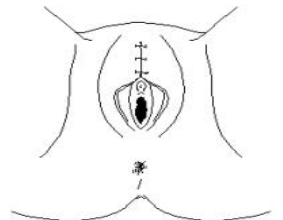
Type II
(80 % des MGF)

Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.

Avant l'intervention



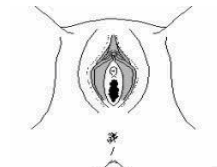
Après l'intervention



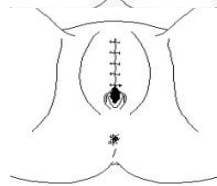
Type III
(15% des MGF)

Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation)

Avant l'intervention



Après l'intervention



Type IV

Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus entourant l'orifice vaginal (« angurya ») ou l'incision du vagin (« gishiri »), l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations sexuelles féminines citée plus haut.

Répartition géographique

A l'heure actuelle plus de 130 millions de femmes et fillettes sont victimes de MSF dans le monde. Chaque année, deux millions de filles subissent ce genre de mutilations, sous une forme ou une autre soit près de quatre par minute.

Les MSF sembleraient être apparues il y a près de trois mille ans en Égypte antique dans la région du Haut Nil, où elles constituaient une sorte de rituel de fertilité. On offrait à cette époque les parties excisées des femmes au Nil sacré. D'où le nom de circoncision pharaonique donné à certaines techniques (Infibulation). Cette origine Égyptienne n'éclaire pas tout notamment sa pratique en Europe au XIXème et au début du XXème siècle dans le but d'empêcher la masturbation féminine compulsive. Actuellement, ce sont surtout des pays africains que les mutilations sexuelles féminines se sont maintenues. Il existe des foyers dans quelques pays d'Asie. Les MSF seraient aussi retrouvées en Amérique du sud en Amazonie péruvienne, ainsi que parmi les aborigènes d'Australie et dans certaines parties de l'Océanie.

EN AFRIQUE

La plupart des cas de MSF chez des fillettes ou des femmes concernent 28 pays d'Afrique où le taux de prévalence varie entre 5 et 98%. La répartition de cette pratique n'est souvent pas homogène. En effet, dans certaines régions et au sein de certaines ethnies de ces pays, ces pratiques n'ont jamais existé ou ont disparu. D'autres zones de ces mêmes pays par contre ont des prévalences proches de 100%. Cette prévalence varie en fonction de l'ethnie ou de la religion. Cependant elle dépend aussi du lieu de résidence (urbain ou rural) et du niveau d'instruction. Les femmes instruites sont particulièrement défavorables à ces pratiques comme celles vivant en milieu urbain.



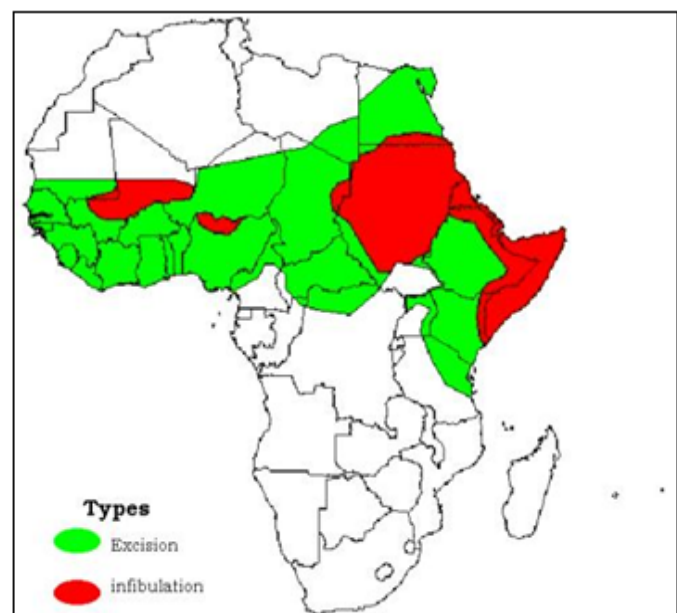
Les chiffres qui apparaissent dans le tableau ci-dessous sont ceux de L'OMS datant de 1998 :

