

AVIS
Avis sur les mutilations sexuelles féminines

NOR: CDHX1329654V

Version consolidée au 16 avril 2015

(Assemblée plénière du 28 novembre 2013)

1. Au titre de la protection des droits fondamentaux des femmes et des fillettes, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a été amenée à deux reprises à se prononcer sur la question des mutilations sexuelles féminines (MSF). Dans un avis fondateur en 1988, elle interpellait les pouvoirs publics sur la nécessité de s'engager activement dans la lutte contre ces pratiques et la prise en charge des victimes (1). En 2004, la CNCDH a conduit des travaux plus approfondis sur les mutilations sexuelles féminines en France et dans les pays d'origine des populations immigrées. Elle a formulé un certain nombre de recommandations pour améliorer la protection et la prise en charge des fillettes et des femmes (2).

2. Les mutilations sexuelles féminines constituent l'une des violations les plus barbares des droits fondamentaux des femmes aujourd'hui ; elles sont reconnues comme une atteinte grave à l'intégrité de la personne, l'expression d'une domination physique et psychologique exercée sur les jeunes filles et sur les femmes. Elles portent atteinte au respect de la dignité humaine consacré dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Bien qu'illégales dans la plupart des Etats, les mutilations sexuelles féminines sont toujours largement pratiquées dans une trentaine de pays, où elles ne reculent que très lentement. Chaque année, trois millions de fillettes et de jeunes femmes subissent une mutilation sexuelle, soit une fillette ou une femme excisée dans le monde toutes les 15 secondes (3). En France, en 2007, le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être était estimé entre 42 000 et 61 000, soit une hypothèse moyenne de 53 000 femmes (4).

3. Le discours de lutte contre les mutilations sexuelles féminines s'est longtemps fondé sur des problématiques de santé publique, mais les mutilations sexuelles féminines ne peuvent être réduites à ces problématiques médicales. Les mutilations sexuelles féminines doivent avant tout être combattues sur le terrain des droits de la personne humaine. Il convient alors de préférer l'expression « mutilations sexuelles féminines » à l'expression « mutilations génitales » ou au terme d'« excision ». Le mot « mutilation » met l'accent sur la gravité et le caractère destructeur de l'acte. Le terme « excision » renvoie au type de mutilation le plus fréquent, mais il ne rend pas compte de toutes les formes que peut prendre la pratique. L'expression « mutilations génitales » renvoie à l'aspect biologique de la pratique et à ses conséquences médicales, alors que l'expression « mutilations sexuelles féminines » renforce le fait que la pratique est une violation des

droits fondamentaux des fillettes et des femmes.

4. Au-delà des questions de cultures et de traditions, les mutilations sexuelles féminines constituent de graves atteintes à l'intégrité physique de la personne. Nul droit à la différence, nul respect d'une identité culturelle ne saurait légitimer des atteintes à l'intégrité de la personne, qui sont des traitements criminels. La prise en compte, légitime, du respect des cultures ne saurait induire un relativisme qui empêcherait d'appréhender les mutilations sexuelles féminines en termes de violation des droits fondamentaux des femmes.

5. Près de dix ans après la publication de son dernier avis, la CNCDH a pu constater que des progrès avaient été réalisés en France dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Pour autant, de nombreuses jeunes filles, dont la grande majorité réside habituellement sur le territoire national, sont toujours en situation de danger. C'est pourquoi il paraît nécessaire d'établir un nouvel état des lieux des mutilations sexuelles féminines en France (I) et d'analyser les politiques de lutte et de prévention, mais aussi de protection des victimes, leur mise en œuvre et leur effectivité (II).

I. - Les mutilations sexuelles féminines en France : état des lieux

Définition et typologie

6. Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques (5).

7. L'OMS a établi une classification plus détaillée des différents types de mutilations :

— type I : ablation partielle ou totale du clitoris : clitoridectomie ;

— type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres : excision ;

— 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 procédés de mutilation : scarification, étirement...

8. En France, les femmes victimes de mutilations sexuelles ont pour la grande majorité d'entre elles (80 %) subi une excision (mutilation de type II). On rencontre également une part non négligeable (15 %) de femmes victimes d'infibulation (mutilation de type III).

