



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

Rapport du groupe de travail n°1 portant sur

La prévention des violences faites aux femmes, spécifiquement des mutilations sexuelles

PILOTE PAR :

- la Fédération nationale des écoles de parents et des éducateurs (FNEPE)
- le Mouvement français pour le planning familial (MFPF)



JANVIER 2011

CSIS

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale
Direction générale de la cohésion sociale
Service des droits des femmes et de l'égalité
14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

SOMMAIRE

I. LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES : ETAT DES LIEUX	4
1) QU'APPELLE-T-ON MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES ?	4
1.1) <i>Typologie des mutilations sexuelles et conséquences sur la santé des femmes</i> :	4
1.2) <i>Epidémiologie et histoire de l'origine des MSF</i>	5
2) LEGISLATIONS ETRANGERES INTERDISANT OU RESTREIGNANT LA PRATIQUE DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES	7
II. LA LUTTE CONTRE LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES ET LE CADRE JURIDIQUE FRANÇAIS	8
1) UNE LUTTE SUR LE TERRAIN DES DROITS DE LA PERSONNE HUMAINE.....	8
1.1) <i>Une violence à l'égard des femmes et des filles</i>	8
1.2) <i>... qui ne doit pas être masquée au nom du relativisme culturel</i>	8
2) LE CADRE JURIDIQUE.....	9
2.1) <i>La loi française</i>	9
a) Le code pénal	9
b) Demande d'asile et statut de réfugié	11
2.2) <i>Les résolutions européennes et internationales</i>	12
III. UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DU PHENOMENE POUR L'ELABORATION DE STRATEGIES DE PREVENTION EFFICACE	13
1) LE PROJET EXCISION ET HANDICAP (EXH) : UN ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION EN FRANCE.....	13
1.1) <i>Focus sur les résultats de l'étude qualitative</i>	14
1.2) <i>La chirurgie réparatrice : les contours de la demande</i>	15
2) LA PREVENTION, LE REPERAGE, ET LA PRISE EN CHARGE DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES	17
2.1) <i>Des actions de prévention menées en partenariat</i>	17
a) Des campagnes répétées d'information et de lutte contre l'excision primordiales	17
b) L'action internationale	18
c) Développement de partenariats locaux.....	18
2.2) <i>Les acteurs de première importance</i>	19
a) Les professionnels de santé	19
b) Les professionnels œuvrant dans les champs social et du judiciaire, les élus locaux et le travail en réseau interinstitutionnel et pluridisciplinaire.....	20
c) Les professionnels de l'éducation nationale	21
LES PRECONISATIONS DU GROUPE	23
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU GROUPE 1 DU CSIS	25
ANNEXE 1	26
Personnes auditionnées par ce groupe de travail	26
ANNEXE 2	27
Membres du groupe de travail.....	27

Lors de l'assemblée plénière du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS) réunie le 3 février 2009, Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la solidarité, a initié la constitution d'un groupe de travail, sur proposition de la Commission permanente du CSIS, afin que soient menés des travaux de réflexion portant sur la « Prévention des violences faites aux femmes, spécifiquement des mutilations sexuelles et des mariages forcés ».

Il est rappelé au préalable que le CSIS n'avait auparavant pas mené de réflexion approfondie sur les violences de genre, à savoir « les violences faites aux femmes traduisant les rapports sociaux de sexe ». Seul un rapport sur les « Violences à caractère sexuel » a été réalisé en 1999. A cet égard, il convient de souligner que les associations spécifiquement dédiées aux violences de genre n'étant pas membres du CSIS, il a été décidé de les associer en les invitant à assister aux réunions de ce groupe de travail et/ou en les auditionnant.

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 dans un rapport distinct.

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 à ses membres de dégager des analyses communes et les propositions reprises dans le présent rapport.

I. Les mutilations sexuelles féminines : état des lieux

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

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques (*Organisation mondiale de la Santé (OMS) 1997*).

1.1) Typologie des mutilations sexuelles et conséquences sur la santé des femmes :

L'O.M.S. a établi une classification des différentes mutilations sexuelles féminines en quatre types décrits ci-dessous (*Classification du Dr Robin Cook, 1995*) :

- Type I : excision avec ablation du prépuce et d'une partie ou de la totalité du gland du clitoris.
- Type II : excision du clitoris (clitoridectomie), avec excision partielle ou totale des petites lèvres (80 % des MSF).
- Type III : infibulation avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire (15 % des mutilations),
- Type IV: autres procédés de mutilations sexuelles féminines. Toute autre opération sur les

¹ Liste en annexe

organes génitaux de la femme, y compris piqûre, percement, incision, cautérisation, scarification, curetage, brûlure, déchirure.

Les **conséquences pour la santé des femmes** sont liées au type de mutilations pratiquées. L'OMS les classe en trois catégories : (OMS 2006)

- les conséquences **médicales à court terme**, telles que le décès par choc et hémorragie, la douleur, les infections locales avec parfois un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus), le risque de rétention urinaire, et l'état de choc consécutif à l'événement...
- les conséquences **médicales à long terme**, comme les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales), les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence ou une gêne pour uriner, pour les rapports sexuels...
- les conséquences **sexuelles, mentales et sociales** comme l'altération de la sensibilité sexuelle. Des **complications sur la sexualité** surviennent fréquemment avec angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, dyspareunie et frigidity. Les **complications psychologiques** sont d'autant plus importantes que les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées tardivement avec troubles du comportement, anxiété, dépression, irritabilité chronique ou frigidity.

L'**âge** auquel sont pratiquées les mutilations sexuelles varie en fonction des régions et donc des communautés : dès la naissance, **vers 3-6 ans, entre 10 et 12 ans, juste avant d'être mariées (15/16 ans)** et, parfois, plus tard, **avant le mariage**, au cours de la grossesse ou encore à la suite du premier accouchement.

