



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Février 2020

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

« Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique ».

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier, ainsi que la synthèse de la recommandation, sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Préambule	6
Recommandations	7
1. Données générales	8
1.1 Définition des mutilations sexuelles	8
1.2 Les pays qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines	8
2. Les conséquences des mutilations sexuelles féminines.....	10
2.1 Les conséquences médicales immédiates.....	10
2.2 Les conséquences psychologiques	10
2.3 Les conséquences uro-gynécologiques à moyen et long terme	11
2.4 Les conséquences sexuelles	11
2.5 Les conséquences obstétricales	11
3. Évaluer le niveau de risque de mutilation sexuelle féminine.....	13
3.1 Les facteurs de risque pour une patiente de subir une mutilation sexuelle féminine	13
3.2 Les indicateurs spécifiques chez une mineure	13
4. Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines avec les patientes (femmes, mineures) ?	15
4.1 Aborder le sujet sereinement avec les patientes	15
4.2 Conseils pour mener un entretien avec les patientes	16
4.3 Conseils spécifiques pour mener un entretien avec une mineure	17
4.4 Aborder le sujet des mutilations sexuelles féminines avec les parents d'une mineure.....	17
5. Les signes évocateurs d'une mutilation sexuelle féminine récente sur une patiente.....	19
6. Conduite à tenir pour la protection des mineures face à une mutilation sexuelle féminine.....	20
6.1 Les moyens de prévention et de protection	20
6.2 Conduite à tenir pour le professionnel en cas d'un risque imminent de mutilation sexuelle féminine pour une mineure : signalement auprès du procureur de la République.....	21
6.3 Conduite à tenir pour le professionnel en cas de risque non imminent de mutilation sexuelle féminine : information préoccupante à la Cellule de recueil des informations préoccupantes.....	23
6.4 En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure : signalement auprès du procureur de la République	23
7. Conduite à tenir pour une patiente majeure face aux mutilations sexuelles féminines.....	25
7.1 Si le risque concerne une patiente majeure.....	25
7.2 En cas de mutilation avérée d'une patiente majeure.....	25
8. Examen d'une patiente ayant subi une mutilation sexuelle féminine	27
8.1 Examens des femmes et jeunes filles.....	27
8.2 Examen d'une petite fille, d'un nourrisson	28

9. Prise en charge médicale en premier recours et orientation.....	30
9.1 Prise en charge d'une mineure ayant subi une mutilation sexuelle féminine.....	30
9.2 Prise en charge d'une femme ayant subi une mutilation sexuelle féminine.....	31
Annexe 1. Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique.....	33
Annexe 2. Au regard des textes légaux.....	35
Annexe 3. Formulaires de SIGNALEMENT.....	39
Annexe 4. Certificat médical : formulaire d'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES.....	43
Annexe 5. Certificat médical de NON-EXCISION.....	45
Annexe 6. Numéros en cas d'urgence.....	47
Annexe 7. Associations. Sites de références. Outils.....	49
Annexe 8. Pour les personnels de la petite enfance (crèche, halte-garderie) et les professionnels au contact des mineures (enseignants, éducateurs) etc.....	53
Participants.....	58
Remerciements.....	59
Fiche descriptive.....	60

Abréviations et acronymes

ASE	Aide sociale à l'enfance
ARS	Agence régionale de santé
HAS.	Haute Autorité de Santé
CIDFF	Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
DSM	(<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
GAMS	Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, des mariages forcés
MICS	Enquête en grappes d'indicateurs multiples
MIPROF	Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OGE	Organes génitaux externes
PMI	Protection maternelle infantile
TSTP	Troubles de stress post-traumatique
UMJ	Urgence médico-légale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Préambule

Les enjeux de cette recommandation de bonne pratique sont d'améliorer l'accueil et la prise en charge des enfants, des adolescentes et des femmes ayant eu ou à risque de subir des mutilations sexuelles féminines.

Ses objectifs sont :

- de favoriser la connaissance des professionnels de santé de premier recours sur les mutilations sexuelles féminines ;
- de prévenir la survenue de mutilations sexuelles féminines par une meilleure information délivrée par les professionnels de santé aux femmes, aux jeunes filles et aux parents ;
- de favoriser une meilleure prise en charge des enfants, des jeunes filles, et des femmes lorsqu'elles ont subi une mutilation sexuelle ;
- d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Cette thématique concerne l'ensemble des professionnels en charge du bien-être et de la santé des enfants, des adolescentes et des femmes.

Cette recommandation porte sur la prise en charge en premier recours des enfants, adolescentes, femmes à risque ou victimes de mutilations sexuelles féminines (mutilation sexuelle féminine). Dans le monde, 200 millions de filles et de femmes ont été mutilées dans au moins une quarantaine¹ de pays qui pratiquent ces mutilations, soit parce que c'est une tradition locale, soit *via* les diasporas. Il s'agit d'une très ancienne pratique coutumière qui ne correspond aux préceptes d'aucune religion. En Europe, 500 000 filles et femmes sont mutilées ou exposées au risque de mutilations sexuelles féminines.

En France, une première étude évalue qu'en 2004, les mutilations sexuelles concernent entre 51 000 à 60 000 femmes. Une étude récente de 2019 estime qu'au début des années 2010², environ 125 000 femmes adultes « mutilées » vivent en France. Environ 11 % des filles de ces femmes mutilées sexuellement le sont également.³

En 2018, entre 12 et 20 % (de 0 à 18 ans) de ces filles sont encore menacées du fait des convictions de leurs propres parents, ou par les pressions sociales exercées par les familles élargies demeurant dans les pays d'origines⁴.

Même si aujourd'hui à l'échelle internationale, la majorité des victimes sont âgées de moins de 5 ans, en ce qui concerne la France, compte tenu de sa double approche préventive (notamment en PMI) et répressive (par les procès), les potentielles victimes ont une nette tendance à être de plus en plus âgées : entre 6 et 18 ans. Les mutilations sexuelles féminines sont interdites, aussi bien en France qu'au niveau international, y compris dans les pays d'origine.

La recommandation repose sur un accord d'experts au sein du groupe de travail, en tenant compte de l'avis des parties prenantes sollicitées.

¹ Se référer au chapitre 1.2.3 de l'argumentaire « Les mutilations sexuelles féminines dans le monde ».

² http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/pdf/2019_21_1.pdf

³ Trente pays disposent d'études démographiques et de santé sur les populations. Par ailleurs, d'autres pays concernés n'ont pas de données quantitatives ou ne sont que des estimations. Par exemple, 70 millions pour la seule Indonésie sur les mutilations sexuelles féminines.

⁴ Institut national d'études démographiques. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf.

Recommandations

Le terme « parents » utilisé dans la recommandation inclut les parents, les détenteurs de l'autorité parentale et de son exercice.

1. Données générales

1.1 Définition des mutilations sexuelles

Elles sont définies par l'atteinte, l'ablation partielle ou totale de tout ou d'une partie des organes sexuels externes à des fins autres que thérapeutiques.

La classification des différents types de mutilations sexuelles féminines est indiquée ci-dessous.

Tableau 1. Classification des mutilations sexuelles à partir de l'OMS, 2018

Types	Mutilation sexuelle féminine
Type I	Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et/ou du prépuce (clitoridectomie)
Type II	Ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) : • IIa : ablation uniquement des petites lèvres • IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres • IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres
Type III	Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)
Type IV	Autres gestes de mutilation sexuelle féminine pour des raisons non médicales (scarification, percement, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...)

Cette classification est descriptive et ne préjuge pas de la gravité et des conséquences sur la santé des femmes et des mineures (des nouveau-nées jusqu'à l'âge de 18 ans).

Un schéma des différents types de mutilation est proposé dans l'annexe 2 de l'argumentaire.

Les mutilations sexuelles féminines de type II et de type III représentent environ respectivement 80 % et 15 % des mutilations en France.

1.2 Les pays qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines

L'élément prioritaire à prendre en compte est l'origine et/ou le pays de naissance des parents, ainsi que l'ethnie et/ou la région d'origine, y compris pour les mineures nées en France. Pour mémoire, dans le monde, 200 millions de femmes sont mutilées sexuellement.

Les mutilations sexuelles féminines se pratiquent sur tous les continents (se référer au tableau 2 ci-après).

Les mutilations sexuelles féminines peuvent être pratiquées à tout âge et dans toutes les catégories socio-professionnelles. Les enfants mutilées sont de plus en plus jeunes. Quarante-quatre millions sont des filles âgées de moins de 15 ans. Dans la plupart des pays, la majorité des fillettes ont été mutilées avant l'âge de 5 ans.

En France, le groupe de travail souligne que le risque existe à tout âge et en particulier à des moments clefs de sa vie :

- après l'arrêt ou en absence de suivi en PMI ;
- avant l'entrée en primaire ;
- avant l'entrée au collège ;
- avant l'entrée au lycée ;
- avant le mariage ;
- lors d'un départ en vacances ou de visites à la famille hors de France.

En France, les pays d'origine les plus fréquents des femmes et des mineures mutilées sexuellement vivant en France, sont présentés dans le tableau 2.⁵

La prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique est proposée en annexe 1 de la recommandation.

Tableau 2. Ressortissants des pays concernés directement et indirectement par les mutilations sexuelles féminines en France

Continents	Les ressortissants des pays concernés par les mutilations sexuelles féminines présentes en France (par ordre alphabétique)
Afrique	Cameroun, Côte-d'Ivoire, Guinée-Conakry, Djibouti, Égypte, Érythrée, Gambie, Mali, Mauritanie, Nigeria, République Centrafricaine, Somalie, Sénégal, Soudan, Tchad, Togo
Asie	Indonésie Inde (Nord-Secte Dawoodi Bohra), Malaisie, Thaïlande (sud)
Proche et Moyen Orient	Irak, Iran, Yémen ⁶
Océanie	Australie
Europe	Daghestan, République de Russie

⁵ Il est proposé de se référer aux liens suivants <https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/carteexcision.pdf>

⁶ Seul le Yémen dispose de sources scientifiques quantitativement fiables. Pour les autres pays, ce sont des données qualitatives.

2. Les conséquences des mutilations sexuelles féminines

Tous les types de mutilation sexuelle féminine peuvent avoir chez la mineure et la femme des conséquences dramatiques, telles que des conséquences :

- médicales immédiates pouvant aboutir à leur décès ;
- psychologiques, somatiques à moyen et long terme ;
- obstétricales et sexuelles.

Les conséquences sont identiques, voire plus graves, lorsque les mutilations sont pratiquées par des professionnels de santé et/ou dans un environnement médicalisé.

Le groupe de travail souhaite que le terme « mineure » remplace les termes de fille et enfant, en précisant que c'est au sens de la Convention internationale des droits de l'enfant de 0 à 18 ans.

Au vu des complications sur la santé entre autres, la prévention est primordiale. Il est recommandé pour les professionnels, en lien avec la famille et les enfants, d'évaluer et de prévenir par tous moyens le risque de mutilation sexuelle féminine.

2.1 Les conséquences médicales immédiates

Conséquences médicales immédiates des mutilations sexuelles féminines

- Décès par hémorragie grave, septicémie, choc neurogénique
- État de choc psycho-traumatique
- Saignements, hémorragies
- Douleur intense
- Lésions traumatiques des organes voisins : l'urètre, etc.
- Troubles urinaires : rétention urinaire réflexe, dysurie
- Infections aiguës internes et externes de l'appareil génito-urinaire
- Facteur de risque possible de transmission des maladies hématogènes virales et bactériennes comme le tétanos, le VIH, les hépatites B et C, le virus d'herpès simplex
- Fractures des membres (humérus, fémur, clavicules) en lien avec la contention et les mouvements de défense de la mineure ou de la femme

2.2 Les conséquences psychologiques

Les séquelles psychologiques des mutilations sexuelles féminines sont très fréquentes et participent au risque accru de développer des troubles psychiatriques et psychosomatiques. Elles s'inscrivent dans le *continuum* des violences faites aux femmes et aggravent leur vécu (mariage précoce, violences au sein du couple, violences intrafamiliales, sexuelles, etc.).

