



Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

GROUPE DE TRAVAIL N° 1 :
Prévention des violences faites aux femmes,
spécifiquement des mutilations sexuelles et des mariages forcés

Projet de rapport d'étape du groupe 1 sur la partie
« Prévention des mutilations sexuelles »

Lors de l'assemblée plénière du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS) réunie fin février 2009, Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la solidarité, a demandé que soit constitué un groupe de travail afin de réfléchir à la « *Prévention des violences faites aux femmes, spécifiquement des mutilations sexuelles et des mariages forcés* ».

Le groupe a choisi de décliner la réflexion en deux phases. Dans un premier temps, a été abordée la question de « la prévention des mutilations sexuelles féminines », objet du présent rapport. Les problématiques liées à la « prévention des mariages forcés » seront traitées dans un second temps et seront l'objet d'un second rapport.

Le groupe de travail s'est réuni entre mai 2009 et mai 2010. Il a auditionné différentes personnalités qualifiées¹ et a mené de riches échanges. Ce travail a permis aux membres du groupe de dégager des analyses communes et les propositions reprises dans le présent rapport.

En préambule, il est rappelé que le CSIS n'avait auparavant pas mené de réflexion aboutie sur les violences de genre. De plus, il est souligné que les associations spécifiquement dédiées aux violences de genre ne sont pas membres du CSIS. Il a été décidé de les associer à ses réflexions en les invitant à assister aux réunions de ce groupe de travail et/ou en les auditionnant.

I. les mutilations sexuelles féminines : état des lieux et cadre juridique

1) Qu'appelle-t-on mutilations sexuelles féminines ?

Il s'agit de toute intervention pratiquée sur les organes sexuels féminins sans raison médicale, notamment l'excision et l'infibulation.

L'excision consiste en l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres.

¹ Cf liste en annexe

L'infibulation correspond à l'excision du clitoris et des petites lèvres complétée par l'ablation des grandes lèvres : les deux côtés de la vulve sont alors cousus bord à bord ou accolés, de telle façon qu'il ne subsiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement des urines et des règles.

La vulve laisse place à une cicatrice très dure, qu'il faudra inciser au moment du mariage ou de la naissance d'un enfant.

Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par différentes ethnies dans différents pays africains. Elles concernent une femme sur trois sur le continent africain, soit environ 130 millions de femmes, avec 3 millions de nouveaux cas par an. Ces pratiques sont également observées dans la péninsule arabique, notamment au Yémen et à Oman, ainsi qu'en Malaisie et en Indonésie.

En France, les mutilations sexuelles féminines (MSF) ont été découvertes lors de l'arrivée de femmes africaines sur le sol national au titre du regroupement familial. Le premier décès répertorié d'une fillette suite à une excision remonte à 1978. Les centres de protection maternelle et infantile ont rapporté des cas d'excision à partir de 1982. Des actions de prévention ont été mises en place avec le concours d'associations et d'interprètes, puis, en raison de la poursuite de ces pratiques, des signalements ont été faits auprès du procureur de la République pour la plupart suivis de procès.

Malgré une prise de conscience progressive, cette pratique n'a pas disparu même si elle est en nette régression depuis la publicité donnée à la répression judiciaire et les actions de prévention menées notamment par les associations et les services publics.

En France, on estime que 55 000 femmes sont mutilées². Elles sont notamment originaires de la Côte-d'Ivoire, de l'Égypte, de la Gambie, de la Guinée-Conakry, du Mali, de la Mauritanie, du Sénégal et de la Somalie.

Il faut noter que si les discours se focalisent beaucoup sur le continent africain, on retrouve des mutilations sexuelles féminines aussi sur d'autres continents et notamment en Asie (Indonésie, Malaisie, etc...) et sur le continent européen, notamment en Angleterre où des cliniques privées pratiquent des excisions.

Les mutilations sexuelles féminines sont de très anciennes pratiques coutumières qui ne correspondent aux préceptes d'aucune religion. Elles constituent de graves atteintes à l'intégrité physique de la personne, qui ont des conséquences immédiates et ultérieures sur la santé (stérilité, complications lors des accouchements...) et le psychisme. Elles peuvent aller jusqu'à entraîner la mort.

1.1) Une violence à l'égard des femmes ...

Si le discours de lutte contre les mutilations sexuelles dans de nombreux pays s'articule sur le terrain de la santé publique (notamment en termes de mortalité maternelle et infantile) qui fait apparaître la nécessité de la lutte contre ce type de pratiques, il ne doit pas faire oublier que les MSF se combattent avant tout sur le terrain des droits humains.

La France et le Royaume-Uni sont les pays européens les plus concernés par ce phénomène avec un nombre d'infibulations beaucoup plus élevé au Royaume-Uni avec une forte médicalisation de la pratique.

L'Égypte est le seul pays au monde où l'excision est pratiquée en majorité par des professionnels de santé (96% des petites filles sont excisées et 80% des excisions sont pratiquées en milieu médical). La

² Selon l'étude menée par Armelle Andro et Marie Lesclingand (chercheuse à l'université Paris 1 et à l'Institut national d'études démographiques pour la première ; à l'université de Nice et à l'Institut national d'études démographiques pour la seconde). Éléments publiés dans l'article « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France » du bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques *Population et Sociétés*, n° 438, octobre 2007.

loi n'interdit pas les mutilations sexuelles féminines mais elles sont autorisées uniquement en milieu médical sous conditions, à un tarif préétabli.

Cette vision réductrice de la santé publique va à l'encontre des droits humains laissant supposer qu'à partir du moment où l'excision est médicalisée et pratiquée dans des conditions d'hygiène elle ne poserait pas de problème éthique. Or ce groupe tient à rappeler que **les mutilations sexuelles féminines constituent une atteinte à l'intégrité physique des femmes qui en sont victimes et une violence à l'égard des femmes contre laquelle il faut lutter de manière globale.**

Dans le cadre du plan national de communication accompagnant le plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes 2008-2010, la priorité a été mise pour l'année 2009 sur la prévention des mutilations sexuelles et des mariages forcés.

1.2 ... qui ne doit pas être évacué au nom de l'interculturalité

= Nécessité en préambule de faire clarifier par le groupe les concepts d'interculturalité et de relativisme culturel.

