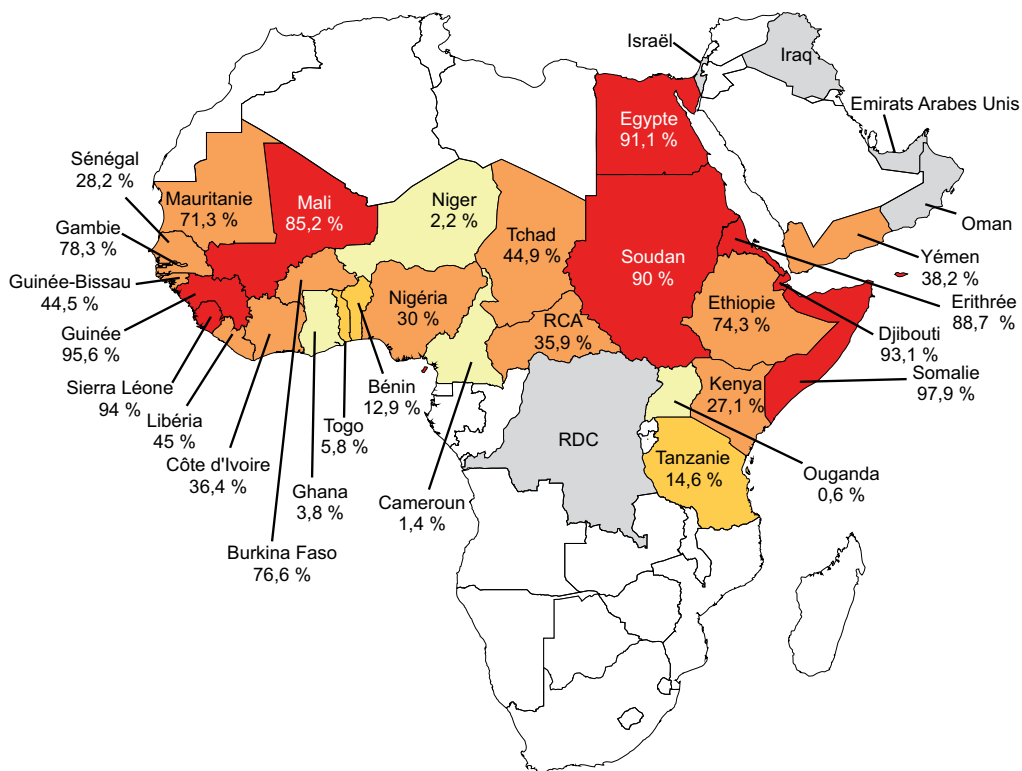




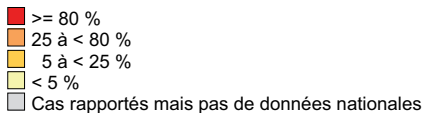
Mutilations Génitales Féminines

Guide à l'usage des professions concernées

Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de types 1, 2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient



Prévalence des mutilations génitales féminines (femmes de 15 - 49 ans)



Source des données : DHS, MICS et WHO 2008

© GAMS - Belgique 2010

Mutilations Génitales Féminines

**Guide à l'usage
des professions concernées**

Ce guide est édité par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. L'écriture de ce guide a été coordonnée par Fabienne Richard, sage-femme, membre du GAMS Belgique et enseignante chercheuse au département de santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers. La diffusion du guide a été soutenue par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, la Communauté française, la Communauté flamande et la Communauté germanophone.

Public cible concerné par le guide

Ce guide s'adresse à tous les professionnels en contact avec les communautés susceptibles de pratiquer les mutilations génitales féminines : professionnels de santé, travailleuses et travailleurs psychosociaux, personnel des milieux d'accueil de la petite enfance, enseignantes et enseignants, juristes, policiers et policières, ...

Pour citer ce guide :

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et GAMS Belgique.
Mutilations Génitales Féminines : guide à l'usage des professions concernées. Bruxelles; 2011.

L'équipe de rédaction était composée de (par ordre alphabétique) :

- Prof. émérite Jean-Jacques Amy, gynécologue, VVOG vzw ;
- Dr Martin Caillet, gynécologue, CHU St-Pierre ;
- Annalisa d'Aguanno, psychologue clinicienne, GAMS Belgique asbl ;
- Dr Dominique Daniel, médecin généraliste, Constans asbl ;
- Patricia Jaspis, juge d'instruction, Bruxelles ;
- Els Leye, docteur en science comparée des cultures, chercheuse, ICRH, Gand ;
- Fabienne Richard, sage-femme, GAMS Belgique asbl, IMT Anvers ;
- Bénédicte de Thysebaert, sage-femme, UPSfB asbl ;
- Céline Verbrouck, avocate, INTACT asbl.

Le comité de relecture était composé de (par ordre alphabétique) :

- Dr Patricia Barlow, gynécologue, CHU St Pierre ;
- Alain Cherbonnier, licencié en éducation pour la santé, Question Santé asbl ;
- Dr Marylène Delhaxhe, conseillère pédiatre, ONE ;
- Khadidiatou Diallo, présidente du GAMS Belgique asbl ;
- Myriam Dieleman, socio-anthropologue, Observatoire du sida et des sexualités ;
- Isabelle Gillette-Faye, docteur en sociologie, directrice Fédération Nationale GAMS France ;
- Dr Pascale Grandjean, gynécologue, membre du groupe éthique du GGOLFB ;
- Christine Loudes, docteur en droit, END FGM European Campaign, Amnesty International Ireland ;
- Tine Rommens, équipe diversité et droits des enfants, K&G ;
- Dr Geoffroy Senterre, gynécologue, GGOLFB ;
- Fatoumata Sidibé, fondatrice du Comité belge de Ni Putes Ni Soumises ;
- Dr Jamila Si M'Hammed, médecin psychiatre et présidente du Comité belge de Ni Putes Ni Soumises ;
- Prof. Marleen Temmerman, gynécologue, VVOG vzw, ICRH ;
- Mireille Wagelmans, sage-femme, VLOV vzw.

La validation de la dernière version du guide a été réalisée auprès d'acteurs des différents secteurs concernés. Nous remercions toutes les personnes qui ont apporté leurs commentaires pour améliorer le guide : Valentine Audate, Julie Charlet, Julie Christine, Thomas Demyttenaere, Christine Flamand, Deborah Kupperberg, Thérèse Legros, Evelyne Matthieu, Bart Ostyn, Béatrice Piron, Geneviève Pirson, Colombe Schoffeniels, Anne Snoeck, Pauline Toussaint, Karin Van der Straeten, Sandra Van Genechten, Karine Welffens.

L'édition finale de la version en français a été assurée par Catherine Bachy. L'édition finale de la version en néerlandais a été assurée par Els Leye et Jean-Jacques Amy.

Note au lecteur : Dans un souci de lisibilité du masculin et du féminin, les noms de métiers sont féminisés par l'utilisation du trait d'union (ex. : les représentant-e-s) ou des doublets (un représentant ou une représentante).

Acronymes

Acronymes

ASBL - VZW	Association sans but lucratif - Verenigingen zonder winstoogmerk
CGRA - CVGS	Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides - Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIAF	Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles
CIRE	Coordination et Initiatives pour et avec les Réfugiés et Étrangers
CLB	Centra voor leerlingenbegeleiding
CPAS - OCMW	Centre Public d'Action Sociale - Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile - Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
GAMS	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines
GGOLFB	Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique
ICRH	International Centre for Reproductive Health
IMT	Institut de Médecine Tropicale
INAMI - RIZIV	Institut national d'assurance maladie-invalidité - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
K&G	Kind en Gezin
MGF	Mutilations génitales féminines
MICS	Enquêtes en grappe à indicateur multiple
NU	Nations Unies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PAPFAM	Projet panarabe pour la santé familiale
PMI	Service de Protection Maternelle et Infantile, France
PMS	Centre Psycho-Médico-Social
PRB	Population Reference Bureau
PSE	Promotion de la Santé à l'Ecole
RCA	République Centre Africaine
RDC	République Démocratique du Congo
SPF	Service public fédéral
SSPT	Syndrome de Stress Post Traumatique
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPSfB	Union Professionnelle des Sages-femmes Belges
VLOV	Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen
VGv	Vrouwelijke Genitale Verminking
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynæcologie

Sommaire

Sommaire

Avant-propos	7
Préface	9
PARTIE 1 MIEUX CONNAÎTRE	11
 Chapitre 1. Mutilations génitales féminines	13
1.1 Définition	15
1.2 Types	15
1.3 Terminologie	17
1.4 Age	18
1.5 Exciseuses et exciseurs	18
1.6 Pratiques	19
1.7 Répartition géographique et prévalence	21
1.8 Situation en Europe	23
1.9 Situation en Belgique	24
Références	27
 Chapitre 2. Contexte socioculturel	29
2.1 Raisons invoquées	31
2.2 Excision et migration	35
2.3 Mariages forcés, grossesses précoces et polygamie	37
2.4 Contrôle du corps de la femme en Europe	39
Références	41
 Chapitre 3. Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles	43
3.1 Conséquences somatiques	45
3.2 Conséquences obstétricales de l'infibulation	47
3.3 Conséquences psychologiques	49
3.4 Conséquences sur la sexualité	50
Références	51
 Chapitre 4. Aspects juridiques	53
4.1 Droit pénal	55
4.2 Secret professionnel	58
4.3 Actions préventives	61
Références	63
PARTIE 2 MIEUX PRENDRE EN CHARGE	65
Préambule	67
 Chapitre 5. Consultations et entretiens avec les familles	69
5.1 Importance d'en parler	71
5.2 Attitudes	72
5.3 Choix des mots	73
5.4 Supports visuels	74
5.5 Travail avec des interprètes et des médiateurs	75
5.6 Déroulement d'une consultation	77
Références	79

	Chapitre 6. Certificats médicaux et suivi des filles à risque de subir une MGF	81
	6.1 Certificats médicaux	84
	6.2 Suivi des filles à risque de subir une MGF	88
	Références	91
	Chapitre 7. Consultations des enfants	93
	7.1 Examen de la petite fille	95
	7.2 Dialogue avec les familles à risque	96
	7.3 Attitude en cas de dépistage	97
	Références	98
	Chapitre 8. Milieux d'accueil de la petite enfance	99
	Références	101
	Chapitre 9. Ecole	103
	9.1 Signes d'alerte	105
	9.2 Discussion sur les MGF avec les élèves	107
	Références	108
	Chapitre 10. Grossesse et accouchement	109
	10.1 Difficultés en cours de grossesse et à l'accouchement	111
	10.2 Suivi de la grossesse	112
	10.3 Accouchement	114
	10.4 Prévention des MGF chez les filles de la patiente	117
	Références	118
	Chapitre 11. Prise en charge des lésions génitales et reconstruction du clitoris	119
	11.1 Anesthésie	121
	11.2 Traitement chirurgical des lésions	122
	11.3 Reconstruction du clitoris	124
	11.4 Conditions de remboursement de ces traitements par l'INAMI - RIZIV	126
	Références	127
	Chapitre 12. Séjour	129
	12.1 Asile	131
	12.2 Statut de protection subsidiaire	132
	12.3 Demande d'autorisation de séjour pour raison médicale	133
	12.4 Demande d'autorisation de séjour pour raison humanitaire	134
	12.5 Aide sociale	135
	Références	136
	Chapitre 13. Orientations et contacts	137
	Conclusion	145
	Sources d'information supplémentaires	147
	Documents de référence	148
	Livres	150
	Web	150
	Vidéos	151
	Lexique	151
	ANNEXES	155
	Annexe 1. Prévalence des MGF par pays	157
	Annexe 2. Les conventions internationales et régionales	158
	Annexe 3. Dispositions légales applicables aux MGF en droit pénal belge	159

Avant- Propos

Chaque année, quelque trois millions de jeunes filles dans le monde risquent l'excision. Bien que les dangers de la pratique soient connus. Bien que l'on sache qu'une excision peut provoquer de graves hémorragies, des problèmes urinaires, des infections à répétition et par la suite, des complications lors de l'accouchement pouvant entraîner le décès de l'enfant.

Nous n'avons pas affaire à une coutume locale et fortement circonscrite : selon l'OMS, dans certains pays d'Afrique, plus de 90% des femmes entre 15 et 49 ans ont été excisées. Cette pratique brutale traverse les appartenances religieuses, l'habitat, les couches sociales et les âges, sans doute parce qu'elle concerne le statut du corps féminin et la façon dont celui-ci est considéré comme acceptable ou non, honorable ou non, aux yeux de la société. L'excision constitue un problème majeur de santé publique mais aussi un défi pour toutes celles et ceux qui se battent en faveur de l'égalité des sexes : le corps des femmes reste encore et toujours l'objet de contraintes et d'appropriation qui sont autant d'atteintes graves à la liberté des femmes ainsi qu'à leur dignité.

Ces pratiques s'invitent - dans la clandestinité - ici en Europe, dans des pays comme le nôtre. Ce sont plus de 180.000 fillettes européennes, d'origine africaine, qui courent le risque de se faire exciser chaque année.

Les professionnels sont peu préparés à aller au devant de ce problème afin de fournir une aide professionnelle aux victimes de mutilations sexuelles. La diffusion d'informations, de documentations,

une action de sensibilisation et de formation des différents acteurs est donc absolument indispensable si nous voulons enrayer ce phénomène. Car la voie de la sensibilisation est une arme essentielle.

Vous tenez entre les mains un outil essentiel d'information et de sensibilisation. Il s'adresse notamment à l'ensemble des professionnels en Belgique - médecins, enseignants, travailleurs sociaux ou autres - susceptibles d'entrer en contact avec des victimes ou avec des jeunes filles qui courent le risque d'être excisées.

Il s'agit d'un guide très complet et très concret. Il a été réalisé par un comité d'écriture composé de médecins généralistes, gynécologues, psychologues, sages-femmes, infirmiers, chercheurs, magistrats, avocats, ... et coordonné par le GAMS Belgique.

Combattre l'excision, c'est aussi en parler. Le dialogue est fondamental, vous le savez mieux que quiconque, surtout dans cette problématique où le silence, parfois meurtrier, a des répercussions importantes, notamment sur la santé.

J'espère que ce guide vous permettra d'intervenir au mieux pour que ces femmes mutilées puissent retrouver un peu de dignité, d'intégrité et quelque peu atténuer les nombreux problèmes que cette mutilation leur fait endurer.

J'aimerais remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à sa réalisation : les auteurs, relecteurs et acteurs de terrain qui ont validé le guide.

C'est un beau travail, réalisé avec conviction et professionnalisme. Du fond du cœur, je vous en remercie.

A handwritten signature in black ink, reading "Laurette Onkelinx". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending from the end of the name.

Laurette Onkelinx
Vice-Première Ministre
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Préface

Préface

Chaque année, plus de trois millions de mutilations génitales féminines sont pratiquées dans le monde. Elles ciblent des nouveau-nés, des fillettes, des adolescentes et parfois des femmes adultes. Si les mutilations génitales féminines sont essentiellement pratiquées en Afrique subsaharienne et dans la péninsule Arabique, les pays occidentaux qui accueillent les communautés concernées sont également confrontés à ces pratiques et à leurs multiples conséquences.

En Belgique, des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des enseignantes et enseignants sont amenés à rencontrer des jeunes filles et des femmes en détresse, souffrant de complications physiques ou psychiques faisant suite à une mutilation génitale. Que faire ? Où orienter ces femmes ? Des parents demandent à des professionnels de la santé si on peut exciser leur fille en Belgique. Comment réagir ? Faut-il le signaler ? A qui ? Les professionnels se sentent le plus souvent démunis : comment en parler ? Vers qui se tourner ?

La problématique des mutilations génitales touche différents secteurs (santé, justice, éducation, social, culturel, accueil, asile, etc.), différents types d'activités (de la promotion de la santé à la prise en charge des séquelles) et différents âges de la vie (du nourrisson à la femme adulte). C'est pourquoi nous avons voulu réaliser un guide favorisant le travail multidisciplinaire. Ce guide s'adresse à tous les professionnels travaillant ou étant en relation avec des personnes issues des communautés concernées par les mutilations génitales féminines, quel que soit leur champ d'activité.

Cet ouvrage est conçu comme un outil qui devrait permettre aux professionnels de :

- ✂ mieux connaître la problématique des mutilations génitales féminines (prévalence, répartition géographique, conséquences médicales et psychologiques) et le contexte socioculturel dans lequel elle évolue (raisons invoquées pour justifier l'excision) ;
- ✂ mieux accompagner les familles concernées (conseils pratiques pour aborder le sujet avec les familles, choix du vocabulaire, travail avec des traducteurs ou des médiateurs, ...) ;
- ✂ prendre en charge les femmes déjà excisées d'un point de vue médical ou psychologique (suivi d'une grossesse, accouchement, traitement de complications, accompagnement psychologique), ou d'un point de vue juridique ou social ;
- ✂ participer aux efforts de prévention des mutilations génitales féminines (conseil aux familles, orientation vers des associations ou institutions relais, ...).

La première partie du guide constitue une base commune d'informations qui s'adresse à tous les professionnels. La deuxième partie de ce guide concerne des situations et des outils plus spécifiques à certaines professions.

fRichard

Pour l'équipe de rédaction
Fabienne Richard
Coordinatrice du guide



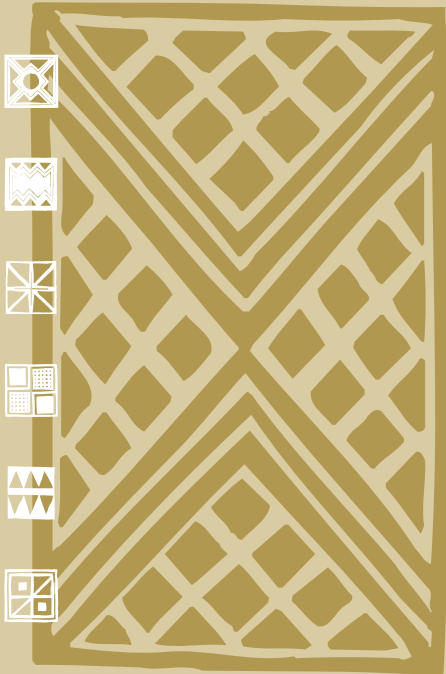
GAMS Belgique

Partie 1

Mieux connaître



Partie 1



Chapitre 1

Mutilations génitales féminines

Chapitre

Points essentiels

- ☒ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les **mutilations génitales féminines** comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques.
- ☒ On estime que **100 à 140 millions de filles et de femmes** vivent actuellement de par le monde avec une mutilation génitale : clitoridectomie, excision ou infibulation, et qu'au moins **trois millions de filles risquent chaque année** de subir ces mutilations.
- ☒ Les mutilations sexuelles féminines se pratiquent dans au moins **28 pays africains**, mais également parmi certains groupes ethniques en Amérique Latine, au Moyen-Orient et en Asie.
- ☒ **La prévalence diffère** beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région d'origine en sont les facteurs déterminants.
- ☒ Pour les familles établies **en Europe, la pratique continue** - dans des proportions moindres - lors de vacances dans le pays d'origine, ou sur le territoire du pays d'accueil.



Chapitre 1



1.1 Définition



L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques (1).

1.2 Types



Les mutilations génitales féminines ont été classées en quatre types. Cette classification a été modifiée en 2007 (1).

- ☒ Le **type 1** ou *clitoridectomie* est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.
- ☒ Le **type 2** ou *excision* concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- ☒ Le **type 3** ou *infibulation* est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.
- ☒ Le **type 4** comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le perçement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

En pratique, il est fréquent de les distinguer en deux grandes catégories : l'excision et l'infibulation (la distinction entre les types 1 et 2 n'est pas toujours aisée à faire pour un clinicien qui n'est pas familier des mutilations génitales féminines). Il arrive également que les petites lèvres se soudent spontanément sans qu'il y ait eu une suture avec du fil ou des épines d'acacia.

Figure 1 : Les différents types de mutilations génitales féminines



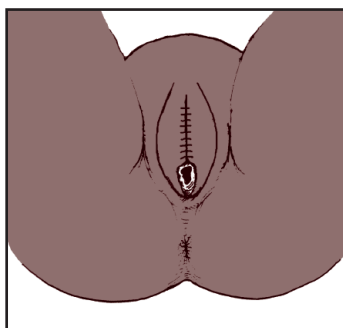
Vulve intacte



Type 1 : clitoridectomie



Type 2 : excision



Type 3 : infibulation

Sources : Dessins de l'illustratrice Clarice d'après des croquis de Fabienne Richard.



Circconcision et excision

Les mutilations génitales féminines compromettent la santé sexuelle et reproductive de la femme et sont universellement reconnues comme une violation de ses droits fondamentaux. L'excision, quel qu'en soit le type (même en cas de type 1 où seulement une partie du clitoris est enlevée), est toujours plus invasive pour les organes sexuels de la femme que l'acte de circoncision chez l'homme qui ne prive pas celui-ci d'un organe (l'ablation du clitoris correspondrait à l'ablation de la partie distale de la verge).

1.3 Terminologie



Plusieurs termes sont utilisés pour qualifier l'intervention.

Les francophones parlent souvent de l'excision (qui englobe toutes les formes de la clitoridectomie et l'infibulation), les néerlandophones de vrouwenbesnijdenis et les anglophones de female circumcision. Le terme établit un parallèle avec la circoncision masculine et crée une confusion entre ces pratiques distinctes dont les conséquences sur la santé sont très différentes. Le terme *mutilation génitale féminine* (ou *mutilation sexuelle féminine*) a été introduit vers la fin des années 1970 afin de distinguer cette pratique de la circoncision masculine, et d'insister sur le fait qu'elle viole les droits des filles et des femmes.

Certaines organisations comme l'UNICEF et l'UNFPA ont trouvé que l'expression *mutilation* était mal acceptée par les communautés concernées et ont proposé le terme *female genital cutting* (FGC) (coupure des organes génitaux féminins). Certains anthropologues utilisent même le mot *chirurgie*, plus neutre, mais qui peut laisser penser que l'acte est médicalisé alors que les organisations des Nations Unies s'efforcent de lutter contre la médicalisation des mutilations génitales féminines.

