

MUTILATION SEXUELLE

TRAVAIL



À L'OCCASION DE LA JOURNÉE INTERNATIONALE DE LUTTE CONTRE

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Sous la présidence de :

Madame N. Vallaud-Belkacem
Ministre des Droits des Femmes

MILIEU SPORTIF

VIOLS

VIOLENCE CONJUGALE





PRATIQUES
TRADITIONNELLES

À L'OCCASION DE LA JOURNÉE INTERNATIONALE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES



CHIRURGIE ESTHETIQUE **29 NOVEMBRE 2013**

Palais du Luxembourg
PARIS

www.gynsf.org



Avec le soutien de :

Ainsi que tous les partenaires :















GSI

Sommaire

Edito, Pr Henri-Jean Philippe 5-6				
«Introduction à la 4 ^{ème} journée humanitaire sur la santé des femmes				
Le professionnel de santé face aux violences faites aux femmes»				
(Najat VALLAUD-BELKACEM)				
I - Des violences faites aux femmes méconnues des soignants				
1. Violences faites any foremes on sain du gamele.				
1 - Violences faites aux femmes au sein du couple :				
Etat des lieux des connaissances des soignants en France				
2 - Les violences sexistes au travail, qu'attend-on des soignants ?				
4 - Violences sexistes en milieu sportif				
5 - Quelle évolution depuis le rapport HENRION 2001 ?				
Quelles pistes d'actions pour optimiser la prise en charge par les soignants ? 17-18				
Quenes pistes à detions pour optimiser la prise en enange par les soignants i				
II - De la culture traditionnelle à la mode, quand la chirurgie devient une autre forme de violence faite aux femmes				
forme de violence faite aux femmes				
forme de violence faite aux femmes A – Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ?				
forme de violence faite aux femmes A – Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ? 1- Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières				
forme de violence faite aux femmes A – Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ? 1- Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières en France pour la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines				
forme de violence faite aux femmes A – Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ? 1- Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières en France pour la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines				
forme de violence faite aux femmes A – Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ? 1- Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières en France pour la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines				
forme de violence faite aux femmes A – Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ? 1- Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières en France pour la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines				
forme de violence faite aux femmes A – Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ? 1- Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières en France pour la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines				

Gynécologie Sans Frontières en quelques mots. 4



GSF, en quelques mots...

Créée en 1995, Gynécologie Sans Frontières est une organisation non gouvernementale composée de professionnels de la périnatalité pour lesquels la santé des femmes en situation de précarités médicale, psychologique ou sociale est une préoccupation première. Regroupant plus de 400 membres bénévoles, principalement médecins gynécologues, obstétriciens, sages femmes, infirmiers, psychologues, GSF initie des missions ou vient en soutien à d'autres structures ou ONG. Ses actions se répartissent en Afrique, Asie, mais également en Europe y compris la France où les besoins existent aussi. Il s'agit principalement de missions de développement (formation et éducation), de dispense de soins d'urgence ou de mise en place de structure de soins : centres de dépistage, dispensaire de soins de gynécologie médicale ou chirurgicale.

GSF regroupe des professionnels de la périnatalité (gynécologues, sages-femmes, infirmiers, Psychologues) expérimentés ...

- ... qui souhaitent mettre leurs compétences au service de la santé des femmes dans le monde,
- ... qui pensent que la femme est le pilier de la société dans les pays en voie de développement,
- ... qui n'acceptent pas les violences faites aux femmes,
- ... qui n'acceptent pas que chaque année, 350 000 femmes meurent en mettant un enfant au monde,

GSF rassemble de nombreux volontaires, prêts à partir sur le terrain

- ... pour pratiquer accouchements ou césariennes dans des situations de catastrophe,
- ... pour former des médecins, des sages-femmes,
- ... pour porter assistance, accompagnés de psychologues, aux femmes violées dans les zones de conflits
- ... pour s'investir aussi en France dans des actions de prévention, d'accompagnement et d'aide de toutes celles qui en ont besoin.

GSF est une association ...

- ... qui intervient au Burundi, à Haïti, à Madagascar, au Népal etc...
- ... qui a reçu en 2000, l'Olympe d'Or de la solidarité pour les Femmes dans le Monde,
- ... qui met au service d'associations partenaires, l'expertise et les compétences de ses professionnels
- ... qui veut favoriser la promotion des actions réalisées en faveur des femmes dans le monde.

	Merci pour votre s	outien!	
GSF pourrait ses messions 20€ ® 2 k 40€ ® 1 k 100€ ® vac	À VOS DONS -former des équipes médicales et acquérir du matériel pour s. Par exemple : kits accouchements pour le camp de refugiés spriens de Zautan en Jordanie. kits prévention des prolipsus pour nos missions au liaurund. accouchements accord au cel le vitanue de l'filettes à Mudagacia. est un deplacement ees le laus d'un ou plusieurs origans du prelies femnies.	Pour tout renseignement complémentaire, contacter-nous au 02 53 48 46 35 ou au 02 53 48 46 41. NOM Prénom Année de naissance Profession	Gynécologie Sans Frontières Pour la santé des femmes à travers le monde, des gynécologues et des sages-femmes s'engagent.
je soutiens □ 20€ Autre monta Je règle : ⊕	Je souhaite agir pour la santé des femmes dans le monde, is l'action de Gynécologie Sans Frontières par un don de : 40€ 100€ tant : € In ligne sur www.gend.org In chéque bancaire (à l'ordre de Gynécologie Sans Frontières) Egynécologie Sans Frontières Université de Nantes - Sacutité de Pharmacle Fune Blas. #96.1112. 48011 Nantes certics 1	Adresse Code postal Ville Tell (traubal) E-mail Insular) On, Contembrate a law information entired as 6 plan 1918, and other contembration as an information entired as 6 plan 1918, and other contembration as contembration and contembration and contembration and contembration and contembration and contembration as septiment as sign on Favorable and contembration of properties	Oui je les soutiens, JE FAIS UN DON !

Gynécologie Sans Frontières

COMPTE-RENDU DE LA 4^{ème} JOURNÉE

Edito

Professeur Henri-Jean Philippe,

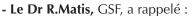
Gynécologue Obstétricien Professeur des Universités Chef du Service Centre Pluridisciplinaire de Chirurgie Ambulatoire Hôpitaux Universitaires Paris Centre AP-HP

Notre 4^{ème} journée humanitaire, avait pour thème « les Violences faites aux femmes en France et dans le monde ». Elle a été l'occasion de mettre dos à dos des pratiques usuelles et coutumières à l'étranger, que nous considérons comme des violences et nos pratiques occidentales que nous oublions de considérer comme des violences potentielles.

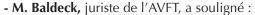
Cette journée a été possible grâce au soutien de Madame Michèle André, Sénatrice du Puy de Dôme, avec la présence devenue habituelle du Pr Roger Henrion et au comité d'organisation piloté par le Dr Richard Beddock, Florence Françoise Cornu que nous remercions tous très sincèrement.

Quelques messages à retenir, extraits de ces actes, provenant de conférenciers passionnants et de très grande qualité, au sein de sessions animées par d'excellents modérateurs :

- Madame N. Vallaud-Belkacem, Ministre des droits des femmes nous a rapporté :
 - Les chiffres terrifiants de la prévalence des violences en France,
 - La place légitime et naturelle que doivent prendre les professionnels de santé.
 - Les éléments du 4ème plan interministériel comportant la prise en charge coordonnée des victimes, leur protection et la formation des professionnels, portée par la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF),



- Les enquêtes régionales auprès des professionnels de santé qui confirment une prévalence très élevée des VFF avec des professionnels qui semblent occulter ces situations,
- La nécessité d'intégrer ce repérage systématique au cours des grossesses, période à haut risque de VFF,



- La sévérité et la fréquence des violences sexuelles plus que sexistes,
- L'intérêt d'aborder ce sujet avec les victimes au moindre doute,
- La difficulté d'une prise en charge psychologique pour des raisons financières,
- La honte des violences commises dans le secteur médico-social,

- le Dr Seguin-Sabouraud, de l'institut de victimologie, a rappelé :

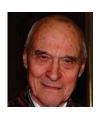
- La gravité du psycho traumatisme quasi-systématique,
- Les antécédents de violences en cas de troubles comportementaux ou cognitifs,
- Les conséquences psychosomatiques en terme de santé publique,
- le Dr S. Afflelou, psychiatre a insisté sur :
 - La sévérité et la fréquence des violences sexistes dans le milieu sportif,
 - La notion de « grooming », conditionnement délétère de l'athlète sous l'emprise de l'entraineur,
- le Pr R. Henrion, de l'académie nationale de médecine a repris l'historique des nombreuses actions réalisées depuis le rapport « Henrion » :
 - les actions effectuées par les gouvernements successifs,
 - les lois votées,
 - les procédés mise en œuvre (N° tel : 3919, téléphone « grand danger », l'entretien du 4ème mois, la MIPROF)











Edito

- le Pr H.J. Philippe, GSF, a rappelé:

• le rôle de GSF dans le plan ministériel de lutte contre les Mutilations sexuelles féminines (MSF) depuis 2006 avec les colloques, les formations, le CDrom destiné aux enseignants, les enquêtes réalisées sur les conséquences des MSF.



- Mesdames I. Gillette-Faye et K. Koita, du GAMS ont rappelé :

- La situation toujours préoccupante des mutilations sexuelles féminines dans le monde,
- L'engagement récent des 193 pays à l'assemblée générale des Nations Unies pour la condamnation de toute forme de MSF,



- le Dr R. Beddock, GSF a fait état :

• De la multitude des pratiques préjudiciables pour le bien-être des femmes et dramatiques pour leur santé (MSF, mariages forcés, crimes d'honneur, gavage, nymphoplastie, ...)



- le Pr F. Duteille, chirurgien plasticien est intervenu sur :

- Les enjeux de la chirurgie esthétique,
- L'histoire des pratiques pour rendre les femmes plus belles de tout temps,
- La nécessité d'une éthique rigoureuse dans la pratique de la chirurgie esthétique.
- Le « primum non nocere » propre à tout acte médical et chirurgical,



- F. Francillon, Sage-Femme, GSF, a repris:

- Les étapes qui ont marqué l'amélioration de la situation des femmes en France,
- Les contraintes esthétiques imposées aux femmes,
- Les enjeux financiers pour certains médecins peu scrupuleux,



- Le P. Lang, philosophe, a évoqué:

- Les liens entre « beauté et normes » avec des différences selon les cultures, les civilisations, les religions et avec un sens qui peut dépasser la seule raison esthétique
- Les liens entre « santé et normes » avec la notion du choix de ses propres normes en termes de bonne santé donc d'un rapport bénéfices/risques très variable d'une personne à l'autre,



• Les liens entre « normes, autonomie et lucidité » avec la difficulté de donner une information éclairée pour prendre une décision juste et appropriée car le spécialiste, le chirurgien plasticien en l'occurrence est celui qui a la connaissance et qui est le mieux placé pour apprécier la technique la meilleure mais à la condition d'intégrer les souhaits des femmes dans son argumentaire.

Au total, une journée pour la santé des femmes, particulièrement riche et qui a été suivie dans les semaines suivantes, par la signature d'un « Manifeste » engageant les professionnels de la santé dans la prise en charge des femmes victimes de violences.

Pr Henri-Jean Philippe

GSF

Visualiser l'intégralité des conférences de la 4ème Journée Humanitaire sur la Santé des Femmes dans le Monde sur Canal U sur le lien suivant : http://gynsf.org/ressource-gsf/journées-humanitaires



Introduction à la 4ème journée humanitaire sur la santé des femmes

Le professionnel de santé face aux violences faites aux femmes

(Najat VALLAUD-BELKACEM).

Lorsque vous m'avez proposé il y a quelques mois déjà de présider cette journée, j'ai accepté avec enthousiasme et je regrette sincèrement de ne pas pouvoir être parmi vous ce matin, étant sur les bancs de l'assemblée nationale pour l'examen de la proposition de loi contre le système prostitutionnel.

C'est un honneur et une fierté pour moi de présider cette journée, d'abord car le travail réalisé par les gynécologues et les sages-femmes de GSF est admirable : à une époque parfois tentée par le repli sur soi, ils se battent aux cotés des femmes du monde entier pour leur santé et pour leur place dans la société. Ils n'acceptent pas que chaque année, 350 000 femmes meurent en mettant un enfant au monde ou que des femmes meurent de cancers gynécologiques que l'on aurait pu prévenir et guérir. Ils se battent pour pratiquer accouchements ou césariennes



dans des situations de catastrophe, pour porter assistance aux femmes violées dans les zones de conflits. Ils s'investissent aussi en France dans des actions de prévention, d'accompagnement et d'aide de toutes celles qui en ont besoin. Je veux avant tout leur rendre un hommage sincère.

Présider cette journée me tient d'autant plus à cœur que le thème choisi pour cette année est au cœur des priorités du Gouvernement. Vous le savez, les violences faites aux femmes prennent des formes très variables, mais elles ont pour point commun de se nourrir des représentations sexistes et patriarcales de notre société. C'est ce que l'on appelle le « continuum des violences » : violences conjugales, violences sexuelles, harcèlement sexuel, violences liées aux pratiques traditionnelles : toutes ces violences sont le prolongement d'une certaine vision de la femme dans notre société.

En France, chaque année, plus de 200 000 femmes sont victimes de violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint et 83 000 femmes sont victimes de viols ou de tentatives de viols. L'an dernier, 148 femmes sont mortes à la suite de violences conjugales. Ces chiffres en disent long sur la réalité des violences sexistes et sexuelles. Elles ne sont pas des « cas isolés », mais le symptôme terrible d'une société où les inégalités entre les sexes structurent en profondeur nos comportements et nos imaginaires.

Pour faire reculer durablement les violences, il faut d'abord savoir les identifier et les dénoncer. Cela veut dire briser le silence, relever notre niveau d'intolérance à la violence : les gestes déplacés, les insultes sexistes dans la rue, les violences conjugales dans le voisinage ne sont pas admissibles. Cela commence à l'école, parce que c'est là que les stéréotypes se construisent, et c'est à cet âge que l'on apprend le respect d'autrui. Et notre action doit se poursuivre partout où l'on doit affirmer et veiller à la dignité des femmes, à leur image, comme dans la publicité, les médias, le monde du travail, dans le sport, à l'université.

Chaque femme victime de violence croisera dans son parcours un professionnel de santé, que ce soit à l'hôpital, dans un cabinet médical, dans un rendez-vous au tribunal ou lors d'une séance de rééducation chez le kinésithérapeute... Les professionnels de santé sont en première ligne face aux violences. Les gynécologues et les sages-femmes, parce que ce sont des professionnels aux côtés des femmes, tiennent un rôle tout particulier. Un tiers des femmes victimes de violence conjugale ont commencé à subir ces violences pendant une grossesse. La grossesse, période de fragilité et de chamboulement pour le couple, est une période à risque pour un certain nombre de femmes. C'est aussi une période où les femmes victimes trouvent parfois la force pour rompre le cycle des violences. Le rôle de dépistage et d'accompagnement des professionnels de santé est alors primordial.

J'ai présenté vendredi dernier le quatrième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes. Il accorde une importance particulière à la mobilisation des professions de santé, en écho à la disposition que j'ai introduite dans le projet de loi pour l'égalité entre les femmes et les hommes qui fait obligation de prévoir une formation aux violences faites aux femmes dans la formation initiale et continue de nombreuses professions. Ce 4ème plan est construit autour de trois priorités :



Introduction à la 4ème journée humanitaire sur la santé des femmes

Le professionnel de santé face aux violences faites aux femmes (Najat VALLAUD-BELKACEM).