Conséquences psychologiques des mutilations sexuelles féminines

- Troubles du stress post-traumatique (par exemple : reviviscences diurnes et nocturnes (cauchemars) etc. Se référer au DSM 5 et à la CIMS 11)
- États dissociatifs post-traumatiques (par exemple : détachement, absence d'affect lors de l'évocation de la mutilation)
- Dépression, comportement suicidaire
- Troubles du comportement
- Anxiété, phobies électives, angoisse des rapports sexuels et de l'accouchement
- Repli sur soi, perte de l'estime de soi, sentiment d'être différente, anormale, de honte, sentiment d'injustice, de colère

2.3 Les conséquences uro-gynécologiques à moyen et long terme

La nature et la gravité des complications uro-gynécologiques dépendent du type de mutilation sexuelle féminine.

2.3.1 Les complications des mutilations sexuelles féminines de type I et II

Les complications des mutilations sexuelles féminines de type I et II

- Douleurs chroniques vulvaires et pelviennes
- Mauvaise qualité de cicatrisation en raison de l'absence de conditions d'asepsie et l'absence de suture
- Cicatrices chéloïdes, névromes cicatriciels, kystes épidermiques, kystes des glandes vulvaires
- Diminution des rapports sexuels (apareunie, dyspareunie, fonction sexuelle altérée)
- Dysménorrhée d'origine psycho-traumatique
- Pseudo-infibulation par accollement des petites lèvres

2.3.2 Les complications des mutilations sexuelles féminines de type III

Ces complications s'observent principalement dans les pays où se pratiquent les mutilations sexuelles féminines de type III. En France, ces complications sont beaucoup plus rares.

Complications des mutilations sexuelles féminines de type III

- Hématocolpos, infections génitales chroniques
- Infertilité en raison d'une augmentation des infections génitales hautes à répétition
- Dysurie et ses conséquences (par exemple : infections urinaires récurrentes ou obstructions pouvant entraîner une insuffisance rénale chronique, notamment pendant la grossesse)
- Dystocie, fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, avec un risque d'exclusion sociale dans les pays d'origine où l'accès aux soins peut être difficile
- Augmentation des pathologies de la grossesse (menace d'accouchement prématuré, mort fœtale *in utero*)

2.4 Les conséquences sexuelles

Les troubles sexuels ne sont pas corrélés au type de mutilation et peuvent être multifactoriels (par exemple : mariage forcé, violences sexuelles ou autres violences subies, psycho-traumatismes).

Conséquences sexuelles des mutilations sexuelles féminines

- Troubles du désir (hypoactif), voire anaphrodisie (absence totale de désir)
- Anorgasmie, fréquence diminuée des orgasmes
- Difficultés dans la vie de couple
- Dyspareunies, parfois douleurs permanentes (liées à des névromes par exemple)
- Pénétrations vaginales impossibles (brides cicatricielles, souvent séquelles d'accouchements traumatiques), vaginisme

2.5 Les conséquences obstétricales

Lors de la grossesse, les mutilations sexuelles féminines sont associées à une augmentation du risque d'infection urinaire, de vaginose et par là même, à un risque discrètement augmenté d'avortements spontanés tardifs et de menaces d'accouchement prématuré.

Lors de l'accouchement, des complications obstétricales graves sont décrites dans les pays en voie de développement :

- pour l'enfant : dystocie d'expulsion en rapport avec l'obstruction vaginale, avec anoxie néonatale, séquelles neurologiques, décès perpartal ou néonatal ;
- pour la mère : fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, augmentation des pertes sanguines, augmentation du risque de césarienne et d'extractions instrumentales. Ces complications sont le plus souvent observées en cas d'infibulation.

Les complications obstétricales des mutilations sexuelles féminines sont variables en fonction :

- du type de mutilation ;
- de la situation socio-économique de la famille ;
- du contexte sanitaire des pays où a lieu l'accouchement qui peut être très variable en zone rurale ou urbaine.

Les publications sont nombreuses et contradictoires. On estime que lorsque la situation sanitaire n'est pas optimale, les mutilations sexuelles féminines de type III s'accompagnent d'une augmentation du nombre de décès *per partum*, notamment en raison d'une dystocie mécanique. Cette dystocie peut également entraîner la survenue de fistules uro-génitales et ano-génitales par nécrose des tissus.

Des complications telles qu'une augmentation de la durée du travail, des épisiotomies, des déchirures ou une hémorragie de la délivrance sont rapportées. Ces complications sont à relativiser en fonction de l'âge de la parturiente (grossesses parfois ultra précoces) et en l'absence d'une aide médicale professionnelle formée à ce type complications.

Dans les pays où l'accouchement est médicalisé, la désinfibulation des mutilations sexuelles féminines de type III permet un accouchement dans des conditions proches de la normale et les mutilations de type II semblent principalement associées à une augmentation des déchirures périnéales antérieures.

3. Évaluer le niveau de risque de mutilation sexuelle féminine

3.1 Les facteurs de risque pour une patiente de subir une mutilation sexuelle féminine

Il est recommandé de rechercher ces éléments pour évaluer le risque pour une patiente de subir une mutilation sexuelle féminine. L'un de ces critères peut suffire à alerter le professionnel de santé et à mettre en place les mesures de prévention (se référer au chapitre 6 de la recommandation : « Conduite à tenir pour la protection des mineures face à un risque d'une mutilation sexuelle féminine »).

- Une mineure dont le père et/ou la mère vient d'une communauté pratiquant les mutilations sexuelles féminines.
- La famille est originaire d'une communauté qui est connue pour pratiquer les mutilations sexuelles féminines. Une femme peut être victime d'une pression exercée par son conjoint ou par d'autres membres de sa famille ou de celle de son conjoint ou de sa belle-famille. Elle peut être amenée à autoriser, voire à organiser la mutilation de sa propre fille.
- La mère de la fille, sa sœur, sa cousine ont subi une mutilation sexuelle féminine. À défaut, un membre de la famille (grand-mère, tante, etc.) se chargera de faire pratiquer la mutilation sexuelle féminine, avec ou sans l'accord des parents (père et/ou mère), partant du principe que le collectif prime sur l'individu.
- La famille indique que des personnes de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé ou que ces personnes sont impliquées dans l'éducation des petites filles.

Lorsque l'on aborde le sujet des mutilations sexuelles féminines avec la famille :

- la famille croit que les mutilations sexuelles féminines sont essentielles à sa culture, à ses coutumes, ou à sa religion ;
- les parents minimisent les risques de santé et de mortalité liés aux mutilations sexuelles féminines ;
- ils méconnaissent la législation française et celle du pays d'origine. Les parents pensent que le risque légal de pratiquer une mutilation sexuelle féminine sur leur enfant est moindre pour eux s'ils sont à l'extérieur de la France.

3.2 Les indicateurs spécifiques chez une mineure

Naitre d'une mère qui a subi une mutilation sexuelle féminine constitue un facteur de risque important. Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées à tout âge et dans le contexte familial.

Le fait d'avoir quitté son pays d'origine ne suffit pas toujours à assurer la protection de la fille. Cette situation peut, à l'inverse, constituer un risque renforcé par un repli identitaire.

- Les parents envisagent un voyage pour leur fille à l'étranger, y compris en Europe - différents motifs peuvent être invoqués (fête familiale, maladie d'un proche, etc.) - ou indiquent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée.
- La mineure confie au professionnel de santé qu'elle va participer à une fête, un rituel particulier, « *comme un baptême* », où elle recevrait « *des cadeaux* », « *une belle robe* », à une occasion de « *devenir une femme* » ou qu'elle va partir pour de longues vacances.
- La famille n'assure pas le suivi médical de la mineure (par exemple, carnet de santé vide).
- Les parents envisagent un voyage ou un retour au pays d'origine (les parents demandent une vaccination, une prophylaxie pour un voyage à l'étranger, la mineure vient d'être vaccinée contre la fièvre jaune). Le voyage peut ne concerner que les filles de la famille.

- Un parent ou un membre de la famille, de l'entourage exprime son inquiétude sur le risque d'une mutilation sexuelle féminine pour une mineure.
- La mineure parle de mutilation sexuelle féminine lors d'une conversation en parlant, par exemple, d'une autre enfant. Ne jamais minimiser ce risque quand l'enfant se confie ou fait part de son inquiétude.
- Une mineure demande de l'aide à un adulte car elle est informée ou elle suspecte qu'elle risque de subir une mutilation sexuelle féminine.

4. Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines avec les patientes (femmes, mineures) ?

Il est recommandé pour une première consultation où l'on souhaite aborder la question des mutilations sexuelles féminines, quel que soit le motif, que la patiente soit vue seule.

Il est recommandé, dans la mesure du possible pour une patiente mineure, et selon son niveau de discernement, de la voir seule en consultation pour parler des MSF.

Il est recommandé :

- d'aborder le sujet sans craindre de heurter la personne chaque fois qu'il existe des facteurs de risque ;
- de connaître un minimum le sujet et de s'assurer que l'on dispose du temps approprié pour écouter la patiente.

Utiliser un interprète

Le recours à un organisme d'interprétariat est indispensable en cas de barrière linguistique. Il est recommandé de favoriser un interprète exerçant dans des organismes agréés par les institutions publiques (hôpitaux, conseils départementaux, ARS, etc.) lorsque cela est possible.⁷

L'interprète ne doit jamais être :

- un membre de la famille ;
- ou connu comme ayant une influence sur la mineure ou la femme ;
- ou faisant partie de la communauté dont est originaire la patiente.

Il est recommandé, lors d'un recours à un interprète, de noter son nom et le service auquel il appartient. Il est recommandé, dans le cas d'une impossibilité de recourir à un interprète, d'orienter la femme vers une structure de soins spécialisés ou une association⁸ s'occupant des mutilations sexuelles féminines.

4.1 Aborder le sujet sereinement avec les patientes

Il est recommandé :

- de partir du savoir et du vocabulaire de la patiente, d'apprendre de ses dires ;
- d'utiliser un vocabulaire adapté accessible ; essayer, avec la patiente ou sa famille, des mots pour désigner les mutilations sexuelles féminines comme : « *la tradition* », « *la coutume* » ou « *le rituel* », « *le sexe coupé* », « *esquizeé* », « *excisé* », « *infibulé* », « ou « *coupé en bas* » (en désignant avec la main le bas du ventre) ;
- d'essayer d'identifier ce dont la patiente est prête à parler, ce dont elle veut parler, et partir de cela pour entamer la discussion. Ne pas anticiper les choses à sa place ;
- d'être patient, car la relation de confiance peut prendre du temps à s'installer au vu des violences vécues (mutilations sexuelles féminines, mariage précoce et/ou forcé, viols) ;
- de ne pas utiliser les termes « *normal* » et « *anormal* » car la norme est une chose toute relative ;
- de déculpabiliser et déresponsabiliser la patiente ;
- de ne pas banaliser, ni minimiser, ni justifier les mutilations sexuelles féminines ;

⁷ Se reporter au référentiel : interprétariat linguistique dans le domaine de la santé de HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf

⁸ Se référer à l'annexe 7 de la recommandation « Associations. Sites de référence. Outils. »

- de ne pas porter de jugements, et tenir compte du fait que la patiente puisse vivre un conflit de loyauté avec ses parents ou sa communauté d'origine, ce qui rend sa démarche encore plus compliquée ;
- de reconnaître les émotions de la patiente par rapport à la menace vécue ou les mutilations sexuelles féminines subies (la peur, l'angoisse, la colère...).

4.2 Conseils pour mener un entretien avec les patientes

Différentes situations peuvent être rencontrées par le praticien.

Il est recommandé de ne pas avoir de réaction trop vive ou inappropriée lorsque l'on n'est pas familier avec ce type de violence faite aux femmes. Les patientes peuvent se sentir humiliées ou agressées par ces attitudes.

Il est proposé de débiter le questionnement par une question du type : « *Vous venez d'un pays où peuvent se pratiquer les excisions* », « *Savez-vous si vous êtes excisée ?* », « *Connaissez-vous des femmes qui ont été excisées dans votre famille ?* ».

4.2.1 La patiente sait qu'elle est mutilée

Il est recommandé :

- d'ouvrir le dialogue si elle le souhaite ;
- d'évaluer l'impact de la mutilation sur sa vie et sa santé ;
- d'organiser la prise en charge sur le plan médical, psychologique, social et sexuel si telle est sa demande ;
- de lui demander si elle a des enfants et, si oui, des filles vivant en France ou à l'étranger ;
- d'évaluer les risques de mutilation sexuelle féminine chez ses filles et celles à naître pour éviter qu'elles n'en soient un jour victimes.