Dans la dernière déclaration commune interinstitutions des Nations Unies de 2008, c'est le terme *mutilations génitales féminines* (MGF) qui a été adopté pour mieux défendre l'abandon des MGF au niveau international (1). En revanche, pour faciliter le dialogue lors du travail de proximité avec les populations concernées, il est recommandé d'utiliser la terminologie dans la langue de l'ethnie concernée (voir chapitre 5).

Terminologie utilisée dans le guide

Dans ce guide, c'est la terminologie *mutilations génitales féminines* qui a été retenue ou son acronyme MGF conformément à la déclaration commune interinstitutions des Nations Unies de 2008 (1). En anglais, on parlera de *female genital mutilation* (FGM) et en néerlandais de *vrouwelijke genitale verminking* (VGV).



1.4 Age



L'âge auquel les mutilations génitales féminines sont pratiquées dépend du groupe ethnique et peut aller des premiers jours de vie jusqu'à l'âge adulte.

Néanmoins, dans la plupart des cas, elles sont pratiquées entre cinq et douze ans. Dans certains pays, on constate une baisse de l'âge de la pratique. C'est le cas au Burkina Faso, où l'annonce publique de la pénalisation des mutilations génitales féminines a entraîné la pratique de l'excision chez les nourrissons pour éviter le risque de dénonciation par les filles elles-mêmes. A contrario, en France, où plusieurs procès ont eu lieu et où les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont déjà été à l'origine de signalements, les médecins de PMI ont observé une nette diminution des cas d'excision chez les enfants en dessous de six ans. Cette diminution est toutefois balancée par un risque accru de MGF à la préadolescence et à l'adolescence, lorsque les jeunes filles sont renvoyées au pays pour être excisées et, souvent, mariées de force dans la foulée (2).

1.5 Exciseuses et exciseurs



Les mutilations génitales féminines sont généralement exécutées par des exciseuses traditionnelles. Celles-ci perçoivent un revenu non négligeable en espèces ou en nature en échange de leurs services.

Dans les pays où l'activité économique des femmes est très limitée, on ne doit pas sous-estimer l'impact financier de ce métier. Quand il n'y a pas rémunération, c'est à tout le moins un statut social qui est recherché. Les exciseuses ne sont pas seulement appelées pour pratiquer l'excision, mais également pour rouvrir l'infibulation des femmes nouvellement mariées si le mari n'a pas réussi à déchirer sa femme afin d'avoir des rapports sexuels avec elle. Comme les exciseuses jouissent d'une place privilégiée dans la communauté comme préservatrices de la tradition, elles sont généralement peu enclines à abandonner la pratique (3). Les exciseurs peuvent aussi être des barbiers ou, comme au Liberia

et en Sierra Leone, des membres de groupements secrets. Depuis peu, il existe une tendance à recourir à du personnel médical (médicalisation de la pratique), et ce malgré l'interdiction formulée par un grand nombre d'organisations, dont l'OMS.

Ainsi, la dernière enquête démographique et de santé (EDS) faite en Egypte en 2008 révélait que 77,4 % des excisions chez les jeunes filles de moins 18 ans avaient été pratiquées par un-e professionnel-le de la santé.

1.6 Pratiques

Où ?



Dans les pays d'origine, l'excision se pratique autant dans les villes que dans les zones rurales, et dans toutes les strates socio-économiques de la population.

L'excision peut se faire dans une case spéciale d'initiation, à l'air libre, à la maison, dans un hôpital ou dans un centre de santé (en cas de médicalisation). Parfois, parce qu'elle est interdite par la loi ou parce qu'il y a trop d'opposition, l'excision s'opère dans la clandestinité.

Pour les familles résidant en Europe, l'excision peut s'effectuer lors de vacances dans le pays d'origine, lors d'un séjour dans un pays européen voisin où une exciseuse travaille dans la clandestinité ou par l'invitation d'exciseuses traditionnelles en Europe (2).

Lorsque les familles connaissent les lois interdisant l'excision dans les pays d'accueil, elles peuvent également la faire pratiquer avant d'émigrer vers l'Occident. On a ainsi vu des réfugiés organiser l'excision de leur fille juste avant leur intégration dans un pays d'accueil (4).

Comment ?

La fillette est maintenue par des proches (tante, grand-mère, amie de la famille). Si l'enfant est plus grande, il faudra davantage d'adultes pour la maintenir. L'exciseuse utilise un objet tranchant pour inciser les tissus : petit couteau, lame de rasoir, tesson de verre, etc. La plupart du temps, les instruments de l'exciseuse servent à plusieurs enfants de suite et ne sont pas stérilisés entre chaque enfant. L'infibulation peut prendre jusqu'à 20 minutes puisque les

grandes lèvres sont ensuite recousues avec du gros fil non stérile, voire avec des épines d'acacia (en Somalie ou à Djibouti). Pour arrêter l'hémorragie, des mixtures traditionnelles sont posées sur la plaie (p. ex. cendres, herbes, œuf), ce qui augmente le risque infectieux. Après l'infibulation, les jambes de la fillette sont liées l'une à l'autre pendant trois semaines afin de favoriser la fermeture des grandes lèvres et éviter que la suture ne lâche.

Excision, réexcision

Au cours de sa vie, une fillette ou une femme peut être à nouveau soumise à une mutilation : on parle de *réexcision*. Cela peut se produire par exemple si on estime que cela n'a pas été bien fait la première fois et qu'il reste encore une partie à enlever, si on veut guérir la fillette d'une maladie (qui serait attribuée à une excision incomplète) ou si le mari de la femme décède et qu'on doit la remarier.

Désinfibulation, réinfibulation

Chez les femmes infibulées, si l'accouchement a nécessité l'ouverture de l'infibulation (la désinfibulation), la pratique dans les pays d'origine veut que la femme soit recousue tout de suite après son accouchement (la réinfibulation). Chez des femmes ayant plusieurs enfants, désinfibulation et réinfibulation seront donc pratiquées autant de fois qu'elles auront accouché. En Belgique, la réinfibulation de la patiente après l'accouchement pourrait donner lieu à des poursuites pénales (voir chapitre 4).

1.7 Répartition géographique et prévalence



On estime que 100 à 140 millions de filles et de femmes ont subi la clitoridectomie, l'excision ou l'infibulation, et qu'au moins trois millions de filles risquent chaque année de subir ces mutilations.

Les estimations les plus récentes indiquent qu'en Afrique, 91,5 millions de filles et de femmes de 10 ans et plus souffrent des conséquences de mutilations génitales (5). La majeure partie des victimes vit en Afrique, où cette *tradition* persiste dans au moins 28 pays, mais on en trouve également parmi certains groupes d'Amérique Latine, du Moyen-Orient et d'Asie. La prévalence diffère beaucoup selon les régions, y compris au sein même des pays. Le groupe ethnique et la région d'origine en sont des facteurs déterminants. Si la fréquence de l'excision est souvent plus élevée dans les communautés rurales, pauvres et peu instruites, elle peut se retrouver aussi dans de fortes proportions au sein des familles plus aisées et éduquées : les familles résistent difficilement à la pression (voir chapitre 2).

La plupart des pays africains ont ajouté un module sur les MGF à leurs enquêtes nationales démographiques et de santé (EDS), ce qui confère une certaine fiabilité aux données recueillies (carte 1). Toutefois, dans des pays tels que l'Inde, l'Indonésie, l'Irak, Israël, la Malaisie et les Emirats Arabes Unis, il s'agit seulement d'études régionales (1).

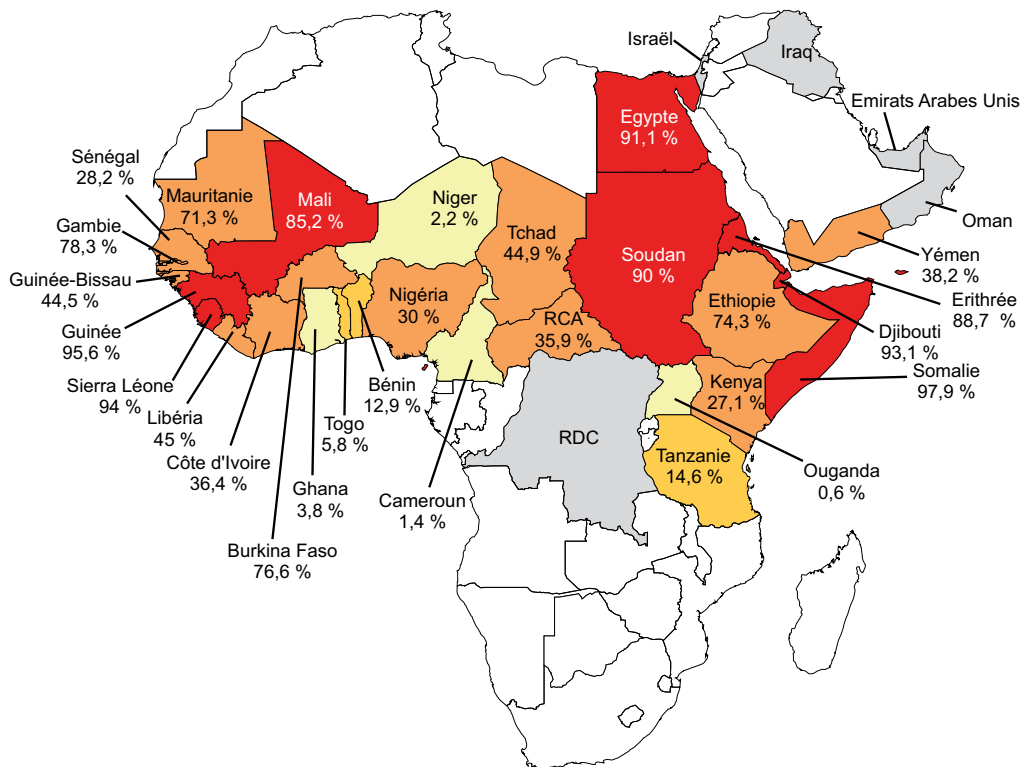
Ce sont ces études régionales qui ont révélé la pratique courante de l'excision (60 % à 100 % des femmes et filles étaient excisées) dans toutes les régions kurdes de l'Irak, à l'exception de la province de Dohuk où aucun cas n'a été trouvé (6).

Il existe également des données ponctuelles concernant des mutilations génitales féminines dans plusieurs autres pays, notamment la Colombie, Oman, l'Arabie Saoudite, l'Iran, le sud du Maroc, le Pérou, le nord de la République Démocratique du Congo et le Sri Lanka (1). Ainsi, en Arabie Saoudite, une étude effectuée dans un hôpital a révélé que la moitié des 260 femmes incluses dans l'étude étaient excisées. Il n'existe malheureusement pas d'étude nationale pour corroborer ces chiffres (7). Au Maroc et en République Démocratique

du Congo (RDC), on ne retrouverait l'excision que dans les régions frontalières des pays qui la pratiquent (la Mauritanie pour le Maroc et la République Centre Africaine et le Soudan pour la RDC).

Presque 90 % des cas connus appartiennent aux types 1 ou 2, ou relèvent de manipulations des organes génitaux sans ablation de tissus (type 4). Dans environ 10 % des cas, la mutilation est une infibulation (5).

Carte 1. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de types 1, 2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient



Prévalence des mutilations génitales féminines (femmes de 15 - 49 ans)

- $\geq 80 \%$
- 25 à $< 80 \%$
- 5 à $< 25 \%$
- $< 5 \%$
- Cas rapportés mais pas de données nationales

Source des données : DHS, MICS et WHO 2008

© GAMS - Belgique 2010

1.8 Situation en Europe



Actuellement, nous disposons de peu de données fiables concernant le nombre de femmes excisées ou le nombre de filles à risque qui se trouvent en Europe.

Il existe quelques études non représentatives et d'autres sont en cours. Le Programme Daphné de la Commission Européenne - qui finance en Europe les projets contre la violence envers les femmes et les enfants - est un des principaux bailleurs de fonds de la lutte contre les MGF en Europe. De 1997 à 2007, quatorze projets sur ce thème ont été ainsi financés pour un montant total de 2,4 millions d'euros (8).

Le Parlement européen a approuvé - en septembre 2001 et en mars 2009 - deux résolutions appelant les organisations européennes et les pays membres à prendre des mesures pour abolir ces pratiques en Europe et en Afrique.

Plusieurs pays africains et européens ont adopté des lois qui pénalisent spécifiquement les MGF (voir annexe 1). La législation est un outil essentiel pour soutenir de nombreuses actions, mais si elle n'est pas accompagnée d'efforts de prévention, de formation et d'interventions pour le changement des comportements, elle ne parviendra pas à convaincre les communautés ou les familles d'arrêter la pratique des MGF. Bon nombre de pays européens ont aussi développé des plans d'actions nationaux en matière de prévention des MGF, ou se sont engagés à le faire.

Les ONG et organisations privées actives dans la prévention des mutilations génitales féminines sont apparues en Europe au début des années 80. Il s'agit, par exemple, de Terre des Femmes en Allemagne (fondée en 1981), ou du Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) en France (fondé en 1982). Ces organisations s'occupent surtout de disséminer l'information, d'organiser des sessions de formation, de travailler sur le terrain avec les communautés concernées, de sensibiliser divers groupes cibles et de formuler des recommandations. Par la création du réseau européen pour la prévention des mutilations génitales féminines (EuroNet FGM), un pas important a été franchi vers une meilleure coordination opérationnelle entre les diverses organisations dans les

pays membres européens. Ce réseau a pour but d'améliorer la santé des femmes émigrées en Europe en combattant les pratiques traditionnelles néfastes, et particulièrement les mutilations génitales féminines. En 2009, EuroNet-FGM regroupait plus de 35 organisations provenant de 15 pays européens. Plusieurs campagnes ont déjà eu lieu au niveau européen pour sensibiliser les gouvernements et les institutions européennes à la problématique.

1.9 Situation en Belgique



Une première estimation du nombre de femmes excisées en Belgique et du nombre de filles à risque a été faite sur base des registres de la population et des étrangers au 1er janvier 2003.

Le résultat obtenu est de 2745 femmes excisées et 534 filles à risque. Les chiffres ne tenaient pas compte des demandeurs d'asile, des femmes sans domicile légal ou des femmes étrangères qui avaient déjà obtenu la nationalité belge (9).

Une nouvelle étude de prévalence a été réalisée en juin 2010. Cette étude montre qu'au 1er janvier 2008 on estimait à 22 840, le nombre de femmes et filles originaires d'un pays où l'excision est pratiquée. Sur ces 22 840, 6260 sont très probablement excisées et 1975 sont à risque de l'être. La différence entre ces chiffres et ceux de 2003 s'explique par une augmentation liée à la migration importante ces dernières années, mais également à la prise en compte de nouvelles sources d'informations : ONE et K&G pour les données sur la deuxième génération (filles nées de mère originaire d'un pays où l'excision est pratiquée) et Fedasil pour les demandeurs d'asile n'étant pas encore inscrits dans le registre de la population. Cette étude révèle également que près de 80 % des femmes concernées par cette problématique en Belgique sont originaires de 10 pays d'Afrique : Guinée, Somalie, Egypte, Nigeria, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Sénégal, Burkina Faso et Mali. La Région flamande (3 550 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) est la plus touchée par la problématique suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (3 037) et de la Région wallonne (1 648) (10).

Une étude CAP (Connaissances, Attitudes & Pratiques) menée auprès des gynécologues flamands a montré que plus de la moitié des répondants avaient reçu en consultation une femme excisée. L'étude a également montré que la connaissance du sujet et des soins à ap-

porter aux femmes excisées comptait de nombreuses lacunes (11). La confusion règne, principalement en ce qui concerne la réinfibulation après un accouchement : la loi n'envisage pas explicitement ce cas de figure et les gynécologues ne savent pas quelle attitude adopter face à une femme (ou à un mari, ou à une belle famille) qui demande cette intervention. Bien que 249 des 316 répondants (79 %) considèrent la réinfibulation comme une forme de MGF, 19 % d'entre eux se disaient prêts à effectuer l'intervention. Sur les 168 gynécologues qui avaient déjà effectivement soigné des femmes infibulées, 18 (11 %) affirmaient avoir accepté de faire une réinfibulation. Plusieurs médecins (gynécologues et urologues) ont déjà été confrontés à des demandes d'excision de la part de parents pour leurs enfants.

Du côté légal, la Belgique s'est dotée d'une loi spécifique qui punit les mutilations génitales féminines depuis 2001, mais à ce jour aucun cas d'excision ou de risque d'excision n'a fait l'objet de poursuites en justice (voir chapitre 4).

Le Sénat a adopté unanimement une première résolution contre les MGF le 4 mars 2004 (Réf Sénat Nr. 3-523/2-2003/2004) et une deuxième résolution a été adoptée à l'unanimité en mai 2009 (Réf Sénat Nr. 4-533/6-2008/2009). Ces résolutions insistent sur l'importance de la formation des professionnels et sur l'information et la sensibilisation des communautés concernées via les associations de terrain.

Plusieurs associations et institutions belges sont actives dans le domaine des mutilations génitales féminines. Elles agissent à différents niveaux :

☒ **Prévention** (travail auprès des communautés concernées et formation des professionnels de santé) : le **GAMS Belgique** (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) est la plus ancienne (1996) ; elle a son siège à Bruxelles. Deux organisations de création plus récente, **La Palabre** à Bruxelles et **Le Collectif liégeois contre les MGF**, organisent également des activités de prévention et de sensibilisation (voir chapitre 13). Depuis 2008, le GAMS Belgique et l'Observatoire du Sida et des Sexualités ont entamé un processus de coordination des différents acteurs - *les Stratégies concertées de lutte contre les MGF (SCMGF)* - qui a abouti à la réalisation d'une analyse de situation de la problématique en Belgique et à la création d'un plan opérationnel concerté.

- ☒ **Soutien juridique** : depuis janvier 2009, l'asbl INTACT conseille, oriente et soutient les personnes (professionnels ou membres de la famille) dans les procédures judiciaires en cas de risque ou d'excision avérée.

- ☒ **Recherche** : l'**International Centre for Reproductive Health** (ICRH), lié à l'Université de Gand, a une longue expérience de recherche sur l'excision en Europe en matière de santé et de législation (11-14). L'**Observatoire du Sida et des Sexualités** à Bruxelles ainsi que l'**Institut de Médecine Tropicale** à Anvers se sont récemment impliqués dans des recherches qualitatives et quantitatives sur les MGF. ☒

Références

- 1• OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2011 Jan 22]. Available from: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf
- 2• Entretien avec le docteur Emmanuel Piet. In Henry N, Weil-Curiel L. Exciseuse. Entretien avec Hawa Gréou. Paris: City Editions; 2007. p. 226.
- 3• De Bruyn M. Discussion paper: socio-cultural aspects of female genital cutting. In Leye E, De Bruyn M, Meuwese S. Proceedings of the Expert Meeting on Female Genital Mutilation; 1998 Nov 5-7; Ghent, Belgium. Lokeren: The Consultory; 1998. p. 74. (ICHR Publications; 2).
- 4• Harding A. US rethinks genital mutilation threat. BBC News world edition [Online]. 2002 [cited 2009 Dec 10]. Available from: URL: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/2299845.stm>
- 5• Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total (DHS Working Papers; 39) [Online]. Calverton (USA): Macro International Inc; 2008 [cited 2009 Dec 10]. Available from: URL: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf>
- 6• Stop FGM in Kurdistan. Female genital mutilation. It's a crime, not a culture. FGM in Kurdistan [Online]. 2009 [cited 2009 Dec 10]. Available from: URL: http://www.stopfgmkurdistan.org/html/english/fgm_e.htm#mape
- 7• Zuhur S. Considerations of honor crimes, FGM, kidnapping/rape, and early marriage in selected Arab nations. Expert paper prepared for the Expert Group Meeting on Good Practices in legislation to address harmful traditional practices against women; 2009 May 25-28; Addis Ababa, Ethiopia. United Nations Division for the Advancement of Women; 2009.
- 8• Bjälkander O, Leye E. Report of the International Conference on Female Genital Mutilation and forced/early marriage. EuroNet-FGM; 2007 Feb 8-11; Brussels, Belgium.
- 9• Leye E, Deblonde J. La législation Belge en matière de Mutilations Génitales Féminines et l'application de la loi en Belgique. Ghent: International Centre for Reproductive Health; 2004. (ICRH Publications; 9).
- 10• Dubourg D, Richard F. Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2010.
- 11• Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;13:182-90.
- 12• Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care for Women International 2006;27:362-78.
- 13• Leye E, Deblonde J, Añón G, Johnsdotter S, Kwateng-Kluyitse A, Weil-Curiel L. An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe. Crime Law and Social Change 2007;47:1-31.
- 14• Leye E. Female genital mutilation. A study of health services and legislation in some countries of the European Union. ICRH Monographs. Ghent: International Centre for Reproductive Health; 2008.

Chapitre 2

Contexte socioculturel

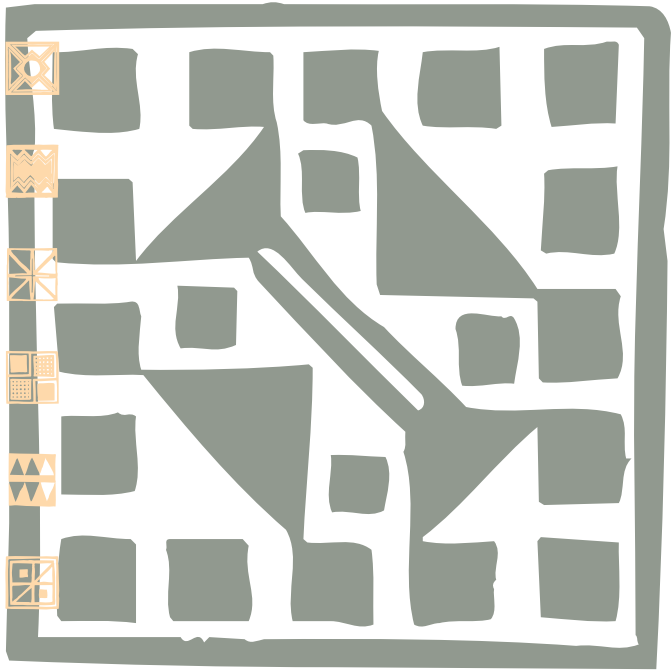
Chapitre

Points essentiels

- La pratique des mutilations génitales féminines **est une violence de genre** enracinée dans les structures sociales, économiques et politiques.
- **Plusieurs raisons** sont invoquées **pour justifier** ces pratiques, mais la plus fréquemment rapportée est le respect de la tradition. Les familles continuent à exciser leurs enfants de peur que la fille non excisée soit exclue du groupe et ne puisse se marier.
- Les traditions ne s'arrêtent pas aux frontières. **La pression sociale** restant toujours très grande au sein de communautés migrantes, les petites filles nées en Belgique sont aussi à risque.
- La migration entraîne souvent une prise de conscience des conséquences de l'excision mais conduit aussi à des **contradictions complexes** entre les injonctions normatives du contexte d'origine et du contexte d'arrivée. Etre de *bons parents*, tout comme l'identité de *femme* ne sont pas conçus de la même manière partout.
- Les femmes excisées cumulent souvent **plusieurs traumatismes** : mariage forcé, grossesse précoce, polygamie, etc. Les professionnels devront tenir compte de ce contexte pour une prise en charge globale.
- La pratique des mutilations génitales nous invite à la **réflexion sur nos propres pratiques** et représentations du corps, du sexe et du genre.