Pays	Prévalence (%)	Pays	Prévalence (%)
	« Ensemble des cas enregistrés sur une population donnée sans considération de temps »		« Ensemble des cas enregistrés sur une population donnée sans considération de temps »
SOMALIE	98%	KENYA	50%
DJIBOUTI	98%	TOGO	50%
EGYPTE	97%	CÔTE D'IVOIRE	43%
MALI	94%	REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	43%
SIERRA LEONE	90%	NIGERIA	40%
SOUDAN	89%	GHANA	30%
ETHIOPIE	85%	MAURITANIE	25%
GAMBIE	80%	CAMEROUN	20%
BURKINA-FASO	70%	NIGER	20%
GUINEE	60% (99% ²)	SENEGAL	20%
LIBERIA	60%	TANZANIE	10%
TCHAD	60%	OUGANDA	5%
BENIN	50%	REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	5%
GUINEE-BISSAU	50%		

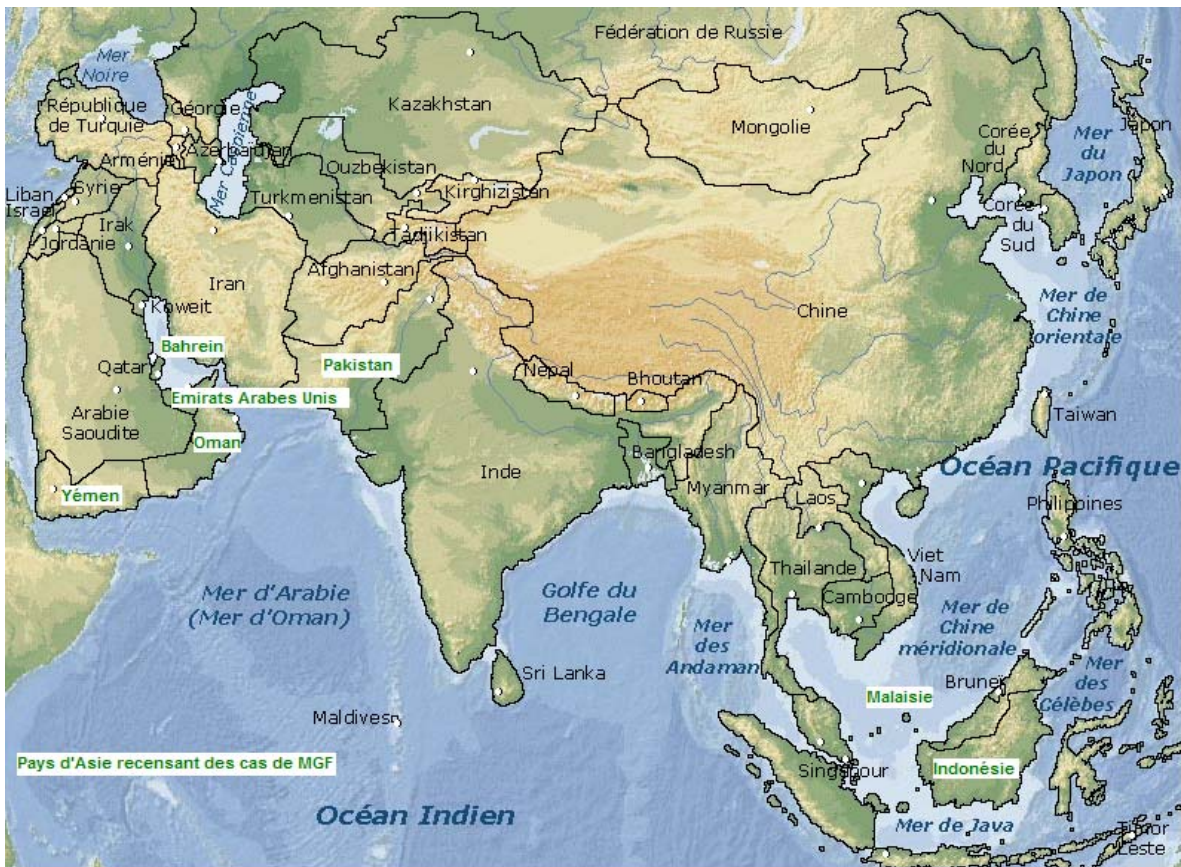
Tableau 1 : Estimation de la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans les pays Africains concernés (1998)

