

Quoi ? de 9



le planning
familial 59

Hiver 2009

Editorial

La CEDAW a 30 ans !

Questions d'Actualité

Dossier "Mutilations
Sexuelles Féminines" :

-L'excision, c'est quoi ?

-Entretien avec

Eliane Aïssi-Yehouessi

-Interview de

Julie Quiquempois

(CRMSF)

*-le rapport "Excision et
Handicap"*

-Sources

-Contacts contre

l'Excision

Le petit mot de la Présidente...

Ce numéro de fin d'année appelle les bilans. Nationalement, cette année n'aura pas apporté d'amélioration notable, au contraire, dans l'accès des femmes à leurs droits fondamentaux

La manifestation qui nous a rassemblé-e-s à Paris le 17 Octobre a rappelé le droit à la dignité, à l'égalité, à la solidarité, à l'autonomie, à la liberté et l'attachement à la laïcité pour toutes. Le combat du Planning familial pour la conquête du droit des femmes à disposer de leur corps s'est étendu à la lutte contre toutes les formes de violence. Le nouveau Planning associé localement au réseau d'associations de défense des droits des femmes, a dans ce numéro voulu donner un éclairage particulier sur les mutilations sexuelles féminines. La solidarité dans la lutte pour les droits des femmes passe par l'accueil des femmes migrantes et des femmes victimes de ces mutilations.

L'année 2010 sera celle de « Pékin plus 15 » et de la 3ème Marche Mondiale des Femmes contre les violences et la pauvreté. Nous aurons l'occasion de vous en reparler. Par ailleurs, la lutte contre les violences faites aux femmes a été déclarée grande cause nationale pour 2010.

De toute façon cette année ne sera meilleure que si nous accentuons nos luttes pour une société égalitaire. Mobilisons nous toutes et tous pour être actrices et acteurs de changement.

*Meilleurs vœux à tous : que 2010 nous apporte
santé, épanouissement et énergie pour nos
combats divers.*

Anita Fontaine

Editorial

Selon Amnesty International, à chaque minute, une femme meurt dans le monde, de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Des soins de santé de bonne qualité, dispensés à temps auraient permis d'éviter la plupart des décès.

Selon le fond des Nations Unis, 95 % d'entre elles, sont pauvres et originaires de pays en voie de développement. Les atteintes aux droits des femmes et notamment la violence à laquelle elles sont exposées, les discriminations dont elles font l'objet et les difficultés qu'elles rencontrent s'agissant de l'espace-ment de leurs grossesses sont autant d'atteintes aux droits humains.

19 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans de mauvaises conditions et entraînent la mort de près de 70 000 femmes.

Nous nous sentons bien riches et protégées par nos droits ici en Europe à la lecture de ces chiffres et pourtant nous savons la fragilité de nos acquis. L'accès de toutes et tous à la santé se dégrade : les remboursements des médicaments diminuent, les forfaits hospitaliers augmentent, la restructuration de l'hôpital public tend à faire disparaître ce qui n'est pas rentable, l'offre de soins n'est plus la même sur tout le territoire. Des CIVG ferment, des femmes ne peuvent avoir de réponse rapide à leur demande d'avortement.

Les violences envers les femmes sont plus visibles et plus dénoncées : néanmoins une femme meurt tous les 2 jours et demi sous les coups de son compagnon ou de son ex-partenaire.

Le Planning de Lille est présent avec les autres associations sur ce terrain. Mais surtout, il veut affirmer que cette violence n'est pas une fatalité. Depuis plusieurs années nous agissons pour que l'éducation, la parole, et la réflexion partagées entre jeunes femmes et jeunes hommes améliorent cet état de fait. Dans nos accueils, force est de constater la précarité accrue des jeunes femmes : peu de perspectives professionnelles, pour certaines peu d'ambition, peu d'espoir d'une condition meilleure que celle de leur famille, et en réponse à ce malaise, le choix tôt, trop tôt peut être, d'une grossesse qui leur donnera un statut et une reconnaissance... Trop d'adolescentes nous ont dit cette année leur désir de grossesse alors qu'elles ont 15, 16 ou 17 ans.

Qu'est ce que notre société est capable de proposer à ces jeunes filles pour rêver et se réaliser, s'il n'y a que leur capacité à faire naître qui leur offre une perspective de se dépasser...

L'association Nouveau Planning de Lille a étendu ses champs d'intervention. Elle fait partie d'un réseau autour des droits des femmes. *Nous continuons à accueillir et écouter les femmes sur le terrain de la sexualité et de leurs désirs ou non désir de grossesse. C'est en les écoutant que nous avons étendu nos champs d'intervention, nos partenariats, notre travail d'éducation (auprès des jeunes, sur le terrain des violences et de leur prévention, auprès des personnes handicapées...)*

Ces activités à la fois « traditionnelles » et nouvelles croissent. Cela nous demande à la fois une disponibilité des militantes plus étendue, un recrutement de nouveaux adhérents jeunes qui interpelle les « ancien-nes », des embauches de temps très partiels, pour répondre aux demandes ponctuelles. Nous continuons à croître... mais il nous faut arriver à tenir tous les « bouts » ! Nous restons cependant fidèles à notre identité: la pratique et l'écoute des femmes et des hommes et la volonté de changer la société sur le terrain.

Anita Fontaine, présidente

La “CEDAW” a 30 ans !

La CEDAW, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, a été adoptée le 18 décembre 1979 par l'Assemblée générale des Nations Unies.

C'est un traité international contraignant qui régit la non-discrimination à l'égard des femmes sur la base du principe de l'égalité en droit des femmes et des hommes.

Elle est entrée en vigueur en tant que traité international le 3 septembre 1981 après avoir été ratifiée par 20 pays. Aujourd'hui, 187 pays l'ont ratifiée.

La Convention occupe une place importante parmi les traités internationaux relatifs aux droits de la personne humaine car elle rappelle les droits inaliénables des femmes, moitié de la population mondiale. L'esprit de la Convention s'inspire des principes fondamentaux des Nations Unies qui ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine et dans l'égalité de droits des hommes et des femmes énoncés dans le préambule de la Charte des Nations unies et la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ; La mise en œuvre de la Convention est contrôlée par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Son mandat et la manière de suivre l'application de la Convention sont définis dans les articles 17 à 30. Le Comité se compose de 23 experts proposés par leur gouvernement et élus par les Etats parties sur des critères « d'une haute autorité morale et éminemment compétents dans le domaine auquel s'applique la Convention ».

Le traité doit être mis en application et la défense des droits des femmes devenir enfin une priorité. Faire avancer l'égalité femmes / hommes dans notre société est le seul moyen de pouvoir construire une société juste et qui progresse.

Malgré ce traité, signé par de nombreux pays, l'égalité entre les femmes et les hommes, n'est pas encore une réalité. Ni en France, ni dans le reste du monde. Ce traité est un point d'appui essentiel pour de nombreuses femmes dans le monde pour faire respecter leurs droits. Son 30ème anniversaire devra être l'occasion de le faire connaître plus largement. Dans notre pays également, il y a besoin qu'il soit connu et reconnu. La France a en effet été épinglée en 2008 par le comité de la CEDAW pour les insuffisances de sa politique en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Quelques extraits des dernières recommandations du comité pour la France dans de nombreux domaines :

- Le Comité recommande à l'État partie de lancer des campagnes d'information pour inciter les femmes victimes de discrimination sexuelle à porter plainte et de veiller à ce que la Haute Autorité compte un nombre égal de membres des deux sexes et ait suffisamment de ressources financières et humaines pour s'acquitter de son mandat.
- Le Comité constate avec préoccupation que les immigrées vivant en France continuent d'être défavorisées sur de nombreux plans, notamment pour ce qui est de l'accès à l'éducation, à l'emploi et aux soins médicaux et de la violence sexiste.
- Le Comité exhorte l'État partie à renforcer les mesures visant à promouvoir la participation des femmes, sur un pied d'égalité avec les hommes, à tous les aspects de la vie publique et politique et dans les organes de décision.
- Il recommande à l'État partie de prendre des mesures concrètes et volontaristes pour supprimer la ségrégation, tant horizontale que verticale, en matière d'emploi et de combler les écarts de salaire entre hommes et femmes.
- Le Comité demande instamment à l'État partie de prendre des mesures exhaustives pour éliminer toutes les formes de violence contre les femmes, y compris la violence familiale.