Suivant les pays, les MSF sont pratiquées par des exciseuses, des barbiers ou par des professionnels du secteur de la santé. La mutilation est réalisée sans la moindre anesthésie avec un couteau, une lame de rasoir, puis un pansement à base de plantes et de cendres est mis sur la plaie. Les jambes de la fillette sont le plus souvent attachées pendant une dizaine de jours afin de diminuer le risque de réouverture de la plaie, en particulier lorsqu'on recherche la fermeture complète ou quasi-complète du vagin.

1.2) Epidémiologie et histoire de l'origine des MSF

On estime dans le monde à 130 millions le nombre de femmes mutilées sexuellement. Chaque année, 2 à 3 millions de fillettes et de jeunes femmes subissent une mutilation sexuelle féminine.

Le nombre de femmes concernées par l'excision en France a été estimé en 2004 à partir de données de l'INSEE (recensement et enquête Famille) et d'enquêtes de prévalence menées dans les pays africains. En tenant compte des hypothèses sur les risques de perpétuation de l'excision en fonction de l'âge à l'arrivée en France et de l'âge à l'excision, le nombre de femmes excisées a été évalué entre 42 000 et 61 000 femmes adultes soit une hypothèse moyenne de 53 000 femmes. Selon une autre enquête, le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être² est estimé entre 45 000 et 60 000. Il est précisé que nous ne sommes qu'au début du

² « **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

recueil de données statistiques fiables sur les femmes excisées et sur celles menacées de l'être.

Les départements les plus concernés sont les 8 départements d'Île-de-France (petite et grande couronne), ainsi que ceux des Bouches-du-Rhône, de l'Eure, du Nord, de l'Oise, du Rhône et de la Seine-Maritime³.

Cette pratique ancestrale persiste dans nombre de cultures et de pays.

Elle est surtout identifiée en Afrique d'Ouest en Est. Les MSF sont également pratiquées, dans une moindre mesure (compte tenu de nos connaissances actuelles), au Moyen-Orient, en Asie (Indonésie, Malaisie, Inde), en Amérique du Sud (Pérou, Brésil) et en Amérique du Nord, en Australie et en Europe (à cause des mouvements migratoires)⁴.

On pense que la mutilation sexuelle féminine était déjà pratiquée bien avant la naissance du judaïsme, du christianisme et de l'islam,

Elle serait apparue il y a près de 6 000 ans en Égypte antique, où elle constituait une sorte de rituel de fertilité (les analyses des momies ont révélé qu'il existait des pratiques d'excision et d'infibulation, d'où le terme d' « excision pharaonique » au Soudan).

On retrouve l'excision au 19ème et au début du 20ème siècle en Europe et aux Etats-Unis, où l'ablation du clitoris était censée guérir les femmes d'origine occidentale de troubles physiques et mentaux, tout comme de la masturbation ou de l'homosexualité féminine⁵.

Les principales justifications sont d'ordre :

- mythique : le clitoris risque, en touchant l'homme ou le nouveau-né, d'entraîner leur mort.
- le nouveau-né naît bisexuel : on excise la fille pour éliminer la partie masculine et on circonscrit le garçon afin d'éliminer la partie féminine ;
- sociologique : c'est un rite d'initiation et de passage à l'âge adulte ;
- sexuel : il faut réduire ou atténuer le désir sexuel chez la femme, préserver ainsi la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité durant le mariage ;
- religieux : les MSF sont souvent associées à l'islam car les sociétés qui les pratiquent, principalement en Afrique musulmane, revendiquent la religion pour les justifier alors que ces mutilations ne sont ni recommandées, ni citées dans aucun texte religieux. Elles sont également pratiquées par certains chrétiens coptes ou par des juifs falashas originaires d'Éthiopie vivant actuellement en Israël. Elles précèdent l'ère chrétienne et musulmane. Il est d'ailleurs observé que Mohamed n'a pas fait exciser ses deux filles ;
- et finalement, il s'agit plutôt actuellement d'une tradition, d'une coutume. « *Cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère l'a fait, donc mes enfants seront excisées* ». Les hommes considèrent comme impures les femmes non excisées et ne sont pas prêts à les épouser.

et Handicap (ExH), Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette, INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, janvier 2009, p 71.

³ <http://www.federationgams.org>, juillet 2010

⁴ Idem

⁵ Isabelle GILLETTE, *La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes*, Thèse de Doctorat de Sociologie, Presses universitaires du Septentrion, Décembre 1998, EPUISSE, consultable au GAMS <http://www.federationgams.org>, juillet 2010]

2) Législations étrangères interdisant ou restreignant la pratique des mutilations sexuelles féminines

Seize pays africains ont interdit officiellement l'excision⁶. Cependant, ces interdictions restent trop souvent théoriques.

Toutefois, ces pays mettent en place des campagnes de sensibilisation et d'information dans les villages pour communiquer le plus possible sur ce douloureux phénomène, en partenariat avec des ONG et avec l'aide des chefs religieux et/ou coutumiers.

- Afrique

- Burkina Faso : 1987
- Ghana : 1994
- Djibouti : 1995 (le Code pénal, dans son article 333, proscrit la pratique de l'excision)
- Egypte : 1996
- Centrafrique : 1996
- Côte d'Ivoire : 1998
- Tanzanie : 1998
- Togo : 1998
- Sénégal : 1999
- Kenya : 2001
- Tchad : 2002
- Bénin : 2003
- Niger : 2003
- Mauritanie : 2005
- Guinée-Conakry : 2006

- Union Européenne

- Législations spécifiques : Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- Législations générales, s'appliquant aux MSF : France

- Hors Union Européenne

Australie, Canada & Etats-Unis, Suisse

⁶ Données 2010, <http://www.federationgams.org>

II. La lutte contre les mutilations sexuelles féminines et le cadre juridique français

1) Une lutte sur le terrain des droits de la personne humaine

1.1) Une violence à l'égard des femmes et des filles

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 n'en reste pas moins que les MSF se combattent avant tout sur le terrain des **droits de la personne humaine, et, donc, des droits des femmes**.