Chapitre 2



2.1 Raisons invoquées

Il y a des pratiques que nos ancêtres eux-mêmes, s'ils revenaient à la vie, trouveraient caduques et dépassées.

Amadou Hampaté Bâ, écrivain malien (1900-1991)



L'être humain a, de tout temps, cherché à modifier son apparence. Toutes les époques ont connu des tentatives d'entraver le corps ou de le remodeler selon les normes sociales (les pieds bandés en Chine, les scarifications en Afrique, le piercing en Europe, ...).

Où sont les limites ? A-t-on le droit de faire ce qu'on veut de son corps ?

Longtemps, les mutilations génitales féminines ont été classées parmi les coutumes et, sous couvert du respect de la culture et des peuples, les organisations internationales s'abstenaient de prendre position. L'Organisation Mondiale de la Santé a, depuis la fin des années 1980, reconnu les MGF comme une atteinte aux droits humains. Le dernier rapport interinstitutions des Nations Unies affirme - à juste titre - que les MGF sont une *manifestation de l'inégalité entre les sexes profondément enracinée dans les structures sociales, économiques et politiques* (1). Cet enracinement explique en partie pourquoi le combat pour leur disparition est long et difficile.

Plusieurs raisons sont invoquées par les populations concernées pour justifier ces pratiques, et maintes combinaisons sont possibles. Les raisons habituellement citées diffèrent selon les pays et les ethnies, mais aussi au sein d'une même ethnie, selon l'âge ou le sexe (2).

■ **Le respect de la coutume ou de la tradition.** C'est la réponse la plus fréquente à la question : *pourquoi exciser ?* C'est que *cela s'est toujours fait, ça se fait, c'est tout. C'est naturel, c'est normal.*

■ **La cohésion sociale, l'intégration sociale :** *pour être comme tout le monde, ne pas être exclue.*

■ **Le mariage :** *une fille non excisée ne trouvera pas de mari.* C'est avec le respect de la coutume, une des raisons les plus citées. Certaines filles sont réexcisées avant le mariage si on s'aperçoit que cela n'a pas été *bien fait* ou dans le cas des infibulations, si la cicatrice s'est désunie spontanément. Certaines mères reconnais-

sent les dangers des MGF, mais avouent que le fait de ne pas pouvoir se marier dans leur société est pire que le risque d'avoir des complications suite aux MGF, et que c'est donc le meilleur choix qu'elles puissent faire pour leurs filles.

- **La virginité, la chasteté, la fidélité** : les MGF sont vues comme un moyen de préserver *l'honneur de la famille* en prévenant tout désir sexuel avant le mariage, pour que la fille reste *sage* et *sérieuse*. Dans le cadre de mariages polygames, où le mari ne pourrait peut-être pas satisfaire l'ensemble de ses épouses et où la femme pourrait être frustrée et tentée d'avoir une relation hors mariage, les MGF sont vues comme un moyen de préserver *l'honneur du mari*.
- **La fécondité** : il existe beaucoup de mythes autour de la fécondité. Ces pratiques sont censées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant. Ainsi, certaines communautés pensent que le clitoris, s'il n'est pas coupé, atteindra la taille du pénis, ou que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait blesser l'homme pendant la pénétration (et le rendre impuissant ou stérile) ou empêcher le bon déroulement de l'accouchement.
- **La séduction, la beauté** : en particulier dans les ethnies qui pratiquent l'infibulation, un sexe ouvert, *béant* est considéré comme laid. Un sexe cousu, fermé, épilé est perçu comme plus hygiénique et il est censé rendre la femme plus attrayante.
- **La pureté, la propreté** : tant qu'une fille n'aura pas été excisée ou infibulée, elle sera considérée comme *impure*, *sale* et certaines choses, comme préparer le repas ou servir à manger, lui seront interdites.
- **La religion** : la pratique des MGF est antérieure à l'avènement des religions monothéistes, et en particulier de l'islam. Alors que, ni le Coran, ni aucun autre texte religieux ne prescrit l'excision ou l'infibulation, certaines communautés la pratiquent en croyant qu'elle est exigée par la religion. Notons que les MGF perdurent parmi des communautés chrétiennes (catholiques, protestantes, coptes), juives d'Ethiopie (les Falachas) et animistes. Les diverses autorités religieuses diffèrent d'opinion : certaines les encouragent, d'autres les considèrent comme étrangères à la religion et, d'autres encore, luttent pour leur abolition. En ce qui concerne l'islam, lors d'une réunion internationale à l'université d'al-Azhar au Caire en 2006, de hauts représentants sunnites se sont prononcés contre les MGF (fatwa déclarant que les MGF sont infondées en droit musulman) (3). Les MGF de type 1 sont souvent dénommées *Sunna* par les communautés musulmanes. *Sunna* représente pour l'islam tout ce qui est bon pour Dieu, l'utilisation de ce terme pour parler de la clitoridectomie participe à la confusion et à l'idée que les MGF seraient une prescription de l'islam.

Si le statut des exciseuses ne fait pas partie des justifications invoquées par la population, on peut toutefois le considérer comme un élément favorisant la continuité de ces pratiques. En effet, les mutilations génitales féminines sont une source de revenus et de reconnaissance sociale pour les exciseuses. Elles n'ont, dès lors, pas intérêt à arrêter la pratique.

Extrait de *Fleur du désert* de Waris Dirie (1998), page 66



La vieille femme est arrivée. Dans notre communauté, on la considère comme un personnage important, non seulement parce qu'elle possède un certain savoir, mais également parce qu'elle gagne beaucoup d'argent en pratiquant ces excisions. Le prix à payer pour cette cérémonie représente une grosse dépense pour une famille, mais il est considéré comme un bon placement puisque les filles qui ne sont pas excisées ne peuvent pas être mises sur le « marché » du mariage. Avec leurs organes génitaux intacts, elles sont jugées inaptées au mariage, et passent pour des filles faciles et sales dont aucun homme ne voudrait pour épouses (4).

Dans plusieurs pays, l'âge auquel les MGF sont pratiquées est de plus en plus précoce. Au Yémen, selon l'EDS de 1997, 97 % des filles mutilées l'ont été dans le premier mois de vie (moyenne d'âge 7,6 jours) (5). Il n'est plus question d'un rite initiatique lié au passage à l'âge adulte mais bien d'un marquage identitaire : identité du groupe qui marque sa *loi* sur le corps des individus, mais aussi identité de femme (chaste, épouse, mère, subordonnée) qui doit être rappelée et sur-marquée ; c'est faire correspondre le corps de la femme au statut attendu de la femme (6). L'important est donc d'être *coupée*, peu importe si les rites qui entourent normalement l'excision sont respectés ou non (2). L'acceptation par le groupe requiert que toute personne du sexe féminin y soit soumise : les générations précédentes l'ont subie et la tradition a force de loi. La pression sociale est énorme.

Les femmes qui font exciser leurs filles sont animées à leur égard des meilleures intentions ; en respectant la tradition, elles désirent les protéger contre la honte, l'exclusion sociale et l'isolement (2,7). Dans les différents groupes qui pratiquent l'excision, il existe un mot pour désigner les filles non excisées. Par exemple, au Mali, la pire injure que l'on puisse lancer à une jeune fille ou à une femme est de la traiter de *bilakoro* (non excisée en bambara). Quand on demande à des femmes maliennes les raisons pour lesquelles on continue à

exciser au Mali (où la prévalence de femmes excisées de 15 à 49 ans est de plus de 90 %), elles répondent toutes : *parce qu'on a toujours fait ça, parce que c'est la coutume. On ne peut pas laisser une enfant bilakoro* (7).

Une recherche récente menée en Belgique (8) a mis en avant la notion de *système excision* qui permet de comprendre les mutilations sous un angle global. L'excision n'est pas une pratique isolée ressortissant exclusivement de la sphère privée et du monde des femmes, mais s'inscrit au contraire dans un ensemble de pratiques rituelles et quotidiennes de construction des rôles et des statuts féminins et masculins (assignations de genre).



Extrait de *La coupure* de Christine Bellas Cabane (2008), page 44

Je sais tout cela (les complications), mais je ne peux pas, pour autant, soustraire ma fille à cette coutume. Même si je le voulais, sa grand-mère ne me laisserait pas faire, elle aurait trop peur qu'elle devienne la risée de toute la cour, qu'on la traite d'impure et qu'on se bouche le nez sur son passage. Plus tard, pour se marier ce serait encore un problème. Ce n'est pas bien de faire vivre ça à un enfant (sage-femme malienne lors d'un entretien avec Christine Bellas Cabane) (7).

2.2 Excision et migration



Les coutumes ne s'arrêtent pas à la frontière.

La migration a un impact important sur l'excision, tant au plan des représentations que des pratiques, à commencer par le fait que nombre de pays d'accueil, dont la Belgique, répriment les auteurs de mutilations. La pression sociale exercée par les pairs et par la famille restée au pays est toujours présente pour les migrants. L'enfant *appartient* à la famille. Une grand-mère ou une tante peut décider de ce qui est bon pour l'enfant, ce qui montre le risque encouru par une enfant non excisée qui passe des vacances dans son pays d'origine.

Quel que soit le niveau socio-économique de la famille ou le niveau d'éducation, il existe une tendance à maintenir les règles de vie et les *coutumes*, le cadre de l'identité d'origine, pour *faire plaisir* à la famille et pour ne pas se marginaliser dans la communauté d'origine en particulier pour pouvoir marier les filles. Toutefois, une étude qualitative menée en France a montré un déclin des mutilations génitales féminines corrélé avec l'ascension sociale des groupes concernés, et en particulier avec la réduction des inégalités de genre (lorsque les femmes accèdent à la formation et à l'emploi). L'attachement aux pratiques du pays d'origine peut être, par contre, une forme de réassurance pour des groupes sociaux précarisés dans le pays d'accueil (9).

Une étude qualitative a été menée en 2010 en Belgique francophone au sujet des motifs et des logiques de continuité et d'abandon des mutilations génitales féminines parmi les populations d'origine africaine concernées (8). Elle a montré que la prise de conscience que l'excision n'est pas prescrite par la religion et qu'elle n'est pas universelle, ainsi que le contact avec les associations de lutte contre les MGF, constituent des points de confrontation et de changement centraux. Ce processus commence d'ailleurs souvent dans les pays d'origine. Cependant, l'acquisition de nouveaux savoirs (notamment sur les conséquences de l'excision en matière de santé) est en même temps potentiellement génératrice de souffrances spécifiques et jusque-là inconnues. En effet, il arrive que des femmes excisées, prenant connaissance d'une autre lecture de la pratique, voire *découvrant* qu'elles sont excisées, se sentent diminuées et ne se vivent plus entièrement *femmes*.

De plus, les parents se sentent écartelés entre les normes et les injonctions des pays d'accueil qui assimilent l'excision à une mutilation - et donc à une atteinte aux droits humains qui doit être punie par la loi - et celles du pays d'origine où l'on est un bon parent quand on respecte la *tradition*, c'est-à-dire quand on excise sa fille pour qu'elle puisse se marier avec un membre du groupe. Ces contradictions sont arbitrées par les familles et conduisent parfois à faire exciser une seule ou seulement une partie des filles de la fratrie (9). De même, les familles immigrées qui négocient progressivement un abandon de la pratique pour leurs enfants concluent à plusieurs *arbitrages interculturels de la morale sexuelle* (8). Pour ne pas abandonner totalement la pratique, les familles peuvent choisir de procéder à des excisions jugées moins risquées (par la médicalisation) ou moins mutilantes (en pratiquant une forme moins sévère). D'autres stratégies d'ajustement sont encore mises en place par les familles pour empêcher qu'une excision ne soit pratiquée à leur insu, par exemple lors d'un voyage dans le pays d'origine : que ce soit par la dissimulation ou le contournement (faire croire que l'enfant est excisée), l'hyper protection (ne jamais laisser l'enfant seule) ou le recours à la loi en vigueur dans le pays d'accueil (par des certificats et carnets de suivi par exemple) (8).

2.3 Mariages forcés, grossesses précoces et polygamie



La plupart des femmes victimes de MGF se trouvent dans des situations de polygamie ou de mariage forcé, qui sont en partie liées au statut et à la condition des femmes dans leur pays.

Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées dans les pays africains révèlent que les femmes qui sont pour la continuation de l'excision déclarent également trouver *normal* d'être frappées par leur mari si elles ont brûlé le repas ou si elles lui refusent un rapport sexuel (10).

Le GAMS France a signalé des cas de jeunes filles qui, avant la fin de leur scolarité, avaient été envoyées au pays pour y être mariées de force et excisées, et qui sont ensuite revenues avec leurs époux en Europe. Des cas de séquestration et de grossesses non désirées sont liés à ces pratiques de mariage forcé (11).

Les professionnels, confrontés aux femmes excisées, devront donc avoir conscience des violences et des discriminations sexospécifiques pour assurer aux jeunes femmes une protection et un soutien adéquats, allant au-delà de la prise en charge médicale.

Diaryatou Bah, auteur du livre *On m'a volé mon enfance*, témoigne de son parcours en Europe et de son long chemin vers la liberté.



Diaryatou Bah est née en 1985 en Guinée. Son père polygame vit avec quatre épouses et a 32 enfants. Elle est confiée à sa grand-mère, qui l'élève au village. A l'âge de huit ans, comme le veut la coutume, elle est excisée. Son père la marie par procuration, alors qu'elle n'a que 14 ans, à un Guinéen qui déclare travailler pour l'Union européenne en Hollande. On lui promet un futur époux attrayant, qui soutiendra financièrement sa famille. Munie de faux papiers - elle n'est pas en âge de se ma-



rier -, elle débarque en Hollande. Elle y découvre que son mari vit déjà avec une autre épouse et qu'il a des tendances sexuelles violentes. Diaryatou fait une fausse couche sans même savoir ce que signifie être enceinte. Lors de sa deuxième grossesse, son mari lui refuse toute assistance médicale : elle perd également son deuxième enfant. Ils viennent s'installer en France. Diaryatou vit recluse dans un appartement où les violences continuent, jusqu'au jour où elle voit à la télévision une jeune femme qui témoigne sur les violences conjugales et explique comment elle a fui son mari violent. Elle se souviendra de cette émission de télévision, des lettres A.S. comme assistance sociale ; elle se rend à la mairie avec ces deux lettres qui seront son issue de secours. Commence alors le circuit entre les différents bureaux pour trouver de l'aide, où à chaque fois, elle doit raconter son histoire depuis le début. Son cas est compliqué : faux papiers pour entrer en Hollande puisqu'elle était mineure. Début 2004, elle décide de quitter son domicile et se retrouve seule dans la rue. Elle obtient finalement l'aide des autorités. Un long processus d'intégration en France se met en route. Elle dit que lire et écrire l'a sauvée. C'est, pour elle, ce qui peut sortir les femmes de la soumission et de la violence (12).

2.4 Contrôle du corps de la femme en Europe



S'il est communément admis de s'insurger contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées par d'autres communautés et dans d'autres pays, il est regrettable qu'en Europe, nous n'analysions que très rarement nos propres attitudes et pratiques ayant trait au corps des femmes.

A *qui appartient le corps des femmes ?* était le thème d'une conférence organisée par les Femmes Prévoyantes Socialistes en 2008 pour souligner que, de tout temps, le corps des femmes a fait l'objet d'un traitement très différent du corps des hommes. De nos jours, le corps des femmes recueille autant de louanges quand il est jeune et mince que de mépris en cas de non-conformité à un idéal de séduction jamais atteint (13). Ainsi, des jeunes filles se soumettent à des régimes draconiens pour ressembler à des mannequins longilignes vus dans des magazines aux photos retouchées.

Dans la sphère sexuelle, des cliniques privées proposent aujourd'hui en Belgique des opérations de chirurgie esthétique intime pour remodeler les parties génitales : raccourcissement des petites lèvres, excision du prépuce du clitoris (14). Ces interventions ne sont pas sans danger (perte de sensibilité, douleurs résiduelles dues à la cicatrisation) (15) et, si elles ne sont pas réalisées à des fins médicales (pour remédier à une réelle gêne fonctionnelle), elles pourraient s'apparenter à une mutilation génitale comme le dénonce Marge Berer dans un article paru dans le *British Medical Journal* : *it's female genital mutilation* (16). Ce courant, né aux Etats-Unis, prend de l'ampleur en Belgique et appelle à la vigilance.

Dans le cas de la chirurgie esthétique intime, ce sont les femmes qui font la démarche, guidées par l'image qu'on leur a imposée d'un sexe idéal.

Il existe d'autres situations où c'est le médecin qui décidera pour la femme et posera l'indication d'un acte chirurgical sur les organes génitaux externes ou internes: une épisiotomie, une césarienne ou

une hystérectomie. S'il existe évidemment de bonnes raisons médicales de recourir à ces interventions, des différences importantes entre établissements hospitaliers ou entre médecins montrent que l'indication médicale n'est pas le seul facteur influençant la prévalence de ces actes. Plusieurs études réalisées par les mutuelles de santé en Belgique se sont penchées sur ce problème (17-20). Ces interventions, si elles sont réalisées de manière abusive, représentent non seulement un coût financier pour le système de santé mais aussi un coût social important pour ces femmes qui en subissent parfois les conséquences à long terme (dyspareunie, infection, dépression). Enfin, la pratique de la chirurgie *normalisante* chez des nourrissons ou des enfants nés *intersexués* pour leur assigner un sexe féminin ou masculin, avant qu'il ne soit possible de recueillir leur consentement éclairé, pourrait aussi être assimilée à une forme de mutilation génitale. Des études ont montré une atteinte de la fonction sexuelle chez des femmes ayant subi à un très jeune âge une *féminisation* (réduction clitoridienne) (21,22). ■

Références

- 1• OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2011 Jan 22]. Available from : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf
- 2• Gillette-Frenoy I. L'excision et sa présence en France: Etude ethno-sociologique. Paris: GAMS; 1992.
- 3• Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Popul Soc 2007; 438.
- 4• Dirie W, Miller C. Fleur du désert. Paris: Albin Michel; 1998.
- 5• UNICEF. Les MGF: fiche pays. Yémen. Vue d'ensemble sur les mutilations génitales féminines. [Online]. United Nations Children's Fund; EDS 1997 [cited 2009 Dec 10]. Available from: URL:http://www.childinfo.org/files/Yemen_FGC_profile_French.pdf
- 6• Fainzaing S. L'excision, ici et maintenant, étude ethnologique. In Les mutilations du sexe des femmes aujourd'hui en France. Paris: éditions tierce; 1984. p.23-43.
- 7• Bellas Cabane C. La coupure - L'excision ou les identités douloureuses. Paris: La Dispute; 2008.
- 8• Dieleman Myriam, Excision et migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour GAMS Belgique. Bruxelles : GAMS Belgique ; 2010.
- 9• Andro A, Cambois E, Cirbeau C, Lesclingand M, Pourette D. Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène. Paris: L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances; 2009.
- 10• UNICEF. Female genital mutilation/cutting, a statistical exploration. New York: United Nations Children's Fund; 2005.
- 11• Gillette-Faye. Communication at the International Conference on Female Genital Mutilation and Forced/Early Marriages in the EU; 2007 Feb 8-11; Brussels, Belgium.
- 12• Bah D. On m'a volé mon enfance. Paris: Anne Carrière; 2006.
- 13• Claude F. A qui appartient le corps des Femmes? Document d'analyse. Femmes prévoyantes [Online]. 2009 [cited 2011 Jan 24]. Available from: URL: <http://www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/analyses/fpsAquiappartientle corpsdesfemmes.pdf>
- 14• Maton C. Chirurgie plastique intime, nouveau regard sur les femmes. Le Généraliste 2009;933:18-19.
- 15• Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitaloplasty: how should healthcare providers respond? BMJ 2007;334:1990-92.
- 16• Berer M. It's female genital mutilation and should be prosecuted. BMJ 2007;334:1335.
- 17• Lucet C, Di Zinno T, De Gauquier K, Remacle A. Recours à la césarienne en Belgique: évolution générale et disparités. Agence Intermutualiste [Online]. 2006 Avr 24 [cited 2009 Dec 10]; Available from URL:http://www.cin-aim.be/library/documents/health_monitoring/CK_Césariennes_AIM_rapport_20060424.pdf
- 18• Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in cesarean delivery rates: policy and research implications. Obstet Gynecol 2004;103:28-136.
- 19• Diels J, Cluyse L, Gaussin C, Mertens R. L'hystérectomie en Belgique. Les dossiers thématiques des mutualités chrétiennes [Online]. 1999 [cited 2009 Dec 10]; Available from URL:http://www.mc.be/cm-tridion/fr/100/Resources/hysterectomie_tcm27-13615.pdf
- 20• Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- 21• Minto CL, Liao LM, Woodhouse CR, Ransley PG, Creighton SM. The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a crosssectional study. Lancet 2003;361(9365):1252-7.
- 22• Creighton SM. Adult female outcomes of feminising surgery for ambiguous genitalia. Pediatr Endocrinol Rev 2004;2(2):199-202.