Contexte des pratiques et conséquences

9. Les mutilations sexuelles féminines sont généralement pratiquées à domicile, par une exciseuse, sans respect des règles d'hygiène ni anesthésie. Jusqu'au début des années 1990, les excisions étaient le plus souvent pratiquées en France. Les procès médiatisés d'exciseuses de la fin des années 1980 ont contribué à faire fortement diminuer la pratique des mutilations sexuelles féminines sur le territoire français, mais l'on ne peut totalement exclure que des exciseuses continuent à pratiquer en France. C'est désormais à

l'occasion d'un voyage dans le pays d'origine de leurs parents (6) que les fillettes, françaises ou résidant habituellement en France, sont victimes de mutilation, parfois à l'insu de leurs parents. A ce titre, la CNCDH rappelle que le juge des enfants a, depuis la loi du 9 juillet 2010 (7), la possibilité de faire inscrire une mineure au fichier des personnes recherchées, pour une durée de deux ans, afin de prévenir sa sortie du territoire en cas de risques de mutilations sexuelles à l'étranger.

10. La pratique des mutilations sexuelles féminines est l'expression de stéréotypes liés au sexe profondément enracinés et inhérents aux communautés patriarcales. Cette pratique fait partie des moyens par lesquels le pouvoir patriarcal s'impose aux femmes. Dans la plupart des sociétés, les mutilations sexuelles féminines sont considérées comme une tradition culturelle, elles sont un marquage corporel de l'appartenance à la communauté :

— elles sont souvent considérées comme faisant partie de la nécessaire éducation d'une jeune fille et de sa préparation à l'âge adulte et au mariage ;

— elles sont souvent motivées par des traditions relatives à ce qui est considéré comme un comportement sexuel approprié. Les mutilations sexuelles féminines réduiraient la libido féminine, préserveraient virginité pré-nuptiale et fidélité conjugale. Elles sont associées à des idéaux culturels de féminité et de modestie, selon lesquels les jeunes filles sont « propres » et « belles » après l'ablation de parties de leur anatomie considérées comme « masculines » ou « malpropres » ;

— bien qu'aucun texte religieux ne prescrive cette intervention (8), les populations pensent souvent qu'elle a un fondement religieux.

11. Les conséquences pour la santé des femmes, liées au type de mutilations pratiquées, sont de plusieurs ordres et peuvent intervenir à différents moments de la vie. Les conséquences médicales à court terme sont la douleur et l'état de choc consécutif à l'événement. Mais il y a également des risques de décès par hémorragie, d'infections locales, avec parfois un risque accru de contamination par des virus (notamment le VIH), de lésion traumatique des organes de voisinage (vessie, anus), le risque de rétention urinaire. Sur le long terme, les conséquences médicales peuvent être les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales), les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence ou une gêne pour uriner (dans les cas d'infibulation).

12. Les mutilations sexuelles féminines ont surtout des conséquences psychologiques, sexuelles et sociales. Des complications sur la sexualité surviennent très fréquemment : angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, altération de la sensibilité sexuelle, syndrome douloureux, frigidité. Les conséquences psychologiques sont également très lourdes : troubles du comportement, anxiété, dépression, irritabilité chronique. L'accouchement peut être un moment très douloureux, au cours duquel le traumatisme de la mutilation est revécu, conduisant parfois à un rejet du nouveau-né. Les mutilations sexuelles féminines constituent donc une atteinte grave aux droits sexuels et reproductifs des femmes, droits qui constituent un élément central de leurs libertés.

13. La mutilation sexuelle est un traumatisme psychologique dont les victimes ne guérissent jamais totalement. De ce fait, la réparation clitoridienne, si elle représente un véritable espoir pour ces femmes, ne peut être considérée comme une solution miracle ou incontournable, mais comme une possibilité de résoudre certaines complications. La prise

en charge des femmes victimes de mutilation sexuelle ne doit pas être uniquement chirurgicale. Une prise en charge pluridisciplinaire, où interviennent gynécologue, psychologue et sexologue, est nécessaire pour accompagner les femmes dans leur décision, les aider à mettre au jour leurs attentes, prendre des décisions en connaissance de cause, afin de leur permettre de se réconcilier avec leur corps et de retrouver un équilibre psychologique et une sexualité harmonieuse.