Les différents types de MSF ne sont pas pratiqués partout. Ainsi, l'infibulation est surtout limitée à certains pays tels que l'Égypte, le Soudan, l'Éthiopie, le Djibouti, l'Érythrée où 80 à 90% des MSF sont des infibulations

Schéma montrant la répartition géographique des types de MSF en Afrique



EN ASIE



Si parmi ces pays d'Asie des auteurs ont fait état de MSF, aucun rapport national ni aucune enquête ou observation fiables permettent de le confirmer.

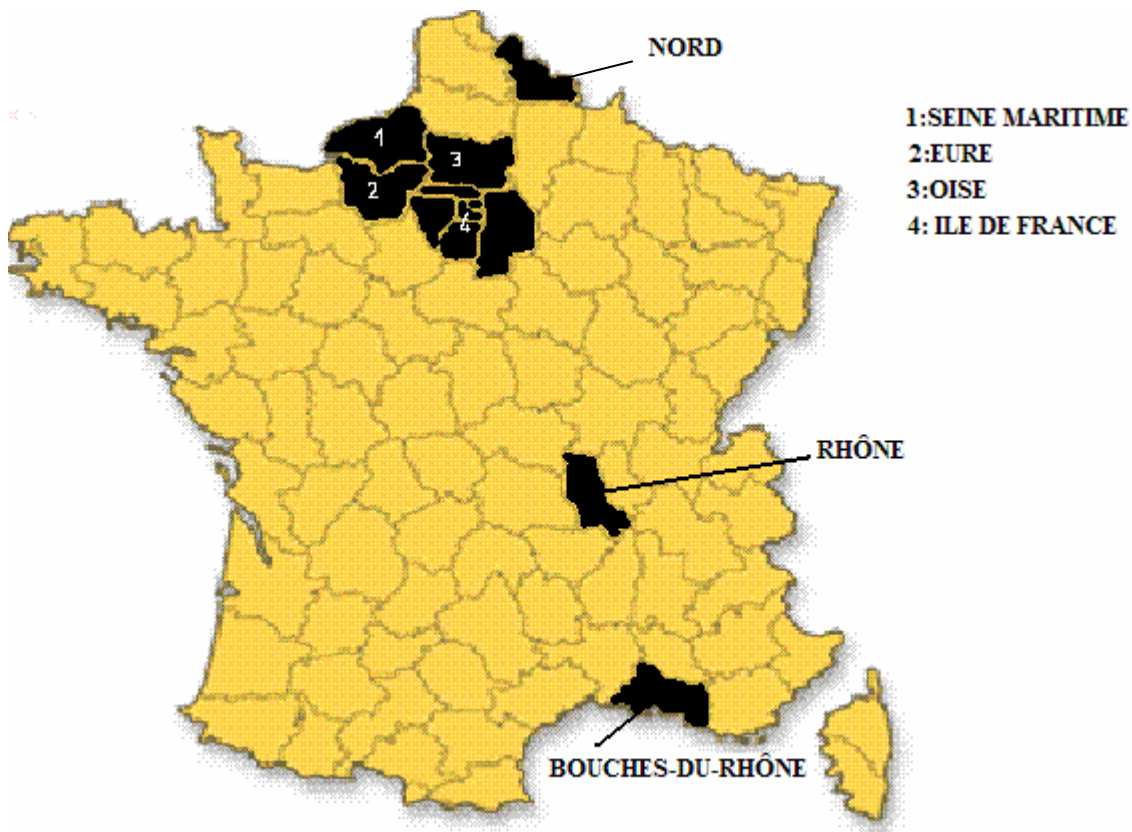
En Indonésie les MSF pratiquées seraient de type IV : lavage avec le suc d'une plante, excision symbolique ou piqûre symbolique.