Compte tenu de ses réponses et éventuellement de celles du père, mettre en place toutes les mesures de prévention et de protection de l'enfance.

La patiente ne souhaite pas en parler

Si toutefois, la patiente ne souhaite pas parler de sa propre excision, il est recommandé d'aborder systématiquement le sujet des mutilations sexuelles féminines en prévention pour ses filles et les mineures de son entourage.

Elle pourra, à son rythme, reprendre le dialogue si elle le souhaite. Il est important de l'informer et qu'elle comprenne que vous serez particulièrement vigilant pour ses filles (il est recommandé d'évaluer les risques de mutilation sexuelle féminine chez ses filles et d'organiser la prévention).

Il est recommandé alors d'informer la patiente que le professionnel reste disponible et/ou de l'orienter vers un lieu spécialisé.

4.2.2 Si la patiente ignore sa mutilation lors d'un l'examen gynécologique

Les mutilations sexuelles féminines étant un crime, avant tout examen, le praticien doit préciser à la patiente :

- qu'en cas de découverte d'une mutilation, il est dans l'obligation de l'informer des conclusions de l'examen ;
- qu'il est à sa disposition pour échanger dans le respect de ce qu'elle souhaite en savoir.

L'annonce constitue un événement majeur dans la vie de cette patiente. Il est nécessaire de faire l'annonce avec tact. L'annonce doit être suivie d'un temps suffisant pour en parler, quitte à reporter l'annonce dans un temps dédié.

Le fait de ne pas en parler peut entraîner de graves conséquences :

- pour elle-même (la femme peut ressentir de la honte ou un manque de confiance ultérieur envers les professionnels de santé) ;
- pour le risque de mutilation sexuelle féminine encouru par ses filles.

Il est recommandé d'être attentif aux demandes indirectes.

Il peut être utile de recourir à des outils pédagogiques et d'informations sur les mutilations sexuelles féminines (se référer à l'annexe 7 de la recommandation « Associations. Sites de références. Outils. »).

4.3 Conseils spécifiques pour mener un entretien avec une mineure

Les jeunes filles peuvent se confier d'une manière indirecte : « *Moi non, mais j'ai une amie que je connais* », car elles peuvent avoir des notions d'interdit, des sentiments de peur ou de honte. Dans ce cas, il est proposé de donner une réponse indirecte : « *Vous direz à votre amie qu'elle peut venir en parler avec moi* ».

4.3.1 Des questions sur les circonstances d'un éventuel voyage en projet

Lorsqu'il a connaissance d'un voyage dans un pays où se pratiquent les mutilations sexuelles féminines, le professionnel doit poser des questions, notamment sur les motifs de ce voyage, ses modalités :

« *J'ai appris que tu allais partir en voyage au [préciser le pays], est-ce que tu peux m'en parler ?* », « *Avec qui est-ce que tu pars ?* », « *Qu'allez-vous faire ?* », « *Est-ce que tu as envie de partir ?* », « *Est-ce que tu as peur qu'il t'arrive quelque chose durant ce voyage ?* », « *Quand est-ce que tu pars ?* ».

Sans évoquer directement les mutilations sexuelles féminines, certaines réponses de la mineure peuvent constituer des indices de l'existence d'un risque de mutilation sexuelle féminine : « *Je dois aller à une grande fête ou à une fête comme un baptême* », « *Je dois avoir ou j'ai reçu des cadeaux, une belle robe* », « *Je dois aller voir ma grand-mère, ma tante, qui est malade* », « *Je vais au mariage de ma cousine* », « *Je ne pars qu'avec mes sœurs ou mes cousines* ».

4.3.2 En cas de doute sur une mutilation subie

Le professionnel peut poser des questions sur les troubles et les difficultés repérés.

Le professionnel peut partir des troubles et des difficultés constatés ou rapportés chez la mineure pour initier un échange avec elle. Il s'agit de lui offrir un espace lui permettant de révéler d'éventuelles violences subies, notamment une menace ou une mutilation sexuelle féminine subie.

- « *Je m'inquiète pour toi, tu as l'air fatiguée/inquiète/contrariée* ».
- « *Je m'inquiète pour toi au sujet de tes absences scolaires répétées/de la chute de tes résultats scolaires* ».
- « *J'ai constaté que tu avais des difficultés à te concentrer, est-ce que tu peux me dire ce qu'il se passe ?* »
- « *Je souhaiterais savoir comment les choses se passent à la maison, avec tes parents* ».

4.4 Aborder le sujet des mutilations sexuelles féminines avec les parents d'une mineure

Il est recommandé d'identifier à la naissance le risque de mutilation sexuelle féminine, afin que les mesures de prévention et de protection soient prises et maintenues. Il est important d'aborder le sujet avec le ou les parents.

Il peut arriver, au cours de la discussion, que l'on décèle une discordance d'opinion entre les deux adultes responsables de l'enfant.

Échanger sur les mutilations sexuelles féminines, c'est d'abord avoir une posture d'écoute bienveillante sans jugement sur une tradition, une coutume ou une culture familiale (non seulement la maman de la mineure peut être excisée mais aussi la mère du père de la mineure, ses tantes...).

Lors de la discussion avec les parents, les futurs parents, il est recommandé d'aborder progressivement la question des mutilations sexuelles féminines pour la petite fille à naître et d'éventuelles aînées.

Il est recommandé :

- d'expliquer les conséquences immédiates et à moyen-long terme sur la santé de la mineure puis de la future femme ;
- de rappeler la loi en précisant que, quel que soit le pays où cela pourrait se commettre :
 - la mineure résidant habituellement en France (sans condition de nationalité) est protégée par la loi française,
 - les auteurs ou complices sont soumis à la loi française (les mutilations sexuelles féminines sont un crime),
 - les mutilations sexuelles féminines sont formellement interdites par la loi en France et dans de nombreux pays ;
- en leur remettant des documents d'information. Se référer au site <https://stop-violences-femmes.gouv.fr>.

Il est recommandé ensuite de noter sur le carnet de santé, ainsi que dans le dossier professionnel, « *prévention excision avec les deux parents* ». En cas de rendez-vous programmé avec un interprète, cette notion doit être notée aussi.

Il est recommandé d'aborder le sujet des mutilations sexuelles féminines à des moments clés de la vie de la mineure :

- pour la nouveau-née lors du premier examen ;
- lors de tout premier contact avec l'enfant ;
- lors d'un examen médical (vaccin, certificat de sport, etc.) ;
- avant le départ et au retour d'une voyage à l'étranger, pour les vacances ou hors vacances scolaires.

5. Les signes évocateurs d'une mutilation sexuelle féminine récente sur une patiente

Il peut arriver qu'une patiente révèle spontanément une mutilation sexuelle féminine subie à un professionnel.

Cependant, dans la majorité des situations, ces violences sont non visibles et/ou tues. Les victimes n'en parleront pas spontanément.

Le cumul des signaux présentés ci-dessous doit être pris en considération et conduire le professionnel à envisager la possibilité que la patiente soit victime de mutilation sexuelle féminine.

Il est recommandé d'évoquer qu'une mutilation sexuelle féminine récente a été effectuée chez une patiente devant les signes suivants :

- modifications du comportement et de l'humeur : abattement, dépression, anxiété, signes d'envahissement émotionnel et psychologique, manque de concentration, chute des résultats scolaires, trouble des comportements alimentaires, tristesse, peurs, rigidité, mutisme et le repli sur soi ;
- fugues ;
- agressivité envers les autres et soi-même ;
- confiance, demande d'aide auprès d'un professionnel de santé mais sans expliquer quel est le problème ;
- difficultés à marcher, à s'asseoir, douleurs, sensation d'inconfort entre les jambes, douleur au niveau de la cicatrice ;
- douleurs pendant les règles, entraînant des absences répétées de la mineure souvent non justifiées par un certificat médical ;
- difficultés pour uriner. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, à des séjours prolongés dans les toilettes ;
- crainte ou impossibilité d'effectuer certains mouvements : certaines mineures vont refuser de participer à des activités sportives ou demander à être excusées des cours d'éducation physique sans un mot du médecin traitant ;
- refus de l'examen médical ;
- sections manquantes dans le carnet de l'enfant, voire absence du carnet de santé ;
- absentéisme inattendu et prolongé de l'école ou du collège ou de la crèche, de la halte-garderie ; absence de retour à l'école après des vacances scolaires prolongées (envisager le retour au pays pour être mutilée sexuellement et/ou mariée de force précocement ou non).

Il est recommandé de se référer au chapitre 4 de la recommandation « Comment aborder la question des mutilations sexuelles féminines avec les patientes (femmes, mineures) ? »

6. Conduite à tenir pour la protection des mineures face à une mutilation sexuelle féminine

6.1 Les moyens de prévention et de protection

6.1.1 Évaluer la situation globale de la mineure

En cas de menace de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit évaluer l'imminence du danger, à partir :

- des facteurs de risque (se référer au chapitre 3 : « Évaluer le niveau de risque de mutilation sexuelle féminine », et au chapitre 3.2 : « Les indicateurs spécifiques chez une mineure ») ;
- des échanges avec les parents ou avec la mineure ;
- d'un possible départ imminent.

Le professionnel peut s'aider :

- de l'assistance et de l'accompagnement auprès du 119 (Enfance en danger),⁹
- du médecin de la Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental (CRIP),
- ou d'un professionnel de la CRIP (si connu),
- ou d'un médecin de PMI ;
- des associations spécialisées (se référer à la liste des associations, annexe 7 de la recommandation).

6.1.2 Le scénario de protection pour les mineures

Conseils à la mineure

Le professionnel de santé peut donner à la mineure menacée de mutilation sexuelle féminine, en fonction de son âge et de ses capacités, quelques conseils simples qui lui permettront de réagir en cas de situation d'urgence :

- contacter les numéros d'appel d'urgence : le 17 (police), 114 (contact par SMS pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés à s'exprimer) ;
- contacter :
 - le 119 (Enfance en danger) qui n'est pas un numéro d'appel d'urgence mais un numéro d'écoute, de soutien, localement, et éventuellement d'orientation par leurs soins vers les services de protection de l'enfance adaptés,
- de s'appuyer sur l'infirmière de l'Éducation nationale ¹⁰;
- de prendre contact avec la PMI près de chez elle ;
- d'identifier parmi ses proches (à l'école, son voisinage, le médecin de famille, etc.) ceux et celles qui peuvent constituer un soutien ;
- de s'informer si des sœurs peuvent être concernées ;
- en dernier recours à l'aéroport, de se signaler aux agents de sécurité ou aux autorités (par exemple, glisser un petit papier « SOS excision », se rouler par terre, faire un esclandre, etc.) pour pouvoir être prise individuellement par les autorités et pouvoir parler.

Conseils aux parents

Il est recommandé de fournir aux parents des certificats et une attestation sur lesquels les parents pourront s'appuyer pour protéger leurs enfants :

⁹ Se référer à l'annexe 6 « Numéros en cas d'urgence ».

¹⁰ Accessible gratuitement et sans formalité au sein de tous les établissements publics locaux d'enseignement.

- un certificat médical de non-excision pour leurs filles, (se référer à l'annexe 5 « Certificat médical de non-excision ») avec un contre-examen à la date de retour indiquée ;
- une attestation précisant les risques juridiques et financiers et les complications pour la santé de la mineure. Plus le professionnel remet de documents (assortis d'un ou plusieurs tampons), aux parents, plus l'effet est dissuasif.

Il est recommandé de les mettre en contact avec des associations spécialisées.

Prévention

La prévention est un levier essentiel dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. En parler permet de lever le tabou et parfois de libérer la parole. Il est recommandé au praticien de les évoquer en adaptant son discours au degré de compréhension de la mineure et/ou de la femme et/ou des parents.

Informier et sensibiliser les jeunes sur l'existence de ces mutilations, leur illégalité et leurs conséquences néfastes, ainsi que sur les possibilités d'accueil et de prise en charge des victimes ou potentielles victimes, est important. Le professionnel de santé peut également s'appuyer sur les structures existantes et en informer la patiente, afin de favoriser un meilleur maillage à l'écoute de cette dernière (par exemple : PMI, infirmier(e)s de l'Éducation nationale.

6.2 Conduite à tenir pour le professionnel en cas d'un risque imminent de mutilation sexuelle féminine pour une mineure : signalement auprès du procureur de la République

Le risque imminent d'une mutilation sexuelle féminine constitue une situation d'une extrême gravité.