A Lille, à l'occasion des 30 ans de la CEDAW, la LDH (ligue des droits de l'homme) organisait en partenariat avec la Maison des Femmes*, une conférence dont l'invitée était Françoise Gaspard, ainsi qu'une exposition sur la CEDAW. Elle a eu lieu le 17 décembre à 18 h à la Maison des associations.

***Sont membres de la Maison des Femmes :
l'Alliance des femmes pour la démocratie,
Du côté des femmes,
Mères pour la Paix,
la RIFEN (Rencontre Internationale des
Femmes Noires) et
le Nouveau Planning familial.**

A propos d'« EllaOne », la super pilule d'urgence : un progrès qui doit être accessible à tous

EllaOne est une nouvelle contraception d'urgence commercialisée par le laboratoire HRA Pharma, celui qui vend le Norlevo. Elle porte en elle des promesses de progrès : 5 jours de délais de prise au lieu des 3 jours du Norlévo, une efficacité plus stable sur ces 5 jours contre une efficacité rapidement décroissante pour l'actuelle. Selon ce laboratoire, les effets sur le cycle menstruel de cette nouvelle contraception d'urgence seraient en outre moindres.

Mais elle est vendue uniquement sur prescription médicale, coûte aujourd'hui dans les 30 €, et n'est pas remboursée.

Réel progrès pour les femmes, elle sera considérée comme une véritable contraception d'urgence quand :

- elle pourra être délivrée sans ordonnance et dans les mêmes conditions que le Norlévo

aujourd'hui : pharmacie, infirmeries scolaires, centre de planification...

- elle pourra être remboursée, donc accessible financièrement au plus grand nombre, et gratuite pour les mineures.

Les échecs de contraception concernent tout le monde, femmes et hommes, de multiples raisons peuvent en être à l'origine. Les femmes n'ont pas à porter seules la responsabilité de la contraception et a fortiori de son échec...

Il est temps de sortir du « tout pilule » et d'améliorer l'information et la formation de toutes et tous, jeunes et moins jeunes, grand public comme personnels médicaux et de parler enfin clairement et simplement de contraception et de sexualité.

Assemblée générale du Nouveau Planning de la Métropole

Retenez la date du Vendredi 26 Mars 2010. Nous tiendrons l'Assemblée générale de l'association à l'ADSSEAD. Bien sûr vous recevrez en temps et heure l'invitation.

26/03/10

Le « Pass Contraception » en Poitou Charentes

Déferlement médiatique, opposition de Luc Chatel et de Christine Boutin pour le lancement du chéquier contraception annoncé par Ségolène Royal. Elle propose ainsi de « mettre à disposition des infirmiers scolaires... un chéquier donnant aux lycéennes l'accès gratuit à une consultation médicale en médecine de ville, la réalisation d'une prise de sang et d'analyses médicales éventuellement prescrites, ainsi que la délivrance de contraceptifs oraux par les pharmacies ». La loi qui garantit l'accès à la contraception gratuite et anonyme pour les mineures n'est pas appliquée de façon égale en France, notamment en milieu rural et péri-urbain, les colloques de Lille et Maubeuge l'ont clairement démontré. A cette occasion, le Planning familial a souligné les carences de l'état dans ce domaine, la nécessité de faciliter l'information et de développer l'éducation à la sexualité, et d'accélérer le remboursement de l'ensemble des moyens de contraception permettant le choix le mieux adapté au mode de vie de chacun.

Pour Le Planning Familial, l'enjeu majeur pour une meilleure appropriation de la contraception, notamment par les jeunes, est bel et bien lié à la reconnaissance d'une sexualité dissociée de la procréation parce que c'est « un droit, mon choix et notre liberté ». Ce combat là est loin d'être gagné !

Nouveau colloque « Choisir sa Contraception » à Calais

Dans le cadre de la campagne nationale « *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* », le Planning familial organise un nouveau colloque sur ce thème sur le littoral, en partenariat avec le réseau périnatalité Pauline, et avec de nombreux acteurs du territoire. Il aura lieu à la Maison pour Tous à Calais le 27 avril 2010. Pour en définir le contenu, un comité de pilotage comprenant le Conseil général du Nord, du Pas de Calais, la Mutualité Française, des professionnels de santé, de centres de planification et de CIVG de Dunkerque, Calais, Boulogne, Saint Omer, Grande Synthe, de l'éducation nationale... se réunit depuis septembre à l'hôpital de Calais.

Son objectif est de sensibiliser de manière la plus large possible les professionnels – relais locaux, au contact d'un public, femmes et hommes, jeunes ou moins jeunes, et d'offrir un espace de débat sur les enjeux, les stratégies et les actions relatives à la contraception. Ce sera aussi l'occasion d'échanger autour des questions de sexualité, et particulièrement d'éducation à la sexualité, de faire connaître les lieux ressources, de faciliter le travail en réseau.

N'hésitez pas à relayer largement cette information dans vos réseaux.

Bientôt un centre de Planification à Douai

Depuis plusieurs années, le Nouveau Planning de Lille est sollicité comme tête de réseau pour qu'un centre de planification s'ouvre à Douai. Cela va être chose faite dans le premier trimestre de 2010. Une équipe est mobilisée, Stéphanie Clemens, conseillère conjugale à Lille en a pris la présidence. Un local situé à proximité des gares et des lycées a été trouvé, il faut maintenant y réaliser des travaux d'aménagement assez lourds. Centres sociaux, établissements scolaires sollicitent déjà l'équipe. Bon courage à toutes et tous : il y a du travail en perspective.

Nous assurons la jeune association de tout notre soutien : médical, d'expérience, de formation et de présence amicale.

Les anti-ivg une fois de plus devant le Planning

Une fois de plus, *SOS Tout petits* étaient présents le 14 novembre à Lille devant le Planning comme dans plusieurs villes de France (Grenoble, Bordeaux, Poitiers, Nantes, Toulouse, Brets, Angoulême, Paris ...), à l'occasion de leur 23ème anniversaire. Trente-quatre ans après le vote de la loi Veil autorisant l'avortement, les opposants à l'interruption volontaire de grossesse ne désarment pas !

Même si notre région est plutôt privilégiée aujourd'hui, et si l'avènement de la maternité choisie sonne désormais comme un progrès et une évidence, la loi n'est pas correctement appliquée et les libertés que l'on croyait hier acquises sont de moins en moins reconnues. La situation de l'IVG en France, et particulièrement en région parisienne, le montre aujourd'hui. En Nord Pas de Calais, il vaut mieux habiter à Lille, ou à Roubaix plutôt qu'à Fourmies pour que les femmes y aient accès dans de bonnes conditions.

L'avortement est encore un tabou. Il existe encore une forte culpabilisation des femmes qui y ont recours. C'est ainsi que trop d'échographistes contraignent les femmes à écouter les battements de cœur et à regarder l'embryon ... Dans les faits, l'avortement n'est toujours pas reconnu comme une liberté fondamentale.