Au Yémen, selon une enquête restreinte les MSF se limiteraient à quelques groupes ethniques et seraient le plus souvent de type I. L'UNICEF parle de taux de prévalence de 69% pour la région littorale.

LA SITUATION EN FRANCE

On trouve ainsi de plus en plus de cas en Europe, en Australie, au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique dû fait de l'immigration

Les cas de MSF en France se retrouve chez les populations immigrées notamment originaires d'Afrique de l'ouest. Selon le ministère de l'intérieur français, il y aurait au moins **20000 femmes et 10000 fillettes mutilées ou menacées de l'être**. La majorité de ces femmes vivent en **Île-de-France** ou dans les départements de **Seine-Maritime**, de l'**Eure**, de l'**Oise**, du **Nord**, du **Rhône**, des **Bouches-du-Rhône**. Ceci n'exclue pas la présence de femmes et de fillettes concernées ailleurs.



Carte de France montrant la géographie de MSF

LA PRATIQUE DES MUTILATIONS SEXUELLES

JUSTIFICATION DU RITUEL

Les arguments religieux

L'excision est abusivement considérée comme tradition du monde musulman. Certes, les MSF sont pratiquées dans des pays majoritairement musulmans mais elles existaient avant l'avènement de l'Islam et même avant l'existence des religions. Les MSF ne sont pratiquées que par une minorité des musulmans du monde, et dans les régions concernées par cette tradition, toutes les confessions pratiquent la mutilation : les coptes d'Égypte, les juifs falashas en Éthiopie, les catholiques, les animistes en Afrique noire, les athées, les protestants. Pourtant, l'Islam est très couramment cité quand on parle de justifications et beaucoup y compris certains religieux affirment que le Coran exige cette pratique. Certaines paroles du prophète, dont l'authenticité est d'ailleurs souvent contestée, peuvent être interprétées en ce sens. Beaucoup de musulmans refusent tout de même cette pratique.

Argument d'identification sexuelle

Pour les dogons du Mali, par exemple, le récit des origines veut que l'être humain en venant au monde soit à la fois mâle et femelle. Chez le garçon, la féminité siégerait dans le prépuce, chez la fille, la masculinité dans le clitoris. Les mutilations sexuelles supprimeraient cette androgynie originelle : l'excision **supprimerait la virilité de la femme** alors que la circoncision viserait à l'augmenter chez l'homme.

Raisons sociologiques

- la **tradition** : cela c'est toujours fait donc cela doit continuer. Beaucoup d'intellectuels africains vont contre le culte de la tradition en expliquant qu'il y a de bonnes et de mauvaises traditions. Une pensée d'Amadou Hampaté Ba, sociologue africain résume un peu cela :

« Il y a des pratiques que nos ancêtres eux-mêmes s'ils revenaient à la vie trouveraient caduques et dépassées. » La tradition, le respect des coutumes, est une identification à l'héritage culturel. La pression sociale, le risque de se faire exclure, joue un rôle certain dans sa perpétuation. Les filles « non coupées » peuvent ne pas être mariées ou rejetées et se retrouver exclues de la communauté.

- La mutilation génitale joue un rôle de rite de **passage, de rite initiatique** : l'excision permet d'identifier la fillette en tant que femme et signe son appartenance au groupe.

- Elle constitue aussi un rite d'**institution** : l'excision permet de séparer les femmes qui la subissent de celles qui ne la subiront jamais. Elle institue une différence durable, elle permet de faire reconnaître comme légitime.

Mythes, superstitions et croyances

- Le clitoris serait dangereux pendant l'accouchement si la tête rentre en contact avec celui-ci. Ceci provoquerait la mort **du bébé à la naissance** par empoisonnement.
- Egalement, le clitoris **empoisonnerait** l'homme. Celui-ci retiendrait le pénis prisonnier lors du rapport sexuel. Ainsi, la pénétration serait impossible chez les femmes non excisées.
- Les MSF rendraient les femmes **plus fécondes**, leur offriraient une longue vie.
- L'anatomie secrète et complexe de la femme est très mal connue et même par les femmes elles-mêmes. Le sexe féminin étant supposé être laid les MSF enjoliveraient l'anatomie féminine.
- A cet argument esthétique rejoint une explication hygiénique. Le sexe féminin fait de replis et de profondeurs serait rempli de saleté. Les MSF lui retireraient tous ces replis et limiteraient donc les odeurs et les impuretés. Les termes de « pure » pour les femmes excisées et « impures » pour les autres, reviennent souvent.