Face à un risque imminent de mutilation sexuelle féminine, le professionnel doit faire en premier lieu un SIGNALEMENT et en urgence ¹¹.

C'est-à-dire que le professionnel **DOIT** :

- **informer le procureur de la République** du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente ou de la mineure **par téléphone, télécopie ou courriel** avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence).

Si, dans l'urgence, le procureur a été averti uniquement par téléphone **et** télécopie, le signalement sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le professionnel s'assurera de sa réception (se référer à l'annexe 3 : « Formulaires de SIGNALEMENT ») ;

- **adresser** une copie de ce document écrit à l'attention du-médecin ou du responsable de **la Cellule de recueil des informations préoccupantes** du conseil départemental (CRIP).

Il est recommandé au professionnel de santé de conserver un double de cet écrit et d'en faire mention dans le dossier médical.

¹¹ Se référer au chapitre « Obligation de signalement pour tout citoyen », en annexe 2 « Au regard des textes légaux » de la recommandation. L'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>

Il est recommandé à ce stade de ne pas informer les parents pour ne pas faire courir un risque supplémentaire à la mineure.

Le procureur de la République ou un juge des enfants, lorsque toute autre méthode de prévention semble vouée à l'échec, peut produire une interdiction de sortie du territoire. Il peut également faire appel aux forces de police ou de gendarmerie (brigade de protection des mineurs et/ou des familles) pour faire un rappel à la loi rigoureux.

Certains procureurs peuvent également proposer un examen des OGE de l'enfant avant le départ et au retour ; avec sanction en cas de manquement au droit français.

Le procureur de la République dispose d'une large gamme de pouvoirs permettant de protéger l'enfant, allant de la saisine du juge des enfants par requête, en assistance éducative, à la décision d'une ordonnance de placement provisoire pour protéger l'enfant si celui-ci l'estime nécessaire.

La saisine du procureur de la République constitue alors le point de départ d'un examen judiciaire de la situation et de l'enquête.

Il est recommandé de prendre en considération l'existence d'un risque identique pour les sœurs.

Il est conseillé de procéder à un examen de la région vulvaire.

La mention de cette information sur les mutilations sexuelles féminines, ainsi que l'examen des organes génitaux externes, seront explicitement consignés dans le dossier médical.

Le signalement n'empêche pas la poursuite du suivi par le professionnel de santé, bien au contraire.

Il est utile d'informer les parents de la nécessité de respecter l'intégrité physique de leur enfant et éventuellement de leur remettre un certificat médical indiquant l'absence de mutilation sexuelle féminine au jour de l'examen, sur papier à en-tête, signé et tamponné.

La rédaction d'un tel certificat médical peut être dissuasive.

La famille est alors informée que :

- le même examen médical sera réalisé au retour (se faire préciser la date de retour prévue) ;
- la loi oblige tous les professionnels de santé à signaler aux autorités compétentes toute connaissance de mutilations sexuelles féminines, considérées comme un crime en France, comme dans de nombreux pays.

6.3 Conduite à tenir pour le professionnel¹² en cas de risque non imminent de mutilation sexuelle féminine : information préoccupante à la Cellule de recueil des informations préoccupantes

Face à un risque non imminent de mutilation sexuelle féminine, le professionnel **doit rédiger une INFORMATION PRÉOCCUPANTE à la Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental (CRIP).**

C'est-à-dire qu'il doit alerter la **Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)** en rédigeant et en adressant **au médecin ou au responsable de la CRIP** un document écrit avec les éléments qui l'amènent à évaluer la présence de ce risque. Se référer à l'annexe 4 : « formulaire INFORMATIONS PREOCCUPANTES ».

À partir de cette information préoccupante, la CRIP (en vertu de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant) fait réaliser « *l'évaluation de la situation [de la] mineure [...] par une équipe pluridisciplinaire de professionnels [...].* À cette occasion, la situation des autres mineur[e]s présent[e]s au domicile est également évaluée ».

Il est recommandé que le professionnel de santé informe les parents de l'envoi de l'information préoccupante.

6.4 En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure : signalement auprès du procureur de la République

Face à un constat de mutilation sexuelle féminine, le professionnel¹³ doit **faire un SIGNALEMENT en premier lieu et en urgence.**

C'est-à-dire que le professionnel **DOIT** sans délai :

- **informer le procureur de la République** du tribunal de grande instance du ressort du domicile de la patiente ou de la mineure **par téléphone, télécopie ou courriel**, avec accusé de réception (les services de police ou de gendarmerie disposent des coordonnées des magistrats de permanence) ;
- si, dans l'urgence, le procureur a été averti uniquement par téléphone et télécopie, le signalement sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le professionnel s'assurera de sa réception (se référer à l'annexe 3 : « Formulaires de SIGNALEMENT »).

Il est recommandé de prendre attache téléphoniquement auprès du procureur de la République si possible (un membre du parquet est systématiquement de permanence) pour connaître la position à tenir en cas de constatation.

Une copie sera adressée au président du conseil départemental afin que celui-ci soit également informé de l'existence d'une mineure en danger sur son territoire.

La question de l'éloignement de l'enfant de la cellule familiale se posera en urgence par les services d'enquête et du parquet de manière à assurer une protection à la victime.

¹² Se référer au chapitre « Obligation de signalement pour tout citoyen », en annexe 2 « Au regard des textes légaux » de la recommandation. L'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine.

¹³ Se référer au chapitre « Obligation de signalement pour tout citoyen », en annexe 2 de la recommandation « Au regard des textes légaux ».

Il est recommandé au professionnel de rechercher l'existence de sœurs dans la fratrie et de le mentionner dans le certificat.

Pour ne pas entraver l'enquête judiciaire, il est recommandé de ne pas informer les parents de cette démarche de signalement et de ne pas les interroger sur les circonstances (lieu, date, etc.) de la mutilation sexuelle féminine.

Ce signalement n'impactera pas la prise en charge ultérieure de la mineure comme de la famille.

Il est recommandé au professionnel :

- de remettre aux familles des documents d'information (se référer au site <https://stop-violences-femmes.gouv.fr>) ;
- d'adresser les familles vers des associations, si elles le souhaitent (se référer à l'annexe 7 « Associations. Sites de références. Outils »).

7. Conduite à tenir pour une patiente majeure face aux mutilations sexuelles féminines

7.1 Si le risque concerne une patiente majeure

Il est recommandé de l'orienter vers :

- le 3919 (Violences femmes info, numéro vert) ;
- une association spécialisée ;
- une association du réseau France victimes ;
- un centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF).

Se référer à la liste des associations de l'annexe 7 des recommandations.

Pour un hébergement d'urgence, il est recommandé d'appeler le 115 d'orienter la patiente vers l'assistante sociale de la mairie de son domicile.

Dans le cas d'un **risque imminent** de mutilation chez une femme majeure, on rentre dans le cadre des dispositifs de mise à l'abri des femmes en danger. Il est recommandé d'appeler le 17.¹⁴

Il est rappelé au praticien qu'il ne peut pas signaler aux autorités en l'absence de consentement de la patiente (à l'inverse des mineures).

7.2 En cas de mutilation avérée d'une patiente majeure

Il est rappelé au professionnel que :

- si la patiente est majeure « non vulnérable », il n'y a pas d'obligation de signalement. Le professionnel ne peut pas signaler aux autorités en l'absence de consentement de la patiente (à l'inverse des mineures) ;
- si la patiente « *n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* »¹⁵, il y a une obligation de signaler.

Il est recommandé d'informer la victime de ses droits.

Les mutilations sexuelles féminines sont une infraction punie par le Code pénal. Une femme qui a été mutilée pendant sa minorité **peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 48 ans.**

La révélation des faits constitue toujours un moment compliqué pour la victime. Il apparaît donc indispensable qu'elle soit accompagnée.

Il est recommandé de l'orienter :

- vers une association d'aide aux victimes conventionnée par le Ministère de la justice, compétente pour l'accompagner dans le cadre de son parcours judiciaire ;
- vers un centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) ;
- ou le 3919 (Violences femmes info¹⁶) ;

¹⁴ Se référer à l'annexe 6 « Numéros en cas d'urgence ».

¹⁵ L'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine. Article 226-14 du Code pénal Modifié par loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>

¹⁶ Numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés. Appel anonyme et gratuit 7 jours sur 7, de 9 h à 22 h du lundi au vendredi et de 9 h à 18 h les samedis, dimanches et jours fériés.

- ou le 116 006 (numéro d'aide aux victimes¹⁷) ;
- ou une association spécialisée qui peut l'accompagner vers un dépôt de plainte ;
- ou vers le Tchat du signalement anonyme en ligne de violences sexuelles et sexistes¹⁸).

(Se référer à la liste des associations, annexe 7 des recommandations).

Il est recommandé de dépister les autres formes de violences. Une femme victime de mutilation sexuelle féminine encourt un risque accru d'être victime d'autres formes de violences (violences au sein du couple, violences intrafamiliales, violences sexuelles, mariage forcé).

Il est recommandé au professionnel de questionner systématiquement la femme sur les violences subies afin de dépister ces violences et de l'orienter vers une protection et une prise en charge adaptée.

La prise en charge de la mutilation sexuelle féminine est traitée au chapitre 9.2 : « Prise en charge d'une femme ayant subi une mutilation sexuelle féminine ».

¹⁷ Numéro gratuit et ouvert 7 jours sur 7 de 9 h à 19 h.

¹⁸ <https://www.service-public.fr/cmi>, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

8. Examen d'une patiente ayant subi une mutilation sexuelle féminine

Rappel : devant tout constat de mutilation sexuelle féminine chez une mineure, le professionnel est tenu de faire un signalement au procureur de la République.

La législation n'impose pas qu'un examen des OGE soit effectué avant le signalement d'une suspicion de mutilation sexuelle féminine.

Tout certificat médical doit être rédigé après un examen clinique objectivant les lésions ou leur absence.

Les conseils suivants s'appliquent à toutes les patientes en prenant en compte les spécificités liées à leur âge et à leurs situations.

À la suite d'une mutilation sexuelle féminine, la patiente peut développer des troubles de stress aigu et des troubles de stress post-traumatique. Dans ce cas, la victime peut être confuse et dans l'incapacité de se souvenir de tout ou partie de ce qui s'est passé.

8.1 Examens des femmes et jeunes filles

L'examen d'une patiente nécessite une approche avec de la sensibilité en se rappelant que tout examen nécessite le consentement de la personne.

Comme pour tout examen médical, les pratiques doivent être respectueuses, par exemple :

- le respect du consentement ;
- il n'est pas nécessaire de déshabiller intégralement la patiente ;
- tout geste doit être expliqué ;
- ne pas inquiéter la patiente par une réaction inappropriée (verbale et non verbale). Les patientes n'ont pas forcément l'habitude d'un examen génital.

L'examen clinique des OGE ne constitue pas un examen gynécologique et ne nécessite pas la pratique d'un toucher vaginal ou l'utilisation d'un spéculum.

L'examen clinique permet de confirmer le diagnostic de mutilation sexuelle féminine. Il est recommandé de faire une évaluation des séquelles.

Il est recommandé de proposer à la femme ou à la jeune fille d'appuyer ses explications à l'aide d'un examen au miroir.

Il est recommandé d'utiliser la classification de l'Organisation mondiale de la santé, ou de faire une description dans le dossier en précisant :

- la présence du capuchon clitoridien ;
- l'aspect du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres, du méat urinaire.

Un schéma peut être utile dans le dossier médical.

Il est recommandé d'expliquer à la patiente les résultats de l'examen clinique à l'aide d'outils pédagogiques : dessins, schémas, mannequins¹⁹.

En cas de doute diagnostique, il est impératif d'orienter la patiente **sans rédiger** de certificat médical vers un médecin spécialiste ou une équipe spécialisée dans les mutilations sexuelles féminines.

¹⁹ Par exemple, se référer à l'annexe 7 « Associations. Sites de références. Outils. » et au lien suivant : « Pour les outils pédagogiques : <https://federationgams.org/outils-msf/> »

Il est recommandé de se référer au lien ci-dessous qui indique une liste actualisée de consultations et de services spécialisés en matière d'activités chirurgicales. <https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excises-en-2018-1.pdf>.