Constats

14. Il est très difficile en France d'estimer le nombre de femmes et de fillettes mutilées et encore plus de déterminer celles qui sont susceptibles de l'être. Toutefois, les résultats de l'enquête « Excision et handicap (ExH) » publiés en 2009 par l'INED (9) ont permis d'établir une cartographie plus précise des mutilations sexuelles féminines et de leur prévalence (10) sur le territoire national. Bien que difficile à réaliser, la collecte de données sur la prévalence des mutilations sexuelles féminines est essentielle si l'on veut comprendre l'ampleur des mutilations sexuelles féminines pratiquées sur le territoire national. Ces données permettent aussi de mesurer les progrès réalisés en matière de prévention et de prise en charge des victimes. Seules des données objectives pourraient permettre d'évaluer la pertinence des politiques mises en œuvre. La CNCDH déplore que les seules données disponibles pour la France remontent aux années 2004-2007 et qu'il ne soit pas prévu de mettre à jour ces données de manière régulière. La CNCDH demande donc aux pouvoirs publics d'améliorer la collecte de données primaires sur les mutilations sexuelles féminines, mais aussi de conduire des études quantitatives et qualitatives pour mieux estimer les risques de mutilations sexuelles féminines au sein des deuxième et troisième générations de femmes issues de l'immigration.

15. En trente ans, les données à disposition montrent une évolution remarquable. Au début des années 1980, on estimait que 80 % des mères originaires de pays où les mutilations sexuelles féminines étaient pratiquées étaient excisées et que 70 % des fillettes originaires de ces mêmes pays étaient excisées ou risquaient de l'être. Les données issues de l'enquête ExH indiquent qu'au début des années 2000 11 % des fillettes dont les parents sont issus de pays pratiquant les mutilations sexuelles féminines sont excisées et trois fillettes sur dix en sont menacées.

16. La France a été pendant plusieurs années en pointe dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Mais, depuis quelques années, les associations de défense des droits des femmes alertent sur des évolutions inquiétantes de deux types. D'abord, les variations dans les flux migratoires ont amené de nouvelles populations sur le territoire français, dont certaines sont issues de pays ou de régions dans lesquelles les mutilations sexuelles sont pratiquées, ce que les professionnels en contact avec ces populations ne soupçonnent pas toujours. Il convient donc de revenir sur les idées reçues en termes de géographie des mutilations sexuelles féminines : elles ne concernent pas uniquement les populations d'Afrique sub-saharienne, mais sont plus largement répandues et touchent des populations très variées. Tout un travail de sensibilisation et de formation sur la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans le monde doit donc être mené auprès des professionnels : médecins, sages-femmes, infirmiers, travailleurs sociaux, enseignants, magistrats..., afin que chacun puisse avoir une connaissance large du sujet et puisse mieux en prévenir les risques.

17. Ensuite, alors que pendant plusieurs années les associations ont pensé que toute une génération de fillettes, celles nées en France, avaient échappé aux mutilations sexuelles, on constate depuis quelques années que la cible a en fait changé : les adolescentes

deviennent une population à risque. De nombreux témoignages font état de jeunes filles françaises, nées en France, qui sont déscolarisées au moment de l'entrée au collège et subissent un retour forcé dans le pays d'origine de leurs parents. Là elles sont excisées, mariées de force, et après plusieurs années reviennent en France, souvent enceintes. Ce phénomène nouveau appelle une vigilance particulière de la part des pouvoirs publics.

II. - Lutter contre les mutilations sexuelles féminines : prévenir, protéger, punir

18. En France, la problématique des mutilations sexuelles touche différents secteurs : santé, justice, éducation, social. Elle relève d'interventions de nature variée — de la prévention à la prise en charge des séquelles — et touche différents âges de la vie — du nourrisson à la femme adulte. Elle concerne également les garçons et les hommes, qui subissent la perte de membres de leur famille ou sont des victimes collatérales de ces pratiques dans leur sexualité. Les professionnels concernés sont donc très nombreux. Les professionnels de la santé, les intervenants des secteurs de l'accueil des migrants, de l'aide à la jeunesse et de l'enfance, les enseignants, les forces de l'ordre et les magistrats sont amenés à rencontrer des filles et des femmes en détresse souffrant de complications physiques et/ou psychiques consécutives à une mutilation ou se trouvant dans des situations où elles risquent d'être mutilées. Il convient de former, de manière spécifique, l'ensemble de ces intervenants sur les mutilations sexuelles féminines afin que chacun ait une connaissance du phénomène et sache quelle conduite tenir en fonction de son rôle.