Nous voulons que toutes les femmes puissent dire : « je veux un enfant car c'est maintenant que je suis prête pour le porter, le mettre au monde et le faire grandir ». Aucun spécialiste, qu'il soit juriste, médecin, religieux, politique ou autre ne peut disposer à la place d'une femme, de la liberté de son corps et de sa vie.

Véronique Séhier

A noter dans vos tablettes :

le 4ème colloque organisé par l'association Louise Michel sur les violences au sein du couple aura lieu le vendredi 12 mars à la MACC de Villeneuve d'Ascq.

Il portera sur la place des professionnels.

Plus amples informations dans le prochain numéro .

Sexualité et procréation au regard de la bioéthique à la française

La loi de bioéthique de 2004 doit être réexaminée en 2010. Des états généraux ont été organisés dans le courant de cette année ; de nombreux rapports, articles, positions de scientifiques et d'intellectuels ont paru sans que nous y trouvions directement matière à approfondir les questions touchant aux problématiques du mouvement du Planning Familial. Il n'est pas simple de démêler les fils des enjeux médicaux et sociétaux, des a priori idéologiques, des normes assignées implicitement.

En quoi le Planning est-il concerné et peut-il avoir une parole propre ? C'est l'objet d'une réflexion menée actuellement au niveau national et dans notre groupe local.

Notre pratique consiste toujours à écouter les femmes (des hommes aussi) et les aider dans leur choix au moment précis d'un dialogue. Elles parlent de leur sexualité au regard de la procréation, elles disent désir et non désir, elles cherchent les moyens d'une liberté pour elles-mêmes et leurs proches.

C'est donc le champ des questions touchant à la procréation qui est le nôtre. Et dans ce champ, nous savons aussi d'expérience que nous devons rester vigilant-e-s pour préserver le droit à l'avortement et empêcher les manœuvres tendant à donner statut à l'embryon.

Assistance Médicale à la Procréation et Gestation pour Autrui... Anonymat et gratuité du don de gamètes face à la demande de connaître ses origines biologiques... Diagnostique Pré Implantatoire et implication des tests génétiques dans les demandes, d'IVG, d'IMG ou les recherches de paternité...

Adhérent-e-s et sympathisant-e-s, nous en débattons le jeudi 4 février 2010 de 19h à 21h, dans les locaux de l'ADDSEAD 23 rue Malus à Lille.

L'échange sera organisé autour d'une dizaine de questions formulées par écrit et adressées préalablement aux participants. Quelques personnes, partenaires du Planning du nord, ayant une approche professionnelle ou associative de ces questions (médecin, psychologue, juriste...) apporteront leur savoir et leur expérience pour éclairer et enrichir le débat. Venez nombreuses et nombreux.

04/02/10

L'excision, c'est quoi ?

Il existe différents types d'excision :

-la « Sunna », consiste à couper la membrane du clitoris, à inciser celui-ci, ou à couper le capuchon.

-la clitoridectomie, est l'ablation partielle ou totale du clitoris, et des petites lèvres.

-l'infibulation, appelée aussi « excision pharaonique », consiste en l'ablation du clitoris et des petites et grandes lèvres, puis à la couture de la vulve. Un orifice étroit est laissé afin de permettre l'écoulement de l'urine et des règles.

Les conséquences physiques sont nombreuses :

douleurs continues, infections, hémorragies, stérilité, problèmes rénaux, douleurs lors de la miction, rapports sexuels très douloureux, complications graves lors des accouchements, décès.

À tout cela s'ajoutent les souffrances psychologiques liées au choc de l'opération, à la violation de l'intégrité physique, aux difficultés dans la vie quotidienne, à l'intrusion de la société dans l'intimité de la femme, aux difficultés liées à la sexualité, et à l'ignorance parfois des causes de ces souffrances.

Si ces pratiques ne concernent dans le monde qu'une zone géographique limitée à quelques pays d'Asie du sud-est (Indonésie, Malaisie), du proche orient (essentiellement le Yémen) et principalement de l'Afrique subsaharienne d'ouest en est, avec une concentration toute particulière autour de la Mer Rouge (Soudan, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Somalie), la population totale des excisées est évaluée entre 100 et 140 millions de femmes, presque deux millions de fillettes étant chaque année promises aux mêmes sévices. En France, seules les régions où l'immigration en provenance des pays-sus-cités, principalement le Mali et le Sénégal, est la plus forte semblent réellement concernées, mais l'INED estime tout de même que 50.000 excisées y vivent (l'OMS considérant pour sa part que 5% des excisées ont émigré vers les pays «du Nord».

L'excision est un rite multi-millénaire, certaines thèses la lient à l'Égypte antique, sans certitude toutefois; il est difficile de cerner précisément son origine culturelle .

Il est donc en tout cas certain qu'elle est antérieure aux religions monothéistes.

Mais comme beaucoup de rites antiques, elle a su s'y intégrer , à l'islam notamment, mais aussi, de manière plus anecdotique, au judaïsme des Falashas d'Éthiopie et à certaines communautés chrétiennes du Ghana et du Togo.

“Tradition”

Les raisons de cette pratique sont obscures, rites de fertilité pour certains, rite de passage à l'âge adulte, mais également peur du clitoris, vu comme un concurrent du pénis, un résidu du sexe masculin, et donc mettant en péril la virilité du partenaire, et dont seule l'ablation fera de la fillette une vraie femme, débarrassée de cet attribut trop masculin.

Cette peur se retrouve dans de nombreux mythes: le pénis risquerait de rester prisonnier du clitoris, voire, celui-ci empêcherait la pénétration; il serait également dangereux pour l'enfant lors de l'accouchement.

Et bien sûr, intervient la notion de pureté: une femme non excisée est parfois considérée comme impure, incapable de contrôler ses pulsions sexuelles, adultère: l'absence de plaisir féminin garanti à l'homme la fidélité de sa compagne.

Elle est sensée parfois protéger la femme du viol.

Mais la soumission de la sexualité des femmes par la société n'a pas de frontières, ainsi en France, la clitoridectomie était préconisée par certains médecins au XIX^{ème} siècle, pour lutter contre la masturbation et l'hystérie.

Par respect des traditions, par peur d'être écarté du groupe social, le rite se transmet de génération en génération, mais de plus en plus de femmes se rebellent contre ce qu'elles ont subi, et refusent de le faire subir à leur tour à leurs filles, rébellion courageuse, car elles risquent de subir l'opprobre de leur communauté.

Aujourd'hui, de nombreux pays légifèrent progressivement afin de combattre ce fléau.

La dénonciation des mutilations sexuelles a d'abord été confrontée à la peur des instances internationales de s'attaquer au droit coutumier.

Mais les alertes répétées de nombreux humanitaires, de victimes qui osaient s'élever contre ce qu'elles avaient subi, et de journalistes, ont aidé à la prise de conscience de l'ampleur du problème.

Si ces mutilations sont aujourd'hui très généralement interdites, parfois même dans les régions même où elles sont le plus pratiquées, il est à souligner qu'il n'y a parmi les pays d'accueil des migrantes excisées que la France où des mesures judiciaires aient jamais été prises, leur contexte culturel et social impliquant malheureusement que ces mutilations ne sont que très rarement dénoncées.

Que dit la loi ?

En France

L'excision était auparavant jugée en correctionnelle, mais devant des cas de plus en plus fréquent de mutilations sexuelles et de décès sur son territoire, la France a légiféré le 20 août 1983, définissant « l'ablation du clitoris résultant de violences volontairement exercées » comme une mutilation, donc un crime, relevant de la cour d'assises, et passible de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende dans le cas général.