Par ailleurs, les membres du groupe estiment que **la prise en compte de l'interculturalité ne doit pas empêcher de penser les mutilations sexuelles en termes de violences.**

En outre, Khady Koïta, présidente de l'association la Palabre et auteure de « moi, Khady, mutilée » estime que les mutilations sexuelles féminines sont aussi conditionnées par un contexte où pèsent la pauvreté, l'analphabétisme des femmes, la malnutrition et le manque de soins.

A partir du moment où il s'agit d'une activité rémunératrice, les enjeux économiques dans un pays pauvre sont tels, qu'il est très difficile d'avoir une législation cohérente.

Les MSF constituent un sujet sensible. En effet, il faut éviter les écueils du relativisme culturel, de l'interculturalité, ou d'un discours discriminant présentant les ethnies pratiquant l'excision comme des « sauvages » ou des « barbares ».

Au-delà des questions de cultures et de traditions, les mutilations sexuelles féminines constituent de graves atteintes à l'intégrité physique de la personne. Les resituer dans ce cadre de droit, et rappeler que la loi sur le territoire français s'applique à tous, est prioritaire.

2) Le cadre juridique

2.1) La loi française

2.1.1. Le code pénal

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement de mutilation sexuelle. Ces pratiques sont actuellement poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

- de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
- de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de quinze ans.

La loi française est applicable à toute personne vivant sur le territoire national quelle que soit sa nationalité.

Une action en justice peut être engagée 20 ans après la majorité de la victime.

La loi française s'applique aussi lorsque la mutilation est commise à l'étranger. Dans ce cas, l'auteur, qu'il soit français ou étranger, pourra être poursuivi en France, à condition que la victime soit de nationalité française ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (article 222-16-2 du code pénal).

Par ailleurs, la loi du 9 juillet 2010 confie au juge des enfants la possibilité de faire inscrire un mineur au fichier des personnes recherchées afin de prévenir toute sortie du territoire en cas notamment de menace de mutilations sexuelles féminines.

Enfin, le code pénal autorise, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, en cas d'atteintes sexuelles infligées – dont les mutilations sexuelles féminines – 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. Il s'agit ici, à travers cette possibilité de levée du secret professionnel, de favoriser la protection des victimes.

En outre, la loi du 24 juillet 2006 qui rend la signature d'un contrat d'accueil et d'intégration obligatoire pour tout nouvel arrivant (obligation devenue effective depuis le 1er janvier 2007) élargit son champ d'application aux mineurs entre 16 et 18 ans et précise son contenu.

Il impose une **formation civique** portant sur les institutions françaises et les « valeurs de la République » (dont fait partie l'égalité homme-femme) ainsi qu'une **formation linguistique** (modulée suivant les besoins individuels et validée par un diplôme).

Le Contrat d'accueil et d'intégration stipule que son signataire s'engage à ne pas exciser ou marier son enfant de force.

Le respect de ce contrat (le suivi des formations notamment) deviendra l'élément déterminant permettant l'obtention du premier renouvellement d'un titre de séjour temporaire, puis d'une carte de résident de 10 ans après un minimum de 5 ans de présence. Pour délivrer ces titres, les préfets devront s'appuyer sur les maires à qui il appartiendra désormais de se prononcer sur la "volonté d'intégration des demandeurs" et sur le respect des obligations prévues par le contrat.

Selon le groupe, la lutte contre les mutilations sexuelles féminines passe par une lutte sur le terrain législatif avec l'organisation de procès qui ont permis un recul de la pratique sur le territoire français. La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (CAMS)³, notamment, a mené dès l'origine et jusqu'à ce jour, un combat sur ce terrain, en se portant partie civile lors des procès qui se sont tenus pour des cas d'excision commis en France.

Pourtant, le groupe de travail regrette que la procédure judiciaire soit lente, sans certitude d'aboutir et dépende grandement de la sensibilité du procureur ; le risque de classement sans suite reste élevé, surtout lorsque l'excision a été pratiquée à l'étranger. En effet, afin que l'exemplarité des peines puisse jouer son rôle de prévention, il importe que les poursuites soient effectivement engagées et que les peines soient dissuasives.

2.1.2) Demande d'asile et statut de réfugié

La volonté de se soustraire à une mutilation sexuelle féminine pour soi-même ou sa(es) fille(s) fait partie des situations pouvant entraîner l'admission au statut de réfugié ou à la protection subsidiaire depuis décembre 2001, marquant une avancée significative. Le statut de réfugié est accordé à l'étranger craignant avec raison, selon les membres du groupe, d'être persécuté dans son pays du fait

³ Se distingue du Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés (GAMS)

de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques ;

- La protection subsidiaire est accordée à l'étranger établissant qu'il est exposé dans son pays à des menaces graves de peine de mort, de tortures ou de peines ou de traitements inhumains ou dégradants, ou, s'il s'agit d'un civil, à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée qui résulte d'une situation de conflit armé interne ou internationale.

Le groupe a pu constater combien il a été très difficile de faire entendre que les femmes étaient un groupe social à part entière et que les mutilations sexuelles féminines constituaient une violence politique contre celles-ci. De même, la mise en pratique de ces dispositions reste très difficile.

Les difficultés liées à la mise en œuvre de la circulaire de 2006, donnant aux parents d'enfants scolarisés la possibilité de bénéficier d'une régularisation, ont également été rapportées au groupe au cours de ses travaux. Cette circulaire a en effet eu pour conséquence de créer un afflux important de demandeurs d'asile. Or un grand nombre de migrants sans papier ne remplissaient pas les critères définis dans cette circulaire et n'avaient donc pas la possibilité d'être régularisés. Or ils s'étaient fait connaître des services de préfecture donc un grand nombre d'entre eux, soutenus par des associations, se sont engouffrés dans la possibilité qu'offrait le droit d'asile politique pour risque d'excision. Ainsi, alors qu'on comptait entre 150 et 200 dossiers de demande d'asile par an, on est passé à 200 dossiers par mois.

Les associations et les services de l'OFPRA ont été débordés. Durant l'été 2008, l'OFPRA a décidé de ne plus reconnaître l'asile politique aux parents mais d'utiliser la protection subsidiaire conformément à une directive européenne.