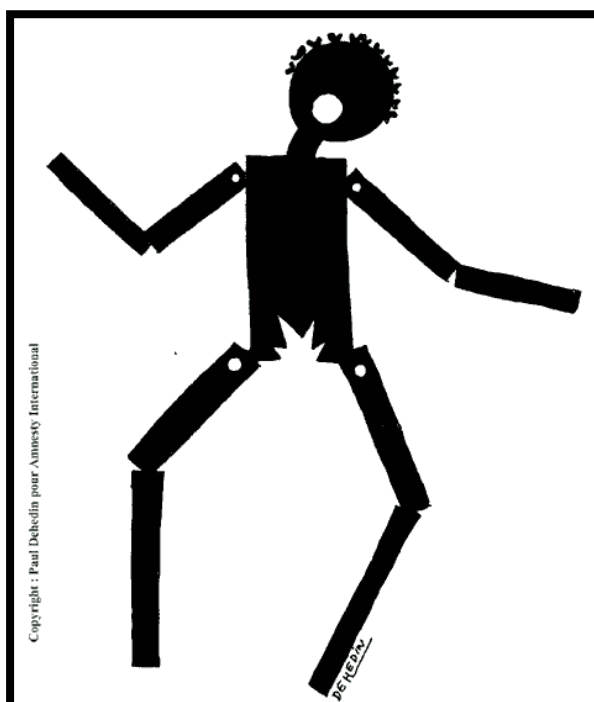
Intérêt économique

En effet, les exciseuses ou les barbiers qui pratiquent en Egypte les excisions, sont payés pour pratiquer les MSF. Les exciseuses vivent de cette pratique. D'ailleurs ceci soulève le problème de leur reconversion en cas de disparition de cette pratique.

Raisons psycho sexuelles

Enfin et surtout, l'excision a un rôle plus ou moins avoué de contrôle de la sexualité féminine. Elle permet d'**assurer la fidélité d'une épouse** ainsi que la **virginité, la chasteté** d'une fille avant le mariage (ceinture de chasteté chirurgicale : infibulation). Les MSG permettent de **contrôler le corps des femmes, leur sexualité. Leur désir et leur plaisir** aussi : la réduction ou l'élimination des tissus sensibles du sexe féminin (Clitoris) atténue le désir de la femme. Suivant des mythes africains anciens la Femme aurait une sexualité débordante. Les hommes doivent la canaliser sous peine de s'y perdre. Les MSF leur permettent de **maîtriser leurs pulsions sexuelles**, de les rendre pure. Aussi, elles accroîtraient le plaisir sexuel masculin.

L'infibulation se prétend parfois être une **protection des jeunes filles contre le viol**.



QUI SONT LES EXCISEUSES ?

Ce sont des femmes surtout qui excisent. Souvent des femmes âgées désignées par la communauté pour cette tâche. En Égypte, une autre catégorie pratique les excisions : les barbiers.

Les accoucheuses traditionnelles aussi pratiquent parfois des excisions. C'est le cas dans plusieurs pays notamment le Soudan où elles effectuent plus de 60% des opérations d'excision, ou le Yémen où elles en pratiquent les deux tiers.

La participation du personnel médical aux MSF est retrouvée dans de plus en plus de pays. Elles peuvent être pratiquées dans un établissement de santé par du personnel qualifié pour des familles riches.