Chapitre 3

Conséquences médicales, psychologiques et sexuelles

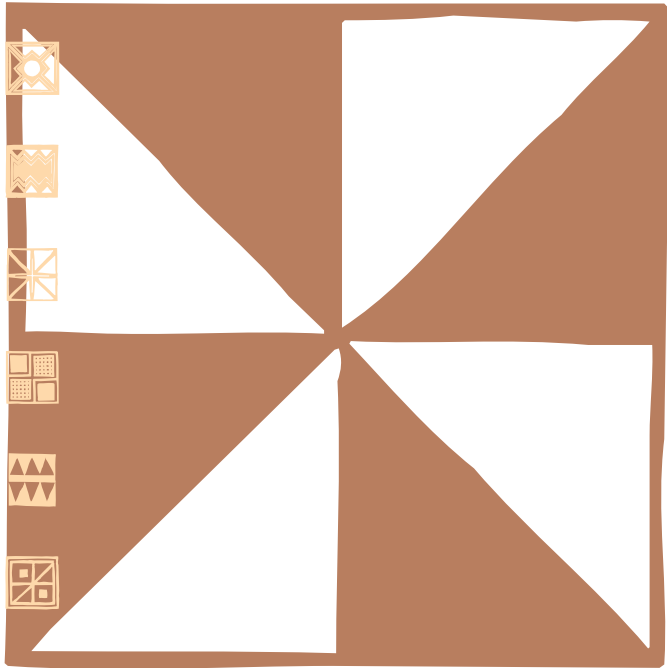
Chapitre

Points essentiels

- ❖ Les mutilations génitales ont un **impact considérable sur la santé** des femmes qui les subissent, tant sur le plan physique que psychologique et sexuel.
- ❖ Les **complications immédiates** (au moment de l'excision ou dans les heures qui suivent) sont : la douleur aiguë, l'hémorragie, l'infection, des lésions accidentelles des organes voisins, des fractures, ... Ces complications peuvent, dans certains cas, entraîner le décès.
- ❖ Les **complications à moyen et long termes**, plus fréquentes après infibulation, comprennent des douleurs chroniques, des cicatrices hypertrophiques, des kystes, des troubles urinaires chroniques, des troubles menstruels, l'infertilité.
- ❖ L'incidence de l'infibulation sur le déroulement de l'**accouchement** et le pronostic vital des nouveau-nés est également non négligeable.
- ❖ Des **complications psychologiques** sont observées ; il est question de névrose, d'anxiété, de dépression, de repli sur soi, du syndrome de stress post-traumatique.
- ❖ Les **complications sexologiques** comportent des douleurs lors des rapports sexuels, la diminution du désir, l'anorgasme. **L'absence de plaisir lié à la sexualité** engendre des difficultés conjugales.



Chapitre 3



3.1 Conséquences somatiques

3.1.1 Conséquences immédiates



Tous types de mutilations génitales féminines

Le geste étant le plus souvent pratiqué sans anesthésie, la première complication est une douleur d'une intensité telle qu'elle peut provoquer une perte de connaissance.

La femme mutilée peut porter l'empreinte de cette souffrance sa vie durant. La douleur peut également causer une rétention réflexe des urines.

L'hémorragie provoquée par l'incision des organes génitaux externes peut être importante au point d'entraîner une anémie sévère ou le décès (1). Dans certains cas, les organes voisins tels que l'urètre, la vessie, le périnée, l'anus ou le rectum peuvent également être endommagés. Les conditions d'asepsie n'étant généralement pas respectées, le risque infectieux est important. Localement, un abcès peut se développer ou une nécrose survenir. Des infections généralisées (tétanos, infection par le VIH, hépatite B et C) sont décrites (2-4). La contamination par l'agent pathogène peut survenir lors de la mutilation, mais également lors d'une désinfibulation si le matériel utilisé à cette fin est souillé (2,5).

Des fractures osseuses peuvent survenir au moment de la mutilation suite à la force incontrôlée exercée par des tiers pour maintenir en position la fillette ou l'adolescente qui se débat.

3.1.2 Conséquences à moyen et à long terme

Tous types de mutilations génitales féminines

Des douleurs chroniques peuvent apparaître, provoquées par le développement d'un névrome au niveau de la tranche de section du nerf dorsal du clitoris.

Des cicatrices hypertrophiques - ou chéloïdes - peuvent être la cause d'un inconfort important, ressenti plus particulièrement en position assise ou à la marche.

L'enfouissement de l'épiderme lors de la cicatrisation des lésions sera à l'origine d'un kyste d'inclusion épidermique, susceptible de devenir volumineux ou de se surinfecter.

Infibulation

L'infibulation aboutit - et c'est là son but - à la formation d'un rideau cicatriciel recouvrant l'entrée de la vulve et le méat urinaire. L'entrave à l'écoulement de l'urine qui en résulte peut être la cause d'une miction prolongée et douloureuse. En cas de stase de l'urine dans la vessie, cette dernière a tendance à s'infecter. La cystite chronique qui en résulte peut donner lieu à une infection ascendante atteignant les reins (3,4).

Le rétrécissement de l'orifice vaginal peut également former obstacle au flux menstruel dont l'écoulement sera prolongé. Une rétention totale du sang menstruel dans le vagin peut survenir lorsque l'occlusion du vagin est complète (2). Elle s'accompagne de douleurs intenses au moment des règles.

Les femmes mutilées ont une susceptibilité accrue aux infections du vagin et des organes génitaux internes. L'atteinte des trompes peut être cause de stérilité. Ainsi, les femmes infibulées ont un taux d'infertilité de 25 à 30 % supérieur à celui de la population générale (6,7). Par ailleurs, lors des rapports sexuels, les blessures des organes génitaux fragilisés favorisent la transmission de germes responsables d'infections sexuellement transmissibles (8).

La lésion des organes adjacents peut être à l'origine d'incontinence urinaire ou fécale (9).

3.2 Conséquences obstétricales de l'infibulation

3.2.1 Le suivi de la grossesse



Certaines caractéristiques propres à la femme infibulée sont à prendre en considération lors du suivi de la grossesse :

- ✘ Elle est plus sujette aux infections, tant urinaires que vaginales (2).
- ✘ Elle peut refuser de prendre du poids dans la crainte d'accoucher d'un trop gros bébé. Pour la même raison, elle peut également refuser de prendre des compléments alimentaires (fer, vitamines) (10).
- ✘ Elle appréhende d'avoir à se soumettre à un examen gynécologique et particulièrement à l'utilisation du spéculum. Les craintes liées à la douleur ou aux complications de l'accouchement sont fréquentes ; elles devront être abordées par le praticien.
- ✘ Suite à l'infibulation, l'examen vaginal peut s'avérer impossible. Une désinfibulation peut être éventuellement pratiquée en cours de grossesse, ce qui en facilitera la surveillance (10).

3.2.2 L'accouchement

Les femmes infibulées présentent un risque accru de complications et de mortalité maternelle à l'accouchement. La souffrance fœtale en cours de travail est plus fréquente et le taux de mortalité périnatale plus élevé (11).

L'obstacle que constitue le rideau cicatriciel chez les femmes infibulées entrave la descente de la tête du fœtus lors du travail d'accouchement. Ce blocage peut prolonger le travail de manière

significative et causer une asphyxie du fœtus entraînant parfois des séquelles neurologiques ou son décès.

La compression prolongée des organes du petit bassin par la tête du bébé peut diminuer le flux sanguin au niveau de ces derniers et causer leur nécrose. Il en résulte la formation de communications entre vagin et vessie ou vagin et rectum appelées fistules. Ces fistules ont un impact considérable sur la vie des femmes qui en sont affectées. Outre l'impossibilité pour elles de retenir l'urine ou les selles, celles-ci sont souvent rejetées par leur mari et leur communauté (1,12).

La vulve de la femme étant indurée par la cicatrice, il y a un risque accru de déchirure - et, par voie de conséquence, d'hémorragie - du périnée à l'accouchement.

La méconnaissance des mutilations génitales peut inciter les obstétriciens à pratiquer des césariennes injustifiées (8,13). Une étude récente ayant trait à la Belgique, trois pays scandinaves, le Canada et l'Australie, a démontré que les femmes originaires de Somalie accouchant dans les pays précités avaient subi significativement plus de césariennes et avaient eu significativement plus d'enfants mort-nés que les femmes autochtones (14). L'article met en lumière la nécessité de revoir et de modifier le suivi anténatal et la modalité d'accouchement des Somaliennes immigrées. Il est probable que ces suggestions seront également d'application pour des femmes infibulées originaires d'autres régions.

3.3 Conséquences psychologiques



Tous types de mutilations génitales féminines

L'enfant ou l'adolescente soumise sous contrainte à la mutilation sans - dans la plupart des cas - en avoir été prévenue au préalable, est envahie par un profond sentiment d'incompréhension et d'impuissance.

Les séquelles psychologiques des mutilations génitales sont fréquentes. Des troubles tels que névrose, anxiété, dépression, repli sur soi et une perte de l'estime de soi sont souvent observés (12). Les femmes ayant subi des mutilations génitales présentent un risque accru de développer des maladies psychosomatiques ou même des affections psychiatriques. Chacun de ces problèmes a un retentissement sur la vie conjugale (2).

Certaines victimes souffrent du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Il s'agit d'une réaction psychologique à un événement traumatisant tel qu'une situation caractérisée par un risque de mort ou de blessure grave. La victime du SSPT subit la récurrence de l'événement traumatisant sous forme de cauchemars ou de réminiscences fréquentes lorsqu'elle est éveillée, puisque son corps est marqué par une amputation à vie. Une étude menée au Sénégal a montré que 30 % des femmes mutilées évaluées présentaient un SSPT avec pertes de mémoire et que 80 % d'entre elles avaient des *flashbacks* (réminiscences) de leur excision (15).

3.4 Conséquences sur la sexualité



Selon une étude menée en Flandre, les troubles de la sexualité sont la raison principale pour laquelle les femmes mutilées consultent un gynécologue (16). En cas de rétrécissement de l'orifice vulvaire suite à une infibulation ou suite à la présence d'un névrome, les rapports sexuels donnent lieu à de sévères douleurs.

Dans son pays d'origine, la femme infibulée doit être ouverte par son mari le jour des noces. Pour ce faire, il se servira d'un objet tranchant ou de son sexe, ce qui est considéré comme une preuve de sa virilité (10). Certains maris interrogés disent avoir été traumatisés d'avoir fait souffrir leur femme (17). Dans certains cas, une matrone se charge de réaliser l'incision (18). Parfois, un rapport sexuel complet ne peut aboutir qu'après de nombreuses tentatives infructueuses. Certaines femmes conçoivent sans avoir été pénétrées. Les rapports sexuels anaux sont fréquents (2).

La difficulté d'avoir des rapports sexuels satisfaisants est une source de tension au sein du couple ; elle peut avoir un retentissement important sur la vie conjugale. Une étude faite en Egypte met en évidence un taux de divorce six fois supérieur à la normale pour les couples concernés par les mutilations génitales féminines (12).

Si les résultats de travaux scientifiques concernant la qualité du vécu sexuel sont contradictoires, nous retiendrons cependant une étude récente en provenance d'Arabie Saoudite (19). Les auteurs y rapportent une différence significative du degré d'excitation, de la lubrification, de la fréquence des orgasmes et de la satisfaction sexuelle entre femmes mutilées et non mutilées, même en cas de mutilation moins sévère que l'infibulation (19). ❌

Références

- 1• Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994;331:712-6.
- 2• Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70:99-104.
- 3• Dirie MA, Lindmark G. The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J* 1992;69:479-82.
- 4• Aziz FA. Gynecologic and obstetric complications of female circumcision. *Int J Gynaecol Obstet* 1980;17:560-3.
- 5• Sundby J. Female genital mutilation. *Lancet* 2003;362 Suppl s26-7.
- 6• Brown Y, Calder B, Rae D. Female circumcision. *Can Nurse* 1989;85:19-22.
- 7• MacLeod T. Female genital mutilation *J Soc Gynecol Can* 1995:333-42.
- 8• Collinet P, Stien L, Vinatier D, Leroy JL. Management of female genital mutilation in Djibouti: the Peltier General hospital experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:1074-7.
- 9• Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Female genital mutilation: generalities, complications and management during obstetrical period. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:378-83.
- 10• Amy JJ, Richard F. Mutilations génitales féminines: les reconnaître, les prendre en charge (1^{ère} partie). *Gunaïkeia* 2009;14:98-102.
- 11• WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835-41.
- 12• Mahran M. Medical dangers of female circumcision. *IPPF Med Bull* 1981;15:1-3.
- 13• Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:553-8.
- 14• Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier R, et al. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG* 2008;115: 1630-40.
- 15• Behrendt A, Moritz S Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry* 2005;162:1000-2.
- 16• Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13:182-90.
- 17• Nour NM. Female genital cutting: a persisting practice. *Rev Obstet Gynecol* 2008;1:135-9.
- 18• Henrion R. Female genital mutilations, forced marriages, and early pregnancies. *Bull Acad Natl Med* 2003;187:1051-66.
- 19• Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril* 2008. [Epub ahead of print, doi:10.1016/j.fertnstert.2008.10.035].

Chapitre 4

Aspects juridiques

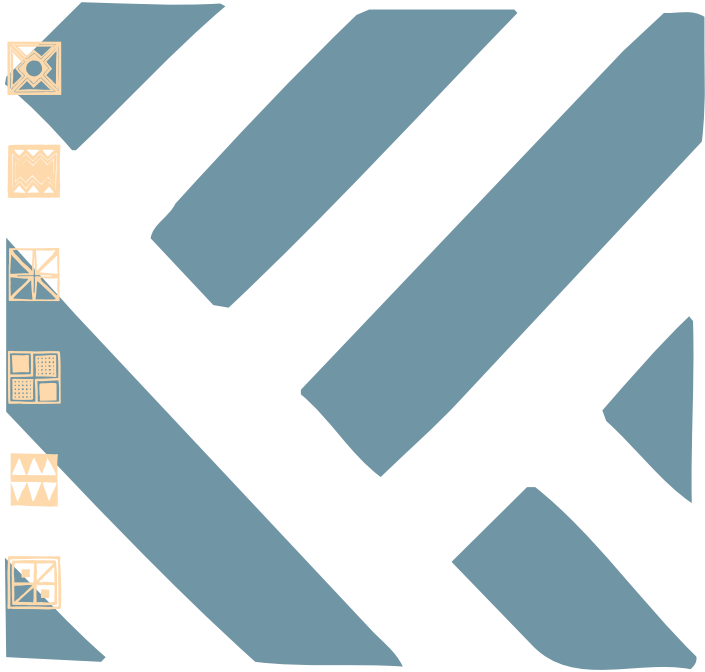
Chapitre



Points essentiels

- Les mutilations génitales féminines sont **punies** par la **loi pénale belge**.
- Une personne soumise au **secret professionnel** doit, comme chacun, porter assistance à une personne en danger et peut, dans ce cadre, effectuer un signalement, à certaines conditions.
- Différentes **actions préventives** sont possibles par la **voie judiciaire** ou en ayant recours à une médiation.
- Les professionnels peuvent se référer aux **protocoles** existants dans le domaine de la **maltraitance d'enfants**.

Chapitre 4



Amina, dans ma classe de maternelle, pourrait être excisée lors des prochaines vacances au pays. Je constate lors d'un examen prénatal qu'Aïssa, 19 ans, est infibulée. Diara me révèle durant une consultation qu'elle a été excisée, ses petites sœurs pas encore.

**Faut-il dénoncer ces situations ? Comment ? À qui ?
Avec quelles conséquences ?**



Comme pour les autres formes de violence ou d'abus, la prudence et la rigueur sont bien sûr de mise. Maîtriser ses émotions, connaître les limites de ses propres compétences, partager ses interrogations avec les membres d'une équipe, se référer à des protocoles existants, s'adresser à d'autres professionnels spécialisés : autant d'attitudes à privilégier pour éviter la précipitation, le diagnostic erroné, la stigmatisation blessante et inutile.

Le chapitre qui suit expose les aspects juridiques propres aux mutilations génitales féminines en Belgique, à leur répression, au secret professionnel et aux actions préventives. Il peut sembler difficile de se retrouver dans le dédale de dispositions légales et d'actions possibles. Chaque situation nécessite une approche particulière. Si vous ne savez comment procéder, vous pouvez vous adresser à des personnes ressources (voir chapitres 12 et 13).

4.1 Droit pénal



De nombreuses conventions internationales condamnent les MGF et encouragent les Etats à les réprimer. Vous trouverez en annexe la liste de ces conventions, un tableau montrant les pays qui ont adopté une législation spécifique, ainsi que le texte des dispositions légales applicables en Belgique.

En l'absence de législation spécifique, le droit pénal commun s'applique : les MGF peuvent être poursuivies sur base de dispositions légales *générales*, en premier lieu celles qui visent toutes les formes d'atteinte à l'intégrité physique.

C'est ainsi qu'en Belgique, les MGF peuvent de toute façon être considérées comme des coups et blessures volontaires (2) avec la circonstance aggravante de la perte d'un organe, et elles constituent une mutilation grave (3).

Les MGF font aussi l'objet d'une incrimination particulière en droit belge : l'article 409 du code pénal (entré en vigueur le 27 mars 2001) (1) punit d'une peine de 3 à 5 ans de prison *quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, ou tenté de le faire, avec ou sans consentement de celle-ci.*

Le fait que la victime soit mineure est une circonstance aggravante (les peines prévues sont plus importantes), de même que l'importance des séquelles, le but de lucre (l'avantage financier recherché) et, de manière générale, les situations de dépendance entre l'auteur et la victime (l'auteur a autorité sur la victime, c'est un parent, un médecin, ...).

Cette disposition spécifique ne concerne que les mutilations génitales infligées aux femmes, même consentantes. Elle ne vise pas le piercing ou le tatouage. La jurisprudence (décisions rendues par les juges) devra se prononcer sur certaines situations marginales : chirurgie esthétique des organes génitaux, réinfibulation par un médecin après un accouchement.

Le délai de prescription est de 10 ans. Il ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de 18 ans.

Toute personne qui a participé d'une manière quelconque à une mutilation sur une mineure, y compris à l'étranger, peut en principe être poursuivie en Belgique à condition d'être trouvée sur le territoire national.

Une enquête pénale sera menée par le ou la procureur-e du Roi suite à des informations communiquées directement par un particulier (victime ou simple témoin), par des professionnels ou par un service de police. Un-e juge d'instruction interviendra si le ou la procureur-e du Roi l'estime nécessaire, notamment en raison de certains devoirs à effectuer (tels que des écoutes téléphoniques, des perquisitions, un mandat d'arrêt, ...). Une personne peut également se constituer partie civile directement auprès d'un-e juge d'instruction.

À noter que seule l'enquête pénale permettra de recueillir un maximum d'éléments de preuve. Si nécessaire, un-e médecin légiste peut examiner la victime et son dossier médical.

En dehors de certains pays d'Afrique (p. ex. le Burkina Faso) et de quelques cas isolés (notamment la Suisse, l'Espagne, la Norvège, le Danemark et la Suède), seule la France a connu de nombreux procès (près de 40) ayant débouché sur les condamnations d'exciseuses

et de parents. La France ne connaît pas de législation spécifique. Les condamnations ont donc été prononcées sur base du droit commun, notamment la disposition du code pénal français qui, comme en Belgique, sanctionne les coups et blessures volontaires.

En Belgique, il semble qu'aucun cas n'ait encore été dénoncé aux autorités judiciaires. La prévalence des MGF dans les communautés d'origine de nombreux migrants (principalement originaires de Somalie et de Guinée) est tellement élevée qu'il est difficile de croire que notre pays n'abriterait ni auteurs, ni victimes de tels faits, à moins d'un abandon de la pratique, par exemple suite à l'émigration.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce silence :

- ❧ le caractère clandestin et tabou d'une pratique qui touche au plus intime, au sein de communautés très fermées, avec les conflits de loyauté qui en découlent ;
- ❧ le manque d'information des acteurs judiciaires au sens large qui sous-estiment encore leur possible implication, notamment dans les secteurs de l'aide à la jeunesse et au sein des parquets ;
- ❧ le malaise de nombreux professionnels de bonne foi, quelque peu désarmés et désireux d'adopter de *bonnes pratiques*, dans le respect du secret professionnel, de l'intérêt de l'enfant, de la vie des familles et de leur culture.

4.2 Secret professionnel



Comme il est mentionné dans plusieurs codes de déontologie (d'application pour les médecins, sages-femmes, psychologues, assistantes et assistants sociaux, assistantes et assistants de justice), le secret professionnel est en principe absolu (4).

Il vise à protéger :

- ☒ la personne, sa liberté, sa vie privée et familiale ;
- ☒ la relation de confiance nécessaire entre la personne qui consulte et certains professionnels ;
- ☒ les intérêts de la société.

Il s'applique à toutes personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, soit, notamment, les médecins, psychologues, assistantes et assistants sociaux mais aussi les bénévoles, travailleurs et travailleuses de rue, éducateurs et éducatrices, etc.

Des poursuites pénales fondées uniquement sur des éléments de preuve obtenus en violation du secret professionnel sont en principe nulles.

La loi prévoit toutefois des exceptions au secret professionnel :

- ☒ en cas de témoignage en justice ou devant une commission parlementaire, la loi autorise mais n'oblige pas à révéler ce qui est couvert par le secret ;
- ☒ dans les cas où la loi oblige à faire connaître certains faits. Plusieurs situations peuvent se présenter.

- 1) Tout témoin d'une atteinte à la sûreté publique, à la vie ou à la propriété d'un individu est tenu d'en informer le ou la procureur-e du Roi (5). Aucune sanction pénale n'est prévue. Il s'agit d'une obligation morale. Cette obligation concerne également les professionnels, mais elle se heurte au secret professionnel. Le ou la professionnel-le ne dénoncera donc pas toute infraction apprise dans l'exercice de sa profession (p. ex. un patient qui révèle au médecin qu'il s'est blessé à l'occasion d'un cambriolage).

2) Toute autorité constituée, tout fonctionnaire ou officier public qui a connaissance d'un crime ou d'un délit dans l'exercice de ses fonctions est aussi tenu d'en informer le ou la Procureur du Roi (6). La nature de la fonction et du fait constaté (une infraction) l'emportent sur le secret professionnel. Cette disposition n'autorise pas un ou une fonctionnaire qui n'en a pas les compétences et les attributions à mener des investigations en vue de rechercher des infractions. C'est la mission de la police et des autorités judiciaires. Par exemple, un-e fonctionnaire communal-e à qui quelqu'un présente une fausse carte d'identité au guichet a l'obligation de dénoncer le fait, mais il lui est interdit de mener l'enquête. La situation de fonctionnaires travaillant dans le domaine psycho-médico-social peut être délicate puisqu'ils sont tenus simultanément aux obligations apparemment contradictoires de secret et de dénonciation.