Prévenir les mutilations sexuelles féminines et protéger les filles menacées de mutilation

19. Les professionnels de santé ont un rôle de première importance à jouer dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de mutilations sexuelles, la prévention et l'application de la loi. Il convient donc de les former largement à cette problématique. Les auditions ont montré, que malgré les engagements pris en 2006 par le ministère de la santé, très peu de médecins, sages-femmes ou infirmières étaient aujourd'hui formés à la question des mutilations sexuelles féminines (11). Cette formation doit être à la fois :

— médicale : reconnaître les mutilations sexuelles féminines, savoir prendre en charge les conséquences médicales et éventuellement orienter vers une prise en charge pour une reconstruction ;

— anthropologique : connaître les populations à risque, la prévalence, les justifications culturelles des mutilations sexuelles féminines ; et

— juridique : rappel des dispositions pénales, mais aussi déontologiques.

Si le code pénal prévoit un statut particulier pour les médecins qui, contrairement aux simples citoyens, ne sont pas tenus à la dénonciation de crime (12), ils peuvent signaler à la justice les mineures victimes ou menacées de mutilation sexuelle sans que leur soit opposé le respect du secret médical (13). Le code de déontologie fait du médecin le « défenseur de l'enfant » (14) et du signalement un devoir déontologique. Face à un mineur victime de sévices, le médecin « doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives » (15). Les médecins sont tenus de signaler systématiquement les mutilations sexuelles féminines sur des enfants mineurs. Enfin, il faut rappeler que les professionnels de santé ont l'obligation d'intervenir en cas de risque immédiat, pour empêcher la réalisation d'une mutilation sexuelle féminine, en vertu de l'article 223-6 du code pénal.

20. La sensibilisation des médecins de PMI est un élément majeur dans la mesure où l'essentiel des constats d'excision est fait en PMI. Les médecins de PMI — mais aussi les médecins scolaires et les médecins légistes — devraient être soumis à une obligation de vigilance particulière (16). La CNCDH a pu constater que le poids des interdits et des représentations sur la sexualité féminine avait des répercussions sur la manière dont les jeunes filles sont prises en charge médicalement, avec notamment une absence de regard sur le sexe féminin. Les médecins devraient être incités à pratiquer un examen génital systématique chez les filles, comme c'est déjà le cas pour les garçons.

21. Un important travail de prévention et de protection doit être mené dans les établissements scolaires. Il convient tout d'abord de mener un travail d'information auprès des élèves. Les mutilations sexuelles féminines, et plus largement la question des violences faites aux femmes, doivent faire l'objet de séances spécifiques dans les cours d'éducation à la sexualité. Ces séances doivent être articulées avec des actions de sensibilisation et d'information, organisées avec le concours de services chargés de la protection de l'enfance (conseil général, associations habilitées...). Elles peuvent être programmées dans le cadre des actions menées par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) pour informer du cadre juridique français interdisant les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés, le viol conjugal et des personnes ressources que l'élève peut contacter. Enfin, il faut rappeler aux élèves que, même à l'étranger, elles peuvent bénéficier, en tant que ressortissante française, d'une protection et d'une aide appropriée de la part de l'ambassade ou du consulat de France. Il importe à cet égard de s'assurer de la sensibilisation de ces services à cette question, comme de celle des écoles françaises à l'étranger.

22. Un travail de formation doit ensuite être mené auprès des membres de la communauté éducative, enseignants et chefs d'établissement, mais aussi personnels médico-sociaux. La loi du 9 juillet 2010 prévoit que les formations initiale et continue délivrées aux enseignants doivent intégrer des éléments de sensibilisation aux violences faites aux femmes, la CNCDH recommande que la problématique des mutilations sexuelles féminines soit intégrée dans ces formations. Plus largement, toute personne membre de la communauté éducative doit être sensibilisée à la question des mutilations sexuelles féminines. Elles constituent une maltraitance grave à enfant, par conséquent, en cas de doute ou de situation jugée préoccupante, tout membre du personnel de l'Éducation nationale doit :

— informer le chef d'établissement ;

— adresser les informations préoccupantes à la cellule départementale du conseil général, afin de mettre en place une évaluation et d'éventuelles mesures de protection.

L'attention des personnels de l'éducation nationale doit se porter plus particulièrement sur les jeunes filles en fin de primaire ou au collège, qui présentent un risque de déscolarisation. Toute déscolarisation impose un signalement aux services de protection de l'enfance.