Il est également recommandé de rechercher si elle a des filles et/ou des sœurs mineures et d'évoquer avec elle la prévention des mutilations sexuelles féminines pour ces dernières.

Concernant les mineures adolescentes, il est recommandé que le médecin lui rappelle :

- que la loi interdit ces violences ;
- qu'elle n'en est en rien responsable, quelles que soient les causes et les circonstances.

8.2 Examen d'une petite fille, d'un nourrisson

Il est recommandé que toutes les mineures bénéficient d'un examen régulier des organes génitaux externes dont les conclusions doivent être notées dans le carnet de santé.

Il est recommandé d'être vigilant par rapport aux mutilations sexuelles féminines.

Comme pour tout examen clinique, il est nécessaire :

- de parler à la mineure de façon adaptée à son âge et à son degré de compréhension ;
- de lui expliquer en quoi consiste l'examen clinique (oreilles, cœur, poumons, bouche, yeux et vulve) ;
- de rechercher une symptomatologie génito-urinaire lors de l'anamnèse ;
- de prendre le temps de rassurer la mineure ainsi que ses parents quant à l'examen de la vulve car il ne s'agit pas d'un examen intrusif ;
- chez un nourrisson :
 - de donner des conseils sur l'hygiène de la vulve et des plis permettant notamment de s'assurer de l'intégrité des organes génitaux externes,
 - une mutilation de type I ancienne et déjà cicatrisée peut passer inaperçue chez un bébé mais une infibulation (type III) est par contre bien visible.

Si l'enfant manifeste une opposition (par exemple, serrer les jambes, hurlements), il est recommandé de ne pas insister.

Selon le contexte et l'évaluation du niveau de risque, il est recommandé de proposer :

- un nouveau rendez-vous ;
- ou d'appeler la Cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental (le médecin de préférence).

Il est rappelé que l'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine (se référer à l'annexe 2 de la recommandation « Au regard des textes légaux »).

Il est recommandé de noter dans le carnet de santé et dans le dossier médical les conclusions de l'examen clinique, dont, les organes génitaux externes.

Certaines pathologies vulvaires chez la fillette peuvent, pour le clinicien non averti, avoir une apparence quelque peu semblable à celles de séquelles de mutilation sexuelle féminine (par exemple, une coalescence des petites lèvres, une partie postérieure des petites lèvres non formées).

En cas de doute diagnostique il est recommandé d'adresser l'enfant à un confrère expérimenté.

Cas particulier de motif d'examen clinique : demande de certificat « de non-excision » dans le cadre d'une demande d'asile à visée de protection de la mineure contre un risque de mutilation au pays.

Dans le cadre de la demande d'asile (protection internationale) auprès de l'Office de protection des réfugiés et des apatrides) (OFPRA) ou de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), un certificat de non-mutilation de la mineure est demandé par ces instances. Ce certificat, et dans ce contexte spécifique, doit être rédigé par un médecin légiste au sein d'un service agréé (unité médico-judiciaire).

Lors de cette demande d'asile, afin de protéger sa fille, la mère demande généralement également un certificat constatant qu'elle a été mutilée. Ces certificats peuvent être réalisés par tous professionnels de santé expérimentés dans les mutilations sexuelles féminines.²⁰

²⁰ Se référer à l'annexe 2 de la recommandation « Au regard des textes légaux ».

9. Prise en charge médicale en premier recours et orientation

9.1 Prise en charge d'une mineure ayant subi une mutilation sexuelle féminine

Rappel : toute constatation de mutilation sexuelle féminine chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement au procureur de la République. Une absence de signalement constitue une non-dénonciation de crime (se référer au chapitre 6.4 « En cas de constat d'une mutilation sexuelle chez une mineure : Signalement auprès du Procureur de la République »).

Le signalement permet aussi de protéger d'éventuelles sœurs dans la fratrie.

Il est recommandé d'adresser cette mineure pour obtenir un bilan médical de la mutilation sexuelle féminine vers :

- un service de chirurgie pédiatrique ou une équipe multidisciplinaire expérimentée dans la prise en charge des mutilations sexuelles féminines ;
- ou vers un service de pédiatrie.

Ne pas hésiter à :

- contacter les médecins des associations spécialisées²¹ ;
- informer la mineure de la présence d'infirmière de l'Éducation nationale et de l'inviter à lui en parler en cas de besoin²².

L'équipe ou le service multidisciplinaire évaluera la situation, ses causes et ses conséquences. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et prise en charge précoce des complications).

Il est recommandé :

- que le service spécialisé et le médecin traitant de l'enfant travaillent de concert ;
- de proposer un suivi psychologique en s'appuyant sur la pédopsychiatrie de secteur.

Comment réagir lors de la révélation par une mineure de mutilations sexuelles féminines subies ?

Il convient de souligner l'acte de courage et de confiance de la part de la mineure que représente la révélation d'une mutilation sexuelle féminine.

À dire : « *Tu as bien fait de venir me parler* », « *C'est interdit en France* », « *C'est ton corps, personne n'a le droit de te faire du mal* », « *On n'a pas le droit de te faire cette violence, ni en France, ni dans d'autres pays* », « *Si tu veux, tu peux revenir me voir pour en parler* ».

Il est recommandé d'avertir la mineure que le médecin est dans l'obligation d'informer les autorités compétentes.

À ne pas dire : « *Ce n'est pas grave* », « *Je vais garder ton secret* », « *Je n'en parlerai à personne, cela restera entre toi et moi* », « *Tout va s'arranger* », « *Tes parents sont des barbares* ».

²¹ Se référer à l'annexe 7 de la recommandation « Associations. Sites de référence. Outils. »

²² Cette possibilité lui est offerte tout au long de sa scolarité.

9.2 Prise en charge d'une femme ayant subi une mutilation sexuelle féminine

Il est recommandé de prendre le temps de dialoguer avec la patiente pour recueillir ses souhaits et ses besoins afin de lui proposer, si elle le souhaite, une prise en charge pluridisciplinaire (gynécologique, urologique, obstétrique, chirurgicale, psychologique, sexuelle, sociale).

Plusieurs choix sont possibles :

- un nouveau rendez-vous médical afin de revoir la patiente pour poursuivre le dialogue, si elle le souhaite ;
- un suivi gynécologique vers des unités de gynécologie obstétrique, chirurgie, et médico psychosociales pour une prise en charge pluridisciplinaire ;
- une prise en charge psychologique ;
- un suivi sexologique afin d'évaluer les retentissements de la mutilation sur la sexualité et les conséquences sur le désir et le plaisir sexuels ;
- un contact avec une association ou une institution qui organise des groupes de parole autour de ces questions.

Pour mémoire, il est recommandé d'évaluer le risque de mutilation sexuelle féminine pour les filles de la patiente.

Une femme peut rapporter avoir des filles majeures ayant subi une mutilation sexuelle féminine. Il est recommandé d'inviter ses filles à consulter pour elles-mêmes.

9.2.1 Prise en charge psychologique

Les filles et les femmes peuvent présenter une grande variabilité individuelle dans l'assimilation psychique et physique des mutilations qu'elles ont subies.

Compte tenu du traumatisme majeur, cette grande variabilité est à prendre en compte par le professionnel de santé.

Il est recommandé d'adresser les patientes ayant des troubles tels que : anxiété, angoisse, dépression, syndrome de stress post-traumatique, etc. à un psychiatre/pédopsychiatre, psychologue, psychothérapeute.

9.2.2 Prise en charge d'une femme enceinte

Il est recommandé de rassurer une femme enceinte ayant subi une mutilation sexuelle féminine sur la possibilité que sa grossesse et son accouchement se déroulent sans complication avec un suivi obstétrical adéquat.

Il est recommandé d'adresser une femme mutilée sexuellement dès le début du deuxième trimestre de la grossesse vers un suivi en maternité. En effet, certaines femmes enceintes peuvent présenter un plus grand risque d'infections urinaires, une anémie ferriprive, etc.

La désinfibulation peut se faire au cours de la grossesse ou pendant le travail juste avant l'accouchement ou en peropératoire lors d'une césarienne.

La conduite à tenir lors de l'accouchement d'une patiente mutilée sexuellement doit être discutée et planifiée dès les premières consultations prénatales, afin de préparer la femme et son entourage.

Le maximum d'informations doit être noté dans le dossier afin d'éviter que la femme mutilée ait à répéter son histoire.

Au cours du suivi obstétrical, il est recommandé d'informer la patiente :

- qu'elle n'aura pas systématiquement de césarienne ou d'épisiotomie ;
- qu'en cas de désinfibulation, la réinfibulation est strictement interdite en France.

Il est recommandé d'aborder l'illégalité de la réinfibulation avec la femme et son entourage.

9.2.3 Prise en charge des troubles de la sexualité

Il est recommandé d'adresser à une consultation de sexologie, les femmes, les couples rapportant un trouble de la sexualité.

9.2.4 Prise en charge chirurgicale

L'opération de réparation du clitoris est un acte de chirurgie réparatrice et non de chirurgie esthétique. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale.

Il est proposé de se référer au lien ci-après qui indique une liste actualisée de consultations et services spécialisés en matière d'activités chirurgicales. <https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excis%C3%A9es-en-2018-1.pdf>

Il est important de souligner que la prise en charge d'une femme mutilée sexuellement ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris.

Il est recommandé que la chirurgie de réparation clitoridienne soit entourée d'une prise en charge psychologique et sexologique.

Les lésions pouvant être traitées chirurgicalement sont, par exemple :

- pour tout type de mutilation : accolement des moignons des petites lèvres, névrome du nerf dorsal du clitoris, kyste d'inclusion épidermique, cicatrices chéloïdes ;
- pour les types de mutilation sexuelle féminine II et III : occlusion du vagin par une sclérose vulvaire ;
- pour les mutilations sexuelles féminines de type III : infibulations ;
- pour les types de mutilation sexuelle féminine III et IV : complications urinaires (par exemple, sténose de l'urètre).

Annexe 1. Prévalence des mutilations sexuelles féminines en Afrique

D'après l'UNICEF, en 2018, le tableau ci-dessous présente la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans les pays africains chez les adolescentes et adultes de 15 à 49 ans et chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans²³.

Ce tableau repose sur des bases de données mondiales de l'UNICEF, 2018, fondées sur les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et d'autres enquêtes représentatives au niveau national (Indonésie). La carte de l'UNICEF est disponible sur le site <https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/carteexcision.pdf>

La carte de « Excision, parlons-en » est disponible sur le lien : <http://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/cartographie-mondiale-des-pratiques-dexcision/>.

Tableau 3. Prévalences des mutilations sexuelles féminines dans les pays africains chez les adolescentes et adultes de 15 à 49 ans et chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans

Pays	Prévalence des mutilations sexuelles féminines chez les adolescentes de 15 ans jusqu'aux femmes âgées de 49 ans (en pourcentage)	Prévalence des mutilations sexuelles féminines chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans (en pourcentage)	Année de Référence	Sources des statistiques
Bénin	9 %	0,2	2014	MICS ²⁴
Burkina-Faso	76 %	13 %	2010	EDS ²⁵ /MICS
Cameroun	1 %	—	2004	EDS
Côte d'Ivoire	37 %	10 %	2016	MICS
Djibouti	93 %	—	2006	MICS
Égypte	87 %	14 %	2015	EDS
Érythrée	83 %	33 %	2010	Étude population et santé
Éthiopie	65 %	16 %	2016	EDS
Gambie	75 %	56 %	2013	EDS
Ghana	4 %	1 %	2011	MICS
Guinée-Conakry	97 %	45 %	2016	MICS
Guinée-Bissau	45 %	29 %	2014	MICS
Indonésie	—	49 %	2013	RISKESDAS
Irak	8 %	—	2011	MICS

²³<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/> (Mise à jour d'octobre 2018)

²⁴ Enquête en grappes d'indicateurs multiples (MICS)

²⁵ Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS)

Pays	Prévalence des mutilations sexuelles féminines chez les adolescentes de 15 ans jusqu'aux femmes âgées de 49 ans (en pourcentage)	Prévalence des mutilations sexuelles féminines chez les enfants de la naissance jusqu'aux adolescentes de 15 ans (en pourcentage)	Année de Référence	Sources des statistiques
Kenya	21 %	3 %	2014	EDS
<i>Liberia</i>	44 %	–	2013	EDS
Mali	83 %	73 %	2015	MICS
Mauritanie	67 %	51 %	2015	MICS
Niger	2 %	–	2012	EDS
<i>Nigeria</i>	18 %	13 %	2016	MICS
Ouganda	0 %	1 %	2016	EDS
<i>République centrafricaine</i>	24 %	1%	2010	MICS
<i>Sénégal</i>	23 %	14 %	2015-16	EDS
Sierra Leone	86 %	8 %	2017	MICS
Somalie	98 %	–	2006	MICS
Soudan	87 %	30 %	2014	MICS
Tanzanie	10 %	0,4 %	2015-2016	EDS
<i>Tchad</i>	38 %	10%	2014-2015	EDS
Togo	5 %	0,3 %	2013-2014	EDS
<i>Yémen</i>	19 %	–	2013	EDS
– : Statistiques non disponibles				

*Définition de l'indicateur : pourcentage de filles récemment mutilées parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans ayant au moins une fille vivante ayant subi une mutilation sexuelle féminine.