D'abord, l'action publique contre les violences faites aux femmes est profondément réorganisée autour du principe d'une réponse systématique et complète pour chaque violence déclarée : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse, et celle-ci doit être systématisée à toutes les étapes du parcours des victimes, pour assurer la prise en charge la plus précoce possible notamment sur les plans sanitaire et judiciaire. C'est l'enjeu de la création d'un service d'accueil téléphonique en continu, du doublement du nombre d'intervenants sociaux en commissariat et brigade de gendarmerie, des protocoles encadrant les conditions de recueil des plaintes. C'est également l'enjeu de l'organisation du parcours de soins aux victimes en s'appuyant sur la médecine de premier recours. Pour la première fois, les violences faites aux femmes seront considérées comme une priorité de santé publique.

De nombreuses initiatives existent sur le plan local, pour une prise en charge coordonnée des femmes victimes de violences : nous les développons en prenant des engagements au niveau national. Un protocole adressé aux Agences Régionales de Santé permettra de renforcer les liens entre services de santé, de police et de justice. Il prévoira notamment la désignation de référents locaux, chargés d'améliorer la coordination des différentes entités intervenant auprès des victimes, et le rythme de leurs rencontres. Il assurera l'information réciproque des acteurs intervenant auprès des victimes et ainsi la protection apportée à ces dernières.

Nous avançons aussi sur la question du renforcement de la réponse à l'urgence, notamment en cas de viols ou violences sexuelles. Trop de femmes aujourd'hui échappent au dispositif de prise en charge et ne parviennent pas à faire constater les preuves de leur agression. Un kit de constatation en urgence est en préparation, qui sera expérimenté dans plusieurs services d'accueil des urgences sur le modèle du kit utilisé aux Etats-Unis par les Sex Assault Response Team.

Nous répondrons aussi aux attentes en matière de développement des disponibilités du service d'accueil et d'hébergement d'urgence. 1650 solutions supplémentaires dédiées aux femmes victimes de violences seront mises en places d'ici 2017.

2ème priorité : nous ne devons tolérer aucune faille lorsqu'il s'agit de protéger les victimes. C'est pourquoi, le plan prévoit le renforcement de l'ordonnance de protection, la mise en place du téléphone d'alerte pour les femmes en très grand danger, le renforcement des outils de prévention situationnelle, l'organisation de la réponse pénale aux auteurs de violences et l'engagement d'un travail pour avancer sur la désolidarisation des comptes et des dettes en cas de violences conjugales.

Nous devons enfin mobiliser l'ensemble de la société et former les professionnels : nous mettons en place une politique transversale de prévention des violences faites aux femmes, dans les médias et sur internet mais aussi dans les espaces de socialisation : l'école, l'université, le sport, le monde du travail. Nous avons lancé une vaste campagne nationale d'information sur les violences faites aux femmes, avec la diffusion d'un clip qui met en scène des professionnels autour du thème « libérons la parole ». On y voit des professionnels à l'écoute, et parmi eux, un médecin, une assistante sociale, une fonctionnaire de police. Pour toutes ces professions, un seul slogan : « nous sommes tous là pour vous aider ».

La mobilisation de l'ensemble des services publics se fera à travers la construction d'un programme de formation initiale et continue spécifique à ces violences pour tous les professionnels impliqués. C'est la mission de la MIPROF, que j'ai créée en janvier 2013. Les médecins français considèrent qu'ils sont insuffisamment formés pour faire face à ces enjeux. 60 % des médecins généralistes considèrent qu'ils ne disposent pas de la formation suffisante en la matière ; nous avons mené une enquête nationale auprès des étudiants en médecine et les résultats sont éloquents, 78 % des étudiants en médecine jugent peu adaptée ou inadaptée la prise en charge médicale des patient-e-s victimes de violence, 96 % des futurs diplômés souhaitent apprendre à dépister les violences et 95,1 % à en traiter les conséquences.

Déjà, nous avançons : le programme des épreuves classantes nationales intègre désormais un item « violences sexuelles » et le diplôme d'Etat de sage-femme prévoit des objectifs en termes de prévention, de diagnostic et d'épidémiologie des violences faites aux femmes. La MIPROF a d'ores et déjà mis au point des outils de formation pour les professionnels de santé, qui ont été présenté la semaine dernière, devant plus de 400 personnes enthousiastes, car elles voyaient que les choses avançaient, enfin !

Vous l'avez compris, le rôle des professionnels de santé est central pour lutter contre les violences faites aux femmes, en matière de soin, de dépistage et d'accompagnement. Cette journée s'annonce très riche et je prendrai connaissance avec un grand intérêt des idées et des pistes de réflexions qui émergeront de vos échanges.





1 - Violences faites aux femmes au sein du couple

Etat des lieux des connaissances des soignants en France

(Richard MATIS).

Le 8 mars 2006, la première Journée Humanitaire sur la Santé des Femmes dans le monde, se tenait à Grenelle avec comme thèmes « les mutilations sexuelles féminines » et « précarité et santé des femmes en France ». C'est à l'issue de ce premier colloque, qu'on a pris conscience aussi de la méconnaissance et de l'ignorance des professionnels de santé vis-à-vis de ce fléau. A la suite de ce colloque, le ministère de la Santé nous a missionnés pour organiser, avec la DRASS, des colloques dans les neuf régions prioritaires en terme de prévalence, dans le but de sensibiliser les professionnels, notamment les professionnels de santé, qui pouvaient être en contact avec des femmes victimes de mutilations sexuelles. 11 colloques ont été réalisés entre 2006 et 2008 dans les régions, à l'issue desquels ont été mis en place des centres pluridisciplinaires de prise en charge des mutilations sexuelles féminines. Ces centres, dont le CRMSF que je représente pour le Nord Pas de Calais, avaient trois missions en général : la prise en charge des femmes victimes de mutilations, mais aussi la formation des professionnels, et la constitution de centres de référence décentralisés. Des professionnels de santé ont donc été formés, mais aussi des professionnels de l'Education nationale et de la Justice. On a notamment profité à l'époque de la logistique déployée dans les maternités pour les formations sur les violences conjugales, pour les coupler à des formations sur les mutilations sexuelles féminines, le modèle étant similaire quant au rôle des professionnels vis-à-vis de ces deux types de violence.

Dans les maternités de deux régions, Nord Pas de Calais et Pays de la Loire, des enquêtes de prévalence ont été réalisées, une sur les mutilations sexuelles et une sur les violences conjugales au cours de la grossesse, couplées à des sessions de formation pour sensibiliser notre cible initiale des professionnels des maternités, essentiellement sagesfemmes, gynécologues, et tous les professionnels de la périnatalité.

Les membres de Gynécologie Sans Frontières, associés avec les référents départementaux violences conjugales et toutes les associations qui luttent contre ces deux fléaux, ont ainsi été les acteurs d'un plan de formation en trois volets. D'une part les enquêtes de prévalence devaient faire prendre conscience aux professionnels de la fréquence des violences conjugales et des mutilations à partir du moment où on se pose la question, pour les inciter à le faire. D'autre part des formations étaient proposées sur ces deux thématiques dans toutes les maternités qui le souhaitaient et des colloques ont été réalisés localement avec le soutien logistique des réseaux de périnatalité.

Les enquêtes de prévalence posaient des questions simples, à travers un questionnaire très peu intrusif : la maternité choisissait une semaine dans l'année, où le questionnaire était présenté à toutes les femmes qui se présentaient en consultation prénatale. On a ainsi obtenu 19,4 % de réponses positives, que ce soit dans les Pays de la Loire ou dans le Nord Pas de Calais, donc 19,4 % des patientes ont révélé avoir été victimes de violences, la prévalence des violences conjugales atteignant 6,4 % dans cette enquête flash, des résultats qui sont concordants avec les différente études préliminaires, notamment de l'ENVEFF.

On a d'abord été confrontés à pas mal de difficultés pour mettre en place ces enquêtes, avec notamment 20 à 25 % de maternités de la région Nord Pas de Calais, qui n'ont pas fait l'enquête pour des raisons diverses (incompréhension des modalités, perte des résultats, difficultés pratiques de mise en œuvre en particulier dans le secteur privé). Ensuite, pour se concentrer sur le thème des violences conjugales, on s'est heurté à des réticences de la part des professionnels. Soit qu'ils ne pensaient pas être concernés par ce problème : « il n'y a pas de ça chez nous, en pratique on n'en voit pas, on n'est pas confronté à ce type de problème ». Soit, deuxième réticence à laquelle on était confronté : « oui, d'accord, on veut bien poser la question, mais qu'est-ce que je fais une fois que la patiente me dit effectivement qu'elle est victime, ça va me prendre du temps, ça va causer du retard dans mes consultations, etc., donc je ne peux pas ». A quoi on peut répondre que 20 % qui disent oui, c'est 80 % qui disent non, donc que ça ne va pas prendre beaucoup plus de temps ; et que surtout le fait même d'avoir posé la question, s'il ne libère pas tout de suite la parole, permet d'ouvrir une porte pour en reparler à l'occasion d'une autre visite. Le professionnel de santé a un rôle de repérage et de première écoute puis d'orientation vers des réseaux pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Une autre réticence était de dire que les violences conjugales, ce n'est finalement pas un problème médical. Or, on connaît bien les gynécologues, les sages-femmes avec leur esprit assez carré, cartésien, et donc dans nos formations, il était nécessaire d'insister sur l'influence de ces violences sur leur pratique médicale et sur la santé des femmes, en particulier au cours de la grossesse. Les complications obstétricales liées aux violences étaient présentées avec aug-



1 - Violences faites aux femmes au sein du couple :

Etat des lieux des connaissances des soignants en France (Richard MATIS).

mentation de la prévalence de retard de croissance, de prématurité, d'hémorragies, et de la mortalité maternelle (16 % de la mortalité maternelle serait du à des violences conjugales).

Au cours de ces enquêtes et ces formations, a été mise en évidence, la méconnaissance des professionnels à tous les niveaux, méconnaissance sur ces deux thématiques. Il y a une méconnaissance de la fréquence, méconnaissance de l'impact sur la grossesse, que ce soient des violences conjugales ou des mutilations, méconnaissance du rôle qu'ils peuvent et qu'ils doivent avoir en tant que professionnel de santé vis-à-vis de ces victimes, méconnaissance du devoir médico-légal vis-à-vis de ces victimes, puisqu'il y a quand même une perte de chance si on voit qu'une patiente est en détresse et qu'on ne lui propose pas de solution et méconnaissance du rôle psycho-social d'accompagnement.

C'est une action sociale, ça n'est pas médical ; est-ce que moi professionnel de santé, je suis légitime pour aller poser ce type de questions à une femme, en lui demandant si elle va bien dans sa vie de couple, je ne suis pas ni conseillère conjugale ni assistante sociale ?

Et puis il y a le caractère des victimes, l'ambivalence des victimes, et ça aussi il faut le dire au professionnel : attention cette femme ne va pas vous dire « merci de m'avoir posé la question, je vais tout vous dire, etc. ». Elle ne va rien dire, parfois faire un premier pas, vous allez prendre le temps nécessaire pour lui expliquer ce que c'est que les violences, quels sont les moyens de s'en sortir, vous allez perdre un quart d'heure, vingt minutes, vous aurez l'impression d'avoir fait quelque chose de bien, et 15 jours après elle revient en vous disant : non, tout va bien maintenant, tout est rentré dans l'ordre, j'arrête tout. Les professionnels supportent mal ce côté aller-retour, ambivalent. Donc il faut bien leur expliquer que dans le caractère de la victime sous emprise, cette ambivalence, cette culpabilité, ces allers retours, la lune de miel, etc., c'est le cycle des violences. Il faut que la patiente sente que la porte est ouverte, quand ça ira moins bien, elle pourra revenir vous voir, et vous pourrez l'aider.

Il y a aussi le fait que les médecins, les sages-femmes, n'ont pas eu cette formation. On les a formés à soigner, à traiter des pathologies, à faire des actes techniques, mais ils n'ont pas de formation pour cette prise en charge à dimension psychosociale.

Dans le 4ème plan, plusieurs éléments nous semblent essentiels. Je pense que le référent doit être hospitalier, de manière à être au contact des autres professionnels, à pouvoir les mobiliser, faire passer des messages. On a par exemple, réussi dans le Nord Pas de Calais à intégrer dans le dossier prénatal deux nouveaux items, un pour les mutilations sexuelles, un pour les violences conjugales : ce sont deux petites cases toutes simples à cocher, surlignées en jaune comme les items AUDIPOG, parmi les facteurs de risques classiques. On espère que ceci incitera le professionnel à poser systématiquement la question.

Enfin dans le plan triennal, dont la MIPROF, donc la commission interministérielle, est le maitre d'œuvre, Gynécologie Sans Frontières peut apporter son expertise et sa façon de faire, ses contacts déjà établis au cours de la campagne de 2006 de lutte contre les mutilations sexuelles.



2 - Les violences sexistes au travail, qu'attend-on des soignants ?

(Mme Marilyn BALDECK)

Déléguée générale de l'Association européenne contre les Violences faites aux femmes au Travail

Merci d'abord pour cette invitation à ce deuxième colloque, à la suite de celui qui a eu à Nantes en 2012, présenter un retour d'expérience de l'AVFT, association qui va sur ses 30 ans, qui est à l'origine du vote des lois françaises relatives au harcèlement sexuel, et qui a été la principale interlocutrice du gouvernement au moment du rétablissement de l'infraction pénale en 2012 après l'abrogation du délit de harcèlement sexuel par le Conseil Constitutionnel le 4 mai 2012. Nous sommes une équipe, basée à Paris mais de compétence nationale, de cinq juristes salariés de l'association, c'est-à-dire que nous nous déplaçons tout au long de l'année sur l'ensemble du territoire français, DOM-TOM compris, pour rencontrer



à la fois les victimes de violences sexistes et sexuelles dans le cadre du travail, et également tous les professionnels qui sont amenés à rencontrer ces victimes sur leur parcours de soins et de droits. L'association a pour principal objectif de les rétablir dans leurs droits, de constituer un dossier en vue d'une action en justice, sachant qu'au moment où nous sommes saisis, les salariés qui dénoncent ces violences ne sont plus en mesure d'être maintenus dans l'emploi. Arrivant ainsi, dans le parcours de dénonciation des violences, au moment où la seule réponse possible est une réponse judiciaire, nous sommes à l'AVFT une sorte de belvédère, de point d'observation particulièrement intéressant de l'action de tous les professionnels, que ce soit les professionnels de la chaine pénale, ou les professionnels de santé.

Sur le titre de l'intervention, « violences sexistes », de quoi parle-t-on ? Une violence sexiste est une violence commise à l'encontre d'une femme parce qu'elle est une femme. Pour ce qui est de l'association, nous intervenons en cas de « violences sexuelles », qui sont presque toujours sexistes, mais nous pouvons également intervenir auprès d'hommes qui sont victimes de violences sexuelles dans le cadre du travail (sachant que dans 100 % des cas, les mis en cause sont de toute façon des hommes). On est donc sur le terrain des violences sexuelles dans le cadre du travail, ce qu'on appelait autrefois le « droit de cuissage » : 37 % des personnes qui nous saisissent sont des victimes de harcèlement sexuel, 43 % dénoncent des agressions sexuelles, et 19 % des viols, le 1 % qui reste étant constitué des agissements d'exhibitionnisme sexuel.

A l'AVFT, on rencontre principalement dans le traitement de nos dossiers deux catégories professionnelles : le médecin généraliste, et le médecin du travail. Eux aussi sont saisis assez tardivement, au moment où la salariée n'en peut vraiment plus, ce qui fait qu'on se retrouve avec des femmes qui dénoncent des violences particulièrement graves, qui ont duré particulièrement longtemps, et donc les atteintes à la santé sont particulièrement lourdes. Or avec notre casquette de juristes, on a vis-à-vis de ces deux catégories professionnelles des attentes particulières, qui vont au-delà de leur rôle traditionnel de soignants : notre métier étant d'optimiser des procédures judiciaires, et que des salariés soient rétablis dans leur droit par une condamnation pénale de l'auteur des faits, ou de l'entreprise comme personne morale devant le Conseil des Prudhommes parce qu'elle a violé ses obligations de sécurité à l'égard de la salariée, on n'a pas que besoin d'une offre de soins stricto sensu, mais également que les médecins détectent les violences, et qu'ils participent dans le cadre des prérogatives qui sont les leurs, à l'établissement de la preuve.