23. La formation des policiers et gendarmes est également un élément important. Une sensibilisation aux mutilations sexuelles féminines pourrait être intégrée au module de formation sur la maltraitance à enfants. Cette formation permettra notamment d'améliorer le dépôt de plainte, la prise en charge des victimes par les officiers de police judiciaire et les performances dans les enquêtes ordonnées par les juges d'instruction.

24. Il convient également d'inclure dans les actions de formation et d'information auprès des familles immigrées une information spécifique sur les mutilations sexuelles féminines : informer ces populations de la législation française et les risques encourus, mais également de l'évolution de la législation et des pratiques dans les pays d'origine. Les populations en situation d'exil ont parfois tendance à « trouver refuge » dans la pratique de coutumes identitaires traditionnelles, alors même que celles-ci s'effritent dans leur pays d'origine.

Protection internationale

25. Dans trois arrêts rendus le 21 décembre 2012 (17), le Conseil d'Etat a mis un terme à la jurisprudence déployée depuis 2009 par la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) en matière de protection — au titre de l'asile (statut de réfugié ou protection subsidiaire) — des jeunes filles nées en France et menacées d'excision en cas de retour dans leur pays d'origine. Le Conseil d'Etat a considéré qu'une jeune fille née en France pouvait, sous certaines conditions limitatives, se voir reconnaître la qualité de réfugiée « à raison du risque d'être exposée à la pratique de l'excision dans le pays dont elle a la nationalité ». Le Conseil a en effet estimé que, dans les pays et sociétés où l'excision est la norme sociale, les enfants non mutilés constituent un « groupe social » au sens de la convention de Genève du 28 juillet 1951 et sont donc à même d'obtenir le statut de réfugiés.

26. Dans le même temps, s'agissant des parents d'enfants exposées à un risque de mutilations sexuelles féminines, le Conseil d'Etat a jugé qu'ils pouvaient eux-mêmes prétendre au statut de réfugié ou à la protection subsidiaire mais à la condition d'établir qu'ils encouraient personnellement un risque de persécutions ou de mauvais traitements dans leur pays d'origine du fait de leur opposition aux mutilations sexuelles. Hors ce cas, ils ne peuvent prétendre pour eux-mêmes à aucune protection. Qu'en est-il alors des parents d'enfants ayant obtenu le statut de réfugié mais qui eux-mêmes ne peuvent y prétendre ? Une circulaire du ministère de l'intérieur (18) dispose qu'ils devront être systématiquement invités par l'OFPRA à se présenter à la préfecture de leur domicile munis de la décision accordant à leur enfant la protection au titre de l'asile, afin de demander pour eux-mêmes un titre de séjour. Le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) ne prévoyant pas la délivrance de plein droit d'un titre particulier aux parents placés dans cette situation, les préfets sont invités à leur délivrer, dans le cadre d'une admission exceptionnelle au séjour, une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale ». Dans la pratique, compte tenu des délais d'instruction des dossiers en préfecture, ces dispositions placent les familles dans des situations de vie difficiles : dépourvus de droit au séjour, les parents ne peuvent prétendre ni à un emploi légal, ni à certains droits afférents à la légalité du séjour. En la matière, la CNCDH rappelle que la directive 2011/95/UE du 13 décembre 2011 élargit la notion de « membre de la famille », aux « père et mère du bénéficiaire d'une protection internationale ou tout autre adulte qui en est responsable de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, lorsque le bénéficiaire est mineur et non marié ». Elle invite le législateur à modifier en conséquence le CESEDA pour accorder aux parents de mineurs réfugiés la pleine effectivité du droit d'asile.

Punir : le cadre juridique français

27. Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les faits de mutilations sexuelles. Une telle qualification n'est pas souhaitable dans la mesure où les

mutilations sexuelles féminines sont une atteinte incontestable à l'intégrité physique, ce que le code pénal sanctionne. Ces pratiques sont actuellement poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

— de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, infraction punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (art. 222-9 du code pénal). Les peines encourues, lorsque l'infraction est commise à l'encontre d'un mineur de quinze ans, sont de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-10, premier alinéa, du code pénal) ou de vingt ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur le mineur (art. 222-10, avant-dernier alinéa, du code pénal) ;

— de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infraction punie de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-7 du code pénal), ou de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle concerne un mineur de quinze ans (art. 222-8, premier alinéa, du code pénal) ou de trente ans si elle est commise par un ascendant ou toute personne ayant autorité sur ce mineur (art. 222-8, dernier article, du code pénal) ;

— de torture ou actes de barbarie punis de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-1 du code pénal), ou de vingt ans s'ils sont commis sur un mineur de quinze ans ou une personne particulièrement vulnérable en raison notamment de son âge (art. 222-3, deuxième alinéa, du code pénal).