L'asile politique conventionnel donne droit à un titre de séjour valable 10 ans renouvelables ; En revanche, la protection subsidiaire donne droit en théorie à avoir la protection de l'état français durant 5 ans mais le danger est réévalué chaque année. Elle reste donc provisoire et aléatoire.

Par ailleurs, entre 2008 et début 2009, la protection subsidiaire n'était accordée qu'à l'enfant, pas à toute la famille ce qui a donné lieu à des situations où les enfants devaient rester sur le sol français avec des parents ni régularisés, ni régularisables avec des pratiques très diverses selon les préfectures.

Le groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS) a travaillé avec la commission nationale du droit d'asile (CNDA) et a obtenu une nouvelle jurisprudence en mars 2009 permettant à l'ensemble de la famille de bénéficier de la protection subsidiaire.

2.2) Les résolutions européennes et internationales

Il a été rapporté dans le cadre de ce groupe que le recul de la pratique des mutilations sexuelles féminines sur le sol européen dépend beaucoup du degré de mobilisation des États : si dès 1952, les mutilations sexuelles féminines apparaissent dans une résolution de la commission des droits de l'homme des Nations unies, ce n'est qu'à partir des années 1990 que des recommandations internationales explicites sont diffusées et il faut encore attendre 2003 pour que l'ensemble des pays membres de l'Union africaine signent un protocole condamnant officiellement les mutilations sexuelles et les interdisant (dit Protocole de Maputo ; entré en vigueur le 26 septembre 2005.).

En Afrique aussi des lois interdisent les mutilations sexuelles féminines, notamment au Bénin, au Burkina-Faso, en Centre Afrique, en Côte-d'Ivoire, à Djibouti, en Égypte, au Ghana, en Guinée-Conakry, au Kenya, au Liberia, au Sénégal, en Sierra Leone, en Somalie, au Soudan, au Togo et en Tanzanie.

Ainsi, des lois existent dans la plupart des pays africains mais sont encore inégalement appliquées.

Il ne faut pas confondre ce qui se pratique dans les régions d'origine des migrants avec la politique menée au niveau national dans ces mêmes pays. Par exemple, au Sénégal, une loi interdit les MSF et plusieurs procès ont eu lieu résultant à des condamnations ; le président actuel a d'ailleurs soutenu les associations luttant contre les mutilations sexuelles féminines. Or, les migrantes venues en France, victimes de mutilations sexuelles féminines, viennent d'une région très pauvre, enclavée, où les pratiques traditionnelles néfastes ont une grande importance.

Au Mali, par contre, il n'existe pas de loi contre l'excision. La fédération des associations de femmes milite pour une loi pour l'abolition des mutilations sexuelles mais les résistances sont fortes.

Enfin, le groupe souligne que l'existence d'un cadre légal coercitif est important par son caractère dissuasif en premier lieu mais aussi parce qu'il constitue pour les familles concernées une ressource sur laquelle elles peuvent s'appuyer.

Khady Koïta a fait état, lors de son audition, d'un argument fort contre l'excision à l'adresse de la famille restée dans le pays d'origine reposant sur la peur de la sanction et ces conséquences : « *si vous mutiliez mes petites filles au pays, quand elles vont revenir en Europe, je vais aller en prison et si je vais en prison qui va vous envoyer de l'argent pour vivre ?* »

Dans la même logique, elle explique « **le dépôt de couteau** » de certaines exciseuses par la peur de la répression.

Khady Koïta parle de grandes cérémonies de masse de « dépôt de couteau » marquant l'abandon de la pratique pour les exciseuses. Elle insiste sur le fait qu'un grand travail de suivi reste à faire pour ne pas que ces exciseuses recommencent leurs pratiques (notamment sur des bébés, ce qui passe plus facilement inaperçu du fait d'une absence de contrôle par les médecins).

Elle explique qu'elle a rencontré deux anciennes exciseuses, l'une âgée de 70 ans, l'autre de 90 ans. Les deux ont expliqué l'abandon de la pratique par leur peur d'aller en prison. Pour elle, plus que le travail des associations, c'est la loi qui fait son effet. Beaucoup de femmes aujourd'hui disent « *moi je ne le fais pas parce que c'est interdit* ». La loi est très importante mais elle doit toujours être accompagnée d'un travail de prévention.

Par ailleurs, elle aborde la problématique de la réinsertion des exciseuses qui abandonnent la pratique et qui doivent trouver une autre activité génératrice de revenus.

Certains programmes ont été menés pour reconverter ces anciennes exciseuses.

La question des mutilations sexuelles féminines en France soulève deux problèmes de santé publique différents : la prise en charge des femmes excisées d'une part, et la prévention de l'excision des filles de l'autre. Au-delà, il s'agit bien d'une violence à l'égard des femmes puni par la loi.

Si des actions sont déjà menées pour lutter contre ces pratiques, l'on manquait encore d'information suffisante, au niveau national, pour concevoir des stratégies d'action publique concertées dans ces deux domaines. Le projet Excision et Handicap (ExH), cofinancé par l'Acse, apporte un certain nombre d'éclairages et d'éléments permettant une meilleure connaissance de ces pratiques.

II. Une meilleure connaissance du phénomène pour l'élaboration de stratégies de prévention efficace

1) Le projet Excision et Handicap (ExH) : un état des lieux de la situation en France

Ce projet de recherche, qui a été présenté en détail lors d'une séance de travail du groupe, est à la fois une enquête quantitative et qualitative⁴ afin de dresser un état des lieux de la situation des

⁴ « 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), Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette, INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, janvier 2009

mutilations sexuelles en France. Mené par Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette, de l'INED et soutenu par l'ANR, la DGS, l'Ined et l'ACSE, ce projet a été finalisé mi 2009.

L'originalité du projet « ExH » réside avant tout dans le fait d'aborder sous l'angle du handicap et de la réparation, la question des mutilations sexuelles féminines. En effet, c'est un phénomène qui a encore été très peu étudié comme relevant d'un état de mauvaise santé. Les mutilations sexuelles exposent les femmes qui les ont subies à des problèmes de santé chroniques mais aussi à des difficultés quotidiennes dans leur vie sexuelle et affective.