La détection, c'est un point particulièrement important, d'abord parce que le harcèlement sexuel, les agressions sexuelles, même les viols, la plupart du temps ne laissent aucune trace. Et j'insiste, y compris les viols : on sait en effet que dans une écrasante proportion, les viols ne sont pas commis avec violence, par des inconnus, dans un parking à 4h du matin, mais soit dans le cadre conjugal, donc en général sans que l'auteur du viol ait besoin d'exercer des violences, soit dans le cadre du travail sous forme d'un chantage latent à caractère sexuel en échange du maintien de l'emploi, où des salariées vont finir par céder, épuisées, à des supérieurs hiérarchiques qui ne vont en aucune manière avoir besoin d'exercer des violences. Donc pas de traces physiques, du coup le seul moyen de détecter ces violences, c'est de faire parler les victimes. Or on dit souvent qu'il y a un tabou sur la parole des femmes victimes de violences, j'aurais plutôt tendance à m'inscrire en faux par rapport à cette idée reçue : je pense que le tabou est bien davantage du côté de ceux qui les écoutent que du côté des victimes de violence, et qu'en réalité quand on leur pose la question, elles répondent.

Deux expériences illustrent bien cette problématique de la détection. D'abord ce médecin du travail d'un centre de santé interentreprises, contacté par des assistantes sociales pour travailler sur la question du harcèlement sexuel, tombe d'abord des nues en disant que ça ne le concerne pas, mais mène l'enquête par curiosité. Il demande donc à ses collè-



2 - Les violences sexistes au travail, qu'attend-on des soignants ?

(Mme Marilyn BALDECK), Déléguée générale de l'Association européenne contre les Violences faites aux femmes au Travail

gues médecins de mettre en place un questionnaire anonyme de plusieurs pages sur les violences à caractère sexiste et sexuel dont les salariées pourraient avoir été victimes l'année précédente; il essuie d'abord leur refus strict au motif que le harcèlement sexuel au travail est une vue de l'esprit ou que ce n'est pas une priorité, et au final ce sont les secrétaires médicales qui le distribuent. En un mois, les 2000 questionnaires nécessaires pour atteindre une validité statistique sont réunis, avec un taux de réponse de 80 % qui montre bien l'intérêt des salariées pour la question. Résultats : d'une part parmi les réponses négatives, certaines femmes sont revenues plus tard parce qu'elles avaient enfin identifiée le médecin du travail comme un professionnel concerné par le sujet, susceptible d'agir à leur côté pour interpeller l'employeur; d'autre part 46 % des répondantes disaient avoir été victimes d'une forme de violence, à caractère sexiste ou sexuelle, qui allait d'une ambiance sexuelle particulièrement connotée, avec circulation d'images pornographiques imposées, ce genre de choses, jusqu'à des viols. Et sur les viols, même si on est à un tout petit pourcentage de 0,8 %, quand on extrapole à l'ensemble des salariées du département, ça fait 300 à 400 femmes victimes de viol au cours de l'année précédente dans le cadre du travail, ce qui correspond à bien davantage que toutes les plaintes pour viol sur l'ensemble du département.

Deuxième expérience : un autre médecin, qui passait beaucoup de temps dans des colloques comme celui-ci à entendre dire que les violences faites aux femmes étaient un phénomène massif, qui se disait qu'il ne les voyait pas dans ses consultations et que ça commençait à lui poser problème : soit que ces violences n'existaient pas, soit qu'il était en tout cas dans sa pratique médicale inapte à les détecter. Donc il a commencé à faire une chose toute simple, qui ne coûte rien : il a mis au dessus de sa table d'auscultation un poster très généraliste sur les violences à l'encontre des femmes, avec un numéro de téléphone des associations. Et là comme par magie, ses patientes ont commencé à lui parler des violences dont elles pouvaient être victimes. Du coup, ça l'a tellement interpellé qu'aujourd'hui, au titre des antécédents médicaux, il pose systématiquement la question de ces violences à toute nouvelle patiente, et il obtient un taux de réponse particulièrement important. Et depuis, il dit : je suis devenu un meilleur médecin, parce que je suis capable de corréler aussi des symptômes avec les violences dont mes patientes ont été victimes.

Ensuite la question de la prise en charge : en la matière le bon sens, même s'il est nécessaire, ne suffit pas. On appelle donc de nos vœux un plan de formation des médecins, quelle que soit leur spécialité, d'abord par les associations qui s'occupent des victimes, voire via une spécialité de médecine générale en psycho-traumatologie par exemple. Parce qu'aujourd'hui au quotidien, on ne sait pas vers quels médecins orienter ces patientes pour une prise en charge au long cours : les quelques uns qu'on a identifiés en France sont débordés ; les psychologues ne permettent pas une prise en charge par la Sécurité Sociale ; et les centres de prise en charge gratuits sont trop peu nombreux. Une piste intéressante serait donc, dans le cadre du parcours de soin présenté par Madame la Ministre, de prévoir une convention entre les médecins et la CPAM pour une prise en charge spécifique de ces patientes, avec une meilleur rémunération pour des consultations évidemment plus longues, pour que cette question ne soit pas seulement renvoyée à du militantisme.

Sur la question de l'établissement de la preuve : vous savez qu'en matière de violences sexuelles, la preuve n'est jamais une preuve directe, mais se fait par ce qu'on appelle un « faisceau d'indices concordants », à l'intérieur duquel on retrouve les certificats médicaux des médecins. A ce niveau, notre problématique aujourd'hui concerne les injonctions faites aux médecins par le Conseil de l'Ordre, ne pas rédiger de certificats médicaux trop engagés pour leurs patientes. Bien entendu, leur rôle n'est pas d'attester de la réalité des faits, mais nous observons néanmoins dans nos dossiers des médecins qui sont intimidés, convoqués par leur conseil départemental de l'Ordre, pour des certificats trop longs, trop détaillés, trop engagés, et c'est un vrai problème.

Enfin, pour conclure mon intervention, je ne pouvais hélas pas passer sous silence une réalité statistique fort fâcheuse, qui est que dans nos dossiers comme dans toutes les enquêtes de victimation, à savoir que le secteur médico-social arrive en tête des secteurs où se commettent les violences sexuelles. La question est assez documentée : le lien de dépendance entre le soignant et la soignée ; le degré de connaissance du médecin du parcours de vie des patientes qui est un repérage idéal des personnes en difficulté ; le huis-clos du cabinet médical ; la grande facilité à entretenir une confusion entre geste médical et geste déplacé ; le pouvoir incroyable du sachant sur la patiente, qui brouille les repères et permet des gestes qui ne sont pas des gestes médicaux ; parfois l'accès à des drogues, raison pour laquelle les anesthésistes arrivent en bonne tête parmi les médecins qui sont mis en cause dans nos dossiers... Ce qu'on attend ici des médecins, c'est d'abord de la part de l'Ordre des médecins qu'il soit intraitable vis-à-vis des médecins qui sont poursuivis pour ce type de violences, mais on attend aussi des médecins qu'ils ne se réfugient pas derrière un principe de confraternité pour ne pas intervenir auprès de patientes qui ont été victimes de violences commises par leurs confrères. Et ça, c'est un problème que nous rencontrons tous les jours dans nos dossiers, j'en ai de nombreux exemples. Voilà donc ce que l'association attend des médecins, et si toutes ces attentes sont remplies, ça ira déjà beaucoup mieux.







3 - L'accueil des femmes victimes de violence

(Docteur SEGUIN-SABOURAUD),

Institut de Victimologie de Paris

Avec le Dr Gérard Lopez, nous avons créé l'Institut de Victimologie en 95, à la suite des attentats dans le RER, pour traiter les victimes de troubles psycho-traumatiques, à une époque où seul l'hôpital militaire était un peu en pointe sur la question du trauma. Or en créant ce dispensaire, Gérard LOPEZ s'est aperçu qu'un autre type de traumatisme présentait les mêmes symptômes, pour lequel on pourrait peut-être apporter de l'aide, c'était les femmes victimes de viol, que les commissariats de police lui envoyaient en urgences aux UMJ pour un diagnostic. Or ces symptômes, notamment la peur et l'évitement, peur de sortir, peur des hommes, peur de retourner au travail ou dans certains lieux, il se trouve que moi, en tant que thérapeute comportementaliste et cognitif, je m'occupe beaucoup de ces « phobies » entre guillemets. On a donc fait un parallèle, en se disant qu'on pouvait apporter une aide très spécifique à ces patientes, et effectivement très vite on a vu des victimes de viol, et des victimes d'inceste, et maintenant aussi des victimes de violences conjugales.

On fonctionne dans ce centre avec des psychiatres, mais aussi de très bonnes psychologues, de mieux en mieux formées et très investies dans ce domaine, mais qui ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale. J'ai toujours été étonnée de constater qu'à la différence des victimes d'accidents de voiture, d'agressions, d'accidents du travail, qui estiment qu'on doit les traiter gratuitement parce que c'est leur droit, les femmes victimes de viol et les victimes de violences conjugales paient n'importe quoi, n'importe qui, même de leur personne, juste pour être un petit peu écoutées, parce qu'elles ne trouvent pas d'écoute ailleurs, ce qui est quand même assez dramatique.

S'il faut s'occuper des femmes victimes de violences conjugales, c'est aussi parce qu'il faut s'occuper des enfants. Déjà, avant même d'être repérée comme médecin s'occupant des violences, en tant que thérapeute comportementale et cognitif, 75 % de mes patients qui venaient se plaindre de dépression ou de troubles anxieux avaient dans leur histoire familiale un problème de violence, non repéré par eux-mêmes d'ailleurs. C'est que la perception que les gens ont de ce qu'est ou n'est pas de la violence n'est pas claire : quand un Monsieur vient me voir pour un problème d'affirmation de soi dans son travail, « je n'arrive pas à être chef, à avoir une autorité, ou alors je crie, je suis violent, et c'est mal perçu par les autres », qu'il me raconte dans les premiers entretiens qu'il avait une famille parfaite, et que l'un des souvenirs qui lui venaient, c'était d'avoir été obligé de se promener dans son village avec une pancarte où sa mère avait écrit « je suis un menteur », il ne perçoit pas cette violence. De même, cette jeune fille de 18 ans, qui a aussi des problèmes pour s'affirmer, me parle de son père qui insulte tout le temps, qui maltraite, mais il ne frappe pas sa mère, donc il n'est pas violent! Qu'il la frappe, elle, c'est normal, c'est son père : c'est dire qu'on n'a pas encore dans notre esprit que la violence c'est quelque chose qui perturbe le fonctionnement des enfants, donc des adultes à venir.

Alors ce qui est intéressant aussi, c'est le développement qu'on peut observer en Seine Saint Denis depuis quelques temps, de consultations de victimologie intégrées dans des dispensaires, à Bagnolet, Romainville, Saint-Denis, Montreuil bientôt peut-être, dans un département où la violence conjugale, comme les autres violences, est très concentrée. Or il n'y a pratiquement aucun psychiatre dans le 93, et les psychologues n'étant pas remboursés, c'est le médecin généraliste qui se retrouve en première ligne, ce qui en l'absence de formation spécifique peut se révéler problématique. J'ai l'exemple d'une femme que je suis depuis quelques mois, au début j'ai cru à une grande psychotique, et finalement cette dame qui arrive la tête baissée, qui a 30 ans et en paraît 60, qui frôle les murs en passant, qui tremble, qui demande sans arrêt si je crois ce qu'elle me dit, c'est une victime de violences conjugales, et en 6 mois, avec une prise en main par les associations, elle a pu mettre son mari dehors, et tout s'est réglé. Parce que le médecin traitant qu'elle avait, évidemment c'était le même que celui de son mari, et quand elle allait le voir avec un œil au beurre noir, ou fatiguée, ou en larmes, ou complètement confuse, elle avait juste droit à une petite tape sur l'épaule, et on lui disait : écoutez, je le connais bien votre mari, il est gentil ! Donc ces consultations en centres,



3 - L'accueil des femmes victimes de violence

(Docteur SEGUIN-SABOURAUD),

Institut de Victimologie de Paris

c'est bien, mais c'est vraiment de la victimologie, parce que par manque d'argent c'est limité à sept consultations, et après il faut adresser. Et un centre comme le nôtre, où c'est gratuit via le ticket modérateur, il n'y en a qu'un, à Paris.

Alors on fait 12000 consultations par an, dont 1600 pour les enfants, 75 % de femmes, en général entre 20 et 50 ans, principalement de la région parisienne, avec 18 % de personnes qui ont été victimes de viol, 14 % ayant subi des violences conjugales, 11 % des agressions sexuelles un peu tout venant, maltraitances, incestes qui sont en plus petit nombre mais dont les thérapies durent plus longtemps. Surtout contre le sens commun, et ce que je voulais souligner, c'est que 75 % des agressions ont lieu à l'intérieur de la famille, contre seulement 11 % à l'extérieur. C'est paradoxal, mais quand on doit travailler la notion de sécurité avec une victime de viol, j'enfonce le clou en disant : sortez, allez en boite, promenez-vous, le risque est moindre qu'à la maison, avec papa, maman, ou avec son mari.

Alors quand je vous dis ça, vous réagissez parce que c'est insupportable : même s'il s'agit de statistiques par rapport aux agressions, la plupart du temps quand même on est bien dans sa maison, on est bien avec son mari. Mais ça existe, et il ne faut pas l'oublier. C'est très difficile d'en parler ou même à comprendre soi-même mais il faut l'avoir en tête, pour comprendre que les violences du jaloux ne sont pas des manifestations d'amour, parce que sinon le « coin de porte » ou la « chute dans l'escalier », le médecin se dit aussi que c'est pas grave, ça va passer. Or les violences, physiques ou non, sont souvent derrière des détresses : telle femme d'un bon niveau social, qui vient me voir pour dépression et qui souffre du « syndrome de l'imposteur », est en fait victime de violences psychologiques de la part de son mari (dénigrement, humiliations, cris, insultes...) ; telle autre, dont je parlais plus haut, avait été violée dés sa nuit de noces, et subissait des violences sexuelles depuis plus de 30 ans, ce qu'on appelait le « devoir conjugal ». Violences psychologiques, violences sexuelles, mais aussi violences financières : est-ce qu'elles ont une carte bleue ? Est-ce qu'elles gèrent elles-mêmes leurs comptes ? Sur quel compte est viré leur salaire ? Est-ce que le « choix » d'abandonner son travail pour rester à la maison et élever les enfants n'a pas été imposé ? Autant de choses aussi à questionner, parce que ça fait aussi partie des violences.

Alors les conséquences de cette violence qui est quelquefois très discrète ou pas du tout visible de l'extérieur, sont multiples mais difficiles à faire exprimer. Parce qu'il y a un phénomène d'enfermement dans la honte, parce que dire qu'hier vous vous êtes fait tabasser, ou que votre mari, votre conjoint, votre petit ami ou votre ex vous a forcée hier, c'est presqu'impossible tant c'est socialement peu audible (aujourd'hui encore, le fait qu'il s'agisse d'un proche fait qu'on trouve ça presque « normal » : c'est pas très grave, c'est ton mari !). Parce qu'il y a culpabilisation, et que quand on est coupable on ne peut pas se plaindre ; parce qu'on a peur pour soi et peur que la violence se répète sur l'enfant. Ce qu'on en voit, ce sont des phénomènes de dévalorisation, de tristesse, et surtout d'isolement social avec tous ses aspects négatifs de perte d'affirmation, de pertes de compétences sociales, et aussi de troubles psychophysiologiques. Ce pourquoi les généralistes en voient beaucoup de ces dames qui viennent tout le temps un peu malades, mal fichues, avec des troubles intestinaux, des troubles digestifs, ou qui vont voir leur gynéco parce qu'elles ont mal.