28. La loi française s'applique évidemment aux étrangers lorsque la mutilation est commise en France, mais aussi lorsqu'elle l'est à l'étranger. Dans ce cas, l'auteur du crime, qu'il soit français ou étranger, pourra être poursuivi en France, à condition que la victime soit de nationalité française (art. 113-7 du code pénal) (19) ou, si elle est étrangère, qu'elle réside habituellement en France (art. 222-16-2 du code pénal) (20). Les parents peuvent être poursuivis en tant que complices, aux conditions restrictives de l'article 113-5 du code pénal.

29. La France est le pays de l'Union européenne dans lequel il y a eu le plus grand nombre de poursuites pénales pour des faits de mutilations sexuelles : environ 29 procès depuis 1979 (21). Mais les données sont imprécises et, en matière de recueil d'informations relatif au traitement des mutilations sexuelles féminines par les services judiciaires, la CNCDH regrette l'absence d'outil permettant d'avoir une connaissance plus fine de l'activité judiciaire en la matière : nombre d'affaires enregistrées et d'affaires poursuivables, taux de poursuites engagées et taux de réponse pénale, nombre de condamnations et quantum des peines prononcées.

30. Le combat contre les mutilations sexuelles féminines passe par une lutte sur le terrain judiciaire. Les combats menés à la fin des années 1970 par les associations de lutte contre les mutilations sexuelles féminines ont permis de faire reconnaître le caractère criminel des mutilations sexuelles féminines et l'incompétence du tribunal correctionnel au profit de la cour d'assises (22). Les grands procès des années 1980 et les condamnations qui ont suivi ont permis un net recul de la pratique sur le territoire français. Mais, afin que l'exemplarité des peines puisse jouer son rôle de prévention et de réparation pour les victimes, il importe que les poursuites soient effectivement engagées et que les peines prononcées soient dissuasives (23). La CNCDH constate une tendance à la correctionnalisation des affaires de viols, et les auditions lui font craindre qu'il puisse en être de même pour les mutilations sexuelles féminines (24). Ce procédé de la correctionnalisation judiciaire (25) ne devrait être utilisé qu'avec discernement, après recueil de l'accord de la victime, pleinement informée des conséquences procédurales de

son choix, y compris des peines encourues.

31. Etant donné le traumatisme vécu par les victimes de mutilations sexuelles et la difficulté qu'elles peuvent éprouver à se porter partie civile contre des membres de leur propre famille, il est essentiel qu'elles puissent bénéficier du soutien de l'autorité judiciaire. A ce titre, la CNCDH invite la garde des sceaux à faire figurer la question des mutilations sexuelles féminines dans la prochaine circulaire sur les instructions générales de politique pénale. Ces instructions permettent une sensibilisation réelle des parquets à certaines problématiques, et elles ont déjà démontré leur efficacité dans d'autres domaines, par exemple, celui des violences intrafamiliales.

32. Il s'agit également de veiller à l'application de la loi à toutes et tous par une amélioration de la formation des magistrats en matière de mutilations sexuelles féminines. Actuellement, la problématique des mutilations sexuelles féminines est intégrée de manière trop transversale et ne fait pas l'objet d'un développement spécifique, tant dans le programme de formation initiale à destination des auditeurs de justice que dans le programme de formation continue en direction des magistrats.

Conclusion et recommandations

33. Depuis trente ans, en France, de nombreux efforts ont été réalisés pour lutter contre les mutilations sexuelles féminines. Ces efforts ont contribué à faire reculer les chiffres de la prévalence des mutilations sexuelles féminines en France, et leur pratique sur le territoire national a quasiment disparu. Pour autant, de nombreuses fillettes et jeunes filles sont toujours menacées et risquent de subir des mutilations, notamment lors d'un voyage à l'étranger. La CNCDH a également pu noter un certain essoufflement dans la mobilisation des pouvoirs publics contre les mutilations sexuelles féminines. Il est donc essentiel de rappeler que beaucoup reste encore à faire pour les prévenir.