Le volet qualitatif s'attache à mieux comprendre les nouvelles formes de risque d'excision pour les filles originaires de pays à risque, ainsi que le sens et les enjeux de cette pratique dans les milieux familiaux concernés aujourd'hui afin de mieux définir les politiques de prévention. Il s'agit d'une enquête qualitative socio-anthropologique, sous forme d'entretiens semi-directifs, réalisée en 2007-2008 auprès de 27 personnes concernées par la pratique de l'excision

Le volet quantitatif s'intéresse aux femmes excisées et aux conséquences de cette mutilation sur leur santé gynécologique et génésique en particulier, et plus généralement sur leur vie sexuelle et familiale. Il s'agit d'une enquête sociodémographique spécifique, menée entre avril 2007 et février 2009 au sein des structures de santé auprès de 2800 femmes dans 5 régions.

1.1) Focus sur les résultats de l'étude qualitative

9 femmes sur 10 ont été excisées avant l'âge de 10 ans. Parmi les femmes excisées ayant grandi en France, près de 4 sur 10 ont été excisées en France mais cette pratique a tendance à diminuer sur le territoire. Sous l'effet des campagnes d'information, et de la répression et de la pénalisation de la pratique.

Une absence de souvenir de l'acte de mutilation apparaît clairement. S'il y a une corrélation logique avec l'âge à l'excision, cette absence de souvenir est également révélatrice d'une absence de parole au sein de la famille.

Il ressort de toutes les auditions ayant eu lieu dans le cadre de ce groupe que l'excision est faite sans discours donnant de la signification à l'acte, ni ritualisation.

L'acte est déconnecté de tout événement festif.

Par ailleurs, les femmes excisées présentent plus de problèmes de santé par rapport à la population générale pour des indicateurs comparables faisant ressortir l'importance d'un contexte social particulier plus souvent associé à une santé dégradée. Les femmes qui ont été excisées à l'adolescence présentent des séquelles traumatiques plus visibles car elles ont une maîtrise intellectuelle de ce qu'il s'est passé supérieure à celles excisées étant bébés, même si souvent elles ont occulté ce souvenir.

De plus, l'excision est associée à des risques spécifiques tels que les Infections urinaires et gynécologiques, le sentiment de tristesse et découragement, des douleurs plus intenses et gênes associées aux douleurs, des complications obstétricales (déchirures plus fréquentes)...

En outre, cette étude montre une entrée en sexualité liée à l'entrée en conjugalité : 50% des femmes excisées ont eu leur premier rapport sexuel au moment du mariage

Il y a un lien très fort entre sexualité et conjugalité : en effet, 57% des femmes excisées ont déclaré avoir connu un seul partenaire (contre 45% chez les non excisées)

De même, on retrouve des différences significatives quant au vécu de la vie sexuelle : les femmes excisées présentent des gênes plus importantes dans leur vie sexuelle et une moindre satisfaction sexuelle.

L'étude s'attache à comprendre la perpétuation de la pratique en situation de migration. Il est délicat d'affirmer qu'on connaît la signification de ces pratiques. L'excision des filles constitue une

ritualisation du passage à l'âge adulte. Il s'agit plus d'un marquage culturel c'est-à-dire d'une action de la société pour marquer/identifier ses membres avec une volonté de contrôle de leur sexualité. Elle s'inscrit dans une construction de rapports de genre inégalitaires.

Cette recherche se fonde sur les hypothèses suivantes : l'excision serait une pratique en déclin avec l'ascension sociale des groupes concernés ; pratique d'autant plus en déclin quand les femmes utilisent les ressources du pays d'accueil. Les familles doivent arbitrer entre des injonctions contradictoires. Par ailleurs, la réalité et les conséquences de l'excision relève du secret.

Dans les familles, il y a absence de verbalisation ou une parole très abstraite autour de cet acte. Les médias constituent un vecteur d'information important tandis que les médecins et gynécologues ont souvent des difficultés à aborder avec leur patiente la question de l'excision.

Enfin, les femmes victimes de mutilations sexuelles rencontrées dans le cadre de cette enquête, sont confrontées à des paradoxes : en quête d'**identité sociale et culturelle**.

Ces populations, en situation de migration, peuvent **manquer de repères** et se sentir écartelées entre leurs cultures d'accueil et d'origine.

Khady Koïta, lors de son audition, a bien mis en évidence la contradiction entre des croyances païennes, une vision de l'excision en tant que rite de passage à l'âge adulte, et une vision religieuse reposant sur l'invocation, à tort, du Coran.

Cette situation peut présenter des paradoxes fondamentaux pour les parents confrontés à des figures du « bon parent » qui peuvent être différentes dans le pays d'origine et dans le pays de résidence.

A ce propos, il a souvent été question dans ce groupe de travail de l'excision en tant que norme sociale : les mères dont les filles ne sont pas excisées ont peur que les hommes de leur groupe ethnique refusent de les épouser.

Selon Armelle Andro, c'est l'appartenance ethnique qui explique le plus la pratique de l'excision.

La pression familiale est énorme en ce qui concerne la motivation de l'excision. Un des fondements de cette pression réside dans la peur du sexuel féminin. L'idée selon laquelle les filles non-excisées seraient plus portées sur le sexe et moins fidèles à leurs maris, est très répandue.

Selon cette étude, « *le risque d'excision pour les filles résidant en France aujourd'hui est donc très clairement lié aux voyages dans le pays d'origine.* »

Enfin, il apparaît dans cette étude que les femmes excisées vivent une sexualité rarement épanouie et source de questionnements. La notion de « droit à la sexualité » et l'excision comme atteinte au plaisir sexuel féminin sont mises en avant.

« C'est particulièrement les difficultés rencontrées dans leur vie sexuelle qui conduisent les femmes interrogées à aborder la question de l'excision soit dans une perspective de réparation pour elles ou dans une perspective de prévention pour leurs filles. Le droit à la sexualité est sans doute une des dimensions importantes pour l'argumentaire de prévention. La notion de droit à une sexualité épanouie fait sens pour la très grande majorité des femmes interrogées et pour une partie des hommes aussi. Les hommes peuvent être impliqués à travers cet impact direct sur leurs propres pratiques. »⁵

1.2 La chirurgie réparatrice : les contours de la demande

⁵ « **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), Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette, INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, janvier 2009, p 71.

La mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice remboursé par l'assurance maladie depuis 2004 constitue une avancée médicale significative. Elle permet notamment d'envisager les conséquences des mutilations sexuelles féminines comme un problème de santé publique. La technique a été mise au point en 2001 par le Dr P. Foldes ; il s'agit d'une clitoridoplastie avec libération du clitoris.

18 hôpitaux en France ont mis en place ce type de protocole.

L'enquête ExH met en lumière le fait que les femmes « réparées » ont eu recours à l'opération pour deux principaux motifs : d'une part, pour « avoir une sexualité plus épanouie » et d'autre part pour « retrouver leur intégrité féminine ».

Elle permet d'éclaircir **les contours de la demande en chirurgie réparatrice** :

- **Plus de la moitié des femmes ont déjà entendu parler de l'opération de chirurgie réparatrice, les médias constituant le 1er vecteur d'informations (44%). Les plus jeunes, les plus instruites et celles qui ont été socialisées en France ont une meilleure information sur ce sujet.**

- **26% des femmes, interrogées dans le cadre de cette enquête, sont intéressées par l'opération. Il s'agit de femmes plutôt jeunes, instruites et qui ont grandi en France, célibataires ou divorcées, séparées. Le principal motif étant, comme on l'a déjà évoqué, l'épanouissement de la sexualité.**

- **60% des femmes ne sont pas intéressées par l'opération.**

- **5% des femmes (soit 28 femmes) ont eu recours à l'opération (ou sont en cours)**

Elles présentent un niveau d'instruction plus élevé et ont plus souvent été socialisées en France.

Les femmes victimes d'excision souffrent de multiples violences et traumatismes. **Selon le groupe il convient d'insister sur le fait que sur le plan psychique, la « réparation » n'efface pas le traumatisme de l'excision ; de même, physiquement, même lorsqu'il y a "réparation", la femme excisée ne retrouve pas une vulve similaire à celle d'une femme qui n'a subi aucune mutilation.**

Le recours à la chirurgie réparatrice peut entraîner des difficultés d'ordre psychologique ou encore sexuelle. A cet effet, ont été mises en place des équipes pluridisciplinaires (chirurgien, psychologue, sexologue...) suivant un protocole pour une meilleure prise en charge globale de la personne, appréhendant le processus de réparation et ces conséquences.

Pour le moment, la France compte une dizaine d'unités réellement pluridisciplinaires mais leur nombre s'étend sur le territoire.

Peu de femmes ont recours à la chirurgie réparatrice qui d'une part, ne s'adresse qu'aux femmes adultes⁶ et d'autre part ne constitue pas forcément une solution préétablie pour toute femme excisée.

■ Une illustration : l'unité de soins des femmes excisées de l'hôpital de Montreuil

Le groupe a auditionné le Dr Antonetti NDiaye responsable de l'unité de soins des femmes excisées à l'hôpital de Montreuil et son équipe. Cette unité s'adresse à toutes les femmes excisées quelque soit leur demande.

Même s'il y avait au départ une demande spécifique de chirurgie réparatrice et d'accompagnement, la finalité de la prise en charge proposée par cette unité n'est pas forcément chirurgicale.

Pour être prise en charge dans cette unité, trois consultations sont systématiques avec un chirurgien, un psychologue et un sexologue permettant l'élaboration de la demande.

La prise en compte de la dimension psychologique est très importante dans la mesure où le processus de reconstruction induit des risques de remontées de souvenirs, resurgissement de la

⁶ Une solution d'attente de reconstruction partielle de la vulve peut être proposée aux mineures sur le plan chirurgical. Néanmoins, il n'existe qu'une unité de ce type en France.

dimension traumatique de l'excision et d'atteinte à l'estime de soi, de clivage psychique, de questionnements identitaires, etc... De même, la dimension sexuelle est primordiale. Les femmes excisées rencontrent, on l'a vu, des difficultés dans leur vie sexuelle dans une proportion supérieure aux femmes n'ayant subi aucune mutilation et placent dans leur démarche beaucoup d'espoirs d'amélioration.

Le staff pluridisciplinaire se réunit régulièrement pour évaluer la demande des patientes et les accompagner. Des consultations pré et post opératoires sont obligatoires.

Il est à noter que certains discours sur la chirurgie réparatrice sont réducteurs et/ou « normalisateur » et présente celle-ci comme le remède à tous les maux.

Il convient de rappeler ici que toutes les femmes excisées ne vivent pas leur mutilation de la même façon et la chirurgie réparatrice n'est pas forcément une réponse pour toutes.

Par ailleurs, des échecs de la chirurgie réparatrice sont toujours possibles et sont très durement vécus par les femmes qui y ont eu recours.

2) La prévention et le repérage de mutilations sexuelles féminines

2.1.) Des actions de prévention menées en partenariat

Si l'on a vu que le rappel à la loi est fondamental, il ne saurait être suffisant, il faut également mettre en place des actions de prévention.

2.1.1) Des campagnes d'information de lutte contre l'excision primordiales

La première (ou l'une des 1^{ère} ?) campagne a été initiée, en 1993 par la Délégation Régionale aux Droits des Femmes d'Ile-de-France, sous la forme d'affiches et de brochures intitulées "Protégeons nos petites filles de l'excision". Ces outils conçus en partenariat avec les associations, notamment le GAMS et la CAMS, ont été relayés dès 1994 par les principaux Ministère. Cette campagne fera par la suite l'objet d'actualisations successives au regard notamment des avancées législatives en la matière.

La dernière campagne nationale de sensibilisation en date sur ce thème a été la campagne de communication accompagnant le deuxième plan de lutte contre les violences faites aux femmes qui a été axée pour l'année 2009 sur le thème des mutilations sexuelles féminines. Cette campagne a pris la forme de brochures intitulées « Combattre l'excision », ainsi que d'affichettes véhiculant le message suivant « les mutilations sexuelles féminines sont punies par la loi ». Ces outils ont été distribués dans les établissements scolaires, les maisons de quartier, les MJC, des centres de soins, les mairies ou encore dans les bibliothèques.