Lorsque la victime est mineure de moins de 15 ans, cela devient un crime passible de 15 ans de réclusion criminelle, 20 ans si le coupable est un ascendant légitime (Art 222-9 et 222-10 du Code pénal).

Cette loi a été modifiée le 4 avril 2006 : le délai de prescription passe de dix ans à vingt ans à dater de la majorité de la victime.

Les mutilations commises à l'étranger, sur une fillette résidant habituellement en France, sont également punies.

Par ailleurs, toute personne ayant connaissance du risque d'excision que court une enfant a l'obligation de le signaler, sous peine d'être sanctionné pour non-assistance à personne en danger (art. 223-6 du code pénal).

« Les professionnels peuvent être poursuivis pour non-assistance à personne en danger, si, connaissant l'imminence d'une mutilation, ils ne saisissent pas les autorités administratives, médicales ou judiciaires chargées de la protection de l'enfance.

Lorsqu'une fillette vient d'être excisée, les professionnels doivent, de la même façon, en référer aux mêmes autorités. »

Le Code Pénal autorise la levée du secret professionnel dans les cas où des sévices ou privations sont infligées à un mineur, ou à une personne en danger.

Le Code de Déontologie Médicale va dans le même sens : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. » (Art. 43)

Dans le monde

La Convention internationale sur les droits de l'enfant est entrée en vigueur le 6 septembre 1990.

À l'article 23, elle stipule que : « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ». Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains .

La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est entrée en vigueur le 13 janvier 1984.

Elle pose à l'article 2 que : « Les États parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. »

Cette convention a également été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains.

La Charte Africaine sur les droits de l'enfant, pose, dans son article 21,1°, que :

« Les États parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement de l'enfant, en particulier :

- a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ;
- b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ou autres raisons. »

La Charte a été adoptée par la vingt-sixième Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine.

La situation actuelle du droit d'asile en France est cependant problématique, le système légal et les directives actuelles en matière d'immigration ne permettant que très mal d'accueillir les femmes et les fillettes excisées ou menacées de l'être au titre du danger personnel encouru dans leur pays d'origine.

Guillemette Stevens

Sources :

Le Monde 12.12.06, « l'intolérable excision »,

droitsenfants.com, « l'excision des fillettes »,

toutankharton.com, « la sexualité en Égypte ancienne »,

afrik.com, « mystères de l'excision »,

ligue du droit international des femmes, « Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS) »

GAMS (Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants)



“Prévenir vaut mieux que guérir” : entretien avec Eliane Aïssi-Yehouessi

Le Nouveau Planning Familial s'étant déplacé en nombre au séminaire de lancement de la campagne régionale de Formation-Information-Sensibilisation-Prévention (FISP) sur les violences faites aux femmes (mutilations sexuelles féminines et violences conjugales), nous y avons assisté à l'intervention d'Eliane Aïssi-Yehouessi qui y représentait à la fois le GAMS et la RIFEN, soulignant l'importance prépondérante de la prévention en matière de mutilations sexuelles féminines.

Intéressé-e-s, nous avons saisi l'occasion d'approfondir la question avec elle...

Alors qu'il existe aujourd'hui des soins à vocation réparatrice, à la fois chirurgicaux, sexologiques et psychologiques, qu'est-ce qui vous motive à vous concentrer tout particulièrement sur la prévention ?

C'est bien de soigner, de réparer mais à la RIFEN et au GAMS, nous restons convaincues comme le dit si bien l'adage, que : Prévenir vaut mieux que guérir. Aussi, nous nous efforçons de multiplier les actions de sensibilisations en direction de tout public, mais surtout de prévention dans les populations à risque. Pour nous il est fondamental de mettre fin à ces pratiques génératrices de souffrances, de conséquences physiques et psychiques parfois très graves, pratiques nuisibles à la santé des femmes et des petites filles, On ne va pas se casser délibérément une jambe parce qu'on sait que l'on peut la réparer. Et en matière de mutilation la réparation n'est que partielle. Les dommages psychologiques sont difficilement réparables, il faut donc les éviter les causes de leur survenue en travaillant en amont.

Comment évaluez-vous le risque de mutilation sexuelles féminines encouru par les fillettes qui vivent actuellement dans la région Nord Pas-de-Calais ?

L'évaluation de ces risques est pour l'instant liée à une estimation basée sur l'ethnie dont sont originaire les parents ; en effet des données chiffrées de l'OMS donnent le pourcentage d'excision dans certaines populations. C'est ainsi que dans la région Nord Pas-de-Calais on estime à environ 3000 le nombres de femmes et de petites filles seraient excisées ou menacées de l'être.

Il est important de retenir qu'on retrouve dans le Nord Pas de Calais des populations issues des pays d'Afrique où les Mutilations Sexuelles Féminines se perpétuent : Guinée (Conakry et Bissau), Mali, Gambie, Sénégal,.....

Quelle est la situation économique et sociale des femmes que vous rencontrez ?

La majorité des personnes que nous recevons sont des femmes aux foyers. Cependant nous avons quelques cas d'étudiantes, ou de jeunes filles en milieu scolaire (lycées).

Sur ces bases, quelles sont exactement les actions de prévention mise en place par le GAMS et la RIFEN ?

La RIFEN, association relais du GAMS dans le Nord Pas de Calais, mène des actions en direction des mamans victimes afin qu'elles puissent protéger leurs petites filles. Au cours de ces ateliers, nous relevons les arguments avancés pour exciser et montrons point après point que ces arguments sont faux (avec des exemples). Nous insistons sur les conséquences néfastes aussi bien sur le plan physique que psychologique, Qu'elles ont des conséquences graves sur la santé et la fécondité de la femme. Nous rappelons que ces pratiques sont interdites en France et dans la plupart des pays d'Afrique, qu'elles portent atteinte à l'intégrité de la personne et qu'elle contraire aussi bien aux droits de la femme que ceux de l'enfant

Il existe sur Roubaix un groupe de paroles de femmes excisées où les femmes partagent leur vécu et construisent des stratégies pour mieux protéger leurs petites filles contre



l'excision en cas de séjour dans leur différent pays d'origine. Nous menons également des actions en direction des jeunes filles concernées ou susceptibles de l'être afin qu'elles sachent que cela existe et surtout à qui s'adresser quand elle se sentent menacées.

Plusieurs rencontres sont nécessaires et surtout celle d'avant les grandes vacances.

Nous intervenons dans différents groupes pour informer à la demande.

Nous comptons à partir de cette année travailler avec les hommes car, c'est en partie à cause d'eux qu'on excise les femmes (ne veulent se marier qu'avec les jeunes filles excisées). Et nous sommes persuadées que l'éradication de ces pratiques se fera d'autant plus vite avec leur soutien.

Quels sont les moyens à votre disposition ?

Malgré une forte concentration de ces populations dans la région Nord Pas-de-Calais, nous disposons de peu pour ne pas dire pas de moyens alloués à ce volet d'action. Le GAMS nous soutiendra bientôt par l'envoi d'une personne pour nous épauler au moins une fois par mois, seule la conviction et la bonne volonté des membres du groupe de lutte contre les mutilations au sein de l'association nous permet de poursuivre cette action.

Afin de toucher tout le public souhaité, il est nécessaire de multiplier nos actions et de disposer de personnel s'occupant exclusivement des MSF, nous espérons pouvoir bénéficier de financement à cet effet à partir de 2010.

Quels sont actuellement les résultats de ces actions de prévention ?

Plusieurs femmes ont demandé et obtenu l'Asile afin de protéger leurs petites filles.