34. Les mutilations sexuelles féminines, qui sont à la fois des violences faites aux femmes et des maltraitances commises contre les enfants, doivent être traitées comme telles. Il est nécessaire de rendre visible et lisible la parole des femmes à propos des mutilations sexuelles féminines : cette violence, de fait invisible, engendre un handicap social et enferme les victimes dans une inégalité sexuelle. Les questions concernant leur identité, leur vie sexuelle et les violences subies sont des enjeux nécessitant la mise en œuvre d'actions spécifiques. A ce titre, la CNCDH recommande de :

— former les professionnels des secteurs médicaux, judiciaires, sociaux, de l'éducation nationale, dans le cadre de la formation initiale et continue. Cette formation devra se faire par la création et l'intégration systématique d'un module sur les mutilations sexuelles féminines dans les programmes de formation. Les professionnels devront être formés sur le contexte géographique, social, familial des femmes et des familles concernées et l'impact des mutilations sexuelles féminines, non seulement sur la santé, mais aussi sur la sexualité et la vie affective. Un guide de ressources conjoint pour tous les professionnels, sur le modèle de ce qui a déjà été fait pour les médecins (26), devra être diffusé de manière systématique et réactualisé pour compléter la formation continue ;

— mieux informer en milieu scolaire : il convient d'intégrer, dans les séances d'éducation à la sexualité et dans les actions de prévention des violences sexuelles, une sensibilisation aux mutilations sexuelles féminines ;

— lancer une nouvelle campagne nationale d'information et de prévention des mutilations

sexuelles féminines. Cette campagne, pour être efficace, devra faire l'objet d'un travail conjoint avec les acteurs de terrain ;

— améliorer le recueil de données statistiques relatives aux mutilations sexuelles féminines pour pouvoir évaluer l'impact des campagnes de prévention et la formation des professionnels. Ces statistiques doivent également permettre de développer un travail de réflexion et d'analyse sur les populations victimes ou menacées de mutilation et sur leurs évolutions ;

— mener à son terme le processus de ratification de la convention d'Istanbul (27), qui vise notamment à instaurer une coopération internationale dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Ceci est particulièrement important eu égard à la dimension transnationale des mutilations sexuelles féminines. Cette coopération est indispensable pour faciliter la protection des jeunes filles, mais également pour faciliter les poursuites judiciaires des auteurs et complices de ces faits graves ;

— agir au plan international afin de favoriser l'élimination des mutilations sexuelles féminines dans les pays d'origine des femmes immigrées. Cette action doit être à la fois diplomatique, pour encourager l'adoption de législations interdisant les mutilations sexuelles féminines, et financière en apportant un soutien aux associations locales de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

(Avis adopté à l'unanimité.)

*(1) CNCDH, avis sur les mutilations sexuelles féminines, adopté par l'assemblée plénière du 1er juillet 1988. (2) CNCDH, étude et propositions sur la pratique des mutilations sexuelles féminines en France, adoptée par l'assemblée plénière du 30 avril 2004. (3) D'après les études de l'OMS et de l'UNICEF, on estime entre 100 et 140 millions le nombre des filles et des femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines. En Europe, on estime que plus de 500 000 fillettes et femmes vivant sur le territoire de l'Union européenne sont mutilées et que 180 000 fillettes et femmes sont menacées de l'être. (4) Andro A. et Lescingland M., « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », in *Population & Société*, octobre 2007, n° 438. (5) Définition adoptée par l'OMS en 1997 et reprises par l'ensemble des organisations internationales, en particulier l'UNICEF, l'UNFPA, l'UNHCR ou l'UNIFEM. (6) Les associations auditionnées par la CNCDH ont également fait part de mutilations pratiquées dans certains pays de l'Union européenne ; les fillettes partent dans un de ces pays pour un week-end ou quelques jours et y subissent des mutilations. (7) Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. (8) Les leaders religieux réunis à Ouagadougou en décembre 2005 ont adopté une déclaration commune dans laquelle ils affirment expressément qu'aucune forme de mutilation sexuelle féminine n'est autorisée ou prescrite par aucune religion. Ils reconnaissent que les mutilations sexuelles féminines constituent une « violation flagrante des droits de l'homme et une atteinte grave à l'intégrité physique, psychologique et morale des femmes et des enfants ». (9) Armelle Andro, Marie Lesclingand et Dolorès Pourette, *Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine africaine vivant en France : une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène, rapport final, volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH), INED, Université Paris-I - Panthéon-Sorbonne, janvier 2009, p. 71. (10) L'UNICEF définit la prévalence des mutilations sexuelles féminines comme le pourcentage de femme âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une forme de mutilation sexuelle. (11) Selon Gynécologie sans frontière, qui travaille avec le ministère de la santé pour la formation des professionnels de santé aux problématiques liées aux mutilations**