Afin de leur permettre d'accomplir leur mission, c'est l'obligation au secret qui doit ici prévaloir.

3) Face à un péril grave, réel et actuel, chacun a l'obligation de porter assistance à une personne en danger. Ceci concerne également les professionnels tenus au secret (y compris les fonctionnaires). Le secret ne peut être révélé que s'il n'existe pas d'autre moyen de protéger ou d'aider la personne en danger. Cette situation, rare, place le ou la professionnel-le dans/face à un "état de nécessité". Le dépositaire du secret doit évaluer des valeurs (secret/obligation de secours) qui sont ici en conflit et faire un choix. Il peut recourir à d'autres professionnels, également tenus au secret. On parle alors de "secret partagé". Ainsi, à l'hôpital, l'infirmier-e qui apprend d'une patiente à qui l'excision sous anesthésie a été refusée, que sa famille la contraint à se rendre le lendemain à telle adresse où officie une exciseuse, ne peut pas se voir reprocher une violation de son obligation au secret si elle alerte les autorités, à condition de s'être d'abord adressée en vain à sa propre hiérarchie (qui aurait refusé d'intervenir ou lui aurait imposé le silence).

S'agissant de mineurs, la loi donne expressément l'autorisation aux professionnels de révéler certaines infractions graves, notamment les mutilations génitales féminines (8). L'état de nécessité est ici formalisé. La loi impose que le ou la dépositaire du secret ait personnellement examiné la victime ou recueilli ses confidences, qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de la personne concernée et qu'il ou elle ne soit pas en mesure, seul-e ou avec l'aide d'un tiers, de protéger cette intégrité. Ce serait le cas, par exemple, de la psychologue dont la patiente, mi-

neure, révèle que sa grande sœur a subi une mutilation dans la petite enfance et qu'elle a de bonnes raisons de craindre le même sort lors d'un prochain retour dans le pays d'origine. En cas d'échec des démarches de l'équipe (secret partagé) auprès des parents en vue de les dissuader, le signalement ne constitue pas une atteinte punissable au secret professionnel.

Dans l'exercice de sa profession, chaque personne doit donc concilier l'obligation au secret avec l'obligation de porter assistance à une personne en danger, ici une femme ou une fillette excisée ou sérieusement menacée d'excision.

Ces obligations sont d'autant plus lourdes que la personne en danger (qui encourt des risques de réexcision ou de réinfibulation, de problèmes de santé, de mariage forcé, de fugue, de violences, etc.) est mineure (9, 10), qu'il y a urgence et que le danger consiste en un acte de torture comme l'est une mutilation génitale (9,11).

4.3 Actions préventives

4.3.1 Juge des référés



En cas d'urgence, le Président du tribunal de première instance peut être saisi d'une demande relative à la protection d'une femme ou d'une fillette.

Par exemple, en cas de conflit entre les parents, il peut confier l'hébergement de l'enfant au père ou à la mère et interdire que l'enfant quitte le territoire. Il faut pour cela que le ou la juge constate un risque sérieux d'excision. La preuve est difficile à apporter : ainsi, le fait qu'un parent soit originaire d'une région ou d'une ethnie où la prévalence des mutilations est élevée ne devrait pas nécessairement suffire à justifier une telle restriction s'il n'y a pas d'autres *signaux* d'alerte, tels que des lettres, des mails, des témoignages sérieux, ... Par contre, devant la crainte exprimée par l'autre parent, on pourrait recourir à d'autres mesures (notamment dans le cadre d'une médiation) : engagement à ne pas confier l'enfant à des tiers lorsqu'il se trouvera au pays ou à passer un examen médical avant et après le voyage, dépôt du passeport pour empêcher le voyage, etc.

4.3.2 Protection des mineurs : le triangle Procureur du Roi, juge de la jeunesse, directeur de l'aide à la jeunesse

Pour protéger une petite fille de sa famille, la première intervention (chronologiquement) relève en principe des compétences du directeur de l'aide à la jeunesse. C'est ce que l'on appelle *l'aide consentie*. Ce n'est qu'en cas d'extrême nécessité/urgence, d'échec de cette aide, que le ou la procureur-e du Roi peut demander au juge de la jeunesse d'ordonner une mesure de placement de l'enfant hors de son milieu familial, chez des tiers, particuliers - y compris des proches - ou institution. Cette mesure est accompagnée et mise en œuvre par le directeur de l'aide à la jeunesse. On est passé à *l'aide contrainte*.

Le ou la procureur-e du Roi peut être alerté par un service social, par un service d'aide aux victimes ou aux enfants victimes de maltraitance, ou par toute personne qui signale à la police qu'un enfant est en danger. Une enquête sera effectuée et, parallèlement, si nécessaire, des intervenants spécialisés seront mandatés plutôt que de recourir d'emblée à des mesures de contrainte.

Dans le domaine de l'aide à la jeunesse et de la maltraitance d'enfants, les mécanismes institutionnels existants diffèrent selon la région ou communauté et la langue.

Les textes réglementaires sont consultables sur plusieurs sites spécialisés, qui fourmillent également d'informations et de liens utiles : www.aidealajeunesse.cfwb.be, www.vlaanderen.be, www.one.be, www.kindengezin.be.

Les professionnels peuvent s'adresser au Délégué général aux droits de l'enfant (www.dgde.cfwb.be), au Kinderrechtencommissaris (www.kinderrechtencommissariaat.be), à une association telle que l'asbl GAMS (www.gams.be) ou l'asbl INTACT (www.intact-association.org), ou à une autre institution (voir adresses chapitre 13) qui interviendront dans le cadre du secret professionnel partagé et de leurs missions respectives.

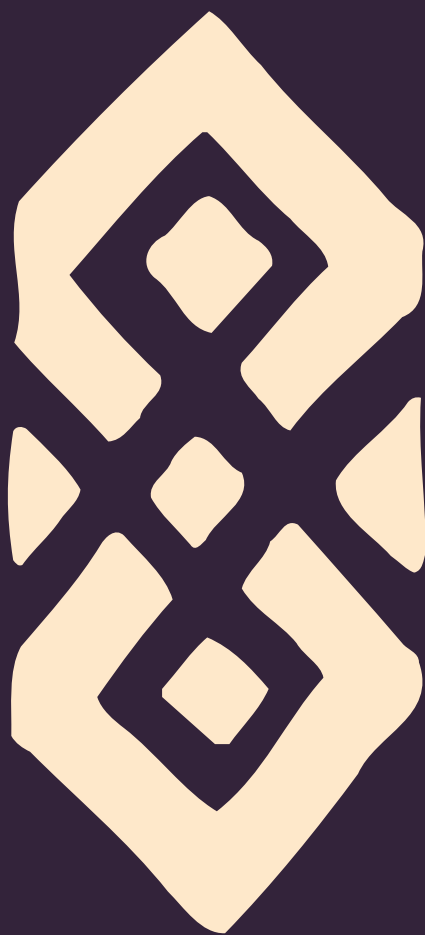
Dans le domaine de la protection et de la prévention de l'enfant contre la maltraitance, en attendant que des protocoles spécifiques soient adoptés et diffusés, on trouvera des balises et conseils éprouvés sur les sites : www.federationssosenfants.be, www.yapaka.be et www.kindermishandeling.org 

Références

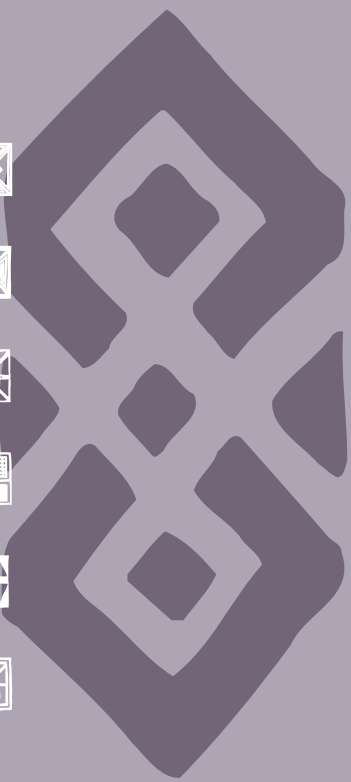
- 1• Code pénal belge Art. 409 § 1er.
- 2• Code pénal belge Art. 398.
- 3• Code pénal belge Art. 400.
- 4• Code pénal belge Art. 458.
- 5• Code d'instruction criminelle belge Art. 30.
- 6• Code d'instruction criminelle belge Art. 29.
- 7• Code pénal belge Art. 422bis.
- 8• Code pénal belge Art. 458bis.
- 9• Assemblée générale des Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant. Résolution 44/25, annexe, 44 U.N. GAOR Supp. n° 49 à 167, U.N. Doc. A/44/49 [Online]. Adoptée le 20 novembre 1989, entrée en vigueur le 2 septembre 1990 [cited 2009 Dec 10]; Art. 3.1,37a,19.1,24.3. Available from:
URL:http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/pdf/CHILD_F.PDF
- 10• Assemblée générale des Nations Unies. Un monde digne des enfants. 2002 Oct 11; S-27/2.
- 11• OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2011 Jan 22]. Available from:URL
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

Partie 2

Mieux prendre en charge



Partie 2



Préambule

préambule



L'évaluation du risque et le choix de la réaction adéquate présentent parfois d'importantes difficultés. Entre les procédures judiciaires et le recours aux nombreux intervenants du secteur médico-psycho-social, que conseiller, que décider, vers qui se tourner ? Les logiques de protection et de répression sont-elles toujours compatibles ?

Rappelons-le, chaque situation est unique. Souvent, plusieurs domaines sont concernés (administratif, social, psychologique, médical ou juridique) et plusieurs problématiques sont cumulées (risque d'excision mais aussi mariage forcé, violence dans le couple, situation administrative difficile). Le degré d'urgence, la fiabilité des informations et les circonstances dans lesquelles elles ont été recueillies, les mesures à prendre (lesquelles et dans quels domaines), la situation familiale de chacun, sont autant de critères qui sont à prendre en considération dans l'évaluation du conseil ou de la décision.

En dehors de l'intervention médicale et de l'intervention judiciaire, parfois indispensable, l'aide peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir d'établir des contacts avec des associations de lutte contre les mutilations dans le pays concerné ou en Belgique, ou d'organiser des entretiens avec les personnes concernées (les parents, la famille, les enfants). Ces entretiens auront pour but de sensibiliser, d'orienter, de dissuader d'adopter un certain comportement (faire exciser une autre fillette), d'inciter à rechercher l'aide adéquate (soins médicaux, psychologiques, ...), d'inviter les personnes à rejoindre un groupe de parole ou de les amener à participer à une médiation en cas de conflit.

Avant tout, comment orienter dans le respect de la personne et entamer le dialogue ?

Les dispositions légales offrent de nombreuses possibilités. Encore faut-il apprécier au mieux l'opportunité et la manière d'y recourir. Est-il opportun de déposer plainte contre des parents qui ont fait exciser leur fille au pays il y a 10 ans, avant de se réfugier avec elle en Belgique ? Pour protéger efficacement une fillette, est-il indispensable de provoquer une enquête qui peut envoyer sa mère ou son père en prison ? Est-il nécessaire de dénoncer un confrère médecin qui pratique la réinfibulation après accouchement plutôt que d'en discuter avec lui et éventuellement avec l'équipe médicale ? A condition que la protection puisse être obtenue autrement, toute situation doit-elle être judiciairisée ? A l'inverse, est-il admissible d'hésiter à alerter les secours lorsque des cris déchirants de bébés retentissent régulièrement dans l'appartement voisin, qui connaît également un drôle de va-et-vient ? N'est-il pas légitime pour la jeune fille mutilée de vouloir faire reconnaître la culpabilité de l'exciseuse qui sévit dans sa région ? La décision revient-elle aux professionnels ou à la personne concernée ?

Se sentir désemparé-e devant des situations complexes est bien plus un signe de conscience professionnelle que d'incompétence. Il importe, dès lors, de partager ses questionnements : évaluer les données, établir les priorités, discuter en équipe des alternatives possibles et de leurs conséquences ou des aspects éthiques, contacter des professionnels d'autres disciplines, prendre conseil auprès d'un service, d'une association ou d'une personne spécialisée, notamment dans le domaine juridique.

La deuxième partie de ce guide concerne des situations et des outils plus spécifiques. ❖

Chapitre 5

Consultations et entretiens avec les familles

Chapitre

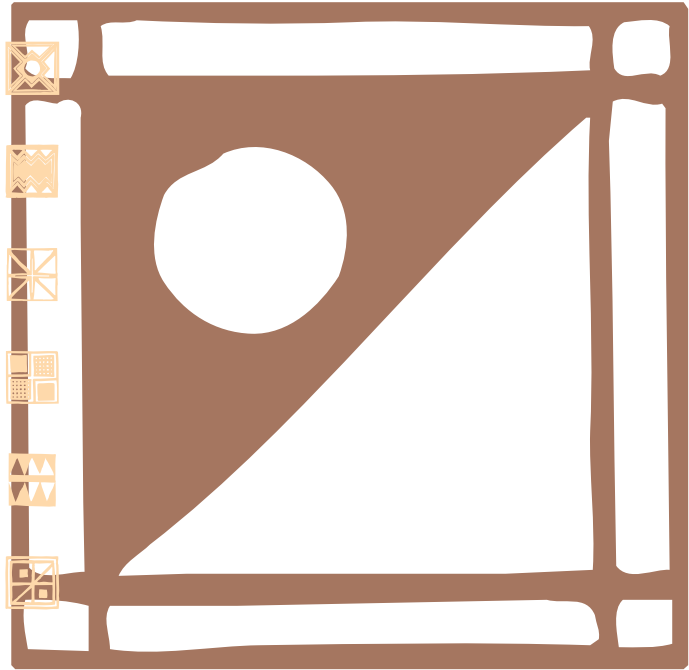
A l'intention de tous les professionnels
et professionnelles qui reçoivent en
consultation ou en entretien des femmes
ayant subi une mutilation génitale

Points essentiels

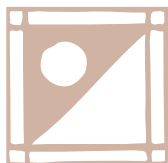
- ☑ **Se préparer à aborder le sujet**, en parler auparavant avec d'autres professionnels.
- ☑ **Prendre le temps** ; il faut expliquer pourquoi cette tradition est néfaste pour la santé des femmes et des fillettes alors que d'autres traditions sont bénéfiques.
- ☑ **Ecouter la mère qui vient avec son enfant ayant subi une mutilation**. Souvent, le traumatisme de sa propre excision refait surface.
- ☑ **Avoir une carte des pays concernés** et des supports visuels à disposition afin de s'y référer en cas de besoin.



Chapitre 5



5.1 Importance d'en parler



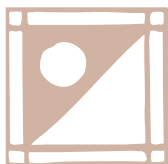
Parler de l'excision avec les femmes mutilées, pour quoi faire ? Elles ont été mutilées enfants, à quoi bon revenir là-dessus ? Est-ce notre rôle ? On ne nous a rien enseigné sur le sujet (1).

Les professionnels de la santé et les autres professionnels en contact avec les femmes mutilées se sentent souvent démunis face à une femme excisée. Ils ne savent pas comment aborder la question et préfèrent parfois éviter d'en parler (par peur de manquer d'arguments) ou d'entrer dans un monde qui leur est inconnu : *C'est une autre culture ! Qu'est-ce que je vais dire ? ou Si je commence, ça va me prendre trop de temps.*

Mélanie Horoks, médecin généraliste, a réalisé une étude auprès de 100 femmes excisées interrogées lors de consultations de planification familiale en France (2). Elle a pu montrer qu'un tiers d'entre elles se plaignaient de symptômes génito-urinaires fréquents (douleurs mictionnelles, cystites, douleurs vulvaires en dehors des rapports sexuels), que deux tiers d'entre elles se plaignaient de difficultés sexuelles (sécheresse vaginale, dyspareunie) et que les trois quarts déploraient une absence de désir sexuel. Quarante pour cent d'entre elles n'en avaient jamais parlé à personne. Il est donc primordial d'aller vers les femmes et de faire le premier pas.

Pour peu qu'on les y invite, les femmes acceptent de parler de leur mutilation et elles ont même beaucoup de choses à dire (1). L'expérience montre qu'après en avoir parlé une première fois, elles abordent spontanément le sujet lors de la deuxième consultation, et qu'elles incitent leurs amies mutilées à également venir consulter : *Ce médecin-là sait parler de l'excision, tu peux lui dire ce que tu as.*

5.2 Attitudes



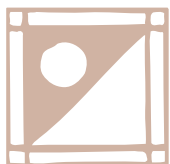
Aborder la question de l'excision se fera dans une approche globale. Il est important de garder à l'esprit tout au long de l'entretien (ou de la consultation), que nous sommes face à une personne différente de nous, avec sa propre histoire, ses croyances et sa culture.

Pour favoriser le contact, voici quelques conseils basés sur l'expérience de professionnels travaillant avec des femmes mutilées (1, 3-6) :

- ☑ essayer d'identifier ce dont la femme est prête à parler, ce dont elle veut parler, et partir de cela pour entamer la discussion ; ne pas anticiper les choses à sa place ;
- ☑ être patient, car la relation de confiance peut prendre du temps à s'installer vu les trahisons et violences vécues (excision, mariage forcé, viol) ;
- ☑ repartir du savoir et des compétences de cette femme, apprendre de ses dires, de ses expériences ;
- ☑ exprimer de l'empathie et tenir un discours objectif ;
- ☑ aborder la question de l'atteinte à la santé ;
- ☑ ne pas juger la culture, ni la femme ;
- ☑ ne pas faire peur, ne pas faire de chantage.

5.3 Choix des mots

Salutations



N'hésitez pas à prolonger les salutations en demandant des nouvelles des enfants, des parents. Le *bonjour* occidental paraît sec et froid pour les femmes issues de communautés où l'on prend habituellement le temps de se saluer. Certaines jeunes filles se sentent plus à l'aise avec le *tu* si la personne qui leur parle est leur aînée.

Vocabulaire

Même s'il n'y a pas de mots miracles, voici quelques conseils qui peuvent vous aider à aborder la question des mutilations génitales féminines avec les femmes :

- ☑ utiliser un vocabulaire simple, accessible ;
- ☑ essayer, avec la femme ou sa famille, des mots pour désigner les mutilations génitales féminines comme :
 - la tradition ;
 - la coutume ou le rituel ;
 - le sexe coupé ;
 - excisée, infibulée.

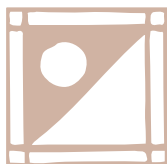
Les femmes utilisent peu les mots *vagin*, *lèvres*, etc.

On peut demander si elle a été *coupée en bas* en désignant avec la main le bas du ventre.

L'important est que chaque personne se sente à l'aise avec les mots qu'elle utilise. Les termes *mutilations sexuelles* ou *mutilations génitales* sont rarement utilisés avec les femmes en consultation.

Ne pas utiliser les termes *normal* et *anormal* car la norme est une chose toute relative.

5.4 Supports visuels

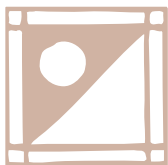


Voici quelques supports visuels qui peuvent vous aider à expliquer les choses pendant la consultation ou l'entretien :

- ☑ une carte des pays pratiquant l'excision (voir chapitre 1). Vous pouvez aussi retrouver plus de détails sur les régions ou les ethnies pratiquant les MGF en allant sur le site des enquêtes démographiques et de santé (EDS) : **<http://www.measuredhs.com/countries>**. En cliquant sur le pays concerné, toutes les informations sur la pratique de l'excision obtenues via les EDS sont disponibles ;
- ☑ des dessins du corps humain ;
- ☑ des dessins représentant les différents types de MGF (voir chapitre 1 et la fiche plastifiée pour la salle d'accouchement) ;
- ☑ des dessins montrant les complications (rétention urinaire, naissance difficile, ...).

Sur simple demande, le GAMS Belgique peut vous fournir tout ce matériel didactique (**info@gams.be**).

5.5 Travail avec des interprètes et des médiateurs



La plupart des femmes sont des primo-arrivantes qui ne maîtrisent pas bien les langues nationales. Vous aurez donc souvent besoin d'avoir recours à la traduction.

Même si la femme connaît quelques mots de français, de néerlandais ou d'anglais, ce vocabulaire ne sera pas suffisant pour aborder un sujet aussi sensible que les MGF. La femme pourrait ne pas trouver les mots pour exprimer pleinement ses sentiments ; une traduction professionnelle sera donc très utile.

Quelques conseils pour organiser la traduction (6)

- ☑ ne pas utiliser les enfants de la femme pour traduire (ni le conjoint, ni la belle-mère, etc.) ;
- ☑ si possible, choisir une personne de sexe féminin pour effectuer la traduction ;
- ☑ être vigilant sur la représentation qu'a l'interprète des MGF (être sûr que la personne n'est pas partisane de la pratique). L'idéal est que l'interprète ait reçu une formation sur les MGF et ait déjà une certaine connaissance de la problématique ;
- ☑ si c'est la première fois que l'interprète traduit sur ce sujet, il faut prêter attention à son débriefing, et voir comment il ou elle s'est senti(e) avec le sujet.

Modalités de paiement

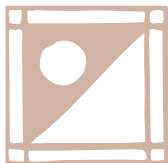
- ☑ les demandeurs d'asile viennent avec un réquisitoire pour la consultation et un second réquisitoire pour la traduction ;
- ☑ si la consultation ne se fait pas avec un réquisitoire, la traduction est payante.

Comment contacter un ou une interprète (voir chapitre 13)

- ☑ d'abord bien s'assurer que la femme ne s'exprime pas dans une langue que vous comprenez ;

- ☑ si vous travaillez dans une grande structure, vous pouvez probablement faire appel à un secrétariat, qui se chargera de vous trouver un-e traducteur-rice pour le jour de la consultation ;
- ☑ si vous travaillez seul-e dans votre cabinet, et que vous n'avez pas le temps de faire toutes ces démarches, vous pouvez demander à l'association qui vous réfère la femme de se charger de vous trouver un-e traducteur-rice.

5.6 Déroulement d'une consultation



Il existe plusieurs types de consultations.