Les jeunes avec qui nous avons travaillé, ont donné le numéro d'urgence de la Rifen à leurs amies (nous avons eu deux appels au secours). Nous voyons l'évolution de la réaction des femmes qui participent aux groupes de parole...

Le phénomène ne touchant en France que des femmes et des fillettes immigrées, comment jugez-vous la prise en compte du risque de mutilations sexuelles dans la politique migratoire actuelle ?

Il s'agit ici d'atteinte aux droits de la femme et de l'enfant donc nous sommes tous concernés. 36 condamnations ont eu lieu en France en 25 ans, Depuis 2006, plus précisément avril 2006, la loi française intègre dans sa protection toutes les petites filles dont les parents résident en France, quelque soit leur nationalité. Et surtout l'ampleur que prend ce sujet en ce moment. Le sujet fait parti de la politique gouvernementale, de la ville et des communes. Peut-être à cause de la date buttoir fixée par l'ancien ministre de la santé, Xavier Bertrand : Eradiquer toutes les formes de MSF en France d'ici 2010.

propos recueillis par Sébastien Delfino

Des marraines contre l'excision

L'association FEMMES SOLIDAIRES s'est engagée sur l'excision. C'est au titre des violences faites aux femmes qu'elles ont choisi de s'y intéresser et d'agir.
« C'est une atteinte à l'intégrité d'une femme, à sa vie, comme le viol, » nous dit Isabelle Ledrôle.

En Ethiopie, l'association a réalisé 2 actions. L'une : la construction d'un centre d'accueil où les femmes peuvent se réfugier si elles souhaitent échapper à l'exciseuse (et ainsi protéger leur fille) lors de son passage dans la brousse. Elles peuvent aussi y bénéficier d'une chirurgie quand elles sont atteintes d'un problème lié à l'excision : par exemple fistules qui condamnent les femmes à ne plus maîtriser leurs sphincters après un accouchement. Ces femmes sont d'ailleurs exclues de leur tribu pour ces raisons.

L'autre action consiste à limiter les excisions, en trouvant en France des marraines qui s'engagent à verser pendant un an - durée reconductible - la somme minimale de 15 euros par mois. Cette somme, versée à une famille lui permet de vivre plus confortablement. Les mères s'engagent en contrepartie à protéger leur fille. Une référente sur place veille à ce que le contrat ne soit pas interrompu, auquel cas le marrainage l'est aussi.

Afin d'en garder le contrôle, le marrainage se fait par le biais de FEMMES SOLIDAIRES.

Chacun(e) d'entre nous peut s'y associer .
« Femmes solidaires » du Nord, 12 Avenue du président Hoover 59800 LILLE.
Tel : 03 20 97 82 82

Anita Fontaine

Entretien avec Julie Quiquempois, psychologue au CRMSF

Dans le cadre de notre dossier sur les mutilations sexuelles féminines, nous avons rencontré Julie Quiquempois, psychologue clinicienne et coordinatrice du «Centre Régional d'accueil et de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines» (CRMSF), où les femmes victimes de mutilations sexuelles peuvent trouver notamment un soutien psychologique et l'accès à la chirurgie réparatrice.

Ouvert au 1er juillet 2009, le centre s'est installé pendant l'été et son activité effective a logiquement démarré à la rentrée ; en plus de son travail clinique, Mlle Quiquempois y assure donc la coordination des différentes missions du centre qui recouvrent à la fois les soins aux femmes mutilées, les partenariats avec des associations comme le GAMS (Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles), la recherche médicale comme psychologique et la formation/sensibilisation à destination des professionnels de santé.

Qui consulte le CRMSF ?

Pour l'instant, la plupart des femmes nous sont adressées par des médecins, des associations ou des travailleurs sociaux qui ont constaté ou appris qu'elles étaient excisées et leur ont proposé de contacter le centre. Certaines commencent à venir d'elles-mêmes depuis la parution des articles dans la Voix du Nord et 20 Minutes, que nous avons clairement initiés dans ce but : faire connaître notre existence et notre activité dans la presse de proximité susceptible de toucher les femmes concernées.

Comme nous n'en sommes encore qu'aux débuts, nous n'avons pour l'instant une ligne active que d'environ 25 personnes, principalement originaires du Sénégal, de Guinée, de Mauritanie et du Soudan, mais il est probable que l'activité du centre continue à augmenter si on se fonde sur la récente estimation de l'INED indiquant au moins 3000 femmes concernées dans la région. Dans tous les cas, notre vocation est de réagir aux demandes et nous évoluerons avec elles.

Comment se passent les consultations au centre ?

Au premier entretien, j'explique d'abord le fonctionnement du centre, j'essaie de faire le point sur l'histoire de la patiente, d'identifier ses besoins et de faire émerger une demande personnelle. S'il n'y a pas de demande, pas de souffrances associées à sa mutilation, il n'est pas nécessaire de lui proposer une prise en charge, seulement une écoute. Il faut d'ailleurs savoir que certaines femmes excisées arrivent à s'épanouir sexuellement, en particulier lorsque leur excision n'a pas été trop sévère. Elles ont donc des sensations proches de la "normale", voire complètement "normales" pour celles qui ont des dispositions plus vaginales que clitoridiennes.

Mais s'il y a effectivement un besoin, nous essayons avant tout d'établir une relation de confiance qui s'épanouira dans la durée : le processus d'une réparation sexuelle est en fait assez long, et laisser aux femmes le temps du cheminement est, depuis la création du centre, au cœur de notre démarche. Nous proposons d'emblée un examen médical, car certaines des femmes qui nous consultent ont des inquiétudes fortes concernant leurs douleurs ou leur anatomie, mais nous n'inaugurons pas leur démarche par cet examen : le premier rendez-vous est toujours un entretien psychologi-

que, même s'il peut être "double" et immédiatement associé à une consultation médicale avec le Dr Richard Matis (ndlr : gynécologue-obstétricien et coordinateur du centre, responsable des aspects gynécologiques et de l'opération de reconstruction clitoridienne).

Après ce premier entretien, on instaure un suivi plus ou moins étroit en fonction de la situation personnelle ou sociale des femmes, de l'éventuelle urgence de leur situation, et de leurs attentes : après avoir établi le contact, certaines ne nous rappelleront parfois que des semaines plus tard pour finalement ne consulter effectivement qu'après quelques mois de réflexion. Il n'est pas question de les presser et, surtout, nous ne sommes pas là pour prôner quoi que ce soit : nous ne «vendons» pas une technique, nous ne sommes pas prosélytes.

Par exemple, nous ne faisons pas de réparation en urgence : nous estimons que le facteur temps est très important pour évaluer la demande de la patiente et ses traumatismes, dont elle n'a pas forcément conscience dès le départ. Or, ceux-ci peuvent être réactivés par l'intervention chirurgicale, qui se produit à l'endroit même où elles ont été "blessée" initialement, et il faut un processus d'accompagnement assez long, souvent deux ou trois mois, pour qu'elles se sentent psychologiquement prêtes à l'intervention chirurgicale.

Alors, avant tout, nous expliquons le processus et les différents soins que nous pouvons apporter, car la plupart du temps ils ne sont pas connus.

Mais, encore une fois, *nous n'agissons qu'à leur demande.*

Quels soins pouvez-vous apporter à ces femmes ?

D'abord, donc, une écoute : ici, elles peuvent parler. Et pas forcément que de leur sexualité, puisque notre suivi implique fréquemment de s'intéresser à leur quotidien, à leur couple ou à leur situation administrative, puisque la question du titre de séjour se pose fréquemment.