Pour terminer, il faut insister sur le fait que c'est un problème de santé publique, parce que ces violences sont à l'origine de beaucoup de troubles psychosomatiques : dépendances à l'alcool, au tabac, aux drogues ; troubles anxieux, dépressifs ; troubles dits « borderline » quand la violence s'est installée depuis l'enfance ; et de problèmes au niveau de la grossesse. La grossesse d'ailleurs est souvent le moment initial des comportements violents, parce qu'au moment de la grossesse, il se passe quelque chose dans la tête de ces hommes violents qui les fait passer à l'acte. Et c'est extrêmement important de s'occuper de victimes de violences conjugales, parce que les enfants sont élevés dans la violence conjugale, et que même si le père ne frappe pas ses enfants, ou n'est pas méchant avec ses enfants, l'enfant est victime secondaire dans cette situation, et va avoir des perturbations de ses liens, qui vont perdurer tout au long de sa vie.

Des violences faites aux femmes méconnues des soignants

COMPTE-RENDU DE LA 4^{ème} JOURNÉE



4 - Violences sexistes en milieu sportif

(Docteur Sabine AFFLELOU),

Psychiatre, Bordeaux

Je remercie GSF de me permettre de participer à cette journée, sur un thème qui me passionne, et dont j'ai été un petit peu porteuse dans ma région au travers d'une mission qui m'a été confiée en 2008, alors que j'étais dans mes fonctions hospitalière, pour faire une étude multicentrique portant sur la violence sexuelle en milieu sportif.

A cette époque, j'avais créé et je dirigeais un service hospitalier rattaché au CHU de Bordeaux, encore unique en France, qui s'intéresse à la psychopathologie et addictologie dans un domaine très particulier qu'est le monde du sport. Donc le Ministère de la Santé et des Sports m'avait missionnée, en collaboration avec un service de psychologie de la santé à Bordeaux, pour étudier cette question des violences dans le cadre du milieu sportif. Est-ce qu'on vérifie ici, comme on l'a largement débattu ce matin, que c'est dans les lieux où théoriquement on doit être protégé que les violences sexuelles se produisent le plus souvent ? C'était une question peu posée pour le monde du sport en France, mise à part l'étude DESCAMPS sur un petit échantillon d'étudiants de STAPS, qui m'a aidé dans l'élaboration de mon travail, et puis il y avait surtout des témoignages, plus ou moins médiatisés, d'athlètes qui avaient pu faire l'objet de violences sexuelles, notamment le livre d'Isabelle DEMONGEOT, Service volée.

Quand j'ai fait mes études de médecine, et ensuite mes années de spécialité, on ne m'a jamais enseigné le psycho-traumatisme, j'ai dû le faire toute seule. On s'est donc posé les questions à l'origine de l'étude : est-ce que le phénomène des violences sexuelles existe dans le milieu sportif ? Est-ce que le sport peut être considéré comme un facteur de protection, comme on aurait tendance à le faire spontanément, ou comme un facteur de risque ? Et puis, si ces agissements sont présents dans ce milieu-là, est-ce qu'ils ont une spécificité particulière qu'on pourrait rattacher au monde du sport ? C'était un petit peu la légitimité de notre service, de créer des concepts spécifiques dans le champ de la psychopathologie pour les sportifs : troubles du comportement alimentaire chez les athlètes, dépressions, « burn out » chez certains sportifs, addictions (addiction au dopage bien sûr, mais aussi addictions comportementales au sport), enfin toutes ces notions qui sont frontalières entre la psychopathologie qu'on connaît fort bien en psycho-psychiatrie, et puis la spécificité sportive.

On avait une grande action préventive également, on voyait plus de 400 jeunes inscrits dans des filières d'accès au haut niveau, CREPS et sections Sport Etudes des lycées, et dans le cadre de leur bilan médical préventif, nous avons œuvré pour qu'il ait un bilan psychologique systématique. Alors dans le sport, évidemment le corps est très exposé, souvent touché de façon tout à fait légitime, par exemple en gymnastique les entraineurs parent et touchent le corps des athlètes : il y a donc une vulnérabilité particulière de par ces aspect-là. De plus il s'agissait d'une population adolescente, et on sait la fragilité de ce moment-là de la vie. Des épidémiologistes comme Marie CHOQUET ont aussi montré la vulnérabilité psychopathologique entrainée par ce qu'on appelle la « centration sportive » du point de vue de la construction identitaire. Mais en était-il de même concernant les violences sexuelles ? La culture de la performance pouvait-elle couvrir des agissements déviants ? La culture du combat, de l'écrasement de l'adversaire, propre à certains sports, en faisait-elle des lieux d'expression privilégiés de la violence ? Les valeurs masculines voire « virilistes », le fait aussi qu'on dit qu'en toute discipline les hommes sont plus performants que les femmes, ne justifieraient-elles pas, comme certains sociologues l'ont théorisé, la domination des hommes sur les femmes ? La banalisation de la souffrance physique mais aussi psychique, les troubles du comportement alimentaires induits par certaines cultures sportives, la culture festive machiste des « troisièmes mi-temps » ne constituent-ils pas un terreau favorable aux violences sexuelles ? Et par-delà les violences dites verticales, c'est-à-dire d'un adulte sur un enfant, on s'est intéressé aux violences dites horizontales, c'est-à-dire des violences entre pairs dans les groupes sportifs : est-ce que le groupe protège, ou est-ce que le groupe vulnérabilise par rapport au risque de ces violences ?

L'entraineur dans ce contexte à une place très particulière : revêtu d'une grande autorité, souvent par délégation des parents, mais pas nécessairement qualifié au sens pédagogique (parfois c'est juste un ancien sportif), il noue indéniablement une relation privilégiée avec l'athlète, avec des dérives possibles. On a remarqué que celles-ci arrivaient notamment quand l'entraineur s'appropriait « son » athlète, et puis quand il commence à s'immiscer, pour la contrôler, dans sa vie privée. Cela peut aller jusqu'à des cas très graves, comme dans celui d'Isabelle DEMONGEOT, victime du phénomène dit de « grooming », c'est-à-dire d'un conditionnement délétère où petit à petit et sous l'alibi de la performance, l'athlète va être quasiment en état de sidération, et va se laisser abuser, de façon répétitive et sans pouvoir se défendre, ce qui entraine une culpabilité énorme par la suite.

Juste un petit mot sur la particularité du psychotraumatisme : parce que non seulement il faut prendre le temps de le



4 - Violences sexistes en milieu sportif

(Docteur Sabine AFFLELOU),

Psychiatre, Bordeaux

chercher, mais il faut être formé à le reconnaitre. Il faut bien connaître le mécanisme du trauma, les phénomènes de dissociation et de fragmentation de la psyché en état de peur intense, qui expliquent que bien souvent les victimes ne peuvent pas se défendre, parce qu'elles en sont physiologiquement, neurologiquement incapables à ce moment-là, sous l'effroi de l'acte de violence. Il faut savoir aussi que ça laisse des traces, que ça fait des dégâts : il faut savoir qu'après un évènement traumatisant, il y a à peu près un quart des personnes qui vont être malades, c'est-à-dire qui ne vont pas pouvoir métaboliser cet évènement, et qui vont faire un syndrome de stress post-traumatique. Dans le cadre d'un acte de violence, donc quand il y a une intentionnalité, c'est la moitié des personnes qui vont développer un syndrome de stress post-traumatique. Après un viol, c'est 80 %. Et après un viol sur un enfant, quasiment tous les enfants vont être gravement malades, gravement atteints, gravement empêchés dans leur vie future, par rapport à ce qu'ils ont vécu. Donc c'est quand même des chiffres qui sont éloquents. Et aussi également dire que ces réactions, qui constituent le psycho-traumatisme, sont des réactions normales à une situation qui est anormale : la plupart du temps, ces personnes se vivent comme ayant des symptômes anormaux, dont ils ont honte, donc ils ne peuvent pas parler, et parfois ils n'arrivent même pas à faire le lien entre les symptômes qui les empêchent de vivre et l'agression initiale. C'est donc un vrai travail de spécialiste pour recueillir tout ça, mettre en lien, identifier, déculpabiliser, remettre dans la normalité finalement ce qui arrive à ces personnes, qui n'arrivent plus à vivre leur vie correctement.

Donc voilà quelques résultats de cette étude. On avait formalisé 12 agissements résumant la plupart des actes de violence sexuelle dont ils pouvaient faire l'objet, leur demandant s'ils y avaient déjà été soumis dans leur vie sportive : « non jamais », « je ne sais pas », « oui une fois », « oui plusieurs fois ». « Je ne sais pas », c'était pour répertorier et ne pas passer à côté les situations de sidération, de peur, de confusion mentale dont on a parlées. Sur 1400 déclarations un peu sur toute la France, de sportifs entre 11 et 35 ans, dont quasiment la moitié adolescents et un peu plus de garçons que de filles : 11 % déclarent avoir subi des violences dans le cadre de leur pratique sportive, garçons comme filles (mais les filles sont victimes des violences les plus graves), quelques 6 % répondent « je ne sais pas », avec un taux important d'agressions même si exhibitionnisme et voyeurisme reviennent en premier. Les mineurs sont plus exposés, et on a retrouvé également une corrélation entre l'intensité de la pratique et le risque de violence.

Sur les « stratégies de faire face », on s'est posé la question du rôle de la minimisation : l'incrédulité de l'entourage étant un facteur de re-victimisation, c'est important d'en mesurer le taux, qui est élevé. D'autant qu'à peu près comme dans la population hors sport (moins de 10 %), seulement 5 % des victimes finalement portent plainte.

Quant au rôle des professionnels de santé, il est bien sûr très important que les cadres sportifs soient formés sur les violences, c'est-à-dire d'abord sur comment faire face, repérer un enfant qui ne va pas bien et les manifestations possibles d'une violence, et qu'est-ce qu'ils doivent faire s'ils en repèrent ? Il faut aussi leur rappeler leur obligation de déclaration sur le plan juridique. Et puis il faut dans de tels lieux de concentration d'enfants ou de jeunes adultes, mettre en place des adultes-ressources, repérables, formés au psycho-traumatisme, en lien avec les associations d'aide, la justice, et les médecins spécialisés.

Sur les préconisations d'action, le plus important c'est d'arriver à libérer la parole, parce que bien souvent il suffit de questionner pour savoir. Donc rechercher activement, ça ne vient pas tout seul, mais c'est étonnant de voir combien les patients qui vont mal dans leur vie ont souvent des antécédents d'agression. Et puis éviter les erreurs thérapeutiques : recueillir la parole, ça ne s'improvise pas, il faut bien se connaître soi pour éviter le contre-transfert, et savoir si on peut entendre des horreurs. Il ne suffit pas d'être là, parce que si on a un « care giving » qui est emporté par nos modalités d'attachement, si on dramatise, si on minimise, si on materne trop, on ne peut plus soigner, on n'est plus en état. Il faut donc se mettre au clair par rapport à ça, et puis savoir par exemple qu'il ne faut absolument pas prescrire de benzodiazépine dans un stress post-traumatique immédiat, parce que ça a un effet qui augmente la sidération et les mécanismes psychiques de désintégration, il faut donc préférer les bétabloquants. Donc des tas de choses qui sont très spécifiques à ce cadre-là, dont j'espère qu'elles vont rentrer maintenant dans toutes les formations et l'enseignement pour les professionnels de santé.

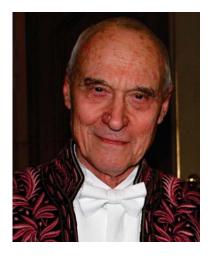


5 - Quelle évolution depuis le rapport HENRION 2001 ?

Quelles pistes d'actions pour optimiser la prise en charge par les soignants

(Professeur Roger HENRION)

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, le Rapport du groupe d'experts qui a été remis en septembre 2000 à Madame GILOT, alors Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, afin d'évaluer d'une part l'impact des violences sur la santé physique et mentale des femmes, et d'autre part de présenter des propositions susceptibles d'améliorer l'information et la formation du corps médical, n'a pas suivi la destinée habituelle des rapports qui est de terminer dans le fond d'un tiroir de ministère, parfaitement enterré et oublié. Malgré l'ambiance un peu pessimiste de la matinée, je pense que nos recommandations, si elles n'ont pas toutes été suivies d'effet, ont eu tout au moins une conséquence heureuse : elles ont servi de détonateur pour une prise de conscience généralisée.



Quel était le contenu de nos recommandations ? D'abord assurer une une meilleure connaissance médicale des violences, en recensant et en publiant en particulier les cas de morts, ce qui nous semblait essentiel au plan médiatique. En second lieu, renforcer la formation initiale et continue de tous les médecins. Ensuite, saisir l'occasion de la grossesse pour mettre en évidence les violences. Ensuite, assurer la mise à l'abri des femmes victimes, afin d'éviter que les maris ne les retrouvent et ne les tuent, et vous verrez que cela se produit encore malheureusement. D'autre part, installer des lieux d'écoute et de prise en charge des hommes violents, ce qui était absolument inconnu. Et enfin, installer des liens entre les différents intervenants au niveau local, police, gendarmerie, magistrats, médecins, etc.

Qu'en est-il devenu après 13 ans ? L'évolution a été quand même très importante. Au fil des mois, on a perçu un frémissement dans l'opinion, vigoureusement relayé par les associations, la presse, les médias, les autorités civiles ont emboité le pas, la commission sociale des évêques de France a fait un rapport en 2003, et Amnesty International en 2006. Surtout rien n'eût été possible sans l'action des politiques et des pouvoirs publics, d'une remarquable continuité, quelle que soit la tendance politique.

La connaissance du phénomène est maintenant bien meilleure. La délégation d'aide aux victimes du ministère de l'Intérieur, la DAV, publie chaque année depuis 2006 une étude nationale des décès au sein du couple, recensant sur tout le territoire : les assassinats, les meurtres, les violences suivies de mort sans intention de la donner, et même maintenant les suicides. On sait ainsi qu'en 2012, 166 femmes (168 en 2006) et 31 hommes sont décédés, et on dénombre aussi 25 enfants victimes et 9 victimes collatérales (famille, ami), 14 homicides de « rivaux » (réels ou fantasmés), 67 suicides... Soit un total des violences impressionnant de 314 décès, presqu'un par jour en France. Sans oublier les conséquences dramatiques sur les enfants : 20 mineurs ont été témoins directs de la scène, ou ont trouvé le cadavre en rentrant chez eux, 140 enfants sont devenus orphelins, 18 de père et mère, 111 de mère, et 11 de père. D'autre part, à partir de l'enquête ENVEFF, Madame SOREL-CUBISOL, dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, au début des années 2000, a bien mis en évidence qu'un tiers de ces femmes s'estiment en mauvaise santé, ont plus d'affections chroniques, plus de d'hospitalisations, plus d'arrêts de travail, que 80 % sont sans arrêt stressées, que 50 % se disent déprimées, et que 30 à 40 % ont recours à l'alcool et à différentes drogues pour essayer de supporter ce qu'elle endurent.