Note : les données pour l'Irak et le Yémen concernent les filles et les femmes de 15 à 49 ans ayant déjà été mariées et dont au moins une fille vivante a subi une mutilation sexuelle féminine.

Pays à forte prévalence (mères et/ou filles) : **en gras**

Pays à prévalence moyenne (mères et/ou filles) : *en italique*

Pays à prévalence élevée pour les mères et plus faible pour les filles : **en gras et italique**

Pays à faible prévalence : plus faible.

Annexe 2. Au regard des textes légaux

Obligation de signalement pour tout citoyen

L'article 434-3 du Code pénal

« Le fait, **pour quiconque** ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Lorsque le défaut d'information concerne une de ces infractions mentionnées commise sur un mineur de 15 ans, les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

Pour les professionnels soumis au secret professionnel, des dispositions particulières existent permettant : « la levée du secret professionnel »

L'article 226-13 du Code pénal²⁶ (relatif au secret professionnel) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Le secret professionnel n'est pas applicable :

- si la patiente est mineure ou « majeure vulnérable » (elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique), le professionnel de santé peut porter les atteintes constatées à la connaissance des autorités :
 - judiciaires (procureur de la République),
 - médicales,
 - ou administratives (Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du Conseil Général),

L'article 226-14 du Code pénal prévoit expressément la levée du secret professionnel « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives » du fait de mutilation sexuelle féminine.

- Si la patiente est majeure et non « vulnérable », le professionnel de santé peut révéler les faits avec l'accord de la patiente. Dans ces hypothèses, l'article 226-14 du Code pénal autorise le praticien à révéler. Cette disposition justifie le non-respect de l'obligation à se taire.

Dans ces deux situations, le praticien ne peut être poursuivi ni devant les juridictions pénales et civiles pour violation du secret professionnel, ni devant les juridictions ordinales.

L'article 226-14 du Code pénal

L'article 226-13²⁷ n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- 1° 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 ;

²⁶

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte=&categorieLien=cid>

²⁷

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte=&categorieLien=cid>

- 2° au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

Le professionnel de santé est un médecin

Selon le Code de déontologie (Art. 44) et le Code de santé publique (Art. R. 4127-44), le médecin « doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ».

Le professionnel de santé est une sage-femme, un maïeuticien

L'article R. 4127-316 du Code de la santé publique prévoit : « *Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger* ».

Le professionnel de santé est une infirmière, un infirmier

L'article R. 4312-7 du Code de la santé publique prévoit : « *Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il ou elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de [moins de] 15 ans* ».

Infractions, peines encourues et procédures pénales pour l'auteur d'une mutilation et pour le(s) responsable(s) de l'enfant mutilée

Les peines prévues pour l'auteur d'une mutilation et pour le(s) responsable(s) de l'enfant mutilée sont définies par le Code pénal.

Tableau 4. Peines encourues pour l'auteur et pour le(s) responsable(s) de l'enfant mutilée

Infractions	Peines encourues	Code pénal	Informations complémentaires
<i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans</i>	15 ans de réclusion criminelle	Article 222-10	CRIME Cour d'assises 30 ans ⁽¹⁾ pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime
<i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité</i>	20 ans de réclusion criminelle	Article 222-10	

Infractions	Peines encourues	Code pénal	Informations complémentaires
<i>sur le mineur.</i>			
<i>Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (sans circonstance aggravante)</i>	10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende	Article 222-9	DELIT Tribunal correctionnel 6 ans⁽²⁾ pour déposer plainte à partir de la date de l'infraction
<i>Incitation d'une mineure à subir une mutilation sexuelle, par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre elle des pressions ou des contraintes de toute nature</i>	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Article 227-24-1	DELIT Tribunal correctionnel 10 ans pour déposer plainte à partir de la majorité (18 ans) de la victime
<i>Incitation d'autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'une mineure</i>	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Article 227-24-1	

(1) **Délai de prescription de 30 ans** depuis la loi d'août 2018 : Loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037284450&categorieLien=id>

(2) **Loi n°2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale (1)**

Le droit pénal français prévoit qu'une personne reconnue **complice d'une infraction** est punie de la même manière que l'auteur (article 121-6 du Code pénal).

L'article 121-7 du même Code établit que : « *est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation* ».

« *Est également complice la personne qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué une infraction ou donné des instructions pour la commettre* ». Les responsables de l'enfant qui seraient reconnus complices de la mutilation sont donc punies de la même manière que l'auteur.

De plus, depuis août 2013, le Code pénal s'est enrichi de nouvelles infractions concernant le cas où la mutilation n'a pas été réalisée (*art. 227-24-1 du C*). Sont punis de 5 ans emprisonnement et 75 000 € amende :

- le fait **d'inciter un mineur à subir** une mutilation sexuelle, des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée ;
- le fait **d'inciter autrui à commettre** une mutilation sexuelle contre la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée.

Législation sur le risque de mutilations sexuelles féminines et le droit d'asile

La loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile, confirmée par la **loi n°2018-778** du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie,

acte la nécessité, lors d'une procédure de demande d'asile auprès de l'OFPRA, de fournir un certificat médical de non-mutilation sexuelle.

De même, lorsqu'une protection au titre de l'asile a été octroyée à une mineure, l'OFPRA demande un certificat à rythme régulier (3 à 5 ans).

Les modalités de rédaction de ce certificat (certificat type), les praticiens les réalisant ainsi que les structures dans lesquelles ils exercent, ont été définis dans l'arrêté du 23 août 2017²⁸.

Il s'agit de praticiens inscrits au tableau de l'ordre des médecins, titulaires d'un diplôme ou d'un titre universitaire en médecine légale reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins ou d'un droit d'exercice délivré par l'Ordre des médecins en médecine légale, et exerçant une fonction médicale au sein d'unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge médico-légale du vivant (art. 4). Et définissant les modalités de l'examen médical prévu pour les personnes susceptibles de bénéficier, ou qui bénéficient, d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle féminine qu'elles encourent.

Arrêté du 23 août 2017 pris pour l'application des **articles L.723-5 et L.752-3** du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et définissant les modalités de l'examen médical prévu pour les personnes susceptibles de bénéficier, ou qui bénéficient, d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle féminine qu'elles encourent.

²⁸ [Arrêté du 23 août 2017 pris pour l'application des articles L.723-5 et L.752-3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et définissant les modalités](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035468390&categorieLien=id)

Annexe 3. Formulaire de SIGNALEMENT

Des modèles de certificats médicaux accompagnés d'une notice explicative sont mis à disposition des praticiens par les ordres professionnels.

- Sur le site de l'Ordre national des médecins :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele_signalement_mineur.pdf (consulté le 5 mars 2020).

- Sur le site de l'Ordre national des sages-femmes :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/notice-et-modèle-de-certificat-médical1.doc> (consulté le 5 mars 2020).

Sérvices à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du Code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du Code de la santé publique) impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sérvices dont il est victime.

L'article 226-14 du Code pénal délir le médecin du secret professionnel et l'autorise à porter à la connaissance du procureur de la République (joignable 24 heures sur 24, 7 jours sur 7) ou de la Cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) (joignable aux horaires d'ouverture des bureaux) les sérvices ou privations constatés et les informations relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance. Ce modèle a été actualisé.

Le signalement des sérvices ou privations constatés doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République ou des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être au médecin de la CRIP du conseil départemental (ex conseil général).

Si, dans l'urgence, le signalement au procureur est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Modèle de SIGNALEMENT en cas de mutilation sexuelle AVÉRÉE ou de RISQUE IMMINENT sur une MINEURE

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :

- année :

- heure :

- le (la) mineur(e) :

- nom :

- prénom :

- date de naissance (en toutes lettres) :

- sexe :

- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le (la) mineur(e)) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

»

- le(la) mineur(e) nous a dit que : «

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

(Rayer la mention inutile)

Oui

Non

- Description du comportement du, (de la) mineur(e) pendant la consultation :

- Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-
-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le (la) mineur(e)

Conserver un double de ce document.

Modèle de SIGNALEMENT en cas de mutilation sexuelle AVÉRÉE sur une FEMME MAJEURE AVEC son consentement

Établi par un médecin : art. 226-14 du Code pénal

**Modèle de signalement en cas de mutilation sexuelle avérée sur une femme majeure
À adresser au procureur de la République**

Objet : signalement d'une mutilation sexuelle avérée exercée sur une femme majeure

NOM :

Prénom

Âge :

Adresse :

Madame ou Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....

.....

.....

J'ai examiné ce jour, (jour, heure, mois, année) Madame/Mademoiselle :

..... (Nom, Prénom) née le

(jour, mois, année) domiciliée :

qui a donné son accord à ce signalement.

Les signes suivants m'amènent à penser que cette personne a subi une mutilation sexuelle :

.....

.....

Je vous prie de croire Madame ou Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Signature/Cachet

Conserver un double de ce document

Annexe 4. Certificat médical : formulaire d'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

Exemple de formulaire d'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

(En-tête du service :)

Date :

Enfant(s) concerné(s) par l'information préoccupante

Ces éléments doivent être renseignés pour chacun des enfants concernés par l'information préoccupante

Nom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Date et lieu de naissance :

Adresse du domicile de l'enfant :

Lieu de scolarisation ou assimilé :

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Titulaires de l'autorité parentale : ☐ Information déclarative ☐ sur justificatif

☐ père ☐ mère ☐ autre ☐ non connu

Nom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Date et lieu de naissance :

Adresse du domicile de l'enfant :

Lieu de scolarisation ou assimilé :

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Titulaires de l'autorité parentale : ☐ Information déclarative ☐ sur justificatif

☐ père ☐ mère ☐ autre ☐ non connu

Composition de la famille (données d'état civil)

PERE : Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :

MERE : Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :

AUTRE ADULTE VIVANT AU DOMICILE, s'il y a lieu :
Nom : Date de Naissance :
Prénom :

ENFANT(S) DE LA FAMILLE dont les enfants concernés par l'information préoccupante :

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Lieu de scolarisation ou assimilé :

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Lieu de Naissance :
Lieu de scolarisation ou assimilé :

Services destinataires :

- ☐ Responsable de secteur ASE, demande d'une mesure administrative
Ou ☐ Évaluation destinée aux autorités judiciaires, à l'initiative du service
☐ CRIP ou

☐ Réponse à une saisine de la CRIP n° dossier :

Ou

☐ Procureur copie CRIP

Contexte de la vie de famille de(s) l'enfant(s) concerné(s)

Conditions de logement ; élément du budget familial ; situation au regard de l'emploi ; autres personnes au domicile ; langue parlée ; garde alternée...

Description et analyse de la situation

L'enfant concerné : on s'attachera à distinguer :

- Une observation de l'enfant : son état de santé, sa scolarité, son développement (compte tenu de sa classe d'âge). Un bilan est nécessaire pour chacun des enfants concernés par l'information préoccupante
- Une observation des relations intrafamiliales, notamment la problématique de l'enfant dans son environnement et le positionnement de chacun des membres de la famille.

NB : une grille de signaux d'alerte est jointe à la présente notice à titre indicatif (elle n'est pas à reprendre dans le rapport).

Les éléments de l'histoire familiale : seuls les éléments qui apportent un éclairage à l'évaluation de la situation sont à mentionner.

La(les) principale(s) problématique(s) repérée(s) : mise en évidence des éléments de danger.

Le point de vue de la famille.

Travail engagé

Actions du service auprès de la famille : dates et durée à préciser, implication des parents, raisons de l'échec s'il y a lieu...