Nous avons affaire à des requêtes multiples, souvent confuses et la première nécessité reste de les entendre et d'aider ces femmes à faire le point. Notamment pour déterminer si elles sont en danger car certaines, au delà de leur mutilation, tentent d'échapper à un mariage forcé ou à des violences conjugales : on tâche alors de les orienter vers les services sociaux susceptibles de les aider.

Puis, si elles le souhaitent, l'examen gynécologique va permettre d'évaluer leur état et d'établir un «bilan de lésions», car les mutilations sont très diverses : excisions partielles ou totales, différentes infibulations... Nous délivrons au passage un certificat d'excision, souvent indispensable pour faire avancer leurs demandes de titres de séjour, et proposons un traitement si les douleurs sont importantes et/ou récurrentes.

“Ce n'est pas parce qu'on répare l'organe qu'on restaure la fonction...”

Ensuite, si elles en font la demande, vient la réparation proprement dite : c'est une intervention simple et rapide, que le Dr Matis a appris auprès de son inventeur, le Dr Foldès, qui la pratique depuis longtemps au sein de l'association "Médecins du Monde".

Mais cette "réparation" ne peut être complète sans suivi sexologique : les troubles de la fonction sexuelle impliquent en effet un réapprentissage de la sexualité. Ce n'est pas parce qu'on répare l'organe qu'on restaure la fonction : la sexualité féminine, on le sait bien, ça s'apprend. Et si les attentes des candidates à la réparation sont énormes (rires), il leur faudra du temps pour se redécouvrir et se réapproprier leur sexualité.

Quels problèmes spécifiques rencontrez-vous dans votre activité clinique au CRMSF ?

Le premier est la barrière de la langue, ne serait-ce que parce que le français, pour la majorité d'entre elles, n'est pas leur langue maternelle : cela pose des problèmes d'interprétation et de vocabulaire, au point qu'on se retrouve parfois à devoir trouver des mots, des gestes pour expliquer ce qu'est le désir, le plaisir ou l'orgasme (rires, encore)... et à replacer tout cela dans leur contexte personnel.

En outre, pour la plupart des femmes qui nous consultent, c'est tout simplement la première fois qu'elles rencontrent une psychologue et la notion même de suivi psychologique n'a pas forcément de signification pour elle. D'autant que nous sommes issu-e-s d'une culture où il est normal de livrer un luxe de détails sur son intimité, mais ce n'est le plus souvent pas leur cas : elles ont un tout autre rapport à la pudeur, à la confiance, ou au témoignage de leurs souffrances personnelles. Et puis certaines n'ont tout simplement *pas envie* d'en parler, et dans ces cas-là, ce n'est surtout pas au psy de solliciter la parole ou de faire revenir un patient sur ses traumatismes.

Ce qui peut alors les aider est de faire émerger une demande, et de lui donner du sens, et c'est ce qu'apporte la relation thérapeutique : si je peux leur apporter un étayage, de la réassurance, l'impression d'être entendues, c'est déjà quelque chose.

Encore une fois, il s'agit avant tout de mettre en place un cadre, et une relation de confiance où elles pourront se sentir écouter, et comprises.

Y a-t-il des conséquences psychologiques spécifiques aux mutilations sexuelles ?

Les conséquences psychiques dépendent énormément de la personnalité de chaque femme, évidemment, et pour vous répondre il faudrait pouvoir les isoler, alors qu'elles sont souvent associées à d'autres traumatismes : les éventuels mariages forcés, les violences conjugales, la frustration de leurs désirs d'enfant, le sentiment d'une terrible trahison commise contre elles par leurs familles...

Néanmoins, ce dont les femmes mutilées se plaignent le plus souvent n'est pas, comme on pourrait le croire, des conséquences pourtant sévères sur leur sexualité : c'est bien de *l'atteinte à leur intégrité corporelle.*

Elles souffrent surtout de cette impression d'être incomplètes, pas seulement moins "femme" qu'une autre mais surtout lésée, privée qui leur appartenait de droit. Évidemment, la problématique du manque est ontologique : c'est le sentiment si répandu du manque qui, la plupart du temps, fait de nous des êtres désirant et agissant. Mais ce sentiment de manque est décuplé chez les femmes excisées, qui vivent véritablement leur situation comme une amputation, d'autant plus grave qu'elle leur a été imposée volontairement, et fréquemment par la force.

Quels sont les aspects symboliques qui sous-tendent ces mutilations ?

Le plus évident est la volonté de clôturer les femmes. Sous prétexte de les protéger des hommes - des agressions comme des tentations - on matérialise un fantasme de castration, des hommes comme des femmes. Le but étant la préservation de la virginité des jeunes filles, mais aussi de la chasteté et de la fidélité des femmes mariées en anéantissant le désir «à sa source». Les M.S.F. constituent une mainmise sur la sexualité des femmes, à l'initiative des hommes, mais toujours perpétrée par les femmes ; celle-ci permettant de circonvenir l'aspect mystérieux du sexe féminin et de contrôler le désir féminin, considéré de manière très archaïque et fantasmagorique comme «incontrôlable», et qu'on cherche alors à maîtriser.

L'excision peut également avoir valeur de rite initiatique, de passage rituel du statu de petite fille à celui de femme.

Et puis, il y existe beaucoup de croyances autour du clitoris : dans les cultures qui pratiquent l'excision, il est souvent perçu comme un résidu d'organe masculin contenu dans le corps de la femme, et susceptible de blesser l'homme lors de la pénétration, voire de tuer l'enfant à l'accouchement.

Il y aurait donc une valeur «culturelle» aux mutilations sexuelles ?

Bien qu'ils constituent, de mon point de vue, une atteinte aux droits fondamentaux de la femme, les peuples qui les pratiquent leur donnent un sens, bien sûr. Ils les fondent, comme nous l'avons vu, sur toutes sortes de croyances, et leur attribuent des vertus que les M.S.F. n'ont pas : dans de nombreuses ethnies, on croit ainsi que l'excision favorise l'hygiène, la fertilité ou protège la femme contre les maladies ! Or, en réalité, c'est le contraire : l'excision est à l'origine de nombreuses infections vulvaires, septicémies, et parfois même de stérilités.

Mais il faut tenir compte du fait que l'excision s'accompagne souvent, pour la jeune fille qui la subit, de bénéfices importants, que nos sociétés occidentales ne soupçonnent pas : dans certaines endroits du monde, les filles qui sont excisées, désormais considérées comme protégées, vont gagner une liberté et une reconnaissance qu'elles n'ont jamais eu auparavant : elles vont être admises dans la communauté des femmes et partager leurs tâches et leurs conversations, elles vont pouvoir sortir du village, participer en adultes à la vie sociale, on commence à parler des garçons...

Ce cadre culturel donne du sens à la mutilation, une identité et une appartenance sociale aux excisées.

Certaines femmes disent ne pas être traumatisées par leur excision, et je veux bien croire que cette épreuve impacte différemment les femmes selon leur vécu, selon le souvenir qu'elles en garde ou pas, selon leur personnalité, mais aussi selon le regard que porte sur cette coutume la société dans laquelle elles vivent.

Malheureusement, l'excision est un rite violent précédant, pour beaucoup de jeunes femmes, un mariage forcé, et le cadre culturel qui sous-tend cette pratique : la domination patriarcale, laisse souvent peu de place au libre-arbitre de ces femmes, dont on contrôle les corps et les vies.

**propos recueillis par Anita Fontaine
et Sébastien Delfino**

Formation

Les violences conjugales et les mutilations sexuelles féminines sont des questions souvent méconnues même des professionnels de santé soignant pourtant particulièrement les femmes : gynécologues, obstétriciens, sage-femmes...