Bien que l'on pense qu'elle puisse atténuer les effets néfastes de la procédure sur la santé l'UNICEF « juge que la médicalisation occulte les problèmes liés à l'excision et empêche le développement d'une solution efficace à long terme en vue de l'abandon de cette pratique ». Dans la même optique, l'OMS « condamne vigoureusement la médicalisation des mutilations sexuelles, c'est-à-dire la participation de professionnels de la santé à quelques formes que ce soit de mutilations sexuelles, en quelques lieux que ce soit, les hôpitaux et autres établissements de santé compris ».

Pourtant, au Nigeria, 27% des filles ont été excisées par un médecin, une infirmière ou une sage-femme, au Soudan les sages-femmes qualifiées effectuent plus de 30% des excisions. Cette médicalisation se retrouve aussi au Kenya, en Guinée, ou encore en Égypte.

L'ACTE

Les lieux réservés à l'opération varient : au domicile familial, sous un arbre, dans l'arrière-cour d'une maison...Ils sont hautement septiques. La fillette est allongée par terre et tenue par des femmes adultes pour qu'elle ne bouge pas. L'intervention se déroule sans anesthésie alors qu'on sait combien la vulve est très richement innervée et donc combien elle est sensible. Les exciseuses utilisent des instruments rudimentaires aussi divers que des couteaux, des lames de rasoir, des éclats de verre, des pierres aux arêtes aiguës,...

L'exciseuse procède à l'excision du clitoris et à celle des petites lèvres de façon partielle ou totale. L'hémorragie est souvent arrêtée en posant une gaze ou une autre substance sur la plaie et en appliquant un bandage compressif. Les autres substances utilisées peuvent être du beurre, de la terre, de la cendre, parfois de la bouse de vache, ou des préparations végétales pilées, de graines d'arachides, de coton...

Pour la cicatrisation certains praticiens formés à la médecine moderne peuvent poser quelques points pour stopper les saignements. Parfois la cicatrisation se ferait simplement par l'accolement des surfaces à vifs.

Dans l'infibulation, la quantité de tissu excisé augmente. Dans sa forme la plus extrême, l'infibulation suppose l'ablation complète du clitoris et des petites lèvres et de la surface intérieure des grandes lèvres. Pour que la plaie se referme les bords à vifs des grandes lèvres sont rapprochés et maintenus en place au moyen d'épines, de points de suture ou encore par cautérisation. Les jambes de l'enfant sont ensuite attachées ensemble pendant 2 à 6 semaines. Après cicatrisation, il se forme un « capuchon cutané » qui recouvre l'urètre et tout le vagin ou une partie, ce qui crée un obstacle physique aux rapports sexuels. Un orifice postérieur est ménagé pour permettre l'écoulement des urines et des menstrues.

LES CONSEQUENCES MEDICALES DES MUTILATIONS SEXUELLES

Nous nous baserons sur la définition de la santé de l'OMS pour définir les conséquences des MSF sur celle-ci : « La santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ». Les conséquences des mutilations sexuelles sur la santé des femmes varient selon le type, la gravité de l'intervention pratiquée, l'habileté de l'opérateur, la propreté des instruments et l'état de santé de la victime.

Conséquences immédiates des MSF

Le décès : La mort peut résulter d'un choc hémorragique, d'un choc neurogène (due à la douleur et au traumatisme), ou d'une septicémie.

Hémorragie : C'est la complication immédiate la plus courante. Les hémorragies représentent près du quart de toutes les complications rapportées. Une hémorragie aiguë peut provoquer une anémie sévère ou la mort si elle est massive.

Choc : Sous l'effet de la douleur, du traumatisme psychologique, de l'angoisse ou de l'épuisement provoqué par les hurlements, un état de choc physique et psychologique est possible après l'intervention. Les conséquences de cet état sont très mal connues.

Lésions des organes de voisinage : urètre, vagin, périnée, rectum. Celles-ci peuvent entraîner la formation de fistules vaginales avec l'urètre ou le rectum.

Rétention d'urine : La douleur, l'œdème ou l'inflammation autour de la plaie sont autant de facteurs qui rendent difficile la miction.

Infection : Les infections sont fréquentes. L'infection peut se limiter à la plaie ou se généraliser formant une septicémie.