Autres services intervenant auprès de l'enfant et de sa famille (préciser leurs coordonnées) ;
ex : mesure éducative, CMP, logement, RSA...

Travail de partenariat : Synthèse, inscription de la situation en CPPEF, ...

Information des parents

Rappel : la règle est d'informer les parents de la transmission d'un écrit (à la CRIP ou à l'ASE). La date et les modalités de cette information sont à préciser.

Si, dans l'intérêt de l'enfant, il a été retenu de différer l'information aux parents, le motif de cette dérogation doit être mentionné.

Conclusion du service

Rappel : Une orientation vers le Parquet doit répondre à l'un des trois cas suivants :

- danger et échec d'une protection contractuelle ;
- danger et impossibilité d'une protection contractuelle ;
- risque de danger et impossibilité d'évaluer.

+/- Certificat médical

Date : **signature du rédacteur**

Les informations transmises sont couvertes par le secret professionnel : elles sont strictement confidentielles, et à l'attention exclusive du destinataire visé. En cas d'erreur de transmission, merci de détruire le document et de nous informer au :

Annexe 5. Certificat médical de NON-EXCISION

Modèle de certificat médical de non-excision pour une patiente mineure (en vue d'un voyage)

Je, soussigné Docteurcertifie avoir examiné le.....l'enfant
..... en présence de..... (mère, père, parents)

L'examen des organes génitaux externes ne retrouve aucune lésion traumatique au niveau du clitoris, du méat urétral, des petites lèvres, des grandes lèvres.

Cette enfant ne présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Cette enfant sera revue en consultation leafin de vérifier l'intégrité des organes génitaux externes.

Certificat établi le..... et remis en main propre
à..... pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature / cachet

Garder un double du certificat dans le dossier.

Les certificats médicaux de non-excision d'une mineure dans le cadre d'une demande d'asile, à la demande de l'Ofpra, doivent réalisés au sein d'une structure médicolégale (UMJ).

Modèle de certificat médical de NON-EXCISION ou d'EXCISION pour une patiente majeure

Je soussigné, Docteur.....certifie avoir examiné leà sa demande

Mme/Mlle..... (Nom, prénom), née le (jour mois

année) domiciliée à

Après examen des organes génitaux externes, Mme/Mlle.....

- Présente ce jour aucun stigmate de mutilation sexuelle féminine.

Ou

- Présente une mutilation sexuelle féminine de type (I II III). (Description).

Certificat établi leet, remis en mains propres

Àpour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature/cachet

Garder un double de certificat dans le dossier

Annexe 6. Numéros en cas d'urgence

Le 119 : service national d'accueil téléphonique d'Enfance en danger

Le 119 est destiné prioritairement aux mineurs en danger et est ouvert à toute personne qui souhaite évoquer la situation d'un mineur potentiellement en danger.

Ce numéro est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM 7 jours sur 7, 24 heures sur 24)

Le 39 19 : Violences femmes info

Numéro national d'écoute destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés.

Ce numéro est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 22 h, les samedis, dimanches et jours fériés de 9 h à 18 h.

Attention : en cas d'urgence, il faut bien évidemment appeler le 17 ou le 112, le 114 (contact par SMS pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés à s'exprimer)²⁹.

Le Tchat : sur la plateforme de signalement en ligne des violences sexuelles et sexistes : Service-public.fr

Il existe dorénavant un Tchat : pour parler en direct des violences sexuelles et sexistes avec les services de police ou de gendarmerie, depuis Service-public.fr (24 heures sur 24, 365 jours/an).

Ce nouveau service en ligne permet de dialoguer en direct 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 avec un policier ou un gendarme spécialement formé et d'instaurer un échange personnalisé avec lui afin de signaler des faits de violences sexuelles et/ou sexistes dont vous êtes victime et pour lesquels vous êtes en recherche d'informations, de conseils ou d'assistance.

Cette discussion interactive doit permettre de bénéficier d'une orientation et d'un accompagnement dans les démarches directement de chez soi vers un service de police, une unité de gendarmerie ou une association susceptible de venir en aide avec professionnalisme et disponibilité.

116 006 : le numéro d'aide aux victimes

Le numéro d'aide aux victimes gratuit et ouvert 7 jours sur 7 de 9 h à 19 h.

Cette plateforme téléphonique s'adresse aux victimes d'infractions (vols, agressions...) mais aussi aux victimes d'accidents de la route, d'événements collectifs, d'attentats ou de catastrophes naturelles.

Dans le respect de l'anonymat de l'appelant, ce dispositif écoute et dirige les victimes vers les réseaux associatifs d'aide aux victimes et les services spécialisés.

Ce service est également accessible aux Français de l'étranger au 00 33 1 80 52 33 76 (numéro à tarification normale).

²⁹ Un modèle des affiches 119 et 3919 est disponible dans l'annexe 8 de la recommandation

0 800 235 236 : Fil santé jeunes (18 à 25 ans)

Est ouvert tous les jours de 9 h à 23 h (plus un Tchat). L'appel est gratuit depuis tous les téléphones.

Annexe 7. Associations. Sites de références. Outils.

Associations spécialisées

- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)

Site Internet : <http://www.cams-fgm.org/>

- Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)

Site Internet : <https://federationgams.org/contacts/>

- Excision, Parlons-en !

Site Internet : <http://www.excisionparlonsen.org/>

- Gynécologie sans frontières, (GSF)

Site Internet : <https://gynsf.org/>

- Mouvement français pour le planning familial (MFPF)

Site Internet : <https://www.planning-familial.org/fr>

Institut Women-Safe (78)

Site Internet : www.women-safe.org

Sites de référence, outils brochures, filmographies

Ressources institutionnelles

Le site Stop violences-femmes.gouv : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr> :

<https://stop-violences-femmes.gouv.fr/depliants-et-guides-308> et le dépliant « Mutilations sexuelles féminines, un crime puni par la loi : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_Mutilations2015_FR.pdf

Livret de formation « l'entretien du professionnel.le avec une mineure menacée ou victime de mutilation sexuelle féminine accompagnant le court-métrage pédagogique « Bilakoro ». https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_presentation_kit_bilakoro_2018.pdf.

Le court-métrage « Bilakoro » et le livret d'accompagnement constituent un kit de formation sur le repérage et la prise en charge des mineures confrontées aux mutilations sexuelles féminines. Ce kit de formation s'adresse en premier lieu aux travailleurs sociaux et aux professionnels scolaires et parascolaires (enseignants, conseillers principaux d'éducation, psychologues scolaires, infirmiers et médecins scolaires).

La Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) :

- outils de formation : violences au sein du couple et les violences sexuelles. <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au>. Les outils sont visionnables et téléchargeables gratuitement » sur demande à l'adresse : formation@miprof.gouv.fr ;
- des kits de formation, créés par la MIPROF avec le concours de professionnels et d'experts, sont également disponibles pour d'autres formes de violences faites aux femmes. Les courts-métrages de formation peuvent être visionnés sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr.

La lettre de l'Observatoire national sur les violences faites aux femmes de février 2017 consacrée aux « mutilations sexuelles féminines : mesurer l'ampleur du phénomène dans le monde et en France, lutter pour l'abandon de la pratique, prendre en charge les femmes victimes » https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_-_mutilation_sexuelle_feminine_-_fev_17.pdf

Le guide du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes « Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines » : <https://ansfl.org/document/guide-le-praticien-face-aux-mutilations-sexuelles-feminines/>

Le guide du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche « Comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir » :

http://cache.media.education.gouv.fr/file/11_Novembre/02/9/Violences_sexuelles_Guide-PDF_2014_Canope_370029.pdf

L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), « Demander l'asile en cas de mutilation sexuelle féminine » : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile-et>

Le guide pratique destiné aux professionnel(le)s. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) : [inpes.santepubliquefrance.fr](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf) : « Le guide pratique « Migrants/étrangers en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale » : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>

Associations pour les victimes

La fédération France victimes, espace d'information, d'orientation et d'accompagnement des victimes (un centre national et ses 130 associations locales) qui est la spécialiste du droit pénal et de la protection des victimes en France. Le numéro européen et français est le 116 006.

L'association Centre de victimologie pour mineurs (CVM). Elle ne propose pas d'accompagnement personnalisé mais informe et oriente les mineures victimes, les familles, les professionnels vers les aides adaptées. Le centre propose :

- les coordonnées des cellules de recueil des informations préoccupantes du conseil départemental en France (CRIP) : <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/coordonnees-des-crip-de-france-cvm.pdf> ;
- des guides sur l'information préoccupante et le signalement, réalisés par les Départements : <https://cvm-mineurs.org/page/guides-sur-l-information-preoccupante-et-le-signalement>

Autres ressources, sites, outils, brochures, filmographie

Le guide de l'association Gynécologie sans frontières de 2010 « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » : [https://www.gynsf.org/mutilation sexuelle féminine/praticienfaceauxmsf2010.pdf](https://www.gynsf.org/mutilation_sexuelle_feminine/praticienfaceauxmsf2010.pdf)

La Fédération nationale GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) : <https://federationgams.org/excision/documentation-msf/>. Elle propose des outils de formation, des liens vers les sites institutionnels, différents supports (ouvrages filmographie, musiques).

- Grand public : <https://federationgams.org/excision/documentation-msf/>
- Professionnels : <https://federationgams.org/outils-msf/>
- Adolescentes : <http://www.alerte-excision.org/>

Des outils pour les professionnels sont disponibles sur les liens suivants :

- <https://federationgams.org/outils-msf/>
- <https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excisé%C3%A9es-en-2018-1.pdf> .
- une liste actualisée de consultations et services spécialisés en matière d'activités chirurgicales : <https://federationgams.org/wp-content/uploads/2019/02/Unit%C3%A9s-de-soins-aux-femmes-excisé%C3%A9es-en-2018-1.pdf>

La Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) : <http://www.cams-fgm.net/index.php/category/documentation> :

- le film « Le pari de Bintou », fiction de 17 minutes. Une cassette audio dont le texte dit en français, peul, bambara, sarakole et toucouleur, quatre langues africaines, invite à la discussion et démontre que l'excision n'est pas une exigence de la religion musulmane.
<http://www.cams-fgm.net/index.php/gallery/Bintou> ;
- la bande dessinée : « Excision-parlons-en, Agir en réseau pour mettre fin à l'excision »
<http://www.excisionparlonsen.org/nos-outils/publications/#ficheReflexe>, propose des outils :

<http://www.excisionparlonsen.org/wp-content/uploads/2018/01/Prevention-vacances-scolaires.-Excision-parlons-en-2.pdf>

La campagne pour prévenir et protéger les adolescentes françaises, Alerte Excision :
<http://www.alerte-excision.org/>

Équilibres & populations : <http://equipop.org/fr/equipop-2/>

Plan international France : <https://www.plan-international.fr/>

SOS Africaines en danger (75) : <https://www.sosafricainesendanger.org/>

Maison des femmes de Saint-Denis (93) : <https://www.lamaisondesfemmes.fr/>

Marche en corps (Bretagne) : <https://marcheencorps.wordpress.com/>

Association Culturelle Zassa d'Afrique (ACZA) (Bretagne) : <http://www.acza-35.fr/>

Association Terre de Couleurs (Bretagne) : <http://terres-de-couleurs.blogspot.com/>

Les Orchidées rouges (Nouvelle-Aquitaine) : <https://www.lesorchideesrouges.org/>

Association sojaldicienne de promotion de la santé (ASPROS) (Nouvelle-Aquitaine) :
<http://www.aspros-sante.fr/activites/>

Ressources internationales

Europe institutionnel (en anglais)
<https://eige.europa.eu/gender-based-violence/female-genital-mutilation>

End FGM European Network : <http://www.endfgm.eu/>

Nations unies (institutionnels)

UNICEF : <https://www.unicef.org/fr/th%C3%A8mes/mgf>

Le rapport de l'UNICEF de 2013 « Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements » :
https://www.unicef.org/french/protection/files/FGM_Report_Summary_French_16July2013.pdf

OMS : https://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/

FNUAP : <https://www.unfpa.org/fr/mutilations-g%C3%A9nitales-f%C3%A9minines>

Pour aller plus loin

28 too many : <https://www.28toomany.org/>

« Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances population 2016 » :
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27043/mutilationsgenitales.population.2016.2.fr.pdf

« Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France », Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Bull Epidémiol Hebd 2019;21:392-99.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html

International (associatif)

Le Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme et de l'enfant (Anglais/Français) : <http://iac-ciaf.net/>

Dernières statistiques et rapports pays, en anglais, français et arabe : <https://www.28toomany.org/>

Pour s'auto-former (plusieurs langues européennes, dont le français) : *United to END FGM*. Ensemble pour en finir avec les mutilations génitales féminines est une plateforme européenne de connaissances à destination des professionnels amenés à travailler avec des femmes et des filles concernées par les mutilations génitales féminines. Il s'agit d'un projet transnational, cofinancé par l'Union européenne et mis en œuvre par un consortium de 12 partenaires et quatre partenaires associés à travers l'Union européenne. <http://uefgm.org/index.php/about/?lang=fr>.