Pour Isabelle Gillette-Faye, un tournant s'est produit en la matière en 2004 lorsque les medias ont commencé à s'intéresser sur le fond à la question des mutilations sexuelles féminines.

Parallèlement à ces campagnes d'information nationale, l'accent a été mis sur la sensibilisation et l'implication des médecins notamment à travers l'organisation de plusieurs colloques à l'académie nationale de médecine⁷.

En 2006, un colloque intitulé "Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines" a été organisé à l'institut Pasteur par la Direction générale de la santé en étroite collaboration avec la Direction de la population et des migrations et le Service des droits des femmes et de l'égalité. L'objectif était

⁷ en 2001, 2004 et 2008.

d'identifier et de renforcer les actions d'ores et déjà menées, d'impulser une dynamique et une prise de conscience collective. L'originalité de ce colloque a été de faire en sorte que cette initiative soit déclinée localement dans les neuf régions de France les plus concernées.

2.1.2) l'action à l'international

En parallèle, des campagnes d'information et de formation des professionnels de santé ont été financées par le Ministère des Affaires Étrangères, en partenariat avec le GAMS, dès 1995, par les Comités nationaux du Comité Inter-Africain au Burkina Faso, en Guinée Conakry, au Mali et au Niger. Le premier programme de reconversion des exciseuses en Afrique de l'Ouest Francophone a été mené en 1996 au Mali.

Des missions d'expertise ont été menées de 1999 à 2001 au Bénin, au Burkina-Faso, en Côte d'Ivoire et au Mali pour la mise en place d'un programme bi multi multilatéral entre le Ministère des Affaires Étrangères et l'UNICEF, de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

Le premier programme de lutte contre les mutilations sexuelles féminines, financé par la Commission Européenne (DAPHNE) a été conduit en 2002-2003. Le GAMS, en qualité de chef de projet, en partenariat avec l'ICRH (Belgique) et AIDOS (Italie), a animé ce programme avec 15 ONG partenaires, réparties dans 10 pays de l'Union Européenne.

Des avancées importantes ont eu lieu ces dernières années avec un réel travail interinstitutionnel dans les régions : préparation du plan violence et santé, organisation de colloques avec implication du réseau local, circulaire rendant obligatoire un module sur cette pratique dans la formation de certains professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes), financement de la première enquête nationale sur les mutilations sexuelles féminines...

Pourtant, le groupe regrette que nombre de projets de sensibilisation et de prévention, fruit d'un réel travail sur le terrain, soient abandonnés faute de financements pérennes. Il demeure convaincu que seuls des projets sur le long terme, bénéficiant d'un financement adéquat, peuvent porter leurs fruits.

Ce travail de prévention passe également par l'implication et la formation des professionnels concernés.

2.2) Les acteurs de première importance

2.2.1) Les professionnels de santé

Suite au colloque national précité, organisé en 2006 à l'institut Pasteur, et aux 9 colloques régionaux qui ont suivis, les médecins étaient très focalisés sur la question de la réparation clitoridienne. Il y avait nécessité à rappeler qu'ils ont également un rôle, de premier ordre, à jouer dans le repérage des femmes victimes de mutilations sexuelles, la prévention, l'accompagnement ainsi que dans le respect de l'application de la loi. C'est un des objectifs du guide « *le praticien face aux mutilations sexuelles féminines* », rédigé conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et l'association Gynécologie sans frontière et disponible sur le site Internet du Ministère de la santé et des sports, qui rappelle la loi et les sanctions, le rôle du professionnel de santé, les cas de levée du secret professionnel, les dispositions en matière de protection de l'enfance...

Dans l'attente de la publication de ce guide, la DGS a mis en ligne sur le site du ministère de la santé une version plus concise. Cependant, le groupe regrette qu'à ce jour, la version intégrale de ce guide n'ait toujours pas été diffusée.

Ce guide rappelle que le professionnel de santé a l'obligation d'intervenir, comme tout individu, en cas de risque immédiat, pour empêcher la réalisation d'une MSF et ne peut se retrancher derrière le secret médical, qui peut être levé dans certaines circonstances.

Le code pénal précise désormais expressément, dans un souci de clarification, à l'article 226-14 que le secret professionnel n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ».

Le code de la santé publique précise les circonstances dans lesquelles le secret professionnel doit ou peut être levé. Plusieurs professionnels sont concernés : médecins (article R 4127-44 du CSP), sages femmes (article R. 4127-316 du CSP), infirmiers (article R. 4312-7)...

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, en instaurant une obligation de formation pour les professionnels concourant à la protection de l'enfance donne une opportunité d'intégrer la problématique des mutilations sexuelles.

Par ailleurs, elle prévoit l'instauration dans chaque département d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, placée sous la responsabilité du président du conseil général, qui agit avec le concours de l'État et de l'autorité judiciaire ; d'autres partenaires pouvant y être également associés.

La cellule départementale procède à une analyse des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de l'être. Au vu des éléments, elle transmet sans délai un signalement au procureur si l'extrême gravité de la situation le justifie ; sinon elle peut demander une évaluation réalisée au niveau local.

Cette loi prévoit que l'obligation de transmettre une information préoccupante concernant un mineur en danger ou risquant de l'être s'applique « aux personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ainsi qu'à celles qui lui apportent leur concours » (art. L. 226-2-1- du code de l'action sociale et des familles).

Les professionnels de santé qui sont amenés à concourir directement à la protection de l'enfance (services de PMI, de santé scolaire, services de pédiatrie, etc.) doivent donc transmettre les informations préoccupantes au président du conseil général.

Dans tous les cas, les professionnels de santé doivent tout mettre en œuvre pour que le danger cesse.

Ce guide rappelle, entre autres, que lorsque le professionnel de santé diagnostique une MSF celui-ci doit aborder le sujet avec la patiente pour organiser une prise en charge adaptée aux conséquences médicales, obstétricales, psychologiques ou sexuelles qu'elle peut rencontrer mais aussi pour prévenir la réalisation d'une excision chez la/les fillette(s) de la famille en informant la femme (le couple) que ces pratiques sont interdites en France, y compris si elles sont réalisées dans un pays étranger.

S'il y a en effet nécessité de sensibiliser et de familiariser les pouvoirs publics ainsi que les professionnels de santé aux MSF, il ne faut pas oublier les professionnels hors champs de la santé, du social et de l'éducation notamment.