Douleur aiguë : Les excisions sont pratiquées sans anesthésie entraînant des douleurs intenses du fait de l'importante innervation particulièrement au niveau du clitoris.

Risque de contamination par le VIH et l'Hépatite B et C : Certaines exciseuses utilisent parfois le même instrument pour plusieurs interventions. Le risque de transmission de virus est fortement augmenté.

COMPLICATIONS A LONG TERME

Type I et II

Absence de cicatrisation et cicatrice vicieuses : Kyste, chéloïde (bourrelets cicatriciels d'aspect très inesthétique), névrome cicatriciel (tumeur constituée de tissu nerveux qui rend la vulve très sensible). Ces cicatrisations ne représentent pas un grave danger pour la santé mais peuvent être très douloureux et inesthétique provoquant ainsi une grande détresse psychologique. Quand la cicatrice est complète, celle-ci reste rigide et fragile et peut se rouvrir notamment lors d'un accouchement.

Formation d'un abcès : Suite à une infection, un abcès peut se former sous les berges.

Infection urinaire : La présence de pus ou une infection au voisinage de l'urètre peut entraîner une infection urinaire.

Dyspareunie : Toutes les complications citées ci-dessus associées ou isolées peuvent rendre les rapports sexuels très douloureux et pénibles psychologiquement ainsi qu'un dysfonctionnement psycho sexuel (anxiété, mélancolie, dépression, psychose, frigidité). Les MSF entraînent une diminution certaine de la réceptivité de la femme à la stimulation sexuelle. Le désir sexuel est affaibli ou supprimé totalement (absence d'orgasme). Beaucoup de femmes excisées parlent de perte de féminité.

Pseudo infibulation : Une excision excessive peut provoquer, lors de la cicatrisation, une pseudo infibulation.

Difficulté au cours des grossesses et des accouchements : Le travail et les accouchements seraient plus longs, des fistules pourraient se former, de plus les déchirures seraient plus fréquentes (sur le périnée antérieur en fréquence supérieure à la normale). Ce sont des événements traumatisants pour certaines femmes pouvant mener à une psychose ou à une dépression du post partum.

Difficultés en matière de planification des naissances : Elles sont la conséquence de la difficulté à utiliser certains contraceptifs locaux

Infibulation

Les MSF de types III sont plus larges et peuvent entraîner d'autres complications en plus de celles précédemment citées.

Infections de l'appareil reproducteur : Les rétentions de sécrétions ou de sang provoquées par l'infibulation, peuvent entraîner des infections génitales hautes à point de départ vulvaire.

Dysménorrhée : Certains rapports font état d'une telle complication, mais la relation n'a pas été clairement établie.

Obstructions chroniques des voies urinaires : L'infibulation peut gêner la miction et entraîner des infections à répétition.

Incontinence d'urine : Les fuites urinaires sont très fréquentes chez les femmes infibulées. En effet, cette mutilation peut rendre difficile le contrôle du sphincter.

Sténose de l'orifice vaginal : Chez la femme infibulée, l'orifice artificiel du vagin peut être si petit qu'il se referme presque complètement au bout d'un certain temps.

Complications du travail et de l'accouchement : Lors d'un accouchement, la femme doit être désinfibulée pour permettre à la tête du nouveau-né de sortir du vagin. Les femmes infibulées sont à plusieurs reprises au cours de leur vie désinfibulées et réinfibulées. Lors de la nuit de noce, la désinfibulation est pratiquée par le mari, souvent à l'aide d'un couteau. A l'accouchement, il est aussi indispensable de désinfibuler.

Après l'accouchement, certaines femmes peuvent être réinfibulées.

Effets sur la santé psychologique des fillettes

Les femmes victimes sont marquées à vie dans leur chair et leur esprit, et beaucoup ne savent pas que leurs problèmes physiques et psychiques sont directement liés à l'excision. Elles ne comprennent pas ce qu'on leur a fait. On en parle pas : c'est un sujet tabou.

LA LEGISLATION REGISSANT LE SUJET DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

La Convention internationale des droits de l'enfant :

Adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le **20 novembre 1989** Seuls deux pays n'ont pas ratifié cette convention : la Somalie et les Etats-Unis.