Ensuite, la législation a été considérablement améliorée. Depuis 2004, il y a eu 8 lois, et autres circulaires, pour protéger les femmes, pour éloigner le mari, et pour traiter les hommes violents. En 2004, la loi relative à la réforme du divorce a donné compétence au Juge des affaires familiales pour statuer sur l'attribution du domicile conjugal. En 2005, une loi relative au traitement des récidives fait faciliter l'éviction du domicile de l'auteur. En 2006, la loi a étendu le bénéfice des mesures d'éloignement aux gens qui n'étaient pas mariés, et surtout elle a consacré au plan pénal l'éviction du conjoint, et elle a décrété qu'il y avait viol entre époux. En 2007, une loi relative à la prévention de la délinquance prescrit au médecin, pris entre le secret professionnel et le respect de la vie privée, qui si une femme leur semble menacée de mort, il leur est possible de le signaler au Procureur de la République, sans que son accord soit nécessaire. En août 2007, encore une loi instaurant une injonction de soins, pour toutes les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire. En 2010, une loi relative à l'ordonnance de probation fait que le juge aux affaires familiales peut délivrer en urgence à la victime une ordonnance de protection, interdire à l'agresseur de recevoir ou de rencontrer certaines personnes, de détenir ou de porter des armes, d'attribuer la jouissance du logement ou la résidence du couple, au partenaire ou au concubin qui n'est pas l'auteur des violences, d'autoriser la victime à dissimuler son domicile, ou sa résidence. Il y avait les mariages forcés, et là le contrevenant s'exposait à une sanction de 2 ans d'emprisonnement, et de 15000 euros d'amende. Et encore, la victime se voyait proposer l'attribution d'un dispositif de télé-protection et nous allons y revenir. En 2012, c'est une loi relative au harcèlement sexuel. Et en 2013, une loi est en cours de navette



5 - Quelle évolution depuis le rapport HENRION 2001 ?

Quelles pistes d'actions pour optimiser la prise en charge par les soignants. (Professeur Roger HENRION)

sur l'égalité entre les femmes et les hommes, elle a été adoptée en première lecture au Sénat, elle revient je crois devant la Chambre, et au titre 3, on voit un allongement de 4 à 6 mois, de l'ordonnance de protection dont je vous ai parlée, qui était limitée à 4 mois, et d'autre part une généralisation du téléphone « Grand Danger ». Enfin on réaffirmait le principe de la plainte et non de la main courante.

Autre sujet de satisfaction, il y a de nouveaux dispositifs d'information et de protection des femmes. Premièrement, le numéro d'appel, 3919, créé en 2007 par la Fédération nationale Solidarité Femmes, qui reçoit chaque année près de 70000 appels. La MIPROF, a été créée le 3 janvier de cette année, pour coordonner toutes les données concernant les violences. Un site web, intitulé « Stop violence faite aux femmes » peut être consulté. Un dispositif de télé-protection, téléphone portable « Grand Danger », TGD, a été expérimenté à Bobigny, en Alsace, et sur plusieurs départements, a fait la preuve de son efficacité, et son usage sera généralisé à partir de janvier 2014. Ensuite, les CIDF forment désormais un réseau national, qui couvre toute la France, et 1250 lieux d'information en France et Outre-Mer sont actuellement en activité. Enfin, pour l'hébergement d'urgence des femmes, 1650 solutions d'hébergement, en urgence, sont prévues en 2017.

Autres progrès : un Guide de l'action publique, publié en 2004, par la direction des affaires criminelles et des grâces à Paris, guide maintenant l'action des procureurs. Une Charte d'accueil dans les services publics a modifié la prise en charge par la police et la gendarmerie des victimes, avec l'aide renforcée d'intervenants sociaux (associations, psychologues). Autre amélioration, on s'intéresse plus dorénavant à la prise en charge des agresseurs, pour que les magistrats sachent à qui adresser les maris violents pour éviter la récidive : hébergement, groupes de parole, stages de citoyenneté, contrôle socio-judiciaire et socio-éducatif : en 2013, on pouvait recenser 46 associations qui s'occupent bel et bien maintenant des auteurs de violences.

Une création, dans le domaine de l'obstétrique, c'est la consultation du 4ème mois qui, c'est très français, doit être systématique mais n'est pas obligatoire! Elle est faite par une sage-femme, qui a le temps d'interroger la femme et de poser les bonnes questions dont on a parlé ce matin.

Enfin, malgré la faible diffusion du rapport HENRION et la réticence des professionnels de santé, une évolution se dessine chez les jeunes médecins : une enquête réalisée récemment avec l'association nationale des étudiants en médecine de France, Paris VI, et la MIPROF sur 1472 étudiants en médecine, a montré que si les étudiants se disent mal informés, ils s'intéressaient beaucoup plus que leurs ainés aux violences conjugales : plus de 50 % d'entre eux ont été confrontés au cours de leur stage hospitalier, à un phénomène de violence, et plus de 60 % disent qu'elles ont été vraiment mal prises en charge ; 90 % disent n'avoir reçu aucune formation ; 93 % pensent que le médecin doit jouer un rôle ; et 95 % se disent très intéressé et désireux de recevoir une formation.

Du côté de nos autorités, le 2 septembre, un colloque a eu lieu délibérément à l'Académie nationale de médecine, pour bien marquer l'importance du côté médical des violences conjugales. Un autre colloque, le 19 novembre, en présence du Président de l'Ordre des médecins et même du Président de la Conférence des Doyens, laisse à penser que les choses pourraient enfin évoluer, parce qu'il faut bien avouer qu'en 10 ans de déplacement dans plus de 30 villes de France, j'ai vu peu de médecins parmi les différents intervenants locaux.

Alors je terminerai : quelles pistes d'action pour optimiser la prise en charge par les soignants ? Vous avez bien compris que la meilleure des pistes était de développer dans le cursus des études médicales un enseignement des violences, en premier, en deuxième, et en troisième cycle, afin de leur apprendre à connaître le problème et de poser les bonnes questions. Il est évident qu'une formation continue est également indispensable, mais si on veut vraiment optimiser la prise en charge, je crois qu'il faut aider la MIPROF, la mission interministérielle dans son travail : elle a créé un groupe de travail pour envisager les différentes méthodes d'enseignement, et je crois que c'est excellent.

Alors contre l'impression que peu de choses ont été faites : d'ores et déjà un polycopié, validé par les différents collèges dont celui des gynécologues obstétriciens français, est disponible ; des supports de cours sont proposés aux formateurs ; des court-métrages, des clips ont été faits, comme celui d'une consultation de médecin remarquable, qui montrait comment arriver, face à une femme manifestement hostile, en 10 mn pas plus, à faire en sorte qu'elle commence à évoquer ses problèmes. Et je dirais que de toute façon, on a toujours le temps de donner le numéro de téléphone d'une association, ou d'un psychologue. Une plateforme nationale des questions relatives aux violences est envisagée ; en mars 2012, l'étude des violences a été insérée dans le programme d'étude de nos sages-femmes ; enfin une question sur les violences sexuelles devrait figurer dans le programme des épreuves nationales classantes de l'internat, dans les années qui viennent.

En conclusion, on a beaucoup entendu que les médecins étaient les derniers à réagir, c'est en partie vrai, mais tout ce que je vous ai dit, et j'en ai oublié, mérite quand même que l'on félicite tous les acteurs, tous les intervenants, dont le dévouement dans cette affaire, et j'ai pu le constater sur le terrain, est véritablement inlassable.



De la culture traditionnelle à la mode, quand la chirurgie devient une autre forme de violence faite aux femmes

Des pratiques traditionnelles préjudiciables pour les femmes ?

1 - Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières

En France pour la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines (Professeur Henri-Jean PHILIPPE)

Je vais retracer ici notre découverte et notre implication, récente sur le plan médical, dans la thématique des mutilations sexuelles féminines. L'histoire commence en fait à l'Académie nationale de médecine en 2004, avec un grand nombre de conférenciers ici présents, les mêmes avec qui nous avons fait notre 1ère Journée Humanitaire sur la Santé des Femmes, dont c'était l'un des thèmes. Elle se poursuit via un premier colloque de sensibilisation au niveau régional, à Nantes en juin 2006, quelques mois avant le plan de campagne ministériel de Xavier BERTRAND qui s'intitulait : « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines », et dont le 4ème plan de Najat VALLAUD-BELKACEM est aujourd'hui la continuité.

L'enjeu en était clairement affiché : « sauvons ces fillettes du poids du silence, sauvons ces fillettes du poids de la tradition. Je veux que tout professionnel de santé, de terrain, sache à qui s'adresser pour protéger la jeune fille de l'excision ». Il impliquait pour les professionnels de santé une vraie connaissance, donc dés la formation initiale, du sujet sous tous ses aspects : culturels, médicaux, juridiques et policiers. D'où la mise en place par GSF de colloques de sensibilisation, 9 en un an au niveau de régions identifiées comme prioritaires du fait de la prévalence des femmes excisées, qui ont regroupé à chaque fois entre 500 et 1000 personnes, et permis de sensibiliser et de mobiliser les responsables de la formation. D'où une circulaire adressée aux Doyens des Facultés de médecine, école de sages-femmes, infirmières puéricultrices, pour les informer de la nécessité de dispenser des formations sur l'excision.

Au-delà de cette action nécessaire, il nous a semblé qu'on pouvait donner un coup de pouce supplémentaire aux enseignants, via un CD-ROM qui abordait tous les points importants, c'est-à-dire : savoir identifier les mutilations, connaître leur typologie, le déni socio-culturel qui les accompagne, leurs conséquences médicales, juridiques, chirurgicales, et les actions envisageables, avec le témoignage de Khady KOITA pour que les gens comprennent bien la situation. On a donc adressé cet outil à l'ensemble des 120 professeurs de gynécologie obstétrique en France, à l'ensemble des Doyens de Faculté de médecine, à 105 IFSI, les écoles d'infirmières, à toutes les écoles de sages-femmes, et aux 400 maternités.

Malgré cette diffusion extrêmement large, le constat est un peu triste au niveau des résultats : même si près de la moitié des écoles de sages-femmes ont intégré un enseignement sur ce thème, c'est le cas aujourd'hui de seulement trois Facultés de médecine et de très peu d'écoles d'infirmières. Donc comment prendre en charge si on ne connaît pas ? Pourtant les outils existaient, tant pour apprendre à dépister ces mutilations, et le CD-ROM montrait que c'était d'une simplicité déconcertante, que pour « accompagner et traiter » : puisqu'une fois identifiées, il s'agit bien de les prendre en charge, et là il y a une formation un peu plus importante. L'enjeu est important pour ces femmes, il est encore plus essentiel pour leurs enfants : parce que si on n'aborde pas le sujet avec les mères, leur petite fille risque de se faire



1 - Etat des lieux et bilan des actions réalisées par Gynécologie Sans Frontières

En France pour la prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines (Professeur Henri-Jean PHILIPPE)

exciser. Donc accompagner, c'est aussi expliquer l'obligation de prévenir sur le plan juridique, et tout ceci apparaissait dans ces documents.

Dans le prolongement des ces actions, on a réalisé un ouvrage à destination de l'ensemble des professionnels de santé : « Le praticien face aux victimes de mutilations sexuelles féminines », qui est en accès libre sur internet. C'est un ouvrage simple, pédagogique, qui présente la situation générale mais aussi des situations concrètes : il est 2h du matin, je suis sage-femme, j'ai un accouchement à faire et je suis confrontée à une femme mutilée, qu'est-ce qu'il faut faire ? Je suis sage-femme, en suite de couches je viens de découvrir qu'une femme, qui a déjà deux petites filles, aborde le problème de l'excision d'une manière un peu froide, comment aborder le sujet avec elle, comment voir si ses petites filles ont été excisées, comment aider cette femme si elle veut faire en sorte qu'elles ne le soient pas ?

« Je veux que toute personne qui a subi une excision puisse être prise en charge de manière adéquate, dans toutes les régions, par une équipe pluridisciplinaire ». Ceci se justifie dans l'histoire de cette jeune femme qui vient d'être présentée dans ce court reportage, et qui apprend d'une gynécologue qu'elle est excisée, sans aucune solution proposée, ceci n'est plus acceptable aujourd'hui. Parce qu'à partir de la technique du Docteur Pierre FOLDES, décrite il y a maintenant une dizaine d'années, des chirurgiens ont appris maintenant à réparer ces mutilations. Il y a maintenant dans pratiquement toutes les régions de France, des centres pluridisciplinaires, avec un chirurgien mais aussi un psychologue, un sexologue, etc., pour prendre en charge ces femmes. Parce qu'il ne s'agit pas ici de retirer un fibrome : c'est une femme qui a une histoire avant, c'est une femme qui a une histoire après la chirurgie réparatrice.

Contre l'idée que l'excision n'aurait pas beaucoup de conséquences, un travail considérable, comparant 1000 femmes excisées et 1000 non excisées de la même origine, mené par l'Université Paris I, l'INED et l'INSERM, a permis de faire le point sur ces conséquences à type d'augmentation des infections uro-génitales, des troubles de la sexualité, des déchirures obstétricales, et ...de la sensation de mal-être.

Point extrêmement positif, cette enquête a aussi mis en évidence une diminution de l'excision en France et dans pratiquement 100 % des cas, les parents interrogés sont contre l'excision de leur fille. En revanche, dans 30 % des cas, ils manifestaient des craintes en cas de retour au pays, il y a donc des mesures préventives à prendre à ce niveau-là.

Les autres actions, multiples : il y a eu des formations au niveau universitaire, des formations par exemple des 583 infirmières scolaires des Pays de la Loire, des formations en PMI dans le cadre de la FMC au niveau des centres hospitaliers et des maternités. Des congrès comme celui de la Société nationale de pédiatrie, de la Société française de gynécologie, de la Fédération des collèges de gynécologie médicale, de la Société européenne de gynécologie, ... Donc il y a une diffusion nationale et internationale de ces sujets.

Information, communication: beaucoup de documents et de réunions ont été réalisés: petits flyers dans les lycées et les consultations, groupes de parole avec des médiatrices, article dans le bulletin de l'Ordre des médecins à destination des professionnels de santé pour savoir que faire sur le plan juridique: car ce n'est pas facultatif, quand un enfant est menacé d'excision, c'est une obligation de signaler cette information préoccupante comme toute maltraitance. On est intervenu lors de soirées débats, dans la presse, la radio, la télé, on a porté des travaux de recherche dont trois PRSP, Programme Régional de Santé Publique. Enfin dernière nouvelle, la Commission nationale des Droits de l'Homme qui nous auditionnait récemment, s'est exprimée par un vote unanime en faveur d'une action préventive dans cette situation, qu'elle considère comme une atteinte aux Droits de l'Homme.

Pour conclure, je dirais qu'on est passé d'une méconnaissance avec une certaine compréhension « culturelle », à une connaissance avec une certaine incompréhension, parce qu'on se dit que ce n'est plus possible que ces pratiques se perpétuent. Se trouver confronté à cet enseignement ou à des témoignages comme celui de Khadi KOITA, donne systématiquement envie d'agir. Personnellement, dans ma pratique, j'étais d'abord content d'aider certaines femmes en les opérant ; puis j'ai commencé à opérer leur sœur, maintenant leurs mères, et je me dis que ces cultures évoluent, et c'est positif. Parce qu'il n'est rien de plus glaçant que cette parole d'une exciseuse Bambara, qui pratique 30 à 40 mutilations par jour, et qui vous dit : « je ne sais pas pourquoi on fait l'excision » !

En conclusion, il n'y a aucun doute, les MSF sont une violence vis à vis du corps des femmes, tout le monde ici est d'accord; et notre rôle est d'accompagner, voire d'opérer ces femmes, mais également de prévenir la poursuite de ces pratiques sur leur fille. A GSF, nous avons opté définitivement pour être aux côtés des femmes, avocat de la défense de l'intégrité de leur corps.



2 - Les Mutilations Sexuelles Féminines dans le monde

Quelle situation en 2013 ?

(Mme Isabelle Gillette-Faye, Mme Khady Koita, Fédération Nationale GAMS).

Isabelle GILETTE-FAYE : Pour rappel, le GAMS est le Groupe pour l'Abolition des Mutilations sexuelles féminines, et des pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Nous sommes une association, basée à Paris pour la France avec des antennes régionales, avec un centre ressources, le seul au niveau francophone, qui reprend toute la documentation sur le sujet depuis 1982. On accompagne aussi des programmes européens voire internationaux, puisqu'on est la section française du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, ce qui veut dire qu'on a aujourd'hui 28 homologues dans 28 pays africains, et à peu près autant dans les différentes diasporas, du nord des Etats-Unis, en passant par l'Australie, la Nouvelle-Zélande, etc.

Khadi KOITA: Bonjour à tous. Plus de 150 millions de femmes dans le monde, la majorité dans 29 pays africains et du Moyen Orient, ont subi ces mutilations sexuelles qu'on désigne aujourd'hui à l'international après de longs débats comme « mutilations génitales féminines ». Parce qu'il faut faire attention aux mots, quand certains dans ce monde s'amusent à parler de « cutting », pour cacher, sous couvert de relativisme culturel, que ce sont des mutilations. Contre cette négation de notre capacité de penser et de sentir pour nous-mêmes, il faut insister, comme l'a fait le 22 octobre à Rome Morissanda KOUYATÉ du Comité interafricain, sur la nécessité de s'arrêter sur une terminologie, et de cesser de jouer avec ça.

Je rappelle qu'en Egypte, en République Centrafricaine, en Somalie et au Tchad, au moins 80 % des filles sont excisées entre 5 et 14 ans. A Djibouti, Erythrée, au Niger, au Sénégal et en Somalie, plus d'une fille sur cinq a subi une infibulation, la forme la plus radicale de ces pratiques.

Pourtant, même si 30 millions de filles risquent d'être victimes au cours des 10 prochaines années, disons quand même que ces mutilations, selon les chiffres de l'UNICEF et du FNUAP, sont en recul dans un peu plus de la moitié des 29 pays étudiés. Il s'agissait avant d'un « rite de passage », mais dans la moitié des pays disposant de données, la majorité des filles subissent aujourd'hui ces mutilations avant l'âge de 5 ans, voire sont excisées à 3 jours ou à 7 jours de naissance : or un rite de passage qui se fait à 3 jours de naissance, il y a des questions à se poser.

Ce recul est particulièrement net dans certains pays : par exemple au Bénin, en Iraq, au Libéria, au Nigéria, et en République Centrafricaine, la prévalence de ces pratiques chez les adolescentes a chuté de moitié. Chez certains pays à forte prévalence, on peut observer également une baisse : les pratiques ont reculé de 19 à 31 points en Ethiopie et au Burkina Faso, pays qui fait référence aujourd'hui en termes de lutte et de mobilisation. En revanche, aucun changement à Djibouti, en Gambie, Guinée Bissao, au Mali, au Sénégal, en Somalie, au Souda, Tchad, et au Yémen.

Au niveau politique, des années de travail ont abouti, le 20 décembre dernier, au vote, à l'unanimité de ses 193 membres, d'une résolution à l'Assemblée générale des Nations Unis contre les mutilations génitales féminines. Cette première dans l'histoire de la lutte contre l'excision va permettre de faire valoir une volonté politique au plus haut niveau, en rendant explicite la considération de ce fléau comme une question à aborder de plein droit, et non simplement comme un problème de femmes, considéré de second ordre. Elle donne un outil aux activistes faces aux institutions responsables. Ainsi, l'article 4 de la résolution exige le développement ou la révision de la législation nationale contre les MGF. L'article 2 demande le développement des compétences et des capacités pour la mise en œuvre de la loi. L'article 12 parle de renforcer la capacité des institutions nationales et locales pour surveiller. L'article 9 parle entre autres du renforcement de la capacité des acteurs locaux, et d'entreprendre des plaidoyers pour la diffusion de la connaissance sur les outils législatifs.

Cette résolution est le résultat de 12 ans de campagne et de collaboration avec Madame Emma BONIN, que j'ai rencontrée en 2000, quand elle était députée européenne, et qui depuis lors s'est engagée sans relâche dans cette lutte. Je relève aussi le rôle d'EURONET FGM, qui est la plateforme européenne sur le sujet ; d'associations comme la PALABRE, créée avec des amies belges et françaises ; du Comité Interafricain qui travaille sur les 29 pays africains ; et du soutien de Madame COMPAORÉ, ambassadrice de cette campagne auprès des Nations Unies : c'est en effet le Burkina Fasso qui porté cette résolution, d'abord auprès de l'Union africaine, puis aux Nations Unies.

Deux mots pour conclure. Ces violences sont et restent universelles, dans toutes les sociétés, dans toutes les classes sociales. Parce que malgré toutes les conventions, les résolutions, les dispositifs à tous les niveaux politiques et de la société civile, les croyances et les mythes à leur origine ont la vie dure. Ce sont ces mentalités qu'il faut donc avant tout bousculer, et pour cela le plus important, dans la rue, dans les écoles, dans les médias, c'est continuer à faire de



2 - Les Mutilations Sexuelles Féminines dans le monde

Quelle situation en 2013 ?

(Mme Isabelle Gillette-Faye, Mme Khady Koita, Fédération Nationale GAMS).

l'éducation. Mais l'action du GAMS va aussi plus loin : malgré nos réticences initiales comme femmes africaines à toute forme de législation et de procès, nous poussons depuis plus de 12 ans nos gouvernements à faire des lois et à les appliquer. Parce que les mutilations sexuelles féminines ne sont pas une fatalité mais un fléau, comme toutes les violences faites aux femmes.

Mme Isabelle GILLETTE-FAYE: Concernant la France, l'étude de l'INED des deux jeunes chercheuses, Armelle ANDRO et Marie LESCLINGAND, fait ressortir que 53000 femmes résidant en France ont subi cette pratique des mutilations sexuelles féminines. Concernant leurs filles, à côté des 11 % également victimes, 30 % des enfants sont encore à risque, ce qui veut dire aussi que là où au début des années 80 dans les centres de protection maternelle infantile, on avait 70 à 80 % des fillettes concernées ou à risques, on est aujourd'hui à 60 % de fillettes protégées. Il est donc encourageant de se dire que les parents se saisissent du fait de vivre en immigration sur le territoire français, qu'ils s'en servent pour protéger les enfants de l'excision, et qu'on observe donc sur le plan macro à l'échelle française un recul de ces pratiques.

On continue néanmoins d'observer des prévalences différentes selon les régions : c'est notamment en Ile-de-France (particulièrement Paris et la Seine Saint Denis), et en Haute Normandie qu'elles sont traditionnellement les plus fortes, mais la situation évolue. C'est évidemment lié aux mouvements migratoires, et à la géographie de ces implantations : aux implantations anciennes de populations plutôt originaires du Sénégal et du Mali, aujourd'hui majoritaires en France et arrivées effectivement surtout au début des années 80 dans le cadre du regroupement familial, succèdent des implantations plus récentes de populations principalement originaires de Guinée ou de Côte d'Ivoire, notamment dans le Grand Ouest jusque-là peu concerné (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou Charentes), mais aussi la population égyptienne, qui n'est pas à négliger, qui était très présente en Provence Alpes Côte d'Azur, et qui commence actuellement à augmenter au niveau du territoire francilien. Donc vous voyez que l'échelle nationale est trop grossière pour rendre compte de la situation.

Il faut être conscient ensuite qu'on a en France une vision un peu déformée des choses vis-à-vis de la situation dans les pays d'origine de nos migrants. On est aujourd'hui sur des chiffres d'études menées depuis une trentaine d'années par l'UNICEF ou l'ENSAD, on commence donc à avoir un peu de recul. Or nos migrants viennent majoritairement de nos anciennes colonies en Afrique occidentale française, la région dite du fleuve Sénégal, qui traverse trois pays : la Mauritanie, le Mali, et le Sénégal. Ils viennent d'une espèce de triangle, où on retrouve Kayes coté malien, Sélibabi côté mauritanien, et Bakel Matam ou Demba Kunda côté sénégalais. Et en fait, ce que montrent les études démographiques et de santé depuis 30 ans, c'est que si on s'en tient à la nationalité des personnes, ce n'est pas très éclairant ; en revanche, si on s'intéresse à l'ethnie des personnes, on commence à avoir des résultats plus fins ; et si en plus de la nationalité et de l'ethnie, on tient compte des régions d'origine des populations, on a des chiffres encore plus précis. Et comme il se trouve que cette région du fleuve Sénégal est la plus conservatrice au regard de ces pratiques, on a en France un mauvais prisme : puisque si à l'échelle du Mali, du Sénégal et de la Mauritanie la prévalence des mutilations sexuelles féminines diminue, nos migrants viennent majoritairement d'une région où aucun progrès n'est enregistré.

C'est un prisme déformant de surcroit, non seulement parce que commencent à arriver des populations, notamment anglophones, de Gambie ou du Nigéria, qu'on connaît moins ; mais aussi parce qu'on a une vision trop afro-centrée sur la question. Il se trouve que l'Afrique est le seul continent où on a des données chiffrées et précises sur le nombre de mutilations sexuelles féminines, mais il faut savoir que ces pratiques dépassent certainement le continent africain, ne serait-ce que pour être capable d'avoir ce regard d'une demi-seconde dont parlait le Professeur PHILIPPE tout à l'heure, qui permet de les repérer.

Je terminerai en reprenant le message de Khadi KOITA, qu'il faut qu'on ait des approches complémentaires, qui concernent à la fois la prévention, donc tout le travail qui peut être fait en aval pour empêcher ces mutilations sexuelles féminines, mais aussi la nécessité d'intervenir en amont, pour réprimer, à partir du moment où la protection des fillettes n'a pas pu être garantie, parce que c'est aussi une façon de faire passer le message, c'est-à-dire l'interdit. Et que le plus important, c'est de comprendre que sur tous les continents, il y a des femmes et des hommes qui se battent contre les violences faites aux femmes, et que c'est le moindre qu'on puisse faire de les rejoindre dans ce grand mouvement des Insoumises.



3 - Les pratiques traditionnelles préjudiciables dans le monde

Etat des lieux et place du soignant

(Dr Richard BEDDOCK, Gynécologue-Obstétricien Paris).

Alors c'est clair, beaucoup de résistances existent, qui sont même de plus en plus argumentées depuis quelques années. Et en effet : est-on vraiment exemplaire, pour faire la leçon ? Vous savez qu'en France, les interventions médicales et chirurgicales au niveau des sexes féminins, tatouage, piercing, injections de soluté au niveau du vagin (pour selon l'objectif annoncé, « booster » le plaisir des femmes), émergent et se développent. C'est aussi la modification chirurgicale de l'anatomie vulvaire, jusqu'à la nymphoplastie : est-ce que ça n'a vraiment rien à voir avec une excision ?

On se dit, évidemment non. Mais quand l'OMS définit une mutilation comme « une intervention non thérapeutique des organes génitaux externes », stricto sensu, la nymphoplastie devient un acte de mutilation sexuelle. On dit pourtant que nymphoplastie et excision n'ont rien à voir, et on les oppose sur trois points. On dit d'abord qu'il n'y a pas de complications sanitaires : mais toute intervention chirurgicale implique des complications potentielles hémorragiques ou fonctionnelles, donc l'argument ne tient pas. On dit ensuite que c'est bénéfique sur le plan du plaisir féminin : mais les femmes excisées, le plus souvent, ont quand même un plaisir lors des rapports sexuels, donc ça ne tient pas non plus. Enfin on avance l'argument du consentement : or s'il est vrai que la jeune fille qui se fait exciser n'a pas donné son accord, la démarche de faire une nymphoplastie n'est-elle pas une forme d'auto-obligation normative ? Se dire que je dois ressembler au mieux à un schéma corporel alimenté par des sources parfois discutables, les films porno notamment, ne fait-il pas de ce « consentement », une espèce d'automutilation que certaines s'infligent ?

Voilà le genre d'arguments dont s'emparent les supporters des mutilations, qui nous mettent en difficulté. Il ne faut pas l'ignorer, il faut le savoir, et puis il faut rappeler des choses simples : nous médecins, on continue à lutter contre l'ablation du clitoris, ou la fermeture chirurgicale de la vulve chez les fillettes, point.

Le mariage précoce, arrangé, et forcé. L'article 16 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme dit : le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et le plein consentement des deux futurs époux. 10 millions de mariages forcés chaque année dans le monde, le tiers qui survient avant 15 ans. Pré-pubères, non scolarisées, violées de fait lors de leur premier rapport sexuel puisqu'il n'y a pas eu de consentement dans ce contexte-là ; et puis quand elles sont réglées, elles sont enceintes, ont des grossesses trop tôt, et des accouchements compliqués. Alors il y a plein de terminologies : on distingue mariage précoce, mariage forcé, mariage arrangé, mariage par enlèvement (une « technique » du Kirghizstan »). Les pays les plus touchés, c'est le Niger, le Tchad, la République Centrafricaine, le Bengladesh, Guinée, Mozambique, Mali, Burkina, Soudan, Malawi, et c'est en Inde où on observe par l'effet taille et population, le plus grand nombre de mariages d'enfants : la mariée est une enfant dans 47 % des cas. On n'ignore pas, grâce au GAMS, qu'en France également, 70000 jeunes filles sont menacées par le mariage forcé, ce pourquoi d'ailleurs il est inscrit au point 8 du 3ème chapitre du projet national de lutte contre les violences faites aux femmes. Pour matérialiser les choses, je vous renvoie au travail artistique de Stéphanie SINCLAIR, « too young to wed », sur ces couples constitués avec des petites filles.

Je vous rappelle également le risque sur le plan quantitatif : c'est 16 millions de grossesses d'adolescentes chaque année dont 90 % dans les pays les moins avancés médicalement, 6 millions de ces grossesses non désirées, et 50000 morts maternelles chaque année, qu'on pourrait qualifier d'évitables. Morbidité également de ces grossesses, parce qu'une jeune fille tout juste pubère qui accouche d'un bébé eutrophe, c'est compliqué sur le plan périnéal, et on retrouve très souvent ce lien mariage précoce arrangé / grossesse précoce, à l'origine des fistules.

Le fœticide et l'infanticide féminin : c'est l'interruption d'une grossesse d'un fœtus de sexe féminin. Evidemment c'est un véritable problème de santé publique : en Chine, 18 millions de plus de garçons que de filles chez les moins de 15 ans ; 1 million de fœtus féminins en moins chaque année en Inde, avec des sex ratios parfois effroyables,



3 - Les pratiques traditionnelles préjudiciables dans le monde

Etat des lieux et place du soignant

(Dr Richard BEDDOCK, Gynécologue-Obstétricien Paris).

jusqu'à 200 filles pour 1000 garçons au 3ème enfant! Or cet excès d'hommes augmente l'incidence des pratiques de violences vis-à-vis des femmes, une recrudescence de la prostitution, etc. Or la médecine est concernée via l'outil diagnostic qu'elle peut offrir, parce qu'il est extrêmement simple de diagnostiquer le sexe à 12 semaines de grossesse. Le soignant ne doit pas l'oublier, notamment en médecine humanitaire : quand on amène un appareil d'échographie, il faut veiller à ce qu'il ne soit pas dévoyé pour être utilisé, sous le masque d'une pratique médicale, pour faire du fœticide.

Le gavage des femmes, par exemple en Mauritanie, 8 litres de lait par jour chez les jeunes filles, parce que « la gloire de l'homme se mesure au poids de sa femme », ou que « la femme occupe dans le cœur de son mari un volume équivalent à son volume à elle », avec toutes les pathologies de surcharge, hypertension, retentissement articulaire que ça implique. Le repassage des seins au Cameroun : on comprime avec des pierres chaudes les bourgeons de seins des jeunes filles, pour ne pas exciter le chaland, avec évidemment lésions cutanées, hypoplasies. Et puis les crimes d'honneur, la dot, le contrôle de virginité, les rites de veuvage : toutes ces pratiques traditionnelles sont toutes développées au détriment des femmes.

Alors ça amuse, ce sont des particularités qui sont parfois même transformées en curiosités touristiques. Mais pour nous soignant, qui sommes souvent comme pour les violences en France en position de premier recours, on doit dire que ce n'est pas normal : on doit attester, faire des certificats, donner aux femmes des outils de plaidoyer, et même militer pour que cesse ces atteintes à la santé publique. Il ne faut pas non plus ignorer que certains soignants se commentent dans ces pratiques-là, les cautionnent, et se font de l'argent en sachant ce qui va se passer derrière.

On doit lutter, parce que c'est aussi ce qu'on appelle la violence structurelle : c'est-à-dire que la jeune femme qui nait dans un pays où elle est mariée tôt, où elle est enceinte tôt, pas de chance c'est aussi un pays sous-médicalisé. Et donc le soignant au bout de la chaine, n'a pas tous les moyens pour gérer cette grossesse particulière et la sécuriser. Et la fonction du soignant ici n'est plus strictement de soin, mais de dénonciation, pour dire : cette violence structurelle, on ne peut pas faire avec, on ne peut pas tout.

Je finis avec trois histoires de l'année: Lama, une jeune saoudienne de 5 ans, violée par son père, prédicateur connu en Arabie Saoudite, morte des traumatismes qu'elle a reçus après, et son père à peine plus lourdement condamné que des voleurs de moutons. Yasmine EL BARAMAWY, violée Place TAHIR, mais comme c'est un couteau qui a pénétré l'anus, et pas un sexe, ce n'est pas un viol. Et puis cette jeune indienne, Jyoti SINGH PANDEY, qui rentrait d'une soirée avec son ami, et qui a été violée, qui est morte de ses plaies digestives, liées à l'introduction d'une barre en métal qui lui a arraché une partie de son tube digestif: alors les 6 types qui l'ont agressée ont été condamnés à mort, mais on reste effaré des commentaires de personnalités publiques qui la rendaient responsable de ce qui lui était arrivé.

Tout ça pour dire que le terme de tradition, c'est beau, ça chante bien à l'oreille, mais en fait c'est un chant qui est beau à l'oreille des hommes seulement. Donc on a le devoir de réagir, on doit soigner ces femmes, mais on doit aussi témoigner, on doit aussi dénoncer, on doit être à côté de ces femmes. Donc pour conclure, nous soignants, on n'a pas le choix de l'indifférence, on doit agir.

GSF

La chirurgie de l'esthétisme féminin en occident : un préjudice pour les femmes ?

1 - L'avis du chirurgien

(**Pr Franck DUTEILLE,** Chirurgien Plastique Reconstructrice et Esthétique, CHU Nantes)

Je remercie GSF de m'avoir invité avec une question, « la chirurgie esthétique chez la femme en occident, un préjudice ou un bénéfice ? », un peu provocatrice puisque je dirige le service de chirurgie plastique reconstructrice à Nantes. Il s'agit pour moi, en somme, de savoir si j'ai le droit ou le devoir de continuer à réaliser ma spécialité, je vais donc essayer d'y répondre avec le plus d'objectivité possible.

Toute chirurgie est par définition une agression physique. Toute la problématique face à ce préjudice, c'est : est-ce que la balance au final va permettre un bénéfice ? Dans le cas d'une appendicite, puisque si on n'opère pas c'est la mort, le rapport entre bénéfice et préjudice est vite fait. Mais tout le problème de la chirurgie esthétique, c'est de savoir quelle est la notion de soin ou de guérison qu'on peut apporter pour diminuer le préjudice, et donc la légitimer ?

Les définitions qu'on peut donner de la chirurgie esthétique y aident peu. Sur le plan législatif, la chirurgie esthétique a pour but de « rendre leur aspect normal aux altérations non pathologiques ». Mais qu'est-ce que la normalité, à partir de quand on est normal, est-ce qu'il faut même rendre tous les gens normaux ? On voit que c'est flou. La SOFCEPRE, Société française de chirurgie plastique, s'est essayée à une définition : un acte chirurgical, sur demande de la personne, motivé ni par une pathologie, ni par des séquelles, mais par des conséquences morphologiques du vieillissement, de la grossesse, ou de disgrâces acquises ou constitutionnelles. C'est un gros fourre-tout, et ce n'est pas plus clair. Finalement mieux vaut peutêtre la sobriété du Petit Larousse : « une chirurgie esthétique se définit comme une partie de la chirurgie plastique, destinée à améliorer la forme ou l'aspect d'une partie du corps ».

Alors au lieu de la définir, on peut essayer de savoir ce qui la différencie effectivement des autres chirurgies : d'abord c'est un acte volontaire, c'est-à-dire que la démarche au départ vient de la patiente, et que le chirurgien n'est là finalement que pour confirmer l'existence ou non d'une indication. Ensuite, s'agit-il de transformer un corps, d'améliorer un corps, ou de réparer un corps ? J'ai pris exactement la même situation clinique : une patiente qui trouve ses seins trop petits vient vous voir parce qu'elle veut des implants mammaires. On va voir qu'on aboutit à trois situations cliniques complètement différentes.

Ici une jeune fille, 20 ans, qui a des seins petits mais qui ne peut pas vivre avec, elle souhaite des gros seins parce que ça la gêne dans ses rapports, que c'est pour elle une souffrance. On a un passage d'un bonnet A à un bonnet C ou D, donc une vraie transformation du corps : pour caricaturer, c'est sûr que sur la plage, la situation va être un petit peu différente. Là, une patiente de 35 ans, qui a eu 3 enfants, qui a des seins qui sont entre guillemets un peu en bernes, qui là aussi pourrait vivre comme ça, elle veut un volume qui m'apparaît beaucoup plus adéquat : on peut parler ici plutôt d'amélioration du corps. Et puis là, une femme de 30 ans, la même situation, qui vient vous voir, deux enfants, des seins complètement déshabités, elle me parle de ses « gants de toilette » et le très vit mal : la mise en place d'implants mammaires ici va correspondre à la reconstruction d'un corps, et on est dans une situation complètement différente.

Alors finalement, si on revient à la question de départ, est-ce que c'est un préjudice ou un bénéfice ? Coté négatif, on a pas mal de choses : d'abord les complications opératoires, inhérentes à tout acte chirurgical, même avec des patientes souvent jeunes, en bonne santé, où a priori tout devrait bien se passer ; ensuite, c'est l'intervention ratée ou décevante, et une situation à la fin qui peut être pire qu'au point de départ ; c'est aussi l'aspect financier, l'intervention coûte cher, sans arrêt de travail, et tous les soins sont à la charge de la patiente ; enfin il y a souvent cette culpabilité de se dire : j'ai vécu jusqu'à présent, donc pourquoi aller me faire opérer ? Or on voit que tous ces éléments négatifs, qui pourraient faire penser qu'il



1 - L'avis du chirurgien

(**Pr Franck DUTEILLE,** Chirurgien Plastique Reconstructrice et Esthétique, CHU Nantes)

n'y a aucune indication de chirurgie esthétique, sont compensés et même dépassés par un mal-être, une souffrance, le fait que les gens ne s'aiment pas dans leur corps.

Alors la chirurgie esthétique est une activité nouvelle, reconnue par l'Ordre depuis 1984, mais c'est une activité qui est en régulière augmentation. Deux chiffres à l'appui : en 2009, la liposuccion était la chirurgie la plus pratiquée au monde, donc pour des patients qui étaient dits « non malades », entre guillemets ; et en 2010, ce sont 318000 augmentations mammaires esthétiques aux Etats-Unis, l'équivalent de toute la ville de Nantes, ça donne l'idée de l'importance de la fréquence de ces interventions, c'était même l'intervention chirurgicale la plus fréquente pour les patientes entre 19 et 34 ans aux Etats-Unis. Alors est-ce que là aussi c'est un choix délibéré de la patiente, c'est-à-dire est-ce que ça répond à un besoin, dans ce cas-là on va apporter un bien-être ; ou est-ce qu'au contraire, c'est un phénomène qui est imposé par la pression sociale ? Finalement, c'est ça la vraie question : est-ce que le préjudice, en dehors des complications etc., ne correspond pas à une hyperpression des médias, qui impose à la femme cette activité chirurgicale, dont finalement elle n'aurait pas besoin ?

J'ai fait un petit retour en arrière, au temps de Charles VII, j'ai regardé mes prédécesseurs qui étaient des barbiers, et l'un des éléments de beauté à l'époque, c'était le front, qui se devait d'être haut et dégagé : pour être à la mode de l'époque, les femmes devaient avoir à peu près ma ligne d'implantation chevelue! Donc les patientes, pour avoir justement cette perte de cheveux au niveau antérieur, se faisaient appliquer du sulfure d'arsenic, de la chaux vive, et puis après pour éviter la repousse, du sang de chauve-souris, de l'urine d'âne, de la fiente de chat, de la cigüe, du mercure de plomb : autant dire un bon terrain expérimental pour avoir un cancer de la peau! Mais vous voyez que même sans médias à l'époque, on cherchait quand même une transformation, le goût du beau, et donc ça laisse la question ouverte. D'autant que ces pratiques esthétiques, autant qu'on revienne en arrière, accompagnent tout le développement de la chirurgie moderne, qu'on pense au lifting de Sarah BERNARD, ou la rhinoplastie de Marilyne MONROE. Mais c'était encore réservé aux gens un peu connus, avec un peu d'argent, ce qui fait dire que la vraie question c'est peut-être : est-ce que cette modification des pratiques n'est pas due à une augmentation de l'accessibilité, et non pas finalement à une augmentation des pressions des médias ?

Et dans ce cas-là, le chirurgien n'apparaît plus comme un élément négatif, mais au contraire plutôt positif, puisqu'il apparaît comme une sorte de régulateur : on ne devient pas chirurgien plasticien par hasard, on est dans une législation, on est dans un cadre, on est médecin, on fait des études normales. Et donc finalement, le chirurgien plasticien va réaliser cette chirurgie esthétique dans le respect de ses patientes, et dans certaines limites à ne pas franchir.

C'est patent quand on a des demandes assez bizarres : ainsi de cette patiente, qui arrive avec des implants mammaires bonnet E, me dit qu'elle ne supporte plus ses seins, sauf qu'elle ne voulait pas les réduire, mais les augmenter ! Il est évident ici que mon rôle n'était pas de la transformer en animal de cirque. Peu importe ici la maxime de ces patientes, qui vous disent « mais mon corps m'appartient » : notre rôle est justement de fixer des limites pour rester dans le médical. Donc la chirurgie esthétique doit rester un acte médical, avec des indications, des contre-indications, et des limites déontologiques, c'est pour ça que la chirurgie esthétique est réglementée, et qu'elle se fait évaluer en permanence.

Il faut aussi éviter ce que j'appelle les « interférences ». Je pense à une patiente que j'ai opérée il n'y a pas très longtemps, qui me semblait complètement structurée, 45 ans, bien dans sa peau, intégrée socialement. Je la revois trois fois en consultation, elle trouve ses seins trop petits. Je lui dis : ils sont petits effectivement, ils sont un peu déshabités, la mise en place d'un implant mammaire peut vous améliorer effectivement, je lui fais l'intervention et tout le monde semble content. Elle revient me voir 3 mois après : « docteur, il faut m'enlever les implants, il n'est pas revenu ». C'est-à-dire qu'elle avait fait cette intervention non pour elle, mais pour quelqu'un d'autre, dans une situation de conflit de couple, et j'étais complètement passé à côté. Ça arrive, je me suis fait piéger. Donc finalement parfois on a ces interférences, et il faut toujours essayer de dégager le fait que la chirurgie esthétique ça doit être fait pour les gens, pour leur corps à eux, et en aucun cas une interférence. Ce pourquoi, en particulier dans le cas des implants mammaires, l'exemple type à éviter c'est la consultation avec le mari.

En conclusion, je pense que si on parle en termes de guérison, quand l'OMS définit la santé comme un bien-être physique et psychique, croyez-moi, la mise en place d'un implant mammaire chez une patiente de 18 ans qui a un bonnet A, ça peut remplacer une vie de Prozac. Mais surtout, la relation chirurgien patiente, c'est une alchimie : c'est-à-dire qu'il peut y avoir toutes les situations, dans un sens comme dans l'autre, mais si une indication est bien posée, avec respect de la femme, des codes de déontologie, on va avoir un bénéfice de cette chirurgie qui sera très largement supérieur au préjudice. Et je rappelle une des phrases de nos ancêtres grecs : « primum non nocere », qui est valable également en chirurgie.



2 - L'avis des femmes

(Mme Florende Francillon, Sage femme Hôpital Poissy)

Dans notre réflexion autour de la chirurgie de l'esthétisme féminin comme une autre forme de violence faite aux femmes, on m'a chargée de porter l'avis des femmes.

Alors je ne suis qu'une femme parmi les femmes, mieux : une femme de ma génération, avec mes repères de société, mon âge, mon histoire. Je n'avais que 3 ans en 1968, mais j'ai conscience d'un moment important pour notre relation au corps et aux autres : loi NEUWIRTH de 67 sur la contraception, avec les premiers décrets d'application en 72 ; loi VEIL de 75 permettant l'IVG ; choc culturel du Rapport HITE, qu'on se passait encore sous le manteau tant il levait de tabous autour de la sexualité féminine! Les femmes pouvaient enfin revendiquer que leur corps leur appartenait, et j'étais certaine alors que tous les combats de nos ainées pour nos droits, notre place et notre position au sein de la société occidentale, nous les femmes, étaient des acquis absolument indéboulonnables. Malheureusement, si on regarde l'évolution des choses, tant ici qu'au niveau international, je suis plus inquiète aujourd'hui : en tout cas restons vigilantes, et ne baissons pas la garde.

Je parle ici aussi en tant que sage-femme. J'ai croisé au cours de ma vie professionnelle bien des femmes, bien des histoires différentes, des intimités, des corps, des sexes aussi, tous différents. Velus, chétifs, glabres, trapus, myopes, longilignes, plantureux, angulaires, arrondis, façonnés par le temps, les maladies, les épreuves, les cicatrices physiques et psychiques, marqués par notre naissance et fruit de nos expériences, nos corps sont notre identité visible. Certes, nous avons tous des petits arrangements avec la vérité toute nue : le parfum change notre odeur naturelle, et modifie les signaux que nous donnons à l'autre, on se teint les cheveux, on met de la crème antirides, etc. Mais tout de même, entre la nudité de John LENNON et Yoko ONO, et celle de Lady GAGA aujourd'hui, il s'est passé beaucoup de choses dans l'image de la femme et de l'esthétisme féminin.

La question que je voudrais poser aujourd'hui, c'est : jusqu'où la médecine peut-elle aller ? Selon quelle éthique, selon quels critères ? Et au-delà, parce que je suis aussi mère, je suis aussi citoyenne, et actrice de ce monde comme tout un chacun : quelle société souhaitons-nous demain pour nos filles ? Pour quelle image d'elles-mêmes et de leur corps de femme ?

Alors bien sûr, j'aurais pu aborder les implants mammaires, les problèmes d'implants trafiqués ou pas aux normes, les indications abusives, les ratés de la chirurgie, le refus de vieillir, l'énorme business financier autour du corps et de la mode. Mais je vous propose plutôt de rester sur tout ce qui concerne les actes de bistouri autour du sexe féminin dans nos sociétés occidentales.

Alors en quoi consiste cette « chirurgie intime », selon l'association de mots la plus courante qu'on trouve sur les moteurs de recherche internet ? Nymphoplasties, liposuccion du Mont de Vénus, augmentation du volume des grandes lèvres, amplification du « Point G », restauration du calibre vaginal ou reconstruction de l'hymen : on se retrouve devant une galaxie de pratiques variées, généralement coûteuses, et plus ou moins problématiques.

On explique donc que la nymphoplastie de réduction correspond à « la chirurgie esthétique des petites lèvres tombantes ou trop développées, au niveau de la vulve de la femme », et que « l'intervention chirurgicale consiste à retirer la portion excédentaire des petites lèvres ». Pourtant quand le docteur S. L. affirme qu'en fait la taille n'est pas le problème, que les petites lèvres peuvent être gênantes même si elles ont une taille inférieure à 4 cm car la notion de gêne est personnelle et non transposable d'une femme à l'autre : où est la notion de limites ? Pour cet autre grand spécialiste, les 3/4 de ses opérations ont pour motivation une gêne vestimentaire, liée notamment, il l'affirme sérieusement, au port du string. Le docteur A. B., lui, fait dans la grande poésie pour expliquer son geste opératoire : s'adapter à l'anatomie de la patiente serait comme faire rétrécir un pull en machine à laver, il va sortir plus petit, mais avec les mêmes proportions et la même forme.



2 - L'avis des femmes

(Mme Florende Francillon, Sage femme Hôpital Poissy)

Le docteur S.A., lui, m'a révélé un problème dont je n'étais pas consciente en tant que femme : de la graisse peut s'accumuler sur la zone pubienne, ce qui serait très complexant. Heureusement, elle a la solution : la liposuccion du Mont de Vénus ! Vous le trouvez au contraire trop décharné ? Le docteur D.E. vous le rendra plus bombé ! Elle vous propose aussi d'augmenter le volume de vos grandes lèvres, parce que des grandes lèvres pleines et ventrues, je cite, « donnent un aspect jeune et tonique à la vulve ».

Autre technique, l'amplification du Point G par injection de produits de comblement : l'existence du Point G reste encore à ce jour à démontrer, mais comme l'opération doit être renouvelée au bout de quelques mois, c'est une rente financière fort intéressante ! Le docteur A.B. vous propose également de « restaurer le calibre vaginal », en resserrant le vagin. Ce même docteur nous parle de reconstruction de l'hymen, qu'il est fier d'avoir popularisé et démocratisé dans notre pays : on n'est même plus dans le cadre d'un mariage traditionnel, le but de l'intervention c'est ici pour la femme, dit-il, de se « refaire psychologiquement, en général pour se remettre d'une relation qui s'est terminée ». Il s'agit pour la femme de se « réhabiliter », quel terme magnifique ! « Reconstruire la membrane, c'est reconstruire la personnalité de la patiente ». Je n'étais pas au courant que ma personnalité se trouvait là...

Les prix varient, et sont généralement très conséquents. Alors je dois vous dire qu'à un moment, je me suis arrêtée, parce que plus je parcourais ces sites, plus la nausée m'envahissait. D'autant plus, que les photographies censées montrer combien ces sexes féminins étaient vraiment disgracieux, ne reflétaient, en tout cas à quelques exceptions près, que la multitude des sexes féminins normaux, et on sait tous dès qu'on a une pratique autour du corps de la femme, que tous les sexes sont différents.

Le nombre de cas de ce type de chirurgie est difficile à chiffrer. En tout cas d'après ceux que j'ai trouvé, leur fréquence augmente beaucoup depuis environ 2-3 ans en France, un peu plus longtemps dans les pays anglo-saxons. Notamment dans les hôpitaux britanniques, le nombre de labioplasties a été multiplié par cinq en 5 ans, et ils font maintenant face aussi à des demandes de petites filles à partir de 11 ans! Alors on peut se demander: pourquoi cette réalité est-elle grandissante maintenant? Parce que le rasage intégral est de plus en plus devenu la norme, et que sans poils on voit beaucoup plus les détails? A cause de l'accessibilité de plus en plus aisée aux images pornographiques? Sans doute quand on voit arriver aujourd'hui des demandes de dépigmentation de la vulve et de l'anus, comme le font beaucoup d'actrices pornos, pour avoir une vulve et un anus roses. Parallèlement à ça, est-ce que ça ne serait pas aussi une histoire de faire disparaître tout ce qui est normal et naturel après la puberté? On enlève les poils, on dépigmente, on veut que rien ne dépasse, qu'est-ce qu'on cherche alors sinon un sexe de petite fille? Sachant que ce phénomène se double en parallèle d'une hypersexualisation des fillettes de plus en plus fréquente, il y a des questions à se poser sur l'image de la femme qui est véhiculée à travers cet esthétisme-là : est-ce que c'est réellement prendre possession de son corps que de le modifier à travers des actes comme cela ?

Alors face à tous ces questionnements, lorsqu'on se sent un peu perdue, il convient de revenir peut-être à l'essentiel, à l'Origine du Monde que je voudrais célébrer avec Courbet, et j'aimerais qu'on puisse laisser à l'origine du monde tous ses mystères, et à chaque femme, son authenticité.



3 - La chirurgie esthétique féminine – approche éthique

(Patrick LANG, Université de Nantes, Centre atlantique de philosophie)

J'ai l'honneur d'être invité à cette journée, non comme spécialiste des problèmes liés à la chirurgie esthétique ou aux violences faites aux femmes, mais parce que je travaille, d'une part sur l'esthétique générale, et d'autre part sur l'éthique et la philosophie existentielles. Le fil directeur de ma contribution sera donc la question de la recevabilité de la demande adressée à une chirurgie esthétique qui s'accroît spectaculairement, cependant que le recours à de telles interventions tend à se banaliser. Nous commencerons par réfléchir sur le lien entre norme et beauté, pour croiser ensuite cette analyse avec celle du lien entre santé et normalité. Cette démarche nous permettra de remettre en cause aussi bien le lien d'abord appréhendé entre normalité et beauté, que le présupposé éthique de la lucidité de l'individu en société.

1. Beauté et norme : l'esthétique est d'abord étymologiquement une théorie du sensible, ensuite une théorie du beau, enfin une théorie de l'œuvre d'art. Etant « esthétique » toute sensibilité à l'aspect des choses qui fait qu'elles peuvent être considérées comme des œuvres d'art, à quelles conditions cela peut-il être le cas pour le corps et le visage humain ? Essayons d'abord la distinction kantienne : serait-ce une beauté libre, qui ne présuppose aucun concept de que doit être l'objet, ou une beauté dépendante, une perfection en somme, conforme à ce qu'elle doit être ? Pour la première, on pense aux tatouages ou au maquillage facial des sociétés occidentales contemporaines, purement ornementaux ; au contraire, la beauté dans la sculpture grecque antique recherchait l'harmonie des proportions dans le corps humain, et produit donc de la beauté dépendante d'après une règle définie. Mais cette distinction est intenable : on ne peut pas définir la beauté par la forme et en exclure en même temps la conformité à une règle. Ce que le beau vise ainsi est un idéal, pour la constitution duquel, nous explique Kant, il faut une idée-norme esthétique, tirée de l'expérience, en tant que moyenne d'un grand nombre de spécimens humains. Eloignée des extrêmes, cette norme sera propre, également, à la communauté des individus observés à une époque donnée, donc différente chez les Européens, chez les Chinois, etc., et d'une époque à une autre. Plus encore : cette image typique de l'espèce (ou d'un sous-ensemble de l'espèce) n'est réalisée dans aucun individu, elle ne peut contenir rien de caractéristique, et c'est d'ailleurs pourquoi un visage parfaitement régulier n'exprime rien. Être sans défaut, c'est exactement être sans qualité. C'est peut-être pour cette raison que l'art lui-même a fini par se détacher de l'exigence de beauté idéale, et ce, comme l'a souligné Hegel dans son Esthétique, dès les origines de l'art chrétien. La statue grecque n'est pas encore une individualité réelle, parce que l'idéalisation la délivre des particularités contingentes qui différencient les individus. La beauté idéale des déesses et des dieux grecs est exempte de toutes les traces de la maturation et de l'épreuve de la vie ; c'est d'abord l'art chrétien, dans ses représentations du Christ, des saintes et des saints, qui a introduit la double exigence de l'individualisation, c'est-à-dire d'une particularisation contraire à l'idéalisation, et de la spiritualisation, c'est-àdire de la conscience de soi en tant qu'elle est confrontée au mal, à la douleur et à la mort. Ainsi, l'art moderne occidental est un héritier de l'art chrétien en ce que, ayant renoncé à être beau, il cherche à être significatif.

N'allons pas nous empresser de dénoncer comme une naïveté cette affirmation selon laquelle la beauté humaine n'est pleinement elle-même que lorsqu'elle présente extérieurement une intériorité individualisée. On la retrouve en effet, contre toute attente, chez un chirurgien esthétique à la clientèle huppée, Michael König, quand il déclare qu'une personne belle est une personne authentique, qui habite son corps d'une manière à la fois détendue et rayonnante, indépendamment des configurations formelles de ce corps. Ou chez la danseuse suédoise Marta Oldenburg, lorsqu'elle fonde en 2011 à Stockholm une agence de mannequins, Fading Beauties (« beautés qui se fanent »), qui mise non sur l'emballage, mais sur le contenu – c'est-à-dire sur la personnalité et le talent, sur une apparence où on voit une personnalité, une histoire, qui soit accordée à elle-même.

D'où notre première conclusion : la question de la beauté humaine se pose toujours dans un système de coordonnées dont les axes sont constitués, d'une part, par la tension entre l'individualité personnelle et la « norme » sociale et, d'autre part, par la collusion et le rapport entre une extériorité physique et une intériorité que nous appelons aujourd'hui psychique et que l'on aurait autrefois appelée morale.

2. Santé et norme : Or, de manière frappante, c'est un quadrilatère tout analogue qu'on rencontre lorsqu'on se pose la question des rapports entre la santé et la normalité, entre l'anormalité et la maladie. Rappelons à cet égard la thèse de Canguilhem dans Le Normal et le pathologique (1966) : la santé n'est pas norme (ou plutôt conformité à des normes), mais normativité (c'est-à-dire pouvoir d'instituer des normes de vie). Ainsi d'un individu à l'autre, normal et pathologique sont relatifs (nul n'est parfait, c'est-à-dire que nul ne peut prétendre être adapté à tous les milieux) ; en revanche, pour un même individu, la distinction est absolue : c'est la perception que l'individu a de lui-même qui importe. Et du coup, pour le domaine de la médecine, qui s'occupe de l'homme, on peut en inférer que la santé est surtout la capacité à mener la vie que l'on désire.

Du concept de santé tel que le définit Canguilhem découle donc une conséquence éthique assez radicale : il faut rendre au patient la capacité de définir, pour lui-même, ce qu'est la santé, et se garder de lui imposer (abusivement) un concept de santé préalablement défini. La règle serait donc ici celle de la référence à la personne du patient : la connaissance de



3 - La chirurgie esthétique féminine – approche éthique

(Patrick LANG, Université de Nantes, Centre atlantique de philosophie)

ses préférences existentielles est déterminante. Il n'existe pas de « bénéfices » et de « préjudices » absolus, c'est-à-dire définissables en dehors de toute référence à un patient précis dans un contexte précis.

3. Norme, autonomie, lucidité: Nous retrouvons donc, dans cette analyse du concept de santé, un système de coordonnées analogue à celui de l'analyse de la beauté: d'une part, la tension entre la norme (biologique ou médicale) et la normativité (individuelle); d'autre part, le rapport entre l'extériorité de symptômes observables et l'intériorité existentielle du patient. De plus, les deux analyses semblent converger dans le sens d'une valorisation de la particularité individuelle au détriment de la norme conçue comme moyenne statistique. Il semble que nous rejoignions ainsi la notion d'autonomie qui est au cœur de l'éthique médicale actuelle, telle qu'elle est codifiée dans les textes. On admet majoritairement aujourd'hui qu'il faut « respecter l'autonomie » du patient, c'est-à-dire sa capacité à décider souverainement de ce qui est le meilleur pour lui en dehors de toute contrainte, et que la preuve de ce respect est l'importance accordée à son consentement éclairé à l'action médicale.

Or, la notion de consentement libre et éclairé, comme l'a montré Pascal TARANTO lors d'une intervention récente à Nantes, ne va pas sans tensions. Entre rationalité informée d'une part et lucidité sur soi-même, on sacrifiera toujours la singularité des préférences à la rationalité universelle, parce que simplement l'étalon de cette rationalité est la science médicale, qui fait justement défaut au patient. Le patient « rationnel » est donc tout simplement celui qui fait confiance aux préconisations du médecin. Contre la transformation du consentement en pur rituel, il faudrait laisser le patient comparer les raisons du médecin à ce qu'il sait de lui-même. Toute la question est donc de savoir si l'on peut compter sur une telle lucidité sur soi chez l'individu et, surtout, si elle y est associée à une capacité à critiquer ses propres choix de valeurs.

C'est ici que se situe l'enjeu proprement éthique. L'éthique est en effet la réflexion critique, non pas tant sur les mœurs (ce que l'on fait) que sur les doctrines morales (qui nous disent ce que nous devrions faire), qui accorde donc une large place à la définition et à la critique des valeurs, à savoir du préférable (de ce qui est réellement digne d'être préféré).

Or nos deux analyses précédentes, celle de la beauté et celle de la santé, suggéraient implicitement des conclusions opposées quant au bien-fondé de la demande en chirurgie esthétique : dès lors qu'elle est bien comprise, la beauté humaine est individuelle, et inclut donc tout le spectre de la diversité des apparences singulières ; de ce point de vue, la chirurgie esthétique apparaît inutile. Mais seul l'individu peut définir ce qu'est sa santé, d'autant mieux qu'il connaît mieux ses désirs et ses préférences, c'est-à-dire ses valeurs ; de ce point de vue, toute demande de chirurgie esthétique semble légitime, dès lors qu'elle est exprimée par une personne capable d'exercer son jugement, c'est-à-dire jouissant de toutes ses facultés dans leur maturité. Comment dénouer ce paradoxe ?

Le problème vient manifestement du fait que, dans le cas de la chirurgie esthétique, des individus désirent se dépouiller de leur apparence individuelle dans la quête illusoire d'une normalité, qu'il faut bien qualifier d'assez étrange. Etrange comme ce fait social typique (cf. Durkheim) qu'est la mode : c'est-à-dire l'aspiration à une transformation de l'apparence pour la conformer à une norme, certes d'origine sociale, mais qui n'a rien d'une moyenne statistique comme l'idée-norme de la beauté chez Kant. L'idéal de la taille fine au temps des corsets baleinés, ou de nos jours des ventres plats ou des cuisses minces, sont ainsi des fictions parfaitement arbitraires de l'imagination, aujourd'hui diffusées à grande échelle par les industries de la beauté, de la mode et du sexe.

C'est ce que souligne à juste titre la sociologue suisse Dina Bader dans une étonnante étude de 2011, consacrée aux représentations sociales de l'excision et de la nymphoplastie en Occident. Elle fait valoir que l'image du corps vantée comme « naturelle » par lesdites industries ne correspond en rien à la morphologie féminine. La chirurgie et les retouches Photoshop donnent ainsi aux représentations des corps des proportions irréelles, ce qui engendre un cercle vicieux puisque plus elles se banalisent, plus la norme se renforce : « Ce qui semblait un acte individuel prend alors une dimension collective : plus il y a de femmes aux corps refaits, plus cela pousse d'autres à faire de même ». Dés lors, il n'y a plus aucune différence de principe entre l'excision pratiquée sur des femmes adultes consentantes et la nymphoplastie. Dés lors, l'évolution des interventions chirurgicales sur les organes sexuels féminins ne ferait que masquer la continuité historique du contrôle de la sexualité féminine par les hommes ; et on les opposerait à l'excision que pour soutenir la représentation sociale, plus générale, d'une supériorité culturelle et sociale des pays dits « développés » sur les pays dits « en voie de développement ».

Pouvons-nous encore admettre simplement que l'individu lui-même est celui qui connaît le mieux ses propres préférences et ses propres choix de valeur ? Il semble qu'on est sans doute toujours moins autonome qu'on ne le croit – notamment dans l'adoption mimétique de modèles imaginaires, mais socialement valorisés, de la beauté humaine. Que pouvons-nous répondre à une femme adulte qui exprime le souhait d'avoir une vulve de jeune fille prépubère tout en sachant (ce qui serait déjà beaucoup) qu'il ne s'agit là que d'un délire socialement partagé ? De la rationalité médicale qui reste celle, instrumentale, du choix des moyens appropriés à l'obtention d'une fin posée par l'individu partiellement lucide, il faut distinguer la rationalité éthique qui réfléchit sur les fins elles-mêmes et tâche à départager les vraies d'avec les fausses valeurs – les vraies valeurs étant, rappelons-le, celles qui donnent plénitude et signification à notre existence. C'est donc à renforcer la capacité des individus et des sociétés à critiquer leurs propres valeurs qu'il convient de continuer à travailler.