sexuelles féminines, seules trois facultés de médecine (Amiens, Nantes et l'université catholique de Lille) ont un module de formation consacré aux mutilations sexuelles féminines. Le bilan est un peu plus encourageant pour les écoles de sages-femmes, puisque la moitié d'entre elles ont un module de ce type dans leur formation. (12) Articles 434-1, 434-3 et 226-23 du code pénal. (13) L'article 226-14 du code pénal prévoit expressément la possibilité de lever le secret professionnel en cas d'atteintes sexuelles infligées à une mineure ou à toute autre personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. (14) Article 43 du code de déontologie médicale. (15) Article 44 du code de déontologie médicale (en vertu de l'article R. 4127-44 du code de la santé publique). (16) Les médecins légistes devraient signaler systématiquement dans leur rapport si la personne examinée a subi une mutilation sexuelle féminine. (17) CE, Ass., 21 décembre 2012, Mlle E. F., n° 332492 ; Mme F., n° 332491 ; OFPRA c/ Mme B. C. n° 332607. Pour une analyse plus détaillée de la jurisprudence du Conseil d'Etat et de ses conséquences, voir : Guillaume Cholet, « Droit d'asile : le Conseil d'Etat aux prises avec les mutilations génitales féminines » in Lettre « Actualité Droits-Libertés » du CREDOF, 18 février 2013. (18) Circulaire du 5 avril 2013 relative à la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » aux parents d'enfants bénéficiaires d'une protection internationale (NOR : INTV1308288C). (19) L'article 113-7 du code pénal restreint le champ d'application de la compétence aux délits punis d'emprisonnement, ce qui est le cas en l'espèce, et la soumet aux fins de non-recevoir prévues par l'article 113-8 du code pénal, à savoir une requête du ministère public précédée d'une plainte de la victime ou d'une dénonciation officielle de l'autorité étrangère. (20) L'article 222-16-2 exclut expressément la seule exigence d'une plainte de la victime ou d'une dénonciation officielle de l'autorité étrangère. (21) EIGE, Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia, 2013. (22) Arrêt du 20 août 1983 de la Cour de cassation, chambre criminelle, « les clitoris et les lèvres de la vulve sont des organes érectiles féminins, que leur absence à la suite de violence constitue une mutilation au sens de l'article 312-3 du code pénal* ». (*) Ancien code pénal en vigueur jusqu'au 1er février 1994. (23) A ce sujet, les associations auditionnées signalent que pour les parents les condamnations financières ont une portée plus grande que les condamnations à la prison avec sursis. (24) A titre d'exemple : en 2008, deux parents, dont les quatre filles avaient été excisées, étaient cités à comparaître devant le tribunal correctionnel de Bobigny pour « violence suivie d'incapacité supérieure à huit jours » sur leurs filles, mineures lors des faits. L'affaire aurait dû être jugée en correctionnelle, mais l'association CAMS s'est portée partie civile in extremis et a demandé le renvoi du dossier au ministère public. Le tribunal correctionnel de Bobigny s'est alors déclaré incompétent pour juger une telle affaire. Le tribunal a en effet considéré qu'il s'agissait de faits criminels. Le dossier a été renvoyé à la cour d'assises. (25) Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, dite loi Perben, qui encadre la procédure de correctionnalisation judiciaire. Voir les articles 186-3, premier alinéa, et 469, dernier alinéa, du code de procédure pénale. (26) Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, Gynécologie sans frontières, ministère de la santé, juillet 2010. (27) Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, 7 avril 2011. La convention a été signée par la France le 11 mai 2011. Sa ratification fait l'objet d'un projet de loi déposé à l'Assemblée nationale le 15 mai 2013 et renvoyé à la commission des affaires étrangères.