1. Une femme excisée qui vient pour en parler ou pour être aidée (p. ex. une demande de désinfibulation, un rapport médical, ...).
2. Une femme excisée qui vient pour autre chose, et avec laquelle il faut aborder la question (p. ex. une consultation prénatale, une plainte de santé, une consultation pédiatrique, ...).
3. Une femme qui vient avec son enfant pour un certificat d'intégrité des organes génitaux externes.

Quel que soit le type de consultation (médicale, psychologique, sociale) (3)

- ☒ prévoir un temps de consultation prolongé ;
- ☒ mettre la personne à l'aise ;
- ☒ parler, dès le début, un langage qu'elle comprend ;
- ☒ toujours s'adresser directement à la femme, même s'il y a un-e interprète ;
- ☒ essayer de ne pas l'interrompre ;
- ☒ ne pas lui donner trop d'informations à la fois ;
- ☒ à la fin de la consultation, faire le point pour voir ce qu'elle a compris des informations données.

Conseils spécifiques pour une consultation gynécologique (1,7)

- ☒ prévoir un drap pour que la femme se l'enroule autour de la taille et ne monte pas nue sur la table directement (les femmes n'ont pas l'habitude d'aller chez le gynécologue, pour certaines ce sera la première fois) ;
- ☒ expliquer tout ce que vous allez faire, en particulier si vous utilisez des instruments (spéculum, écouvillon) car la femme ne les a peut-être jamais vus auparavant ;

- ☑ vérifier avec la femme si elle doit informer son mari ou sa famille d'un traitement ou d'une intervention. Il se peut que la femme vous demande d'expliquer directement à son mari la nécessité d'une intervention chirurgicale (cela peut avoir plus de poids auprès du mari).

Pour une consultation pendant la grossesse, se référer au chapitre 10 du guide.

Si vous découvrez pour la première fois qu'une femme est excisée ou infibulée

- ☑ contrôlez votre stupeur et vos émotions pour ne pas effrayer la femme. Une réaction inappropriée de la part d'un-e professionnel-le, une réflexion comme : *c'est affreux ce qu'on vous a fait, il vous manque quelque chose !* peut faire beaucoup de tort ;
- ☑ n'en faites pas un cas d'école (évitez de faire venir les étudiantes et étudiants ou les collègues du service pour observer).

Après l'examen, vous pouvez lui expliquer ce que vous avez vu à l'aide de dessins. Si elle le désire, vous pouvez également proposer à la femme de se regarder dans un miroir pendant que vous répondez à ses questions sur ce qu'elle voit.

Emotions contre professionnalisme

- ☑ les émotions ne doivent jamais prendre le pas sur le professionnalisme. Il ne faut pas tomber dans l'excès, qui fait qu'à trop focaliser sur les MGF, les professionnels peuvent oublier de suivre les protocoles de soins habituels. Ainsi, il est arrivé qu'une femme infibulée ne reçoive pas les soins optimaux (antalgiques après une intervention) parce que l'équipe était concentrée sur sa mutilation, cherchant à savoir si elle avait été infibulée en Europe ou dans son pays d'origine, en Somalie (8).
- ☑ certaines femmes ont accepté leur excision et vivent avec elle sans que cela n'affecte trop leur vie de femme et leur vie en couple. La main tendue par le ou la professionnel-le pour parler de l'excision ne doit donc pas se transformer en un interrogatoire. Toutes les femmes ne sont pas demandeuses d'une prise en charge liée à leur excision. C'est leur droit, et on se doit de le respecter.

Des questions juridiques peuvent également être abordées lors de la consultation. Pour cela, référez-vous au chapitre 4 du guide.☑

Références

- 1• Horoks M. Parler de l'excision. *Pratiques* 2009;45:36-38.
- 2• Horoks M. Les mutilations sexuelles féminines: vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale. Paris 6: Thèse de médecine; 2008. (n° G035).
- 3• Royal College of Nursing. Female genital mutilation: an RCN educational resources for nursing and midwifery staff. London: RCN; 2006.
- 4• Danish National Board of Health. Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sundhedsstyrelsen; 2000.
- 5• Gilbert E (éd.). Female Genital Mutilation: information for Australian health professionals. [Online]. 1997 [cited 2009 Dec 10]: [69 pages]. Available from: URL:<http://www.ranzcog.edu.au/publications/pdfs/FGM-booklet-sept2001.pdf>
- 6• Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York: Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women; 1999.
- 7• Lalande M. Pardon Madame. *Pratiques* 2009;45:39-40.
- 8• Johnsdotter S. Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of implementing FGM legislation in Sweden. Malmö (Sweden): Malmö University: Faculty of Health and Society; 2009.

Chapitre 6

Certificats médicaux et suivi des filles à risque de subir une MGF

Chapitre

A l'intention des médecins (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, urologues, psychiatres, ...)

Points essentiels

- ✎ Un **certificat médical** attestant de la présence ou de l'absence d'une MGF **peut être demandé à un médecin dans différentes circonstances** : demande d'asile, demande d'autorisation de séjour pour raison médicale, demande d'autorisation de séjour pour raison humanitaire, suivi des petites filles.
- ✎ **Plusieurs types de certificats ou rapports existent** selon le niveau de détails demandé et l'utilisation envisagée.
- ✎ **Il n'existe pas**, à l'heure actuelle, **de consensus en matière de suivi des filles à risque de subir une MGF**. La mise en place de mesures de protection et de suivi des filles pose des questions éthiques, légales et pratiques.



Chapitre 6



Ce chapitre aborde deux situations auxquelles les médecins sont confrontés : l'établissement d'un certificat médical pour les femmes victimes de MGF et pour leurs filles (point 1) et le suivi des filles à risque de subir une MGF (point 2).



C oncernant le certificat médical, les médecins ne savent pas toujours dans quelles situations il est nécessaire, ni quel usage en sera fait par l'organisation demanderesse. Ils n'ont généralement aucune idée non plus des conséquences que peut entraîner un certificat médical attestant de la présence ou de l'absence d'une MGF. Enfin, des constatations pertinentes nécessitent la plus grande prudence : un minimum de connaissance de la problématique, de formation, voire l'assistance ou le conseil d'un spécialiste, peuvent être nécessaires.

Quant au suivi des filles à risque de subir une MGF, il n'a pas été, jusqu'à présent, organisé de manière structurelle en Belgique. La mesure visant à contrôler systématiquement et régulièrement les organes génitaux externes des filles à risque de subir une MGF a été proposée par de nombreux acteurs, mais se révèle délicate et complexe à mettre en œuvre.

6.1 Certificats médicaux

6.1.1 Circonstances



Un certificat médical peut être demandé au médecin dans le cadre :

- 1) d'une demande d'asile (et de protection subsidiaire) auprès du CGRA (voir chapitre 12) ;
- 2) d'une demande d'autorisation de séjour pour raison médicale auprès de l'Office des étrangers ;
- 3) d'une demande d'autorisation de séjour pour raison humanitaire auprès de l'Office des étrangers ;
- 4) du suivi des petites filles à risque de subir une MGF (examen annuel exigé par le CGRA ou examen avant un départ en vacances au pays).

La personne remettra ce document aux autorités qui l'exigent d'elle même ou via une personne ressource (conseiller-ère, tuteur-ice, avocat-e).

6.1.2 Différents types de certificats

Le document peut être différent selon les cas.

La même personne ou plusieurs personnes de la même famille peuvent être concernées par certaines des procédures envisagées ci-dessus. En fonction de l'évolution du dossier, la rédaction de plusieurs rapports peut donc se justifier, que ce soit simultanément ou successivement (1).

1. Le constat de présence ou d'absence de mutilation sexuelle féminine, avec détermination du type de mutilation et des séquelles éventuelles

Ce document est utile dans les quatre situations précitées.

- ✎ Dans le cadre de la demande d'asile, ces constats sont utilisés pour justifier la protection d'une fillette à risque (donc encore intacte) et dont la mère a été mutilée : un constat distinct sera établi pour la fille (intacte) et pour la mère (mutilée).

Si le statut de réfugié est accordé sur cette base, le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) demande aux familles de produire annuellement un rapport sur base d'un formulaire type qu'il a établi. Ce rapport vise à faire constater que la fille est toujours intacte.

- ✎ N'importe quelle autre attestation de constat (donc pas nécessairement un formulaire type) peut être utilisée à l'appui d'une demande de séjour humanitaire ou pour raison médicale.

A noter que de tels constats sont aussi parfois demandés par le GAMS Belgique pour le suivi des filles (voir détails dans la deuxième partie du chapitre). Un formulaire type est disponible sur leur site : www.gams.be.

Ce rapport pourra être établi par tout médecin ayant une connaissance suffisante de la problématique.

2. Le rapport médical ou psychologique circonstancié dans le cadre de l'asile

Dans le cadre d'une demande d'asile, si l'enfant, la jeune fille ou la femme signale avoir été victime de persécution, de violence, de séquestration, de torture ou d'emprisonnement, et qu'elle en garde des séquelles médicales ou psychologiques, il peut être utile d'établir un rapport médical complet et circonstancié. Celui-ci doit décrire de manière détaillée les lésions constatées ainsi que leur origine présumée.

Certaines jeunes filles mineures et non accompagnées qui demandent l'asile ont vécu plusieurs traumatismes : mutilations génitales, mariage forcé ou tentative de mariage forcé, violences familiales, séquestrations, viols et peuvent en avoir gardé des séquelles constatables. Elles en parleront difficilement, et il sera important d'établir un climat de confiance, éventuellement en présence d'une personne ressource connue (tuteur-trice, avocat-e, psychologue, ...) ayant déjà gagné la confiance de la jeune fille. Le rapport pourra éventuellement établir une compatibilité entre les symptômes, les constatations cliniques et les faits allégués. Dans le cas où la personne présente des troubles d'ordre psychologique, le rapport devra aussi comporter des informations sur sa capacité à être entendue et à s'exprimer lors des interviews au Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA) ou au Conseil du Contentieux des Etrangers (CCE).

Comme lors d'une expertise, par souci de neutralité ce rapport sera établi de préférence par un médecin tiers (qui n'est pas le médecin traitant de la patiente). Il existe des centres médicaux et des associations spécialisés dans ce type de rapport médical. Le rapport est rédigé conformément aux recommandations du Protocole d'Istanbul (le manuel de référence des Nations Unies en matière de torture) (2). Lorsque les mutilations et les violences subies (mariage forcé, réexcision, réinfibulation, séquestration, emprisonnement, coups, ...) nécessitent plus qu'un simple constat médical, une demande d'examen peut être introduite par exemple auprès de l'asbl Constats, dont le formulaire de demande peut être téléchargé sur le site de l'association : www.constats.be. D'autres médecins réalisent également ces examens médicaux. Ils sont en général connus des avocats et des associations qui travaillent pour la réhabilitation des victimes de torture.

3. Le rapport médical circonstancié dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour pour raison médicale

En cas de séquelles graves engendrées par une MGF, une demande d'autorisation de séjour peut être introduite sur présentation d'un certificat médical circonstancié. Ce document atteste de la nécessité de soins actuelle et éventuellement future. Il donne aussi, si possible, des précisions quant à la disponibilité ou non de ces soins dans le pays d'origine. Souvent, il est possible de répondre à cette question grâce à d'autres sources d'information telles que l'attestation d'un médecin du pays d'origine, des informations provenant d'une ONG qui travaille dans le pays, ou des données d'origine sûre tirées d'Internet (rapports de l'OMS ou d'organisations humanitaires internationales).

Ce rapport sera de préférence rédigé par le médecin traitant de la patiente ou par le spécialiste qui la suit. Il est conseillé d'utiliser, notamment, le formulaire médical type disponible sur le site de l'Office des étrangers : www.dofi.fgov.be. Un certificat plus circonstancié établi par l'association Medimmigrant est disponible sur leur site : www.medimmigrant.be.

4. Le rapport médical ou psychologique dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour humanitaire

Il peut arriver que la présence d'une MGF chez une personne ne justifie pas, à elle seule, l'introduction d'une demande de séjour pour raison médicale par exemple, parce qu'il n'y a pas d'impossibilité de soins au pays. D'autres motifs peuvent toutefois justifier une demande de séjour : présence sur le territoire depuis plusieurs années, qualités/compétences professionnelles, bonne intégration (voir chapitre 12). Même dans ces cas, une attestation médicale expliquant la situation peut être utile. Elle permet en tout cas de fournir un dossier plus complet à l'autorité chargée d'apprécier la demande.

Ce rapport sera de préférence rédigé par le médecin traitant, le psychologue traitant ou le psychiatre traitant de la patiente.

5. Le certificat médical préventif

Il peut être utile, pour toute jeune fille à risque de subir une MGF ou une réexcision/réinfibulation, de dresser un certificat médical constatant sa situation personnelle (intacte, mutilée, désinfibulée...). Ce document est susceptible d'être produit dans des situations variées comme par exemple avant un voyage dans le pays d'origine. Un certificat d'intégrité des organes génitaux de la fillette ainsi qu'un document expliquant la loi belge en matière de MGF et les sanctions en cas d'infraction peuvent aider les parents, une fois sur place, à résister aux membres de la famille qui voudraient que la petite fille intacte soit excisée ou infibulée.

*Ce rapport pourra être établi par tout médecin ayant une connaissance suffisante de la problématique.
Le certificat en cas de désinfibulation sera établi de préférence par le gynécologue ayant désinfibulé la jeune fille ou par son médecin traitant.*

6.2 Suivi des filles à risque de subir une MGF

6.2.1 Evaluation du risque d'excision en Belgique



Des petites filles, nées en Belgique ou nées à l'étranger et vivant avec leurs parents sur le territoire, sont considérées à risque de subir une MGF si la mère ou le père sont originaires d'un pays ou d'une ethnie qui pratique les MGF.

Le fait d'avoir quitté son pays ne suffit pas à assurer la protection de la petite fille puisque les MGF sont, en général, pratiquées dans le contexte familial. Ainsi une étude récente menée en France auprès des migrants, montre que 27 % des filles nées en France entre 1980 et 1989 ont été excisées (en France ou à l'étranger) (3). Des demandes d'excision formulées par des familles auprès de médecins belges témoignent de cette pression et du risque possible de MGF sur le territoire ou dans un pays voisin (par exemple en cas de voyage dans le pays d'origine ou de renvoi au pays par les autorités) (4,5).

6.2.2 Mesure de suivi des filles à risque de subir une MGF résidant en Belgique

L'extrême vulnérabilité du groupe (nouveau-nés de sexe féminin, fillettes), l'extrême gravité du préjudice redouté et les preuves de la perpétuation de la pratique en Europe ou dans le pays d'origine, justifient la mise en place de mesures de protection et de suivi des petites filles qui vont au-delà du simple octroi d'un titre de séjour.

Toute la problématique réside dans le choix de la stratégie pour suivre ces petites filles à risque et assurer leur protection. Il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus en la matière au niveau européen, et chaque Etat organise sa propre stratégie.

Alors que le débat a toujours lieu sur les meilleures approches à suivre, deux initiatives ont été prises par des acteurs belges, l'un associatif et l'autre institutionnel, mais elles ne couvrent pas la totalité des filles à risque des MGF.

- ❖ La première est celle du GAMS Belgique qui, à partir de 2006, a commencé à établir des *contrats* entre les mères qui demandent l'asile et deviennent membres de l'asbl et le GAMS Belgique, et ce afin de protéger les petites filles intactes. Cet accord stipule que les filles seront examinées par un médecin tous les ans pour certifier l'intégrité des organes génitaux externes. En 2009, cela représentait 60 petites filles. Le GAMS Belgique ne dispose pas de moyen de contrainte et cet examen recommandé n'est donc pas obligatoire.
- ❖ La deuxième est l'initiative du CGRA qui, depuis avril 2008, a mis en place un suivi annuel des filles dont les mères ont obtenu l'asile sur base du risque de subir une MGF en cas de retour au pays d'origine. Le CGRA s'appuie sur l'argument que l'octroi d'un titre de séjour sur le territoire belge sur base de risque de MGF en cas de retour au pays ne permet pas d'assurer la protection contre l'*agent de persécution*, puisque la pression sociale et familiale pour continuer la pratique peut être toujours présente en Belgique. Il est demandé au médecin de remplir un certificat médical préimprimé attestant l'absence ou l'existence d'une mutilation génitale féminine. Ce document est transmis à l'administration du CGRA où le dossier est traité par une personne familiarisée avec la problématique. Si une MGF est constatée par le biais de ces contrôles médicaux annuels, le CGRA procédera à des auditions et à l'analyse approfondie des circonstances, puis tirera les conclusions au cas par cas, compte tenu des moyens légaux mis à sa disposition (abrogation du statut ou retrait), mais toujours en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a rendu un avis le 5 juin 2010 sur cette procédure de contrôles annuels organisée par le CGRA. Le Conseil estime que *la communication de ces données sensibles à un non médecin de l'administration n'est ni acceptable ni nécessaire. Le dossier médical, les croquis ou la documentation photographique doivent être conservés sous la responsabilité des médecins consultés dans le cadre de cette procédure. Ces médecins ne doivent rien communiquer de plus au CGRA que le strict nécessaire à l'objet de cet*

examen médical, à savoir la simple conclusion que la condition de prolongation de l'asile est ou non remplie. Des informations plus précises ne peuvent être fournies qu'en cas d'absolue nécessité, pour permettre la compréhension et l'utilisation de la conclusion par l'administration (6).



Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant (1989)

Art.3

- 1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.*
- 2. Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.*
- 3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.*

Références

- 1• Verbrouck C, Jaspis P. Mutilations génitales féminines et droit d'asile, quelle protection? RDE N° 153 [Online]. Association pour les droits des étrangers; 2009 [cited 2009 Dec 10]. Available from:
URL:http://www.adde.be/index.php?option=com_content&task=view&id=150
- 2• Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Protocole d'Istanbul. Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [Online]. Genève; 1999 [cited 2009 Dec 10]. Available from:
URL:www.amnestyinternational.be/doc/IMG/pdf/Istanbul.pdf.
- 3• Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Rapport final. Paris: Institut National d'Etudes Démographiques; 2009.
- 4• Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;13:182-90.
- 5• GGOLFB. Croyances, traditions et délivrances des soins médicaux. Rapport du groupe de travail Éthique et économie: Gynécologie-obstétrique et multiculturalité. Bruxelles; 2009.
- 6• Conseil National de l'Ordre des Médecins. Avis du 5 juin 2010 : Réfugiés, Mutilations génitales, Secret professionnel. Bulletin 130, réf a130021 [Online]. Bruxelles; 2010 [cited 2010 Jul 10]. Available from URL: <http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/refugies---mutilation-genitale---secret-professionnel>

Chapitre 7

Consultations des enfants

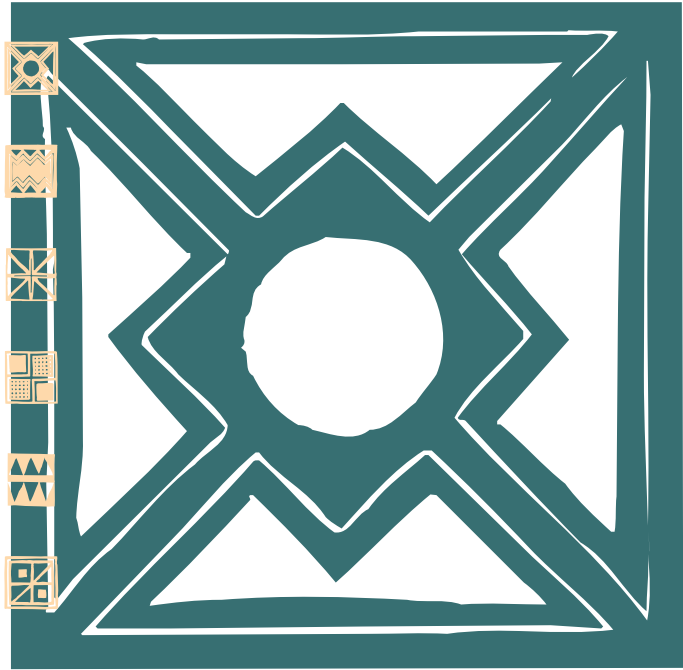
Chapitre

A l'intention des équipes de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et de Kind & Gezin, des médecins de famille, du personnel des services de pédiatrie hospitaliers

Points essentiels

- ☒ La **connaissance des pays et ethnies** pratiquant l'excision permet de cibler la prévention sur les groupes à risque.
- ☒ En cas de retour au pays pendant les vacances, le professionnel de santé devra **prévenir les parents des risques de MGF sur place**.
- ☒ Si un **examen des organes génitaux externes** s'avère nécessaire, il doit toujours se faire dans le cadre d'un examen clinique général.
- ☒ En cas de dépistage d'une excision, les priorités sont (1) **proposer un suivi de l'enfant** (diagnostic et traitement précoce des complications) et (2) **éviter une MGF chez d'éventuelles petites sœurs** (prévention).

Chapitre 7



7.1 Examen de la petite fille



Dans le cadre de l'examen habituel du nourrisson, le médecin donne des conseils sur l'hygiène de la vulve et des petits plis de la peau. Le médecin peut à cette occasion vérifier l'intégrité des organes génitaux externes (pas de malformation, pas de MGF).

Une mutilation de type 1 ancienne et déjà cicatrisée peut passer inaperçue chez un bébé mais une infibulation (type 3) est par contre bien visible (voir figure 1 chapitre 1).

Chez une enfant plus âgée, l'examen se fait avec délicatesse en interrogeant l'enfant sur une symptomatologie éventuelle. Une fillette qui a été excisée ou infibulée peut se plaindre de troubles urinaires, de douleurs au niveau de la vulve. Si la mutilation est récente, elle ressentira de l'angoisse pour l'examen gynécologique qui lui rappellera ce qu'elle vient de vivre. Il faudra prendre le temps de la mettre en confiance.

Certaines pathologies vulvaires chez la fillette peuvent, pour le clinicien non averti, avoir une apparence quelque peu semblable à celles de séquelles de MGF. En cas de doute, il est conseillé de référer l'enfant à un-e confrère expérimenté-e.