A ce titre, ce groupe de travail regrette que le guide « le praticien face aux MSF » ne s'adresse pas également aux professionnels hors champs de la santé.

II.2.2. les professionnels hors champs de la santé et le travail en réseau interinstitutionnelle et pluridisciplinaire

Ce groupe relève, d'une part, une méconnaissance des mutilations sexuelles féminines de la part de certains professionnels. D'autre part, il note que certains élus locaux sont inquiets lorsqu'on parle de mutilations sexuelles et de mariages forcés de ne pas stigmatiser les populations susceptibles d'avoir recours à ces pratiques. La prise de conscience autour du travail de sensibilisation et de rappel du droit demeure récente. Ce groupe considère, que pendant longtemps, les pouvoirs publics ont minoré les situations aujourd'hui mieux lisibles mais pas pour autant mieux accompagnées dans le champ des politiques publiques et des droits des femmes.

Le groupe souligne les effets pervers que peuvent avoir des interventions collectives notamment en milieu scolaire en stigmatisant un groupe de population. Il convient donc de prendre des précautions afin d'insister sur l'atteinte à la personne et la violence que représente l'excision tout en évitant une stigmatisation.

Il convient de privilégier les entretiens individuels et sensibiliser tous les professionnels susceptibles d'être confrontés à la problématique des MSF (professionnels de santé mais aussi sociaux, éducatifs, conseillers conjugaux et familiaux...). Ceux-ci doivent être mieux formés à la question pour pouvoir, dans l'intimité d'une consultation, encourager l'expression d'une parole libre de la part de ces femmes.

Le financement de modules de formation spécifique est donc impératif.

Par ailleurs, certaines jeunes filles, en situation de migration, originaires de pays où se pratique l'excision craignent de partir en vacances dans leur pays d'origine. Malgré les dispositions législatives, les opérateurs publics ont des difficultés aujourd'hui à prévenir ces mutilations sexuelles et il n'existe pas suffisamment de lieux où ces jeunes filles peuvent parler et demander protection. Il s'agit de nous interroger sur les messages à construire en direction des professionnels et des femmes.

(A développer ?)

En même temps, parler de problèmes de sexualité et d'excision équivaut pour ces jeunes filles à faire courir le risque à leurs parents d'être emprisonnés. Pour elle, il est essentiel de bénéficier du cadre légal comme rempart et de pouvoir se concevoir comme victime mais il est important d'avoir accès à des lieux où elles peuvent se confier sans conséquences pénales pour leurs parents.

Enfin, si l'aspect médical et paramédical des MSF depuis ces dernières années fait l'objet d'une attention particulière, il conviendrait aujourd'hui de mieux prendre en considération l'aspect social du phénomène. Le groupe ne peut que constater que les travailleurs sociaux sont très démunis face à la question des violences à l'égard des femmes notamment lors de la conduite d'entretien. S'ils ont le devoir de signaler tout danger de MSF, les instances juridiques n'ont pas toujours la possibilité matérielle de gérer les réponses à apporter.

La formation interinstitutionnelle et pluridisciplinaire permet d'entendre le récit des pratiques sans les évacuer au nom de l'interculturalité.

A cet effet, un réel travail a été mené avec la constitution de réseaux grâce à des protocoles mis en place, des actions de formation et de sensibilisation sur la question des mariages forcés alors qu'il y a un vide pour les mutilations sexuelles.

C'est le cas du Conseil général de Seine St Denis qui a signé un protocole pour faciliter un travail en commun des travailleurs sociaux, de l'aide sociale à l'enfance, du parquet, des associations, et des parents permettant une meilleure prévention des mariages forcés.

Il s'agit de favoriser les circuits d'information entre les différents partenaires administratifs et associatifs pour une meilleure prévention et prise en charge des jeunes filles victimes de mariages forcés ou susceptibles de l'être en termes notamment de protection, d'accueil, d'hébergement, de médiation interculturelle, etc... Ce type de protocole pourrait être élargi aux MSF pour améliorer le travail en réseau.

Dans ce cadre, des formations pluri professionnelles et pluri institutionnelles sont également organisées. Les premières formations organisées en direction des assistantes sociales scolaires en

Seine St Denis, s'adressant à 90 personnes, ont permis « *d'ouvrir les oreilles et de savoir quoi faire des confidences* ».

Enfin, il y a nécessité à travailler avec les femmes en tant que sujets, et pas seulement victimes. La sensibilisation et la formation initiale et continue sont essentielles pour savoir quelle conduite tenir et comment travailler en partenariat.

Ce groupe tient à rappeler que parmi les cinq programmes nationaux de santé publique, prévue dans le cadre de la loi de santé publique votée en 2004, figurait un programme « violences et santé » qui n'a pas été mis en œuvre faute de financement, ce que bien évidemment ce groupe regrette.

Dans la même logique, les professionnels de l'éducation nationale ont également un rôle important à jouer dans la prévention et la lutte contre les MSF.

II.2.3. Les professionnels de l'éducation nationale

Lors de son audition, Isabelle Gillette-Faye indiquait que le pourcentage de femmes ayant subis des mutilations sexuelles diminuait de près de 50% quand il y avait un accès à l'école primaire. Par le biais de l'éducation, on pourrait donc lutter contre les MSF.

De même l'audition de Khady Koïta mettait en évidence que l'illettrisme était un facteur favorisant les MSF. La scolarisation croissante des femmes a un effet favorable, l'instruction ayant un rôle protecteur : dans tous les pays, le risque de mutilation décroît avec l'augmentation du niveau d'instruction.

Ce groupe réaffirme le rôle de l'école dans la sensibilisation à la prévention des violences sexistes et sexuelles et des MSF.

A cet égard, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) ont travaillé à l'élaboration d'une brochure, « guide ressources collèges et lycées » intitulée « comportements sexistes et violences sexuelles ».

L'objectif de ce guide est de rappeler la mission de l'École et de ses acteurs dans ce domaine et d'aider la communauté éducative à agir efficacement face aux situations liées à des comportements sexistes, à des violences à caractère sexuel, dont les mutilations sexuelles féminines, et à leurs conséquences.

Par ailleurs, la loi du 9 juillet 2010, relative notamment aux violences faites spécifiquement aux femmes, prévoit, afin de mieux prévenir ces violences, que les formations initiale et continue délivrées aux enseignants doivent intégrer des éléments portant sur l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de sensibilisation aux violences faites aux femmes.

Ce guide rappelle la conduite à tenir en cas de risque ou de constatation de violences sexistes, sexuelles, de mariage forcé ou de MSF impliquant un élève. « *La personne à qui l'élève (...) est un relais essentiel pour l'accompagner dans les démarches qui devront être entreprises pour l'aider.*

*Un enseignant ou toute autre personne occupant une fonction dans l'enceinte scolaire, dépositaire d'une présomption de violences sexuelles, a obligation de porter secours et de signaler la situation à des fins de protection. »⁸ Selon l'article 40 du code de procédure pénale, « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur.* »*

⁸ Guide ressource collèges et lycées « comportements sexistes et violences sexuelles », à paraître.

III- Les préconisations du groupe:

- 1) Repérer les lieux où la problématique des MSF peut être abordée (maternités...) pour mener des actions de sensibilisation dans ces espaces, par exemple : rencontrer dans les maternités les femmes qui viennent d'accoucher ainsi que leur mari pour aborder la question des MSF pour prévenir leur réalisation sur les petites filles...
- 2) Affiner et généraliser **les statistiques** des MSF et leurs conséquences sur la santé en générale, psychologique et affective, sexuelle, sociale (par exemple comment les jeunes filles intègrent leur corps vis-à-vis des autres et construisent leur identité) et les grossesses (à partir des centres de planification, des EICF, des commissions naissance, des maternités, des PMI, de l'éducation nationale, la justice, associations, « droits des femmes » et leurs délégations,.....
- 3) Eduquer les femmes et encourager le dialogue : Via les professionnels du secteur social et des associations : Rôle des femmes relais, adultes-relais...Mettre en place des lieux d'accueil ouverts aux femmes leur permettant d'échanger librement et de parler de leurs problèmes à des professionnels qui bénéficient de suffisamment de temps pour comprendre, avoir une vision globale de leur situation et définir ensemble des priorités.
- 4) Sur le même modèle, mettre en place des groupes de parole pour les mères (**et les pères ?**) de soutien à la parentalité afin qu'elles puissent exprimer leurs malaises, trouver appui et conseils.
- 5) Mettre en place un réel travail en réseau et en coordination sur le modèle des REAAP pour les questions de sexualité

6) Formation des professionnels

6.1) - **Sensibiliser et former les professionnels de la santé au repérage et à la prise en charge des MSF** : Généralistes, pédiatres, médecins scolaires, gynécologues, sages-femmes...

Actions de formation auprès des facultés, des écoles d'infirmières, des écoles de sages-femmes en formation initiale mais aussi en formation continue (Cours,E.P.U., ouvrages de références, Sites internet)

- Former le personnel à comment aborder le sujet avec les patientes. Il s'agit d'un des objectifs du guide « *Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines* »

- Impliquer les professionnels de santé dans la prévention des MSF et les former à agir pour signaler ces violences.

6.2) Former les professionnels (formation initiale et continue) du secteur social, éducatif, et associatif (PMI, écoles, CMS...).

Mener une réflexion sur le savoir faire et le savoir être des professionnels qui rencontrent des jeunes filles menacées et victimes de MSF et qui sont confrontées à des conflits intergénérationnels et culturels et proposer des formations à tous ces professionnels.

- Il s'agit de veiller à ce que des éléments sur les MSF soit intégrés dans le contenu des formations initiale et continue portant sur l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de sensibilisation aux violences faites aux femmes, délivrées aux enseignants dans le cadre la loi du 9 juillet 2010 doivent intégrer des éléments.

6.3) Formation des personnels dans le champ de la justice et de l'éducation nationale à la question des MSF : intégrer systématiquement un module dans la formation initiale sur la thématique des violences faites aux femmes, comprenant un volet mutilations sexuelles féminines, dans formation dispensés aux professionnels concernés (IRTS, ENM, etc.)..

- S'appuyer sur le guide ressource collèges et lycées «comportements sexistes et violences sexuelles », et veiller à sa bonne diffusion.
- **Elaborer un guide-ressource ou élargir le « guide du praticien face aux MSF »** à tous les professionnels médico-sociaux susceptibles d'être confrontés aux MSF et veiller à sa bonne diffusion.
- Sensibiliser et former les professionnels « jeunesse et sport », au-delà du devoir de signalement, afin qu'ils soient particulièrement vigilants aux questions de violences sexistes et sexuelles permettant ainsi un meilleur repérage.
- **Orienter les femmes victimes de MSF vers un accompagnement spécifique pluridisciplinaire (CPEF, EICCF...) impliquant une formation de tous les professionnels**

6.4) Former les conseillers conjugaux et familiaux (CCF) au repérage du risque de MSF et les impliquer dans la lutte contre les MSF.

(à développer par le groupe)

6.5) Engager une réflexion sur la formation de personnes relais (dans les quartiers, les familles, les écoles...) (à développer par le groupe)

- 7) Encourager la signature de protocoles pour la constitution de réseau, pérenne, permettant de mieux prévenir et lutter contre les MSF, sur le modèle du travail entrepris pour la prévention des mariages forcés.
- 8) Veiller à la bonne mise en œuvre de l'article L 312-16 du Code de l'éducation instituant dans l'ensemble du cursus scolaire « *une information et une éducation à la sexualité (...) dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* » rendue obligatoire par la loi du 4 juillet 2001
- 9) Pérenniser les Commissions régionales de la naissance (CRN) et demander à ce qu'elles disposent de statistiques relatives aux mutilations sexuelles féminines ayant un impact sur les grossesses et les naissances.
- 10) Veiller à la mise en place d'un programme « violences et santé », assorti des moyens de son financement, dans le cadre de la nouvelle loi de santé publique.
- 11) Assurer les moyens de mise en œuvre des campagnes d'informations et de prévention ainsi que de leurs suivis d'efficacité. Pérenniser ces campagnes.
- 12) Financer des programmes de reconversion des anciennes exciseuses dans les pays d'origine pour les encourager à abandonner leur pratique et se reconvertir.