Partant de ce constat, le CRMSF organise des formations afin de permettre à ces professionnels de prendre conscience de l'ampleur du phénomène et de participer activement au repérage, à la prise en charge et à l'orientation des femmes concernées.

Si un colloque régional est prévu pour décembre 2010 et qu'une campagne de sensibilisation se prépare à destination des professionnels de la Santé, de l'Action Sociale, de la Justice et de l'Éducation, le CRMSF organise déjà des formations "à la demande" auprès des associations, notamment celles dédiées à l'assistance aux migrants.

Si ces formations vous intéressent, n'hésitez pas à contacter le CRMSF..

Tel : 03.20.22.52.87

Mail : quiquempois.julie@ghicl.net



Le rapport “Excision et Handicap”

Le projet “ExH”, pour “Excision et Handicap” est une étude lancée en 2007 par l’INED (Institut National d’Études Démographiques) sous la direction d’Armelle Andro (Paris I) et portant sur les conséquences médicales, sociales et psychologiques de l’excision.

Réalisée auprès de femmes vivants dans les quelques régions de France réellement concernées par le phénomène, les résultats de cette étude ont été tout récemment publiés, évoqués lors du séminaire de lancement “FISP” déjà mentionné dans ce numéro de “Quoi de Neuf?” (voir notre entretien avec Eliane Aïssi-Yehouessi) et feront dans l’avenir l’objet de plusieurs autres colloques régionaux.

C’est là l’occasion de dresser enfin un bilan scientifique global sur la situation des femmes excisées en France et de soutenir la mise en place d’une réponse médicale et psychologique adaptée.

Le projet

Constatant le manque de données sur la situation des femmes excisées en France, en particulier du point de vue de leur santé, l’équipe et les partenaires réunis autour d’Armelle Andro initient en 2007 une étude d’abord démographique pour évaluer la population réelle des femmes excisées en France, en parallèle d’une série de colloques régionaux intégrés au “Plan Violence et Santé” du Ministère de la Santé, puis une recherche sociologique consistant à dresser le bilan gynécologique, social, familial et personnel d’un groupe de 685 femmes excisées et majeures, lui-même comparé à un second groupe de contrôle de près de 2200 migrantes et filles de migrantes non excisées, enquêtées dans les régions Île-de-France, Nord-Pas de Calais, PACA, Haute Normandie et Pays de la Loire.

L’enquête a évidemment été menée dans des secteurs particulièrement concernés par la présence de populations migrantes originaires de pays où l’excision est pratiquée.

La méthodologie

Ces enquêtes ont été menées en milieu médical, à la suite d’une consultation où un professionnel de santé (médecin, gynécologue, sage-femme...) ayant identifié une femme excisée lui proposait donc de participer à l’étude en répondant à questionnaire conçu en deux volets : un premier volet personnel visant à recueillir le ressenti, l’historique et les maux particuliers des femmes sondées, et un second volet médical regroupant les témoignages du personnel médical ayant eut à examiner et traiter ces femmes.

Ce questionnaire était relayé, rempli et collecté avec l’aide des centres médicaux, des consultations gynécologiques, pédiatriques, des centres de protection Maternelle et Infantile (PMI) et des Plannings Familiaux.

Signalons qu’il faut avoir ou envisager d’avoir une sexualité pour consulter dans de telles structures et que les femmes et adolescentes n’ayant pas encore entamé leur vie sexuelle ne sont donc pas représentées dans l’étude, pas plus que celles qui s’adressent à des consultations gynécologiques privées. De même, il est permis de supposer que les femmes vivant dans la plus grande précarité y sont sous-représentées de par leur difficultés d’accès aux soins.



Des entretiens “qualitatifs” avec 20 femmes excisées et 7 compagnons d’excisées ont été réalisés suite à l’enquête globale (“quantitative”) dans le but d’appréhender des phénomènes complexes, fins et rarement exprimés sur l’expérience de l’excision, ses significations dans le contexte migratoire, les discussions au sujet de l’excision des fillettes ou la décision de recourir à la chirurgie réparatrice ou non.

Les douleurs et troubles fonctionnels

Si l’on savait déjà par différentes enquêtes de l’OMS que les femmes victimes de mutilations sexuelles sont bien plus exposées que les autres aux complications les plus sérieuses lors de l’accouchement, en particulier les déchirures, les conséquences quotidiennes n’avaient été que fort peu documentées.

L’enquête de L’INED a justement révélé que les excisées étaient plus nombreuses à souffrir d’infections gynécologiques et urinaires et que 10% d’entre elles étaient gênées au quotidien pour uriner, marcher ou porter certaines vêtements, sachant que les populations enquêtées, excisées et groupes de contrôle confondus, sont déjà en moyenne 30% plus nombreuses que la moyenne des femmes vivant en France à se plaindre de problèmes de santé de tous ordres.

Les excisées sont également nettement plus nombreuses à déclarer des symptômes de mal-être, voire de dépression.

Les troubles sexologiques

Les difficultés sexuelles sont également bien plus nombreuses chez les femmes mutilées que parmi les groupes de contrôle, puisqu’elles sont deux fois plus souvent sujettes aux brûlures vaginales, sécheresses et saignements, et trois fois plus souvent aux douleurs lors de la pénétration. Logiquement, elles sont aussi deux fois plus nombreuses à attester des difficultés à éprouver du désir ou à ne plus en éprouver du tout, les rapports sexuels étant bien souvent peu satisfaisants voire systématiquement douloureux : ces proportions sont d’autant plus significatives lorsqu’on tient compte du fait que les femmes enquêtées sont issues de cultures où les difficultés sexuelles sont rarement admises, si jamais mentionnées. Sans surprise, les excisées sont aussi presque deux fois plus nombreuses à décrire des douleurs importantes lors du premier rapport sexuel.

Si l’on résume, le «bien être sexuel» est significativement plus rare chez les femmes excisées

Elles sont d’ailleurs nombreuses à faire spontanément le lien entre leur excision et leurs difficultés sexuelles et majoritairement en demande d’écoute et d’informations sur ces sujets. Il est à noter qu’environ la moitié des enquêtées étaient en couple lors de l’enquête.

Les comptes-rendus détaillés de l’étude “ExH” sont téléchargeables gratuitement sur le site de l’INED, section “Tout savoir sur la population”, puis “Fiches d’Actualité /les mutilations sexuelles féminines en France”.

Les risques d’excisions

L’étude ExH a relevé que seulement 11% des filles d’excisées vivant en France ont également été victimes de mutilations, et seulement 3% pour les fillettes nées en France, où la pratique est illégale et les associations militantes plus actives. Par ailleurs, la pratique a nettement reculé ces dernières années, surtout chez les migrantes mais également, dans une moindre mesure, dans les pays d’origine.

Néanmoins, le risque d’excision est tout à fait réel chez une partie des fillettes vivant en France, en particulier celles âgées de moins de 15 ans, puisqu’on estime que 30% des filles d’excisées sont en danger de l’être elles-mêmes, plus de la moitié de celle-ci lors d’un retour dans leur pays d’origine.

Les parents opposés à l’excision s’en disent d’ailleurs conscients, voire inquiets.

Précisons au passage que la loi française protégeant même à l’étranger les enfants nées en France, les associations présentes dans les différents pays d’origine font depuis quelques années valoir l’argument judiciaire pour convaincre les familles de ne plus faire exciser leurs filles lors d’un retour “au pays”.