La plus fréquente est la coalescence des bords libres des petites lèvres, conséquence d'une irritation chronique de la vulve par manque d'hygiène (1). La deuxième, beaucoup plus rare, est le lichen scléreux qui peut entraîner la quasi-disparition des petites lèvres et la coalescence du prépuce du clitoris, avec accumulation de produits de sécrétion des glandes sébacées sous le prépuce ; cette dernière pourrait être confondue avec un kyste d'inclusion épidermique (voir chapitre 3) (2). Une lésion exceptionnelle consiste en la strangulation du clitoris du nourrisson par un cheveu de la personne qui lui prodigue ses soins (3). Il existe également des traumatismes de la vulve qui peuvent conduire à une ablation accidentelle du clitoris (3), mais le diagnostic différentiel dans ce cas ne pose pas de problème.



7.2 Dialogue avec les familles à risque

On peut aborder le sujet à des moments clés :

- ☒ chez le nouveau-né lors du premier examen ;
- ☒ lors de tout premier contact avec l'enfant ;
- ☒ lors d'un retour au pays annoncé par les parents pour les vacances ;
- ☒ lors du dernier examen préventif.

Il est important pour les professionnels médicaux et sociaux de connaître les pays les plus à risque (voir carte au chapitre 1). Cela leur permettra de cibler le travail de prévention sur le public *réellement à risque*, et d'entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les MGF et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l'excision se pratique (4).

Il est souhaitable d'expliquer aux parents que l'enfant est en bonne santé actuellement. On peut faire remarquer : *votre petite fille n'est pas excisée, c'est parfait pour sa santé !*

Lors de la discussion, rappeler que l'excision est :

- ☒ une pratique très douloureuse et dangereuse pour l'enfant, voire mortelle ;
- ☒ formellement interdite par la loi belge.

Il peut arriver, au cours de la discussion, que l'on décèle une discordance d'opinion entre adultes responsables de l'enfant : *Je ne veux pas que ma fille soit excisée, mais la mère de mon mari le veut* ou *Ma sœur me dit que c'est mieux pour elle*, etc.

La pratique de l'excision repose sur plusieurs croyances qui seront peut-être exprimées par les parents (voir chapitre 2). Vous pouvez orienter les parents vers des associations qui les soutiendront dans leurs questionnements face à la tradition et à la pratique de l'excision, et les aideront à tenir bon face aux pressions familiales ou communautaires.

Le GAMS Belgique a mis en place une procédure d'accompagnement des familles lors d'un retour au pays pendant les vacances (contact avec le comité national de lutte contre l'excision, certificat médical remis aux parents certifiant l'intégrité des organes sexuels externes avant le départ) (4). Cette procédure a pour but de prévenir le risque de mutilation de la petite fille lors d'un séjour dans sa communauté d'origine. Le médecin qui voit la petite fille en consultation peut rédiger un tel certificat à la demande des parents.

7.3 Attitude en cas de dépistage



Si, au cours de l'examen, on découvre que l'enfant est déjà excisée, il convient d'éviter toute attitude ou comportement qui risquerait de rompre le dialogue avec les parents.

L'anamnèse tentera de préciser à quel âge et dans quelles circonstances cela s'est produit. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et traitement précoce des complications) et d'éviter une MGF chez d'éventuelles petites sœurs (prévention).

A cette fin, il y a lieu de prendre contact avec une équipe multidisciplinaire avec qui vous avez l'habitude de travailler (voir adresses au chapitre 13).

Vous pouvez les contacter pour signaler une situation, mais également pour demander un avis.

L'équipe pluridisciplinaire évaluera la situation, ses causes et ses conséquences, et veillera à ce que l'enfant bénéficie de tous les soins nécessaires. Elle accompagnera l'enfant et son entourage au cours de la prise en charge et de la reconstruction d'un cadre de vie relationnel sécurisant et favorisant son développement. ■

Références

- 1• Amy JJ. Mucocutane pathologie van de genitaliën bij het jonge meisje. T Geneesk 2004;60:1048-57.
- 2• Amy JJ, Bourgain C. Vulvaire lichen sclerosus in woord en beeld. T Geneesk 2004;60:27-36.
- 3• Amy JJ. Trauma van de vulva bij het jonge meisje. In Slager E. Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2009. Haarlem: DCHG; 2009. pp. 126-31.
- 4• GAMS Belgique. Pas d'excision pour ma fille- Geen besnijdenis voor mijn dochter. Dépliant campagne nationale 2008. Bruxelles ; 2008.

Chapitre 8

Consultations des enfants

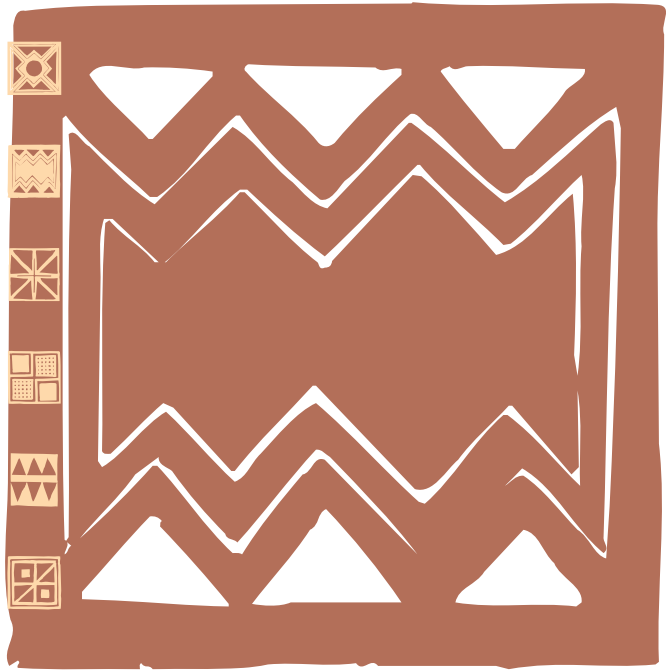
Chapitre

A l'intention des professionnels des milieux d'accueil de la petite enfance (garderies, crèches, ...)

Points essentiels

- **Lors des soins de routine** des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des langes, toilettes), le personnel peut remarquer des **signes évocateurs** d'une excision ou une infibulation récente.
- **En cas de doute**, le personnel de la crèche ou la gardienne agréée peut **contacter le médecin de la crèche ou le conseiller pédiatre de la zone de responsabilité**.

Chapitre 8





Les professionnels qui travaillent dans les lieux d'accueil des enfants de moins de trois ans, occupent une position très importante dans la prévention ou la détection des cas de MGF. En effet, ils sont tous les jours en contact avec les enfants et peuvent déceler, le cas échéant, un cas d'excision récente.

Il est important pour le personnel des milieux d'accueil de connaître les pays les plus à risque (voir carte au chapitre 1). Cela leur permettra, en lien avec l'équipe ONE ou K&G, de cibler le travail de prévention et d'entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les MGF et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l'excision se pratique (1).

Lors des soins de routine des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des langes, toilettes), le personnel peut remarquer des signes évocateurs d'une excision ou une infibulation récente :

- perte de sang ;
- plaie au niveau de la vulve ;
- douleurs à la miction ;
- douleurs lors des soins ;
- changement d'attitude de l'enfant.

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

En cas de doute, le personnel de la crèche ou la gardienne agréée préviendra le médecin référent de la crèche ou le conseiller pédiatre de la zone de responsabilité, et éventuellement l'équipe ONE ou K&G. ■

Références

- 1 • GAMS Belgique. Pas d'excision pour ma fille - Geen besnijdenis voor mijn dochter. Dépliant campagne nationale 2008. Bruxelles; 2008.

Chapitre 9

Ecole

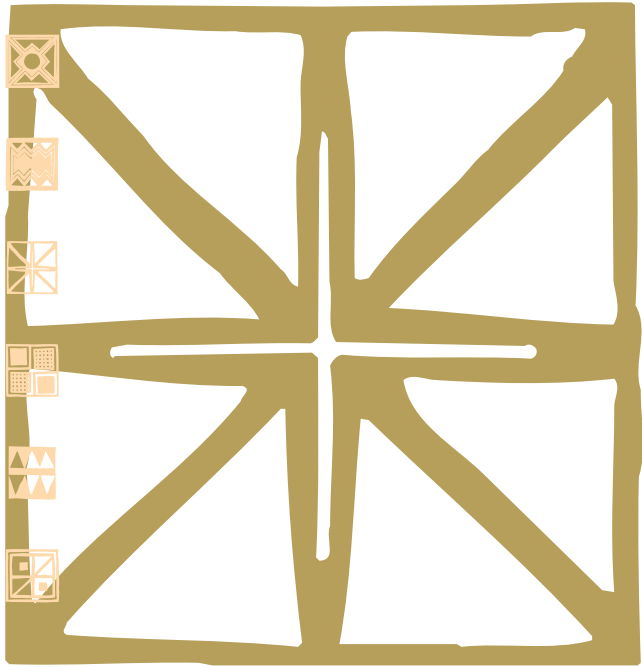
Chapitre

A l'intention des équipes
des Services de promotion de la santé
à l'école (PSE), des Centres
psycho-médico-sociaux (PMS), des
Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB)
et des enseignant-e-s

Points essentiels

- ✘ Des élèves peuvent présenter des **signes évocateurs** d'une excision ou d'une infibulation.
- ✘ Les professionnels des équipes PSE, PMS et CLB peuvent, dans le cadre d'une **discussion privée** avec les jeunes filles (lors des visites médicales prévues par la loi), **aborder la question et**, selon les besoins, **les orienter** vers une association ou vers un ou une médecin.
- ✘ Les enseignants et enseignantes ou les équipes PSE et CLB qui souhaitent **aborder la problématique des MGF** avec les élèves doivent **bien se préparer** et peuvent trouver un **soutien méthodologique** auprès des associations de terrain travaillant auprès des jeunes (voir liste au chapitre 13).

Chapitre 9



9.1 Signes d'alerte



Une bonne connaissance de la problématique peut aider les équipes PSE, PMS et CLB à venir en aide aux filles victimes, ou potentielles victimes, de MGF.

Signes qui peuvent être associés à une excision ou une infibulation (1) :

- ✘ difficulté pour uriner ; certaines filles infibulées peuvent mettre 15 à 20 minutes pour vider leur vessie en comprimant leur bas ventre. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, et à des séjours prolongés dans les toilettes ;
- ✘ douleurs pendant les règles (surtout pour les filles infibulées), qui peuvent nécessiter un alitement pendant deux à trois jours tous les mois. Cela entraîne des absences répétées de l'élève, souvent non justifiées par un certificat médical (les jeunes filles n'osent pas ou n'ont pas les moyens financiers de consulter un médecin chaque mois) ;
- ✘ douleurs au niveau de la cicatrice, crainte de certains mouvements : certaines filles vont refuser de participer à certaines activités sportives (vélo, saut, athlétisme, ...) ;
- ✘ changement d'attitude soudain, manque de concentration, chute des résultats scolaires peuvent faire suite à une excision ou infibulation récente. La jeune fille sait qu'elle ne peut pas en parler à ses camarades, qui ne comprendraient pas ce qui lui est arrivé ;
- ✘ élève qui ne revient pas après des vacances scolaires (retour au pays pour être excisée ou mariée de force), absence prolongée inexpliquée.

Une connaissance des pays où les MGF sont pratiquées (voir carte au chapitre 1) permet d'être plus attentif et de faire le lien entre l'origine de jeunes filles et les signes énoncés ci-dessus.

Attention, la plupart de ces comportements ne sont pas spécifiques aux MGF et peuvent survenir pour beaucoup d'autres raisons.

Les examens médicaux de dépistage prévus par la loi dans le cadre de la promotion de la santé à l'école (2,3) sont les seules visites mé-

dicales prévues pour tout le monde à différents moments de la vie entre 2 ans et demi et 16 ans. Les professionnels des équipes PSE, PMS et CLB peuvent donc jouer un rôle important dans la prévention des MGF. Ils peuvent, dans le cadre des visites médicales obligatoires, aborder la question et, selon les besoins, orienter les jeunes filles vers une association ou vers un-e médecin expérimenté-e en matière de MGF. Si le moment n'est pas jugé *idéal* vu la charge de travail du personnel à ces moments, il peut être préférable d'en prévoir un autre avec l'élève pour que l'entretien soit fait dans un contexte de plus grande disponibilité.



Idille est somalienne, elle a 15 ans. Elle a subi une infibulation à l'âge de sept ans. Elle est arrivée en Belgique à l'âge de 10 ans. Elle souffre de conséquences physiques (douleurs pendant les règles qui la forcent à rester à la maison allongée avec des antalgiques pendant trois jours). Elle a manqué pour cette raison de nombreux jours d'école, non justifiés, car elle ne peut pas se permettre d'aller voir un médecin à chaque fois. Elle ne peut pas faire certains mouvements au cours de gymnastique comme les écarts qui lui font trop mal. Elle n'ose pas en parler à ses professeurs. L'école lui a envoyé une lettre de renvoi pour absences injustifiées.

9.2 Discussion sur les MGF avec les élèves



La question des MGF peut être abordée en classe lors des cours philosophiques ou de biologie au même titre que les mariages forcés ou les violences liées à l'honneur.

Cette question est cependant très délicate à aborder en classe car des filles elles-mêmes excisées peuvent très mal vivre les réactions de leurs copains et copines de classe.

Voici donc quelques conseils (1) :

- ✘ bonne préparation de l'enseignant, de l'enseignante ou de l'équipe PSE avant d'introduire ce sujet ;
- ✘ de préférence en parler auparavant avec les filles concernées (si déjà identifiées) pour voir avec elles la meilleure façon d'aborder le sujet ;
- ✘ se faire assister par des associations luttant contre les MGF et habituées à faire des animations dans les écoles (voir la liste au chapitre 13) ;
- ✘ utiliser des supports adaptés pour les jeunes (série de vidéos de Pharos, bande dessinée du GAMS Belgique : *Diariatou face à la tradition*, ...). ✘

Références

- 1 • Danish National Board of Health. Teachers (chapitre 6). In Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sundhedsstyrelsens; 2000. pp 44-9.
- 2 • Arrêté du Gouvernement de la communauté française du 13.06.2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20.12.2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.
- 3 • Besluit van de Vlaamse Regering van de 03.09.2009 tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, en application du décret du 03.07.2009

Chapitre 10

Grossesse et accouchement

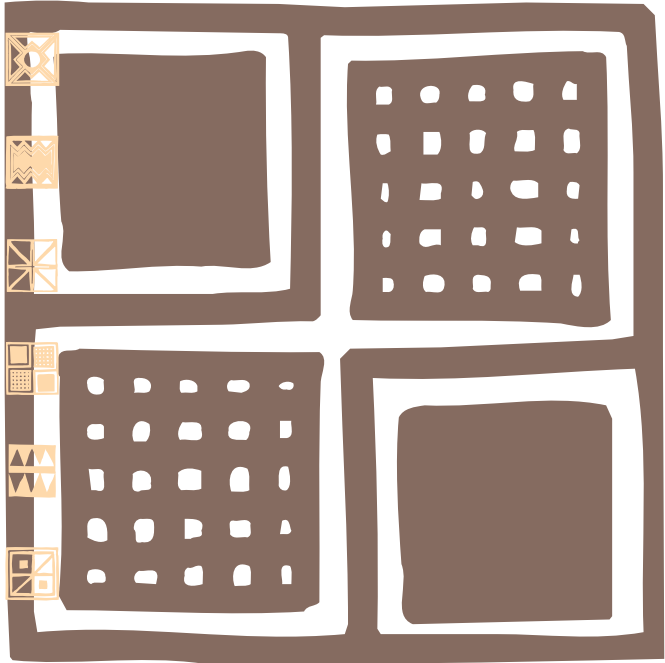
Chapitre

A l'intention des sages-femmes
et gynécologues

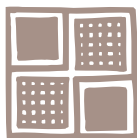
Points essentiels

- La **conduite à tenir** lors de l'accouchement d'une patiente excisée ou infibulée doit être **discutée et planifiée** dès les premières consultations prénatales afin de préparer la femme et son entourage.
- Le **maximum d'informations** doit être **noté dans le dossier** afin d'éviter que la femme mutilée ait à répéter son histoire.
- Sans prise en charge adéquate, les **femmes infibulées sont les plus sujettes aux complications** en cours de grossesse et d'accouchement.
- Une **désinfibulation au deuxième trimestre de la grossesse**, sous une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie, peut être proposée aux femmes chez qui, en raison de l'infibulation, l'examen vaginal n'est pas possible.
- La **désinfibulation** peut avoir lieu au moment de l'**expulsion** si les examens vaginaux sont possibles en cours de travail.
- La **réinfibulation** de la patiente après l'accouchement pourrait donner lieu à des **poursuites pénales** (voir chapitre 4).

Chapitre 10



10.1 Difficultés en cours de grossesse et à l'accouchement



Ces problèmes affectent surtout les femmes infibulées. Leur sévérité dépend de la grandeur de l'orifice vulvaire, de la parité de la femme et de l'élasticité de la cicatrice (1,2).

Pendant la grossesse



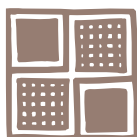
- toucher vaginal, insertion du spéculum, prise de frottis difficiles voire impossibles ;
- rétention des produits de conception en cas de fausse-couche ; dilatation instrumentale du col et aspiration endométriale difficiles.

Pendant le travail et à l'accouchement (de la femme non préalablement désinfibulée)



- touchers vaginaux, évaluation de la dilatation et de la présentation, pose d'électrodes de scalp, mesure du pH fœtal et sondage de la vessie difficiles ou impossibles.
- descente de la présentation bloquée par l'occlusion de la vulve. Il peut s'ensuivre une souffrance fœtale, la mort *in utero*, la nécrose ischémique des tissus maternels comprimés et la création de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, la rupture utérine, la déchirure du périnée (parfois compliquée de lésion du rectum), l'hémorragie de la délivrance ou même la mort maternelle. Si l'obstétricien ignore qu'il y a lieu d'effectuer une désinfibulation, il proposera - à tort - d'avoir recours à une césarienne. Cette option pourrait être refusée par bon nombre de femmes pour lesquelles l'accouchement par une autre voie que vaginale est culturellement inacceptable (1,3).

10.2 Suivi de la grossesse



La femme ayant subi une MGF doit être examinée afin de déterminer le type de mutilation et d'évaluer la taille de l'orifice vulvaire. On pourra ainsi prévoir les complications qui pourraient survenir à l'accouchement et définir la conduite à tenir.

Cet examen ne sera sans doute possible qu'après un premier bon contact et l'instauration d'un climat de confiance. Les observations doivent être retranscrites avec soin dans le dossier de la patiente, afin d'éviter les examens répétés (1,2).



Liste des problèmes spécifiques aux femmes infibulées notés pendant les consultations prénatales (4).

Sur le plan physique

-  plus grand risque d'infections urinaires ;
-  prise de poids insuffisante (peur d'avoir un gros bébé) ;
-  anémie (refus de prendre du fer, tabous alimentaires pendant la grossesse pour la même raison).

Sur le plan psychologique

-  peur de la réaction du ou de la professionnel-le de santé à l'infibulation ;
-  peur de l'utilisation d'instruments pendant l'examen (spéculum) ;
-  peur de recevoir un traitement non approprié (comme une césarienne) parce que le médecin n'a pas l'habitude de voir des femmes infibulées ;
-  peur de la douleur pendant l'accouchement et le post-partum (réminiscence de la douleur de l'infibulation).

On expliquera en quoi consiste la désinfibulation. Il faudra convaincre la patiente, avec beaucoup de tact et de patience, de l'intérêt qu'il y a à recréer une ouverture suffisamment grande pour permettre les rapports sexuels, l'émission de l'urine et l'écoulement du flux menstruel, sans la moindre entrave. On insistera sur les répercussions néfastes pour la santé qu'entraîne l'infibulation, sans porter de jugement sur son contexte socioculturel. Des planches anatomiques de vulves normale, infibulée et désinfibulée, et l'assistance d'une interprète seront d'une grande utilité (voir chapitre 5). On abordera le thème de la réinfibulation avec la femme et son partenaire. Il est en effet difficile d'en discuter pour la première fois, d'une manière sereine, juste après la naissance.

Une désinfibulation en cours de grossesse, sous une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie, peut être proposée aux femmes chez qui, en raison de l'infibulation, l'examen vaginal n'est pas possible. La période la plus propice pour ce faire se situe durant le deuxième trimestre, en raison du moindre risque d'avortements spontanés.

La guérison de la plaie de désinfibulation sera terminée au moment où la femme devra accoucher. Une désinfibulation pratiquée au premier trimestre, qui serait suivie peu de temps après par une fausse-couche, pourrait être considérée - malgré l'absence totale de lien causal - comme responsable de cette complication tant par la femme que par son entourage. Tous pourraient y voir une sanction pour avoir transgressé une coutume ancestrale, voire même interpréter la perte de la grossesse comme la preuve *a contrario* de l'effet bénéfique de la mutilation génitale sur la fécondité de la femme.

Une autre approche est possible si l'orifice vulvaire persistant après l'infibulation est de diamètre suffisant pour permettre d'examiner la patiente par voie vaginale. Dans ce cas, la désinfibulation peut être différée jusqu'à la phase d'expulsion du bébé (5). On évite ainsi d'avoir à pratiquer une intervention en cours de grossesse.

10.3 Accouchement

Si cela n'a pas été fait précédemment, le type de MGF et l'ouverture vaginale doivent être évalués à l'admission et le déroulement de l'accouchement discuté.

Primipares

- Un premier accouchement chez une femme infibulée nécessite toujours une incision antérieure (1,2) et, éventuellement dans un second temps, une épisiotomie. On ne peut se limiter à cette dernière, car le tissu du rideau cicatriciel antérieur risque de se déchirer ;
- Il est concevable de proposer une désinfibulation en cours de travail, sous analgésie péridurale, à toute femme dont l'ouverture vaginale est réduite au point d'empêcher le toucher vaginal et l'évaluation de la progression du travail. Les berges de l'incision sont suturées, bien évidemment, sans attendre l'accouchement ;
- Par contre, on attendra le moment de l'expulsion pour pratiquer la désinfibulation chez les parturientes chez qui le toucher vaginal est possible. Une fois la tête sur le périnée, on pratique l'incision antérieure sous anesthésie locale (si la patiente n'est pas déjà sous analgésie péridurale).