Annexe 8. Pour les personnels de la petite enfance (crèche, halte-garderie) et les professionnels au contact des mineures (enseignants, éducateurs) etc.

Il est obligatoire³⁰ que le poster référencé « 119 – Enfance en danger » (se référer au lien suivant³¹) soit affiché dans :

- tous les établissements scolaires (de la maternelle au lycée) et de la petite enfance (crèches, halte-garderie) fréquentés quotidiennement par les mineures ;
- les lieux des consultations des médecins généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, des infirmières, sages-femmes, etc. qui peuvent également avoir en plus l’affiche (référéncée 3919 Violences femmes info)³².

Le 119 est destiné prioritairement aux mineurs en danger et est ouvert à toute personne qui souhaite évoquer la situation d’un mineur potentiellement en danger. Ce numéro est accessible et gratuit en métropole et dans les DOM 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Un modèle de ces affiches est disponible ci-après.

Pour le personnel des crèches et haltes-garderies

Il est important pour le personnel des milieux d’accueil de la petite enfance de connaître les pays les plus à risque de mutilation sexuelle féminine.

Cela leur permettra, en lien avec l’équipe, de cibler le travail de prévention et d’entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les mutilations sexuelles féminines et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l’excision se pratique.³³

Lors des soins de routine des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des couches, toilettes intimes), il est possible de remarquer des signes évocateurs d’une mutilation sexuelle récente :

- absentéisme prolongé de la crèche, de la halte-garderie ;
- changement d’attitude de l’enfant ;
- perte de sang ;
- douleurs lors des soins ;
- douleurs à la miction ;
- plaie au niveau de la vulve (de l’intérieur des cuisses et/ou du rectum).

Attention, ces symptômes peuvent également correspondre à toute autre chose, comme une infection ou un simple érythème fessier.

En cas de doute, il est recommandé que le personnel de la crèche prévienne le médecin référent de la crèche, de la halte-garderie ou de la PMI.

³⁰ L’article L. 226-8 modifié par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 3 JORF 6 mars 2007 : « L’affichage des coordonnées du service d’accueil téléphonique est obligatoire dans tous les établissements et services recevant de façon habituelle des mineurs ».

³¹ À télécharger et à imprimer :

[:https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/partenariats/affiche_a4_2_bd_2.pdf](https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/partenariats/affiche_a4_2_bd_2.pdf).

³² À télécharger et à imprimer :

https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Affiche_finale_40x60_-_Impression.pdf .

³³ Se référer au lien à télécharger et à imprimer (en français) : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_Mutilations2015_FR.pdf et en anglais : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_Mutilations2015_EN.pdf

Pour les professionnels au contact des mineures : enseignants, éducateurs, etc.

Comment évaluer le risque d'une mutilation sexuelle féminine ?

Naitre d'une mère qui a subi une mutilation sexuelle féminine constitue un facteur de risque important. Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées à tout âge et dans le contexte familial.

Rechercher les éléments suivants :

- le père et/ou la mère, et/ou la famille de la mineure viennent d'une communauté pratiquant les mutilations sexuelles féminines ;
- la famille n'assure pas le suivi médical de la mineure (par exemple, carnet de santé vide) ;
- la famille indique que des personnes de leur communauté ont un niveau d'influence très élevé, notamment dans l'éducation des petites filles.

L'un des critères ci-dessous peut suffire à alerter sur le risque d'une mutilation sexuelle féminine

Les parents envisagent :

- un voyage pour leur fille à l'étranger, y compris en Europe - différents motifs peuvent être invoqués (fête familiale, maladie d'un proche etc.) - ou indiquent qu'ils ont l'intention d'emmener leur fille à l'étranger pour une période prolongée ;
- le retour au pays d'origine. Le voyage peut ne concerner que les filles de la famille.

Un parent ou un membre de la famille, de l'entourage exprime son inquiétude sur le risque d'une mutilation sexuelle féminine pour une mineure.

La mineure :

- confie qu'elle va participer à une fête, un rituel particulier, comme un « *baptême* », où elle recevrait « *des cadeaux* », « *une belle robe* », à une occasion de « *devenir une femme* » ou qu'elle va partir pour de longues vacances ;
- parle de mutilation sexuelle féminine lors d'une conversation, par exemple en parlant d'une autre enfant ;
- demande de l'aide à un adulte car elle est informée ou elle suspecte qu'elle risque de subir une mutilation sexuelle féminine.

Ne jamais minimiser ce risque quand l'enfant se confie ou fait part de son inquiétude.

En cas de doute, il est recommandé que le professionnel contacte l'infirmière scolaire, le médecin scolaire, le médecin de la PMI, le médecin traitant.

COMMENT REPÉRER QU'UNE mutilation sexuelle féminine vient d'être pratiquée ?

Dans la majorité des situations, ces violences sont non visibles et/ou tues. Les victimes n'en parleront pas spontanément.

Le cumul des signaux présentés ci-dessous doit être pris en considération et conduire le professionnel à envisager la possibilité que la mineure soit victime de mutilation sexuelle féminine :

- les fugues ;
- un absentéisme inattendu et prolongé de l'école ou du collège, une absence de retour à l'école après des vacances scolaires prolongées (envisager le retour au pays pour être mutilée sexuellement et/ou mariée de force précocement ou non) ;
- modifications du comportement et de l'humeur : chute des résultats scolaires, abattement, dépression, anxiété, manque de concentration, trouble des comportements alimentaires, tristesse, mutisme, le repli sur soi ;
- l'agressivité envers les autres et soi-même ;
- une confiance, une demande d'aide mais sans expliquer quel est le problème ;
- des difficultés à marcher, à s'asseoir, des douleurs, une sensation d'inconfort entre les jambes ;
- des douleurs pendant les règles, entraînant des absences répétées souvent non justifiées par un certificat médical ;
- des difficultés pour uriner. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, à des séjours prolongés dans les toilettes ;
- une crainte ou impossibilité d'effectuer certains mouvements : certaines mineures vont refuser de participer à des activités sportives, ou demander à être excusées des cours d'éducation physique sans un mot du médecin traitant ;
- un refus de l'examen médical ;
- des sections manquantes dans le carnet de l'enfant, voire absence du carnet de santé.

En cas de doute, il est recommandé que le professionnel contacte l'infirmière scolaire, le médecin scolaire, le médecin de la PMI, le médecin traitant.

Prévention dans le cadre des séances d'éducation à la santé

La prévention est un levier essentiel dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. En parler permet de lever le tabou et parfois de libérer la parole.

Informé et sensibiliser les jeunes sur l'existence de ces mutilations, leur illégalité et leurs conséquences néfastes, ainsi que sur les possibilités d'accueil et de prise en charge des victimes ou potentielles victimes, est important.

Il est recommandé de s'appuyer sur les séances d'éducation à la santé dont doivent bénéficier les élèves au cours de leur scolarité (trois séances par an), ainsi que sur l'expertise des personnels infirmiers de l'Éducation nationale, des médecins scolaires, etc.

L'affiche 119 : « Enfants en danger ? Parents en difficulté ? Le mieux c'est d'en parler » est disponible sur le lien :

https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/partenariats/affiche_a4_2_bd_2.pdf



L'affiche 3919 « Violences femmes info ». Cette affiche est disponible sur le lien :

https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Affiche_finale_40x60_-_Impression.pdf



FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES
DES PROFESSIONNEL-LE-S VOUS ÉCOUTENT
ET VOUS ACCOMPAGNENT.
stop-violences-femmes.gouv.fr

SEXISME
PAS NOTRE GENRE!

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture :

- Association nationale des auxiliaires de puériculture (Anap)
- Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)
- Collège de la médecine générale (CMG)*
- Collège infirmier français (CIF)*
- Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)*
- Collège national des sages-femmes de France (CNSF)*
- Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)
- Fédération nationale Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (Gams)*
- Ikambere
- Ministère de l'éducation nationale - Direction générale de l'enseignement scolaire*
- Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)
- Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG)*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

M. Pierre-Henri Bass, psychologue clinicien, Paris

Dr Nathalie Candiolo, médecin généraliste, Le Blanc-Mesnil

Dr Céline Deguette, médecin Légiste, Paris

Mme Mathilde Delespine, sage-femme, Saint-Denis

Mme Mélanie Dupont, psychologue, docteur en psychologie, Paris

Dr Pierre Foldes, chirurgien urologue, Saint-Germain-en-Laye

Dr Olivier Garbin, gynécologue-obstétricien, Strasbourg

Mme Isabelle Gillette-Faye, sociologue, Paris

Dr Ghada Hatem-Gantzer, gynécologue-obstétricien, Saint-Denis

Dr Véronique Martin, médecin de PMI, Paris

M. Jérôme Moreau, représentant d'utilisateurs, Nevers

Dr Patrick Ouvrard, médecin généraliste, Angers

Mme Michèle Zanardi-Braillon, sage-femme, Reims

(#) Expert en désaccord avec la version définitive de la fiche mémo

► Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis.

- Association nationale des auxiliaires de puériculture (Anap)
- Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)
- Collège de la médecine générale (CMG)*
- Collège infirmier français (CIF)*
- Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF)*
- Collège national des sages-femmes de France (CNSF)
- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (Cams)*
- Confédération du planning familial*

- Conseil national professionnel de médecine d'urgence
- Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)*
- Fédération française de psychiatrie (FFP)
- Fédération française de sexologie et de santé sexuelle (FF3S)
- Fédération nationale Groupe l'abolition des mutilations sexuelles (Gams)
- Gynécologie sans frontières*
- Ikambere
- Ministère de l'éducation nationale - Direction générale de l'enseignement scolaire
- Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof)*
- Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)
- Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG)

(*) Cette partie prenante a répondu à la phase de lecture

► **Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet**

Mme Saphia Guereschi, infirmière, Paris.

Remerciements

La HAS remercie l'ensemble des participants à l'élaboration de la recommandation.

Fiche descriptive

Titre	Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectif(s)	Il s'agit • de favoriser la connaissance des professionnels de santé de premier recours sur les mutilations sexuelles féminines ; • de prévenir la survenue de mutilations sexuelles féminines par une meilleure information délivrée par les professionnels de santé aux femmes, aux jeunes filles et aux parents ; • de favoriser une meilleure prise en charge des enfants, des jeunes filles, et des femmes lorsqu'elles ont subi une mutilation sexuelle ; • d'harmoniser les pratiques professionnelles.
Patients ou usagers concernés	Les enfants, adolescentes, femmes à risque ou victimes de mutilation sexuelle.
Professionnel(s) concerné(s)	Cette recommandation s'adresse aux médecins généralistes, aux pédiatres, aux médecins de PMI, aux médecins scolaires, aux gynécologues, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, médecins urgentistes, psychiatres, psychologues, médecins sexologues, ainsi qu'aux infirmières, auxiliaires de puériculture et tout personnel qui prend en charge les enfants et les adolescents en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés.
Demandeur	Cf. autosaisine HAS.
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach). Secrétariat : Mme Sladana Praizovic.
Recherche documentaire	De mois année à mois année (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique). Réalisée par Mme Virginie Henry, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du Service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès).
Auteurs de l'argumentaire	Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur le site DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en février 2020.
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Titre	Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours
Autres formats	Argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique, et les fiches outils téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Argumentaire de bonne pratique « Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours » Fiche Outil : « Évaluer le risque » Fiche Outil : « Repérer et aborder la question » Fiche Outil : « Comment aborder le sujet avec les parents » Fiche Outil : « Comment protéger une patiente mineure » Fiche Outil : « En cas de mutilation chez une patiente mineure » Fiche Outil : « Comment protéger une patiente majeure »

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr