

Excision, périnatalité et politiques de prévention

L'excision, reconnue par les Nations unies comme une pratique néfaste, sans fondement religieux et sans aucun bénéfice pour la santé, ne cède que très progressivement du terrain, alors qu'elle touche directement la santé reproductive et psychique des femmes concernées. Généralement pratiquées sur des jeunes filles avant leur puberté, les mutilations sexuelles féminines (MSF) comprennent tous les actes tendant à retirer ou à léser des parties des organes génitaux féminins sans raison médicale. Les données montrent qu'elles sont préjudiciables, peu importe qui les pratique. Ni les décès par hémorragie encore trop fréquents, ni les témoignages de jeunes femmes concernant la douleur de l'acte qu'elles n'ont jamais réussi à oublier, mais aussi son impact sur leur vie et leur sexualité, ne semblent de nature à modifier les convictions profondément ancrées sur l'importance de cette tradition plurimillénaire.

Le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) illustre parfaitement la lenteur de ces progrès, mais met en évidence quelques pays dont la dynamique est favorable. Ainsi, au Burkina Faso, en Sierra Leone et en Éthiopie, on constate un recul de la prévalence des MSF de 50 %, 35 % et 30 % respectivement, chez les 15-19 ans, au cours des trente dernières années grâce à l'action collective et à l'engagement politique¹. Depuis 1990, la probabilité qu'une fille subisse des mutilations génitales a été divisée par trois. Cependant, les MSF restent courantes dans une trentaine de pays à travers le monde, et on estime que, chaque année, quatre millions de filles sont exposées à ce risque. Les progrès doivent être au moins dix fois plus rapides pour atteindre l'objectif mondial d'élimination d'ici à 2030².

Les pays d'Afrique subsaharienne, tels que la Somalie, la Guinée ou Djibouti, sont les plus touchés par cette pratique qui concerne aussi l'Égypte et l'Indonésie. La migration a par ailleurs permis de diffuser la pratique que nous retrouvons désormais dans de nombreux pays sur tous les continents. Dans ses dernières statistiques, l'OMS évalue le nombre de cas à 144 millions en Afrique, 80 millions en Asie et 6 millions au Moyen-Orient. En France, environ 125 000 femmes seraient concernées.

Malgré sa criminalisation dans plus de trente pays africains, cette mutilation reste fréquente, révélant les limites – voire la contre-productivité – de certaines politiques de prévention trop éloignées des réalités culturelles et sociales. La perspective d'une punition conduit certaines familles à faire pratiquer l'excision dans leur village d'origine par-

fois très éloigné de structures de soin. Lorsque des complications interviennent, les victimes ne sont pas emmenées à l'hôpital de peur d'une dénonciation, aggravant ainsi leur pronostic. Enfin, les tentatives de dédommagement des exciseuses traditionnelles, que l'on a encouragées à valoriser leurs compétences en puériculture ou en thérapeutiques traditionnelles, voire auxquelles on a donné des machines à coudre dans l'espoir qu'elles embrassent un nouveau métier, ont été suivies de peu d'effets car moins lucratives. Plus grave encore, afin de s'absoudre des reproches faits à la tradition, tels que la chirurgie sans anesthésie, en milieu non stérile et sans antibiotiques, de nombreux pays ont développé une pratique médicalisée, réalisée par des soignants dans des institutions, dont les dégâts sont parfois bien plus importants avec des lésions plus profondes et plus graves. En 2020, on estimait à 52 millions le nombre de filles et de femmes victimes de mutilations sexuelles pratiquées par des soignantes et des soignants, ce qui représente environ un cas sur quatre³. Les nouvelles directives de l'OMS montrent l'importance d'agir pour freiner cette médicalisation croissante en impliquant le personnel soignant.

Une politique française pionnière et efficace

De son côté, la France s'est dotée d'une politique de prévention audacieuse et exemplaire. Le décès tragique dans les années 1980 de la petite Bintou, à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, des suites d'une excision réalisée à la naissance par son père, a provoqué une onde de choc. Les médecins ne pouvant imaginer l'origine d'une telle hémorragie liée à une pratique jusqu'alors largement méconnue, le diagnostic n'a pu être posé que trop tardivement.

Médecins, avocats et magistrats se sont alors mobilisés, conduisant à une condamnation sans équivoque de la pratique et à l'instauration de peines sévères – jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende pour les parents et pour les exciseuses. Nul besoin de créer de nouvelles lois, les actes de mutilation et de torture étant déjà inscrits dans le Code pénal, quelle que soit la nationalité de l'enfant.

Un modèle de prévention fondé sur la santé publique

Afin de renforcer cette politique, une stratégie pragmatique et préventive a été initiée en Seine-Saint-Denis par des médecins de santé publique, et déployée au sein des centres de protection maternelle et infantile (PMI). Les généralistes et pédiatres ont été formés à l'examen génital systématique des petites filles, notamment avant les

¹ Organisation mondiale de la santé. (2025). *L'OMS publie de nouvelles recommandations pour mettre fin à l'augmentation des mutilations génitales féminines « médicalisées » et soutenir les survivantes*. OMS.

² Unicef. (2024). *Mutilations génitales féminines: un problème mondial*. Unicef.

³ Piet Médecin, E. (2014). *La prévention des mutilations sexuelles féminines*. Devsante.org

4 Organisation mondiale de la santé. (2025).

5 Excision, parlons-en ! (s. d.). *Sensibiliser pour protéger : une vidéo pour dire non à l'excision*. Excision, parlons-en !

départs en vacances. En effet, si le décalottage des petits garçons était une pratique courante, rares étaient les médecins qui examinaient les vulves de toutes les petites filles, chez lesquelles le diagnostic de mutilation est parfois difficile à poser. Cet examen, accompagné d'un dialogue pédagogique avec les parents, permet d'expliquer les risques médicaux et juridiques liés à l'excision, tout en informant qu'un nouvel examen aura lieu au retour. Si une mutilation est diagnostiquée, les praticiens ont pour obligation d'effectuer un signalement au procureur. Cette approche, à la fois éducative et dissuasive, a prouvé son efficacité, notamment grâce à la dimension financière et pénale clairement expliquée⁴.

Des contournements et de nouveaux défis

Comme souvent, des stratégies d'évitement sont apparues : les filles étant suivies en PMI jusqu'à 6 ans seulement, certaines familles ont déplacé la pratique à un âge plus avancé, entre primaire et collège, profitant de périodes de changement d'établissement pour masquer une éventuelle absence prolongée. Ce décalage a également permis d'organiser dans la foulée des mariages forcés pour ces très jeunes filles, avec leurs conséquences néfastes parfaitement documentées, notamment violences et viols conjugaux, mais aussi déscolarisation et isolement. Les associations, dont Excision, parlons-en !, ont alors développé des campagnes ciblées auprès des adolescentes – notamment « Tu pensais partir en vacances » – pour alerter les jeunes filles sur les risques encourus lors d'un retour au pays et les encourager à parler à des adultes de confiance tels que les infirmières scolaires, les conseillers principaux d'éducation ou les parents d'amies. Ces campagnes sont déployées chaque année au printemps⁵.

Le rôle essentiel des soignants

Parallèlement à des lois et des politiques efficaces, les lignes directrices soulignent la nécessité d'éduquer et d'informer les communautés, ainsi que de mobiliser tous les moyens de prévention possibles. Le suivi de grossesse et l'accouchement sont des moments de dialogue privilégiés, mais qui peuvent placer les équipes médicales dans une tension entre respect culturel et protection des droits fondamentaux. La maternité peut réactiver la douleur, la honte, ou un sentiment de transmission intergénérationnelle du trauma. La confrontation au suivi médical

peut provoquer chez la patiente une anxiété, une peur des examens et des reviviscences traumatiques. Certaines femmes expriment même une peur d'accoucher du fait d'avoir été excisées, le geste médical étant vécu comme une nouvelle violence. Les complications liées à l'excision lors d'un accouchement en milieu médicalisé sont rares et concernent principalement des déchirures, mais la naissance, grâce au rôle essentiel dévolu aux sages-femmes, est un moment clé pour délivrer les messages de santé publique. Chaque accouchement est donc une opportunité de prévention, et lorsqu'une femme excisée accouche d'une fille, une discussion bienveillante s'engage sur son rapport à la pratique et sur la décision future concernant son enfant. Cette approche permet aussi d'impliquer le conjoint, souvent influencé par des injonctions familiales (des belles-mères ou des belles-sœurs), en rappelant les risques médicaux et les sanctions pénales. Le dialogue peut se poursuivre à l'occasion des consultations post-natales et des visites à domicile. Les sages-femmes peuvent également pratiquer une désinfibulation, afin de permettre à des femmes dont le vagin a été infibulé – c'est-à-dire refermé par des sutures traditionnelles par exemple avec des épines d'acacia – d'accoucher simplement par les voies naturelles. Dans les structures où cette technique, pourtant simple, est méconnue, les patientes sont souvent obligées de subir une césarienne inutile, par peur des conséquences d'un accouchement par voie basse. La désinfibulation améliore également la santé sexuelle dans le post-partum, en supprimant les douleurs intenses liées aux difficultés de pénétration.

Les maisons des femmes, lieux de soins spécialisés pour les victimes de violences sexuelles et sexistes, sont également des acteurs majeurs de prévention. Les motifs de consultation pour mutilations sexuelles sont multiples et vont du besoin d'un simple certificat pouvant faciliter une demande d'asile à une prise en charge globale, médicale, psychologique, sexologique et chirurgicale si besoin. Cet accompagnement, parfois associé à une réparation chirurgicale, permet de restaurer l'estime de soi, d'améliorer la santé sexuelle et parfois la relation parentale. Ces consultations ouvrent aussi le dialogue avec les conjoints ou les familles, permettant de véritables renversements d'opinion lorsque le soignant prend le temps d'expliquer et d'écouter.

Un outil juridique de protection

Enfin, la législation française offre un dispositif préventif puissant : lorsqu'un professionnel de santé suspecte un risque d'excision lors d'un départ à l'étranger, il doit saisir le procureur de la République. Une interdiction de sortie du territoire peut alors être prononcée, protégeant la jeune fille et lui permettant d'accéder à un accompagnement médico-social. ▶