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 et une forte médicalisation de la pratique.

L'Egypte est le seul pays au monde où l'excision est pratiquée en majorité par des professionnels de santé : **91%** des petites filles sont excisées et **77%** des excisions sont pratiquées **par des professionnels de santé, majoritairement des médecins**⁷. La loi n'interdit pas les mutilations sexuelles féminines mais elles sont autorisées uniquement en milieu médical sous conditions, à un tarif préétabli.

La médicalisation de la pratique n'atténue en rien l'atteinte aux 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 le groupe **de travail** 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 et des filles contre laquelle il faut lutter de manière globale**.

A cet égard, dans le cadre de la campagne de communication accompagnant le plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes 2008-2010, la priorité a été mise en 2009 sur la prévention des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés.

1.2) ... qui ne doit pas être masquée au nom du relativisme culturel

Le relativisme culturel est une méthode des sciences sociales, en particulier de l'ethnologie et de l'anthropologie. Elle vise à percevoir des phénomènes culturels (ou qualifiés comme tels, à l'instar des mutilations sexuelles féminines) et à les décrire par l'adoption d'une attitude de détachement scientifique. L'ethnologue doit être à même de transcender ou d'éliminer pour un temps ses valeurs et conditionnements culturels, de reconnaître la subjectivité de ce qu'il perçoit.

⁷ Source : dernière Etude Démographique et de Santé 2008, publiée en mars 2009. Le Projet MEASURE DHS (Etudes Démographiques et de Santé) est responsable de la collecte et la diffusion de données exactes et représentatives au niveau national sur la santé et la population dans les pays en développement. Le projet est mis en œuvre par Macro International, Inc. Il est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) avec des contributions d'autres donateurs comme l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et l'ONUSIDA

Exemple concret (et volontairement caricatural) : les mutilations sexuelles féminines sont une barbarie = attitude ethno centrée ; les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par des populations qui les considèrent comme normales ; donc puisqu'il n'y a pas de hiérarchie entre les cultures (attitude colonialiste, ou post-colonialiste), je respecte leur point de vue. A l'extrême, puisque c'est leur culture, ils ont le droit de "couper" leurs femmes et leurs filles. Le fait d'employer le verbe "mutiler" étant perçu comme violent par les "penseurs", comme les "acteurs" du relativisme culturel, il vaut mieux employer des termes plus neutres... = attitude relativiste culturelle.

Le concept de relativisme culturel est à définir. La culture ou les cultures ne sont pas des concepts figés. Les individus et les groupes sociaux les réinterprètent en fonction des évolutions sociales et politiques. Or, les violences de genre sont l'expression de la domination masculine sur le corps des femmes, et ce, quelles que soient les époques et les sociétés.

L'« être femme », ainsi que l'identité « féminine » et « masculine » sont indissociables de l'image que l'on se fait des femmes, de l'évolution de leur statut et de leur accès aux droits.

C'est pourquoi, les membres du groupe estiment que la prise en compte du respect des cultures qui pourrait induire un relativisme culturel ne doit pas empêcher d'appréhender les mutilations sexuelles féminines en termes de violences. Les MSF constituant un sujet sensible, il faut éviter les écueils du relativisme culturel comme de l'**ethnocentrisme, susceptibles de conduire à un discours discriminant présentant les ethnies qui pratiquent l'excision comme des « sauvages » ou des « barbares ».**

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

2) Le cadre juridique

2.1) La loi française

a) Le code pénal

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement de mutilations sexuelles. 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). Les peines encourues, lorsque l'infraction est commise à l'encontre de mineurs de quinze ans, sont de 15 ans de réclusion criminelle ou de 20 ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur le mineur (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), ou à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle concerne des mineurs de quinze ans ou de 30 ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur ce mineur. (Article 222-8 du code pénal)

Il est rappelé que 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 jusqu'à 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 n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants prévoit que l'interdiction de sortie de territoire d'un mineur, ordonnée par le juge des enfants, dans le cadre de l'assistance éducative, est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la république. Ce dispositif a vocation à s'appliquer afin de prévenir toute sortie du territoire en cas notamment de menace de mutilations sexuelles féminines, lorsqu'un que l'un des parents désire emmener une mineure à l'étranger.

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 une mineure 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, il est relevé que la loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration qui rend la signature d'un contrat d'accueil et d'intégration obligatoire pour tout nouvel arrivant (obligation effective depuis le 1er janvier 2007) élargit son champ d'application aux mineurs entre 16 et 18 ans et précise son contenu.

Ce contrat 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) devient 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 doivent s'appuyer sur les maires à qui il appartient désormais de se prononcer sur la "volonté d'intégration des demandeurs" et sur le respect des obligations prévues par le contrat.

Selon le groupe, le combat 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)⁸, 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 **et de réparation pour les victimes**, il importe que les poursuites soient effectivement engagées et que les peines soient dissuasives.

⁸ Se distingue du Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines et des mariages forcés (GAMS)

b) 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 depuis décembre 2001, marquant une avancée significative. Le statut de réfugié est accordé à toute personne craignant avec raison, selon les membres du groupe, d'être persécuté(e) dans son pays du fait 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 difficile de faire entendre que les femmes étaient un groupe social à part entière, lié au genre, et que les mutilations sexuelles féminines constituaient une violence politique contre celles-ci. Il est d'ailleurs observé que la mise en application de ces dispositions ne va toujours pas de soi.

En outre, les membres du groupe ont soulevé les difficultés liées à la mise en œuvre de la circulaire de 2006⁹ donnant aux parents d'enfants scolarisés la possibilité de bénéficier d'une régularisation. 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. Puis, dans la mesure où ils s'étaient fait connaître des services de préfecture, certains d'entre eux, soutenus par des associations, se sont « engouffrés » dans la possibilité qu'offrait le droit d'asile politique relatif au 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'Office français de protection des réfugiés et apatrides (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.

Il est précisé que si l'asile politique conventionnel donne droit à un titre de séjour valable 10 ans renouvelable, la protection subsidiaire quant à elle donne droit en théorie à une protection de l'Etat français durant 5 ans, avec un examen, en principe chaque année, des craintes actuelles éprouvées. Elle reste donc provisoire et aléatoire.

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

Dans ce contexte, la Fédération nationale Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines et des mariages forcés (GAMS) a entamé des travaux de réflexion avec la Commission nationale du droit d'asile (CNDA). Finalement, une nouvelle jurisprudence a été adoptée en mars 2009 permettant à l'ensemble de la famille de bénéficier de la protection subsidiaire.

⁹ Circulaire n° NOR INTK0600058C du 13 juin 2006 du ministre de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire relative aux mesures à prendre à l'endroit de ressortissants étrangers dont le séjour en France est irrégulier et dont au moins un enfant est scolarisé depuis septembre 2005

2.2) Les résolutions européennes et internationales

Il a été rapporté dans le cadre de ce groupe de travail que le recul de la pratique des mutilations sexuelles féminines sur le sol européen est dépendant du degré de mobilisation des États **et de l'engagement de la société civile.**

De fait, au niveau international, 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. Il faudra encore attendre 2003 pour que l'ensemble des pays membres de l'Union africaine signent un protocole condamnant officiellement les mutilations sexuelles et les interdisent (dit Protocole de Maputo ; entré en vigueur le 26 septembre 2005.).

Par ailleurs, comme il l'a été relevé dans des développements précédents, des lois existent dans la plupart des pays africains mais sont encore inégalement appliquées.

En effet, 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 entraînant 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 et qui traversent trois pays **le Sénégal, le Mali et la Mauritanie.** Si l'on prend l'exemple du Mali, il n'existe pas de loi contre l'excision. La Fédération des associations de femmes milite pour une loi avec pour objectif l'abolition des mutilations sexuelles mais les résistances demeurent fortes.

Enfin, le groupe souligne que l'existence d'un cadre légal coercitif est important du fait de son caractère dissuasif mais également parce qu'il constitue pour les familles concernées un socle sur lequel elles peuvent s'appuyer.

Si l'on évoque l'audition de Mme Khady Koïta, elle y fait état d'un argument fort contre l'excision en direction de la famille restée dans le pays d'origine. Il repose sur la peur de la sanction et ses conséquences, à savoir : « *si vous mutilez 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. Elle évoque à cet égard les grandes cérémonies de masse de « dépôt de couteau » marquant l'abandon de la pratique de la part des exciseuses. Elle insiste sur le fait qu'un important travail de suivi reste à faire afin que ces exciseuses ne recommencent pas leurs pratiques (notamment sur les bébés, ce qui passe plus facilement inaperçu du fait d'une absence de contrôle par **les professionnel-le-s de santé**).

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 a un effet capital. Beaucoup de femmes aujourd'hui disent « *moi je ne le fais pas parce que c'est interdit* ». Mais elle ajoute que si la loi est très importante, elle doit toujours être accompagnée d'un travail de prévention.

Par ailleurs, Mme Khady Koïta aborde la problématique de la réinsertion des exciseuses abandonnant la pratique et qui doivent trouver une autre activité génératrice de revenus. Certains programmes ont été menés en vue de reconverter ces anciennes exciseuses.

De manière générale, 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 punie par la loi.

Si des actions sont déjà menées pour lutter contre ces pratiques, il est déploré un manque de données suffisantes, au niveau national, pour concevoir des stratégies d'action publique concertées en la matière. Toutefois, Le projet Excision et Handicap (ExH) apporte un certain nombre d'éclairages et d'éléments permettant une meilleure connaissance de ce phénomène.

III. 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, présenté en détail lors d'une séance de travail du groupe, est à la fois une enquête quantitative et qualitative¹⁰ destinée à dresser un état des lieux de la situation des mutilations sexuelles en France. Mené par **Armelle Andro, Marie Lesclingand, Emmanuelle Cambois et Christelle Cirbeau, de l'INED et de l'Université Paris I et soutenu par l'ANR, la DGS, l'Ined et l'ACSE (pour son volet qualitatif), ce projet a été finalisé mi -2009.**

Son originalité 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. 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 résidant dans 5 régions.

¹⁰ « **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

« **Excision et cheminement vers la réparation : une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales** », Andro A., Lesclingand M., Pourette D., *Sociétés contemporaines*, n° 78, 2010.

« **Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice** », *Rapport final, Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH)*, Armelle Andro, Marie Lesclingand, Emmanuelle Cambois, Christelle Cirbeau, mars 2009

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 sur le territoire national mais cette pratique a tendance à diminuer sous l'effet des campagnes d'information, de la répression et de la pénalisation de la pratique.

En outre, il ressort de cette enquête qu'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, concernant 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 celle des femmes 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 de 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 personnes non excisées).

De même, on retrouve des différences significatives quant au vécu de la vie sexuelle : les femmes excisées présentent des gênes plus importantes ce domaine 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 connaître 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 inégaux.

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 relèvent 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.

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

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 **plaisir 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.

Toutes les femmes interrogées souhaitent protéger leurs filles du risque d'excision. D'après les femmes enquêtées, le risque existe exclusivement lors des retours en Afrique. Aucune ne formule de craintes sur le fait que leurs filles puissent être excisées en France. Le risque d'excision pour les filles résidant en France aujourd'hui est donc très clairement lié au retour dans le pays d'origine, pour les vacances notamment. Selon leur parcours, les mères se sentent plus ou moins vulnérables aux pressions familiales. Cette vulnérabilité est forte pour celles qui ont été socialisées en Afrique, indépendamment de leur ancienneté de résidence en France car elles sont encore considérées, par leur communauté d'origine, comme des femmes africaines. S'agissant des femmes qui sont « ballotées » entre les deux univers de référence et qui ne vivent pas très bien leur double appartenance, il persiste un risque latent pour leurs filles. En revanche, le risque est quasiment nul pour les femmes socialisées en France. Le positionnement parfois ambivalent des hommes sur le rôle de l'excision dans le contrôle de la sexualité de leurs filles ou futures filles vient renforcer le risque.

Enfin, cette étude relève que les femmes excisées vivent une sexualité rarement épanouie et qu'elle apparaît comme 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. »¹¹

1.2) La chirurgie réparatrice : les contours de la demande

La mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice remboursée par l'assurance maladie depuis 2004 constitue une avancée médicale significative. Elle permet notamment d'envisager les conséquences des mutilations sexuelles féminines sous l'angle de la 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.

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 ».

¹¹ « **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.

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 il a déjà été 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 plus, 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. En outre, le recours à la chirurgie réparatrice peut entraîner des difficultés d'ordre psychologique ou encore sexuel. A cet effet, ont été mises en place des équipes pluridisciplinaires (chirurgien, gynécologue, psychologue, sexologue...) suivant un protocole pour une meilleure prise en charge globale de la personne, appréhendant le processus de réparation et ses conséquences. A ce jour,, la France compte une dizaine d'unités réellement pluridisciplinaires mais leur nombre s'étend sur le territoire.

En définitive, peu de femmes ont recours à la chirurgie réparatrice qui d'une part, ne s'adresse qu'aux femmes adultes¹² et d'autre part, ne constitue pas forcément une solution préétablie pour toute femme excisée.

- Une illustration : l'unité de soins des mutilations sexuelles féminines du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, Montreuil

Le groupe a auditionné le Dr Antonetti NDiaye responsable de **l'unité de soins des mutilations sexuelles féminines à Montreuil** et son équipe. Cette unité s'adresse à toutes les femmes excisées quelle que 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 que la prise en charge soit effective, trois consultations sont systématiquement organisées avec une chirurgienne, une psychologue et une sexologue afin de permettre l'élaboration de la demande.

La prise en compte de la dimension psychologique est ici très importante dans la mesure où le processus de reconstruction induit des risques de remontées de souvenirs, de resurgissement de la 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 en effet des difficultés dans leur vie sexuelle dans une proportion supérieure

¹² 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.

aux femmes n'ayant subi aucune mutilation et placent dans leur démarche beaucoup d'espoir d'amélioration.

Il est souligné que l'équipe 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 « normalisateurs » et présentent 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 que 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, le repérage, et la prise en charge des 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 d'information, de communication et de prévention.

a) Des campagnes répétées d'information et de lutte contre l'excision primordiales

La première campagne **institutionnelle** 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 Ministères. 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.

La plus récente est celle initiée à nouveau par la Délégation Régionale aux Droits des Femmes d'Ile-de-France qui réunit au niveau régional l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales franciliennes, et les actrices de la société civile (CAMS, GAMS, MFPF, TOSTAN, etc.). Elle s'intitule « Agir face aux mutilations sexuelles féminines » et prend la forme de plaquettes et d'affiches. **Ce groupe de travail a également organisé, en 2010, la première journée régionale pour célébrer le 6 février « Journée Internationale Tolérance 0 aux Mutilations Sexuelles Féminines ». Une seconde journée est déjà prévue en 2011. Il poursuit son travail de création d'outils de prévention, en particulier à destination des adolescent-e-s.**

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

De fait, **parallèlement** à ces campagnes d'information, des colloques ont été organisés, mettant l'accent sur la sensibilisation et l'implication des professionnels de santé, en particulier à

l'académie nationale de médecine¹³.

Ainsi, 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, ainsi que le GAMS et Gynécologie sans frontières. L'objectif était 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.

De plus, il est signalé que la Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté (DAIC) a initié un groupe de travail sur le thème des mutilations sexuelles féminines. Ce groupe réunit, autour de la DAIC et de l'OFII, des associations partenaires ayant une bonne connaissance du sujet des MSF et / ou des populations concernées. Il s'agit d'établir une stratégie commune d'intervention auprès des populations concernées en France, s'appuyant sur une meilleure coordination des actions menées en France et dans les pays d'origine, afin de faire évoluer les représentations de ces familles.

Un groupe de travail doit également être installé pour réfléchir à l'adaptation du contenu de la formation civique dispensée dans le cadre du Contrat d'Accueil et d'Intégration. En effet cette formation ne sera désormais plus dispensée de manière uniforme à l'ensemble des primo-arrivants, mais tiendra compte de l'origine géographique du public. Cette prise en compte devra permettre d'insister sur les valeurs et principes républicains qui peuvent ne pas être reconnus dans certains pays. Cela permettra également d'insister, selon le public formé, sur l'interdiction de pratiques telles que les mariages forcés et les mutilations sexuelles.

b) L'action internationale

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 mis en œuvre 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 bilatéral 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.

c) Développement de partenariats locaux

Des avancées importantes ont eu lieu ces dernières années avec un réel travail interinstitutionnel

¹³ en 2001, 2004 et 2008.

dans les régions : préparation du plan violence et santé¹⁴ en 2005, 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 le plan violences et santé, en application de la loi relative à la politique de santé publique de 2004, **n'ait pas été mis en œuvre.**

De même, nombre de projets de sensibilisation et de prévention, fruit d'un réel travail sur le terrain, sont abandonnés faute de financements pérennes. Ce groupe demeure convaincu que seuls des projets sur le long terme, bénéficiant d'un soutien 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

a) Les professionnels de santé

Suite au colloque national organisé en 2006 à l'institut Pasteur, et aux 9 colloques régionaux qui ont suivi, les médecins étaient très focalisés sur la question de la réparation clitoridienne. Il y avait nécessité de 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 l'un des objectifs du guide « *le praticien face aux mutilations sexuelles féminines* », **coordonné** conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et l'association Gynécologie sans frontière, **et rédigé par 24 expert-e-s. Il est disponible, sous forme de synthèse**, 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.

Cet outil 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 guide mentionne également le dispositif juridique. 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 mentionne quant à lui 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)...

En outre, la loi n°2007-293 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, offre une opportunité d'intégrer la problématique des mutilations sexuelles.

¹⁴ Cf « plan violence et santé », rapport général, A.Tursz, mai 2005 sur [ww.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Par ailleurs, cette loi 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.

Enfin, 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 autres professionnels, notamment ceux œuvrant dans les champs social et de l'éducation. 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.

b) Les professionnels œuvrant dans les champs social et du judiciaire, les élus locaux et le travail en réseau interinstitutionnel et pluridisciplinaire

Le groupe relève une méconnaissance des mutilations sexuelles féminines de la part de certains professionnels. Il note en outre que certains acteurs de terrain, y compris des élus locaux, sont soucieux, lorsqu'on évoque les mutilations sexuelles **féminines** et les 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 ces situations sans pour autant mieux les accompagner 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 est également nécessaire de développer les entretiens individuels comme collectifs et de 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 le cadre d'entretiens individuels, encourager l'expression d'une parole libre de la part de ces femmes.** Le financement de modules de formation spécifiques 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 de ces pays 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 s'interroger sur les messages à construire en direction des professionnels et des femmes.

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 judiciaires n'ont pas toujours la possibilité matérielle de gérer les réponses à apporter (cf. compétences du procureur de la république et du juge pour enfants concernant les mineures).

Il est clair que seule une formation pluridisciplinaire et interinstitutionnelle permet d'échanger sur les pratiques professionnelles en travaillant notamment les représentations liées au **relativisme culturel**.

Ainsi, un réel travail a été mené sur la question des mariages forcés avec la **constitution de réseaux**, la signature de protocoles partenariaux, la mise en place d'actions de formation et de sensibilisation.

C'est, par exemple, le cas du département de Seine St Denis qui a signé un protocole interinstitutionnel pour faciliter un travail en commun entre les services du droit des femmes, du Conseil général, en particulier de l'Aide sociale à l'enfance, le parquet, la sécurité publique, l'inspection académique et les associations. Il s'agit de favoriser les **circuits d'information** entre les différents partenaires institutionnels et associatifs pour une meilleure prévention et une 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. 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 été suivies de formations à destination des équipes éducatives. Elles ont permis « *d'ouvrir les oreilles et de savoir quoi faire des confidences* ».

Il serait souhaitable d'étendre ce travail à la prévention des mutilations sexuelles **féminines** pour lesquelles les formations sont rares.

De même, pourrait-on envisager la signature de protocoles afin d'améliorer le travail en réseau.

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

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

c) Les professionnels de l'éducation nationale

Lors de son audition, Isabelle Gillette-Faye indiquait que le pourcentage de femmes ayant subi des mutilations sexuelles diminuait **drastiquement** quand elles avaient bénéficié d'une scolarité dès l'école primaire **dans les pays d'origine, pour lesquels nous disposons de données statistiques fiables**¹⁵. 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.

¹⁵ Armelle Andro et Marie Lesclingand, *Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France*, *Population et sociétés*, n°438, octobre 2007 (**Etudes Démographiques et de Santé**).

Le 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.

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 se confie(...)** 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. »¹⁶ 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. »

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.

¹⁶ « Comportements sexistes et violences sexuelles : Prévenir, Repérer, Agir », Guide ressources pour les équipes éducatives des collèges et des lycées, DGESCO-DGCS, mis en ligne avant la fin 2010.

Les préconisations du groupe

L'excision et l'infibulation sont des mutilations sexuelles féminines malheureusement encore pratiquées par de nombreux pays, en particulier dans certaines ethnies africaines. Pratiques archaïques révélatrices de la méfiance à l'égard des femmes supposées représenter la tentation, l'excision et l'infibulation sont d'une rare violence. Peu importe les souffrances physiques et psychologiques qu'elles génèrent du moment que la virginité des jeunes filles est assurée. Ces actes peuvent être pratiqués sur des jeunes femmes, des jeunes filles ou même des fillettes ou des nourrissons. Ils provoquent des douleurs atroces et entraînent des nombreuses séquelles gynécologiques, obstétricales, urologiques ou psychologiques. Lors de l'excision ou de l'infibulation pratiquée dans des conditions d'hygiène souvent inadaptées, les infections vulvaires, urinaires et gynécologiques peuvent évoluer en septicémies, entraîner une stérilité ou provoquer la mort.

Les rapports sexuels sont très douloureux. En outre, les femmes excisées ont des accouchements plus difficiles : celles infibulées risquent leur vie et celle de leur enfant lors de leur accouchement. Ces graves atteintes à l'intégrité physique et morale de la femme ont bien évidemment d'énormes répercussions psychologiques : anxiété, angoisse ou dépression, pouvant parfois mener au suicide.

Les violences dont sont victimes les femmes issues de l'immigration n'appellent pas une réponse spécifique ; ce sont des violences faites aux femmes qui doivent être traitées comme telles, indépendamment de l'origine des victimes. Elles ne doivent pas être l'objet d'une quelconque tolérance culturaliste. Il est nécessaire de rendre visible et lisible la parole des femmes à propos des MSF. Il s'agit là d'une violence de genre visant la suppression du droit au plaisir chez les femmes. Cette violence, souvent invisible, peut aussi engendrer un handicap social qui les enferme dans une inégalité de droit et de genre.

Les questions concernant leur identité, leur vie sexuelle, les violences subies et la prise en compte de la sexualité de leurs filles et fils sont des enjeux politiques qui demandent la mise en œuvre d'actions spécifiques collectives ou individuelles.

Les auditions ont relevé l'importance de la formation des travailleurs sociaux et des personnels de santé. Il y a lieu également de sensibiliser les autres acteurs de terrains aux problèmes spécifiques de l'excision. Le travail de prévention constitue une priorité. L'amélioration de la formation des professionnels sur les droits des femmes issues de l'immigration est en outre un objectif essentiel. Les droits de ces femmes ne sont pas toujours connus, non seulement des travailleurs sociaux, mais encore parfois des juristes, des personnes chargées de l'accueil et de l'écoute des femmes issues des immigrations. Il s'agit également de veiller à l'application de la loi à toutes et tous par une amélioration de la formation des magistrats en matière de mutilations sexuelles féminines.

Le rôle des médecins et celui de l'ensemble des professionnels de santé dans la prévention et le signalement des mutilations sexuelles féminines doit être renforcé, tout comme celui des personnels de l'Education nationale.

Les magistrats, les policiers et les gendarmes devraient être aussi sensibilisés à ces problèmes ainsi que les élus locaux.

L'ensemble du groupe décide d'inclure dans les préconisations la création et l'intégration systématique d'un module sur les MSF dans les programmes de formation dispensés aux professionnels concernés (Instituts régionaux du travail social, école nationale de la magistrature, etc.).

Il convient également de renouveler les campagnes de prévention et de sensibilisation auprès des établissements scolaires. Il est nécessaire d'intégrer dans les séances d'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention des violences sexuelles, une sensibilisation aux MSF.

Une recommandation supplémentaire a également été introduite, visant à améliorer la connaissance du nombre des femmes excisées dans le cadre, par exemple, d'un suivi gynécologique, dans les maternités et dans le cadre du suivi pédiatrique.

Le droit à la sexualité épanouie est une des dimensions importantes d'un argumentaire de prévention.

Il faut également garder à l'esprit que lorsqu'elles arrivent en France, les femmes immigrées ignorent souvent que la France n'admet pas certaines pratiques, telles que la polygamie, les mariages forcés, ou les mutilations sexuelles : ces femmes ne savent parfois pas non plus que la France reconnaît l'égalité des hommes et des femmes, et n'ont qu'une connaissance imprécise de notre système juridique, culturel et social. Nous l'avons vu, des améliorations vont être apportées.

Mais la question de la diffusion de l'information à destination des femmes déjà présentes sur le sol français est très complexe. D'une part, nombreuses sont les femmes qui vivent en France depuis des décennies sans maîtriser la langue française. La barrière de la langue constitue en effet pour ces femmes un obstacle infranchissable dans l'accès à leurs droits. D'autre part, même les femmes parlant la langue française ne sont pas en mesure d'accéder à leurs droits du fait de la multiplicité des acteurs concernés : mairies, préfectures, PMI, associations, etc.- Accompagnées par des adultes-relais de leur communauté, les familles primo-arrivantes doivent être sensibilisées, suivies et soutenues dans l'abandon de la pratique de l'excision.

De fait, il n'est pas aisé de diffuser de l'information auprès du public spécifique que ces femmes constituent. La meilleure façon de s'assurer d'une bonne diffusion des messages à leur attention est donc que celle-ci soit la plus large possible. Pour les femmes ayant des enfants, les centres de PMI constituent un bon lieu de diffusion de l'information. La distribution des différentes brochures dans les mairies, préfectures, centres d'information, centres d'information et de planification familiale ou encore associations, sont également un vecteur de diffusion essentiel. Toutes les actions de communications doivent être encouragées.

Une recommandation supplémentaire a enfin été introduite, visant à améliorer les statistiques relatives à l'excision, dans le cadre par exemple d'un suivi gynécologique où dans les maternités. Il convient également d'affiner et généraliser les statistiques des MSF et de leurs conséquences médicales (au sens large), psychologique, affective, sexuelle, sociale . Ces données pourraient être recueillies auprès des centres de planification et d'éducation familiale(CPEF), des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (EICCF des commissions naissance, des maternités, des PMI, de l'éducation nationale, la justice, associations, « droits des femmes » et leurs délégations).

Principales recommandations du groupe 1 du CSIS

1	Faciliter les échanges et renforcer les partenariats dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines qui doit être conjointe dans les pays du Nord et du Sud, en échangeant sur les bonnes pratiques.
2	Mettre en place un travail en réseau à l'échelle nationale, intégrant l'ensemble des services de l'Etat, les collectivités territoriales et les acteurs de la société civile. Impliquer les populations concernées dans la stratégie globale d'élaboration d'outils et de message de prévention.
3	Elaborer un guide ressources conjoint pour tous les professionnels concernés.
4	Améliorer le recueil statistique en France relatives à l'excision, pour pouvoir évaluer l'impact des campagnes de prévention et la formation des professionnels (formation initiale et continue).
5	Développer un travail de réflexion et d'analyses sur les populations à risque et sur leurs évolutions.
6	Dresser un état des lieux de la situation et des dispositions prises dans les principaux pays européens.
7	Former les professionnels des secteurs sociaux, associatifs, médicaux, judiciaire, de l'éducation nationale dans le cadre de formations initiale et continue.
8	Former ces professionnels sur le contexte social, familial des femmes et des familles concernées et sur les enjeux autour de la sexualité, de la vie affective et des dynamiques familiales entre pays d'accueil et pays d'origine (données épidémiologiques et juridiques.)
9	Mieux informer en milieu scolaire. Intégrer, dans les séances d'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention des violences sexuelles, une sensibilisation aux MSF.
10	Développer des formes et des moyens d'accompagnement auprès des femmes, des adolescents et adolescentes. : groupes de paroles, formations adultes-relais. Préparer les parents dans le passage à l'âge adulte de leurs enfants, notamment les filles en individuels et/ou en groupe. Eduquer et informer les femmes sur leurs droits et encourager le dialogue. Dans les dispositifs de prévention, réussir à impliquer davantage les hommes.
11	Sensibiliser les élu-e-s des collectivités territoriales (régions, départements, mairies) en lien avec les travailleurs sociaux.
12	Lancer une nouvelle campagne <u>nationale</u> d'information et de prévention sur les MSF.
13	Renouveler des messages actualisés à un public féminin et masculin en constant renouvellement.
14	Faire élaborer, par le ministère de la santé, des plaquettes d'information simples, claires en direction des professionnels de la santé, infirmières scolaires, centres de planification et d'éducation familiale, centres de PMI, pour une large diffusion auprès des femmes.
15	Se doter des moyens nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des actions préconisées.

ANNEXE 1

Personnes auditionnées par ce groupe de travail

ANDRO Armelle chercheuse associée à l'INED, Université Paris 1, projet Excision et Handicap (ExH) ; auditionnée le 23 juin 2009.

ANTONETTI NDIAYE Emmanuelle, chirurgien gynécologue obstétricien ; FALL Sokhna psychologue, ethnologue ; THEODORE Valérie, sage femme, sexologue, unité de soins des mutilations sexuelles féminines du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, Montreuil ; auditionnées le 19 octobre 2009

GILLETTE-FAYE Isabelle, Sociologue, Directrice Générale de la Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines, des Mariages Forcés et autres Pratiques Traditionnelles Néfastes), auditionnée le 11 septembre 2009

KOÏTA Khady, ancienne Présidente du Réseau Européen de lutte contre les mutilations sexuelles féminines (Euronet-MGF), Présidente de la Palabre, auteure de Khady, Mutilée ; auditionnée le 14 décembre 2009

ANNEXE 2
Membres du groupe de travail

Mme	Armelle	ANDRO	INED, Université Paris 1
Mme	Florence	BARUCH	Association nationale des centres d'interruption de grossesses et de contraception – ANCIC
Mme	Odile	BARNAUD	Caisse nationale du régime social des indépendants – RSI
Mme	Ratiba	BENDJOURI	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances - ACSE
Mme	Soraya	BERICHI	Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative – ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative
Mme	Laura	BERTAIL	Association familiale catholique – AFC
Mme	Marie-José	BERNARDOT	Bureau de l'intégration territoriale – Direction de l'Accueil, de l'Intégration et de la Citoyenneté – DAIC – Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration
Mme	Martine	CARN	Bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité – Direction générale de l'enseignement scolaire – Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative
Mme	Martine	CHOSSON	Association nationale des centres d'interruption de grossesses et de contraception – ANCIC
Mme	Michèle	DEROCHE	Fédération des Conseils de Parents d'Elèves des Ecoles Publiques - FCPE
Mme	Elisabeth	DEVRIES	Association française des centres de consultation conjugale – AFCCC

Mme	Danielle	FORGEOT	Bureau des partenaires institutionnels et des territoires (K3) - Direction de la protection judiciaire de la jeunesse – Ministère de la justice
Mme	Hélène	FREUNDLICH	Sida Info Service
Mme	Isabelle	GILLETTE-FAYE	Fédération nationale GAMS – groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines, des Mariages Forcés et autres Pratiques Traditionnelles Néfastes
Mme	Slhem	HABCHI	Association Ni putes ni soumises
Mme	Emilie	HEYRAUD	Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie personnelle et sociale – Service des Droits des Femmes – Direction Générale de la Cohésion Sociale - Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale
Mme	Françoise	LAURANT	Planning familial
Mme	Sophie	LE BRIS	Bureau des partenaires institutionnels et des territoires (K3) - Direction de la protection judiciaire de la jeunesse – Ministère de la justice
Dr	Jean-Claude	MAGNIER	Association des centres de régulation des naissances de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris – ACRN-AP
Mme	Béatrice	MARET	Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux – ANCCEF
Mme	Isabelle	MAUPIER	Bureau de l'intégration territoriale – Direction de l'Accueil, de l'Intégration et de la Citoyenneté – DAIC – Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration
Mme	Nadia	MOUZAIA	Planning familial
Mme	Françoise	NERISSON	Fédération nationale des écoles de parents et des éducateurs – FNEPE
Mme	Isabel	ODOUL ASOREY	Force ouvrière

Mme	Maryse	PASCAU	Association française des centres de consultation conjugale – AFCCC
Mme	Christine	PASSAGNE	Centre national d’information sur les droits des femmes et des familles – CNIDFF
Mme	Isabelle	PATTIO	Union national des syndicats autonome Education – UNSA Education
Mme	Françoise	PAYEN	Association française des centres de consultation conjugale – AFCCC
Mme	Emmanuelle	PIET	Collectif féministe contre le viol – CFCV
Mme	Emilie	RODRIGUEZ-DAMIAN	Bureau de l’égalité entre les femmes et les hommes dans la vie personnelle et sociale – Service des Droits des Femmes – Direction Générale de la Cohésion Sociale – Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale
Mr	Bernard	SALENGRO	Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS
Mme	Jeannine	STOESEL	Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux – ANCCF
Mme	Maya	SURDUTS	Coordination des associations pour le droit à l’avortement et la contraception – CADAC
Dr	Catherine	TISSERAND	Association nationale des directeurs d’action sociale et de santé des conseils généraux - ANDASS
Mme	Anita	TOSTIVINT	Centre national d’information sur les droits des femmes et des familles – CNIDFF
M.	Fabien	TRUCK	Conseil national de la jeunesse
M.	Antonio	UGIDOS	Centre régional de ressources et d’information sur le VIH/Sida, les hépatites, l’éducation à la vie affective et sexuelle, les drogues, les dépendances et les conduites à risque chez les jeunes - CRIPS

Dr	Corinne	VAILLANT	Union national des syndicats autonome Education et Coordination du Groupe nationale d'information et éducation sexuelle (GNIES)
M.	Philippe	VAUR	Fédération nationale familles de France

***Que soient ici plus particulièrement remerciées pour leur contribution au rapport :
Mmes Andro, Baruch, Carn, Gillette-Faye, Heyraud, Laurant, Mouzaia, Nérison,
Passagne et Rodriguez-Damian.***