La demande de chirurgie réparatrice

Puisque un des objectifs de l’étude était d’évaluer les besoins en termes de suivi médical et de chirurgie reconstructrice, la question a été posée aux excisées. Plus de la moitié d’entre elles déclarent avoir été informée de l’existence de la procédure chirurgicale, que ce soit par les médias ou les professionnels de santé. Si 5% d’entre elles y ont déjà eu recours ou sont en train d’effectuer les démarches nécessaires, 20% supplémentaires se disent intéressées, à la fois pour améliorer leur sexualité, prévenir d’autres problèmes de santé et, dans une moindre mesure, retrouver leur intégrité féminine. Les femmes qui n’envisagent pas de recourir à l’opération expliquent « accepter leur état actuel » et « ne pas en ressentir le besoin ». L’intérêt pour l’opération est plus important parmi les femmes jeunes (moins de 35 ans) et particulièrement celles qui ont grandi en France.

Si l’on rapporte ces chiffres à l’évaluation actuelle de 53.000 excisées en France et environ 3.000 en région Nord Pas-de-Calais, cela signifie plus de 10.000 femmes déjà intéressées par la procédure, dont 600 dans notre région.

Conclusions

En résumé, l’enquête ExH a mis en évidence que si la volonté politique et les structures de soins mises en place ont déjà commencé à améliorer la situations des excisées vivant en France, l’atteinte à la qualité de vie, notamment sexuelle, est au moins aussi importante que les conséquences médicales déjà relevées par l’OMS et, puisqu’une demande de chirurgie réparatrice existe et que les protocoles de soins adéquats se développent, la création de centres d’accueil et de prise en charge dans les régions concernées est sans doute possible pertinente, voire nécessaire.

Sébastien Delfino

Ressources

A travers notre propre travail documentaire pour préparer ce dossier, nos discussions sur le sujet et nos entretiens avec celles et ceux qui travaillent spécifiquement et quotidiennement à lutter contre les mutilations sexuelles féminines, un certain nombre de livres, films, musiques ont été portés à notre attention. En voici un florilège...

Livres

- “**La paroles aux Négresses**”, essai de Awa Thiam (Denoël, 1978)
- “**La face cachée d’Eve**”, essai de Nawal El Saadaoui (Des femmes, 1982)
- “**Des couteaux contre les femmes**”, essai de Séverine Aufret (Des femmes, 1982)
- “**La femme blessée**”, essai de Michel Erlich (L’Harmattan, 1986)
- “**Fleur du désert**”, autobiographie de Waris Dirie et Cathleen Miller (Albin Michel, 1998)
- “**Le Jour où kadi perdit une partie de sa vie**”, photographies d’Isabel Ramos Rioja et Kim Mansera (Actes Sud, 1999)
- “**Rebelle**”, roman de Fatou Keita (Présence Africaine, 1998)
- “**La gazelle et les exciseuses**”, roman de Christian Mambou (L’Harmattan, 2004)
- “**Cicatrice : Un village et l’excision**”, photographies de Benoît Lange et Dominique Vicoin (Favre 2004)
- “**Larmes de sable**”, essai de Nura Abdi (Ed. de l’Archipel, 2004)
- “**Pourquoi ?**”, roman jeunesse de Moka (École des Loisirs, 2005)
- “**Mutilée**”, autobiographie de Khady (Oh ! Editions, 2005)
- “**Nos filles ne seront pas excisées**”, ouvrage collectif, avec les reportages photos exclusifs d’Emmanuelle Barbaras (GAMS, 2006)
- “**Victoire sur l’excision : Pierre Foldès, le chirurgien qui redonne l’espoir aux femmes mutilées**”, essai de Hubert Prolongeau (Albin Michel, 2006)
- “**Dans ma chair**”, autobiographie de Katoucha Niane (Michel Lafon, 2007)
- “**Entière, ou la réparation de l’excision**”, essai de Marie-Noëlle Arras - préface de Pierre Foldès (Ed. Chèvre-feuille étoilée, 2008)

Etudes

- “**La polygamie et l’excision dans l’immigration africaine en France, analysées sous l’angle de la souffrance sociale des femmes**”, Isabelle Gillette (Presses universitaires du Septentrion, 1997)
- “**Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l’humanité. Connaître, prévenir, agir**”, de l’Académie nationale de médecine (supplément au Bulletin de l’Académie nationale de médecine, 2004, 188, n°6, séance du 10 juin 2004)
- “**Evolution dans le temps et dans l’espace d’un marquage corporel : l’excision**” d’Isabelle Gillette-Faye (Revue Enfance et Psy, 1er trimestre 2006)

Films

- “**L’Afrique accusée ? L’excision et les droits de l’homme**” documentaire collectif (1990)
- “**Le pari de Bintou**” documentaire de Kirsten Johnson (1994)
- “**Femmes assises sous le couteau**”, documentaire de Laurence Petit-Jouvet (1995)
- “**Moolaadé**”, drame de de Sembene Ousmane (2005)
- “**La Chose : campagne contre un tabou**”, documentaire de Heike Mundzeck (2006)
- “**Bilakoro**”, documentaire de Johanna Bateau (2006)
- “**Femmes mutilées : Plus jamais**”, documentaire de Fatxyia Ali Aden, Sarah Osman et Caroline Roussopoulos, (2007)
- “**Noires douleurs**”, documentaire de Lorène Debaisieux (2007)

BD

- “**Diaratou face à la tradition**”, bande-dessinée éducative réalisée par le GAMS Belgique.
- “**La suite du Pari de Bintou**”, suite dessinée du film de 1994.

Musique

- “**L’excision, c’est pas bon**” de Bafing Kul.
- “**On dirait que c’est normal**” de Jeanne Cherhal (2006).
- “**Non à l’excision**” de Tiken Jah Fakoly (2007)

Contacts et soutien contre l'excision

GAMS

(Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles et d'autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants, notamment les mariages forcés).

66, rue des Grands Champs

75020 PARIS

Tél : 01 43 48 10 87

Et plus près de chez nous...

Le CRMSF

(Centre Régional d'accueil et de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines)

GHICL Hôpital Saint Philibert

Rue du Grand But BP 249

59462 LOMME cedex

Tél : 03 20 22 52 87

Mail : crmsf@ghicl.net

GAMS Belgique

(Groupement d'hommes et de femmes africains et européens pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines)

11, rue Brialmont

1210 BRUXELLES

Tél : 0032 02 219 43 40

La RIFEN

(Rencontre Internationale des Femmes Noires Nord Pas de Calais)

Tél : 03 20 05 17 69

Mail : rifen59@yahoo.fr

SAFFIA

(Solidarité Aux Femmes et Familles d'Ici et d'Ailleurs)

Association

11 rue de Châteaudun 59000 LILLE

Tél : 03 20 34 06 10

"Femmes solidaires" du Nord :

Association humanitaire d'entraide et d'action

12 Avenue du Président Hoover

59800 LILLE

Tél : 03 20 97 82 82

CIMADE : LILLE

Association de solidarité active avec les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile.

68 rue du marché - 59000 Lille

Tél : 03 20 54 35 14

Mail : lille@cimade.org

PMI

Service de "Protection Maternelle et Infantile" disponible dans la plupart des grandes villes de la région (Cambrai, Dunkerque, Douai, Maubeuge...), 5 centres disponibles à Lille dont :

3 Place Jacques Febvrier

59000 Lille

Tél : 03.20.85.13.84

Ont participé à ce numéro d'hiver 2009 :

Anita Fontaine, Anne-Marie Marmier, Véronique Séhier,
Guillemette Stevens et Sébastien Delfino.

LE NOUVEAU PLANNING FAMILIAL

03.20.57.74.80

16 Avenue Kennedy, 59000 LILLE

www.planning-familial.org



le planning
familial59