La Convention Internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

Elle a été adoptée le 18 décembre 1979 par l'assemblée générale des Nations Unies et signée par une centaine de pays dont la France et certains pays africains concernés par les MSF.

La Charte Africaine sur les droits de l'enfant

Adoptée par de nombreux pays africains, cette charte souligne à nouveau la nécessité de supprimer les pratiques négatives sur le bien-être de l'enfant.

La charte Africaine des droits de l'homme et des peuples

La Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples, adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi, au Kenya, lors de la 18e Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) est entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Elle rappelle que « Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. » Plus de 50 Etats ont adhéré à cette charte dont beaucoup de pays concernés par les MSF.

Conjointement L'OMS et l'UNICEF se sont prononcés pour l'abolition des MSF. Elles condamnent la médicalisation des MSF qui empêcheraient une abolition de ces dernières.

La plupart des pays africains touchés par les MSF ont une politique officielle déclaré contre cette pratique. Certains comme le Burkina-Faso ont une loi spéciale qui les interdit.

En France

Les affaires d'excision ont été jugées en correctionnelle jusqu'en 1983 où la cour de cassation a établi que l'ablation du clitoris était bien une mutilation au sens du code pénal français à l'occasion du jugement d'une femme française ayant mutilé sa fille. Il s'agissait d'une affaire de mauvais traitement ne relevant pas d'un contexte traditionnel. Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation sont définies par le code pénal :

- 10 ans d'emprisonnement et 150000 euros d'amende (art. 222-9)
- 20 ans de réclusion criminelle si la mutilation est commise sur un mineur de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur (art. 222-10)

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

RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE AUPRES DES FEMMES VICTIMES DE MUTILATIONS

Faire de la prévention

- Discuter avec les femmes
- Les faire parler,
- Casser les idées reçues,
- Signaler le danger,
- Signaler la douleur
- Signaler la loi...



Les vacances d'été sont propices à la réalisation de cette pratique lors du retour au pays, même parfois sans l'avis des parents.



Au moment du travail et de l'accouchement

- S'attendre aux complications décrites précédemment : travail long, déchirures du périnée antérieur...
- Si la femme est infibulée la pratique d'une désinfibulation s'impose au moment de l'accouchement pour permettre l'expulsion du bébé. La désinfibulation se pratique avec un ciseau. Il s'agit de couper au niveau de la cicatrisation de la MSF.
- Dans l'encadrement d'une femme mutilée sexuellement, une prise en considération de tous les paramètres, psycho socio ethnologiques s'impose de toute évidence. Une connaissance claire des MSF est ainsi indispensable. Il est important de connaître ce que la femme a vécu et ainsi son rapport plus ou moins difficile avec ces organes sexuels, l'accouchement replongeant certainement dans le vécu du moment de sa MSF. Tenir compte des droits psychologiques et de "l'identité culturelle".

Le signalement

Les mineurs excisés doivent être signalés à la justice. C'est aussi dans un moyen de faire de la prévention pour les enfants à venir.

La loi française condamne la « non assistance à personne en danger » (Article 223-6)

La prise en charge médicale des complications

La reconstruction

Un Chirurgien urologue, Pierre Foldes, pratique une technique permettant de diminuer la douleur, de redonner au clitoris un aspect normal et de redonner une sensation de plaisir sexuel. Il pratique l'opération sous anesthésie générale pour éviter aux femmes de revivre le traumatisme de la mutilation. Il reconstitue un clitoris à partir de la portion interne de celui-ci qu'il découvre. Les femmes n'ont ensuite plus de douleur. Cette intervention est maintenant remboursée par la sécurité sociale. Au delà du résultat anatomique cette reconstruction permet surtout aux femmes de se reconstruire. Elle restaure leur féminité.

Ne pas rester seul

Allo enfance maltraitée : 119 (n° d'urgence gratuit 24h/24)

Fil santé jeune : 0 800 235 236

Groupe femme pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles :
(33) 01 43 48 10 87

PMI de secteur

Mouvement Français pour le Planning Familial