La désinfibulation est une intervention relativement simple. Après avoir introduit un doigt dans l'orifice vulvaire postérieur et l'avoir fait pénétrer sous le rideau cicatriciel jusqu'à la partie antérieure de la vulve, la cicatrice de l'infibulation est incisée en suivant la ligne médiane jusqu'à découvrir le méat urétral (figures 1 et 2). Il est conseillé de ne pas inciser au-delà de l'urètre, cela pourrait provoquer une hémorragie difficile à contrôler et cela ne donne pas plus d'espace pour le dégagement de la tête (6). Il faut prendre soin de protéger l'urètre et - le cas échéant - le clitoris (qui peut être toujours présent même dans des formes sévères d'infibulation). Habituellement, une incision d'environ 3 à 6 cm en direction de l'urètre convient. En général, le tissu cicatriciel, relativement peu vascularisé, ne saigne pas beaucoup. Comme déjà précisé, l'épisiotomie ne sera pratiquée que secondairement, si nécessaire.

Multipares

Une fois la tête sur le périnée, on déterminera si une incision antérieure est nécessaire. Le degré d'élasticité du tissu cicatriciel est très variable et demande une évaluation individuelle.

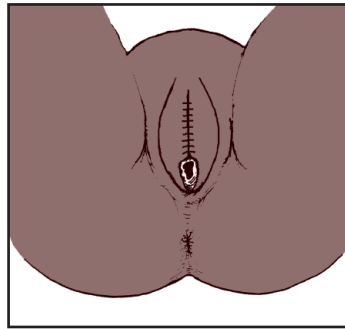


Figure 1
Vulve infibulée (type 3)

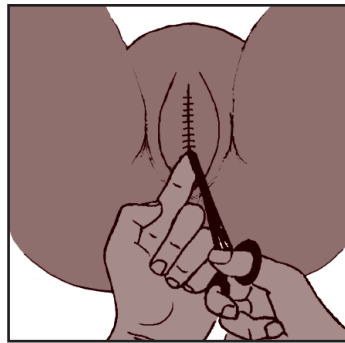


Figure 2
Désinfibulation
(incision antérieure)



Figure 3
Points d'hémostase
après désinfibulation

Sources : Dessins de l'illustratrice Clarice d'après des croquis de Fabienne Richard.

Des sutures hémostatiques de fil résorbable (sous forme de points séparés ou d'un surjet) sont réalisées pour réunir bord à bord les berges des plaies dans chacune des grandes lèvres et éviter la fusion de ces dernières (figure 3). La patiente doit être informée des changements qui affecteront la miction, les règles et les rapports sexuels après la désinfibulation.

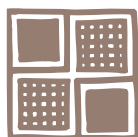


Le personnel soignant peut être confronté à une demande de réinfibulation, lors de l'accouchement, ou après celui-ci. La déontologie du personnel de santé en Belgique s'oppose à cette pratique. Sur le plan juridique, bien que l'article 409 du Code Pénal belge traitant des mutilations génitales féminines ne mentionne pas expressément l'interdiction de la réinfibulation, il pourrait être interprété en ce sens.

Les soins post-opératoires ne diffèrent guère de ceux administrés en routine à toute accouchée. Une toilette vulvaire sera effectuée plusieurs fois par jour. On veillera à ce que les moignons des grandes lèvres ne coalescent pas. Si des zones cruentées subsistent après la désinfibulation, du tulle gras peut être appliqué.

La désinfibulation permet que la miction et le flux menstruel soient à nouveau normaux, mais elle ne peut remédier aux dommages psychologiques et aux troubles de la sexualité causés par la mutilation. Un soutien psychologique à plus long terme doit être proposé, certaines femmes ne voulant ou ne pouvant pas s'exprimer au moment de l'intervention. Des informations peuvent être données sur le réseau associatif et social à même d'aider et de conseiller ces femmes qui, souvent, ont aussi d'autres problèmes à surmonter (demande d'asile, analphabétisme, isolement, ...).

10.4 Prévention des MGF chez les filles de la patiente



Les consultations prénatales, en dehors de l'urgence et du stress propres à l'accouchement, constituent des moments privilégiés pour évoquer l'avenir d'un enfant de sexe féminin et obtenir de la femme et de son époux qu'ils s'opposent à toute mutilation de leur fille.

Les MGF sont un sujet qu'il n'est pas facile d'évoquer, tant pour la femme excisée qui n'a pas l'habitude de parler de son intimité et de sa sexualité à un étranger, que pour le ou la professionnel-le de santé qui ne se sent pas toujours bien préparé à cette tâche. Il faut choisir des mots qui ne choquent pas. On ne parlera pas de *mutilation* à la femme, mais d'*excision* ou d'*infibulation* ; certaines femmes diront qu'elles sont *fermées* ou *cousues* (voir chapitre 5).

Le médecin ou la sage-femme, ... pourra aider la femme à faire le lien entre des complications qu'elle a pu avoir avant ou pendant la grossesse et la mutilation qu'elle a subie (difficultés à uriner, infections urinaires à répétition, ...) et, progressivement, aborder la question du devenir de la petite fille à naître ou de ses aînées. On rappellera que l'excision est douloureuse et dangereuse pour l'enfant, qu'elle n'est pas exigée par la religion et qu'elle est interdite par la loi belge (voir chapitres 2 et 4). ■

Références

- 1• Denholm N. Female genital mutilation teaching component. Auckland (New Zealand): New Zealand FGM Education Programme; 1998.
- 2• Richard F, Daniel D, Ostyn B, Colpaert E, Amy JJ. Mutilations génitales féminines: Conduite à tenir à l'accouchement. Guide technique pour les professionnels de santé. Bruxelles: Ministère de la Santé Publique; 2000.
- 3• Henrion R. Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces. Bull Acad Natle Med 2003;187/6:1-9.
- 4• Danish National Board of Health. Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sundhedsstyrelsens; 2000.
- 5• Rouzi AA, Aljhadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. Br J Obstet Gynaecol 2001; 108:949-951.
- 6• WHO. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2001.

Chapitre 11

Prise en charge des lésions génitales et reconstruction du clitoris

Chapitre

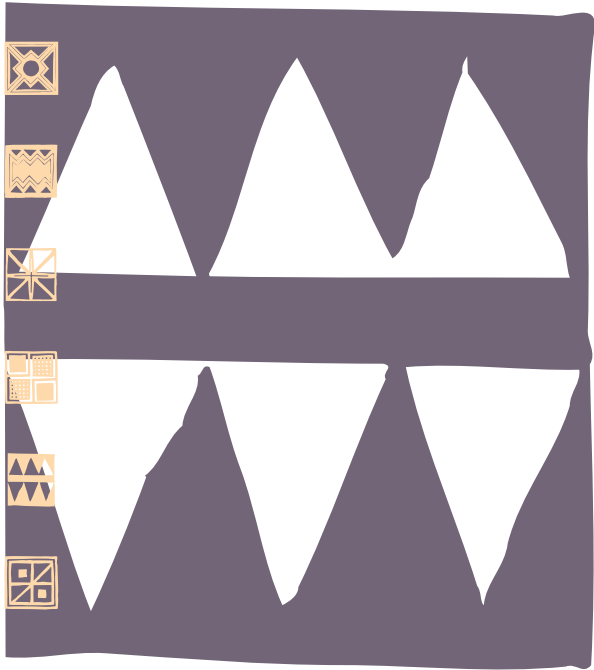
A l'intention des médecins

Points essentiels

- A l'exception de la *reconstruction* du clitoris et de la fermeture d'une fistule vésico- ou recto-vaginale, les **actes chirurgicaux pour séquelles ou complications de MGF sont techniquement simples**. Ils sont brièvement décrits dans ce chapitre.
- De **nombreuses patientes optent pour une anesthésie générale** par pudeur et par crainte de revivre le traumatisme subi lors de la mutilation.
- Le Dr Pierre Foldes est à l'origine d'une **technique d'abaissement du moignon clitoridien**. Chez les patientes opérées faisant état d'une amélioration de leur vie sexuelle, il est difficile, à l'heure actuelle, de déterminer dans quelle mesure cette amélioration est due à la restitution de la fonction du clitoris, à la désinfibulation et à l'ablation de tissus cicatriciels chez les femmes avec une ouverture vaginale réduite, ou à la restauration de l'image corporelle de la femme (se sentir *entière*).



Chapitre 11



Les séquelles et les complications des mutilations génitales féminines peuvent être passées sous silence. En effet, elles sont difficilement évoquées par les femmes concernées. A l'instar d'autres atteintes à l'intégrité physique et psychologique, la création d'une relation de confiance, basée sur l'empathie, le réconfort et le respect, est indispensable dans la relation du personnel soignant avec ces patientes.

A l'exception de la reconstruction du clitoris et de la réfection d'une fistule vésico- ou recto-vaginale, les interventions chirurgicales pratiquées pour des complications ou des séquelles de MGF sont d'une grande simplicité. Elles sont relativement bien décrites dans la littérature. La plus fréquente de ces interventions consiste en la désinfibulation (voir chapitre 10). D'autres visent à traiter l'accolement des petites lèvres, les névromes du nerf dorsal du clitoris, les kystes d'inclusion épidermique, les chéloïdes et l'occlusion de la partie inférieure du vagin par du tissu cicatriciel.

Pour chacun de ces actes chirurgicaux, le consentement éclairé de la patiente est indispensable. Afin que le traitement réponde à son attente, il faut qu'elle ait été préalablement informée de ce que celui-ci peut accomplir, en particulier en ce qui concerne sa vie sexuelle.



11.1 Anesthésie



Du fait de leur simplicité, la plupart des interventions dont il sera question ici pourraient théoriquement être pratiquées sous anesthésie locale. Il faut cependant tenir compte du fait qu'en raison de facteurs culturels (pudeur, honte) et des souvenirs très pénibles qu'elles ont de leur mutilation, de nombreuses femmes ne voudront pas être conscientes durant l'intervention et opteront pour une anesthésie générale.

Ce choix est dicté par leur réticence à s'exposer en présence de plusieurs personnes, en salle d'opération, ainsi que par leur crainte de revivre le traumatisme subi aux mains de l'exciseuse (1). Sous anesthésie locale ou péridurale, les sensations tactiles au niveau des organes génitaux, peuvent contribuer à évoquer de pareils flashbacks (2).

Très souvent, on aura dès lors recours à la narcose (1,2). Même dans ce cas, il peut être utile de procéder à l'infiltration des tissus avec un anesthésique local. Ce dernier diminuera l'inconfort ressenti dans la phase post-opératoire. L'utilisation d'un agent vasoconstricteur tel que l'adrénaline n'est pas requise (1).

11.2 Traitement chirurgical des lésions

11.2.1 Accolement des moignons des petites lèvres

Après excision

A l'encontre de l'accolement causé par une irritation chronique de la vulve chez la fillette prépubère, la *pseudo infibulation* (accolement des moignons des petites lèvres durant la phase de cicatrisation d'une excision) ne répond pas à l'application d'un onguent contenant un œstrogène. Il conviendra d'inciser la ligne d'accolement, de placer quelques points hémostatiques sur les tranches de section et de les maintenir séparées, par exemple à l'aide de tulle gras, jusqu'à guérison totale.

11.2.2 Occlusion de la partie distale du vagin

Complication des MGF de types 2, 3 ou 4 de l'OMS

L'obstacle que peut constituer un rideau cicatriciel empêchant l'écoulement des sécrétions vaginales et du flux menstruel doit nécessairement être réséqué, avec la plus grande prudence et éventuellement sous guidance échographique.

11.2.3 Névrome du nerf dorsal du clitoris

Toutes mutilations comportant une clitoridectomie

La section du nerf dorsal du clitoris et sa compression par du tissu cicatriciel peuvent causer une prolifération réactionnelle des fibres nerveuses et le développement d'une tumeur douloureuse à son extrémité. Le névrome peut atteindre un diamètre de plusieurs centimètres. Son ablation en est le traitement le plus efficace (3).

11.2.4 Kyste d'inclusion épidermique

Tous types de mutilations génitales féminines

Le kyste de petite dimension, ne causant pas d'inconfort, ne nécessite pas nécessairement d'être traité. On prendra en considération la localisation du kyste et la pathologie iatrogène qui pourrait résulter de l'acte chirurgical pratiqué sur des tissus déjà endommagés (4). Un kyste volumineux (des kystes de 15 cm de diamètre sont décrits) (5) ou infecté doit être l'objet d'une marsupialisation. A cette fin, on pratiquera à l'aide d'un bistouri une incision verticale de la peau recouvrant le kyste et de la paroi de ce dernier, comme il est de coutume de faire pour un kyste du canal de la glande de Bartholin. Le but de l'opération est de mettre le kyste à plat. L'énucléation du kyste (6) n'est pas souhaitable : l'opération est plus longue, elle cause un traumatisme chirurgical plus important et n'est nullement plus efficace que la marsupialisation.

11.2.5 Chéloïde

Tous types de mutilations génitales féminines

Les chéloïdes sont extrêmement difficiles à traiter. En effet, leur résection donne souvent lieu à récurrence consécutive au traumatisme chirurgical. Il est donc indispensable que ce dernier soit réduit autant que faire se peut. Dans la phase postopératoire, un traitement local avec un corticostéroïde réduira la réaction cicatricielle (4).

11.2.6 Fistule

Complication des MGF de types 3 et 4 de l'OMS

Le traitement des fistules ne peut être décrit en détail ici ; il requiert une grande expertise de la part du chirurgien. Les taux de réussite atteignent 90 % pour les cas simples. Pour les cas compliqués, ces taux sont plus proches de 60 %. Deux semaines ou plus de soins postopératoires sont indispensables pour prévenir l'infection et assurer le succès durable de l'intervention. Un suivi psychologique est également indiqué pour traiter le traumatisme affectif et faciliter la réinsertion sociale de la patiente. Il est conseillé de pratiquer une césarienne lors de toute grossesse ultérieure.

11.3 Reconstruction du clitoris



La technique en question n'est pas à proprement parler une reconstruction de cet organe, après excision. Elle consiste en réalité en l'abaissement du moignon clitoridien (7).

On la pratique actuellement dans certains hôpitaux en France, en Espagne, au Burkina Faso et en Egypte (8,9). La peau couvrant l'extrémité du moignon est réséquée ; ce dernier est ensuite dégagé du tissu cicatriciel avoisinant et son ligament suspenseur sectionné afin d'abaisser l'extrémité du clitoris jusqu'au niveau où est normalement situé le gland. Un surjet prenant le périoste et interposant les deux muscles bulbo-caverneux au-dessus de la partie distale du moignon clitoridien doit empêcher sa remontée. La partie supérieure de l'incision cutanée est ensuite suturée en deux plans (9).

Seules deux études ont analysé les résultats de l'intervention, celle de Thabet en Egypte portant sur 60 cas de reconstruction du clitoris comparés à des cas témoins, et celle de Foldes en France portant sur une série de 453 femmes excisées ayant bénéficié d'une reconstruction du clitoris (8,9). Selon l'étude française, dans 87 % des cas, un massif clitoridien aurait été visible six mois après l'intervention. Trois sur quatre de ces patientes auraient fait état d'une amélioration de la fonction sexuelle clitoridienne (9). Toutefois, l'appréciation du retentissement des MGF et de leur traitement sur la sexualité est sujette à caution suite au manque de données quant à la normalité dans ce domaine. La plupart de ces femmes ayant été excisées à un très jeune âge (avant d'avoir eu des rapports sexuels), elles n'ont pas conscience de ce qui peut être éprouvé avec un clitoris intact. Nombre d'entre elles demandent à être opérées pour *restaurer leur identité de femme*. La valeur symbolique de l'intervention et son impact psychologique sont indéniables et il est difficile de savoir quelle part la chirurgie joue dans le *mieux-être* ressenti par certaines femmes après l'intervention. Il n'est pas exclu que d'autres aspects de la prise en charge dont elles bénéficient (consultations avec la psychologue et la sexologue, écoute, empathie) jouent un grand rôle. Afin de pleinement évaluer cette intervention,

il sera nécessaire de réaliser une étude prospective, bien conçue et contrôlée.

Selon une chirurgienne française qui la pratique, nombre de femmes excisées attendent de cette intervention la reconstruction d'un sexe intact, ce qui est impossible. Dans certains cas, il y a une petite élevation assez esthétique à l'endroit où le clitoris a été libéré; dans d'autres, l'aspect est sensiblement le même qu'avant l'intervention (10). La cicatrisation et l'épithélialisation spontanée durant les premières semaines tendent à enfouir le néo-gland clitoridien. Le Dr Foldes, initiateur de la technique, recommande que ce dernier soit très exposé et d'assez grande taille afin d'éviter à long terme son involution trop marquée (9).

Il est important également de souligner que la prise en charge d'une femme excisée ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris. La femme qui fait la démarche de consulter doit pouvoir exprimer ses attentes, et le référent médical doit lui dire de manière objective les résultats qu'elle peut attendre de l'opération. Une discussion avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire permettra ainsi de mieux cerner la demande. A l'hôpital Trousseau à Paris, 30 % seulement des femmes vont jusqu'au bout du parcours et se font opérer (11).

Les unités de prise en charge chirurgicale qui existent en France comprennent en général les professionnels suivants :

- sage-femme (information, explication) ;
- psychologue, ethno-psychothérapeute (évaluation du traumatisme) ;
- sexologue (évaluation des attentes sexuelles) ;
- infirmier-e de la cellule antidouleur (prise en charge de la douleur post-opératoire) ;
- chirurgien-e, anesthésiste (prise en charge chirurgicale).

11.4 Conditions de remboursement de ces traitements par l'INAMI - RIZIV



Actuellement, les traitements chirurgicaux pour complications d'excision et d'infibulation sont remboursés par l'INAMI - RIZIV conformément aux nomenclatures réservées aux plasties vulvaires.

I l n'existe pas de nomenclature pour la reconstruction du clitoris en Belgique. Un avis du Conseil Supérieur de la Santé a été soumis à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique le 5 Août 2009 (11). Le Conseil préconise le remboursement d'une prise en charge pluridisciplinaire, avant et après l'intervention, car la chirurgie ne peut réparer les séquelles psychologiques des mutilations génitales féminines et qu'un accompagnement global est nécessaire.

En attendant le remboursement de l'INAMI - RIZIV, les femmes qui souhaiteraient se faire opérer en France doivent soumettre une demande au médecin conseil de la mutuelle à laquelle elles sont affiliées. Cette demande sera soumise au Conseil des médecins conseils. ■

Références

- 1• Gilbert E (éd.). Female Genital Mutilation: information for Australian health professionals. [Online]. 1997 [cited 2009 Dec 10]: [69 pages]. Available from:
URL:<http://www.ranzcog.edu.au/publications/pdfs/FGM-booklet-sept2001.pdf>
- 2• McCaffrey M, Jankowska A, Gordon H. Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital experience. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:787-90.
- 3• Fernandez-Aguilar S, Noël JC. Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstet Gynecol* 2003;101:1053-4.
- 4• Toubia N. Caring for women with circumcision: a technical manual for health care providers. New York: Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women; 1999. p. 32-5, 38-9.
- 5• Penna C, Fallani MG, Fambrini M, Zipoli E, Marchionni M. Type III female genital mutilation : Clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1550-4.
- 6• Rouzi AA, Sindi O, Radhan B, Ba'aqueel H. Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:569-71.
- 7• Amy JJ, Richard F. Mutilations génitales féminines: les reconnaître, les prendre en charge (2^e partie). *Gunäikeia* 2009;14:136-40.
- 8• Thabet S, Thabet A. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res* 2003;29:12-9.
- 9• Foldes P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. *Gynécol Obstét Fertil* 2006;34:1137-41.
- 10• Bellas Cabane C. La coupure - L'excision ou les identités douloureuses. Paris: La Dispute; 2008:181-94.
- 11• Conseil Supérieur de la Santé. Chirurgie reconstructrice après excision des organes génitaux externes ou mutilation génitale féminine (MGF). Conseil Supérieur de la Santé 2009 Aug 5: Avis 8430.

Chapitre 12

Séjour

Chapitre

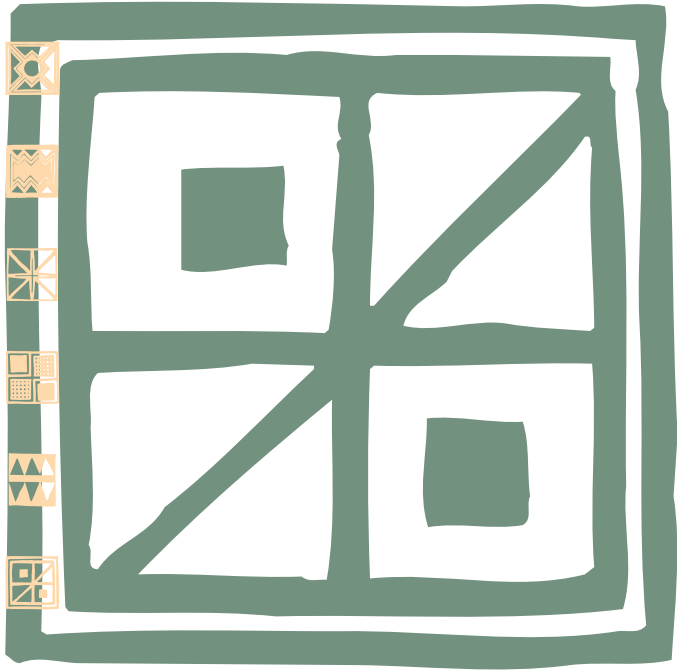
A l'intention des juristes,
des professionnels du secteur de l'accueil
(demandeurs d'asile) ou des services
sociaux pour étrangers

Points essentiels

- Les MGF peuvent donner lieu à l'**octroi du statut de réfugié**.
- Si l'état de santé le justifie, une **demande de séjour pour raison médicale** peut être introduite.
- Les MGF peuvent aussi, dans certaines circonstances, justifier une demande **de droit au séjour pour raison humanitaire**.



Chapitre 12



12.1 Asile



Une crainte liée à une mutilation génitale féminine peut justifier l'octroi du statut de réfugié (1,2).

Les cas de figure sont multiples, par exemple :

- la femme ou la jeune fille qui craint d'être mutilée ;
- la personne qui craint la mutilation de son enfant ;
- la crainte de réexcision ou de réinfibulation, éventuellement après une opération chirurgicale ;
- la crainte de représailles en raison d'une opinion *anti-excision*, que celle-ci soit réelle ou imputée ;
- le contexte persécutant ou discriminatoire (3 - 5) d'une personne ayant subi une mutilation génitale féminine ;
- la personne traumatisée au point de ne pouvoir envisager un retour au pays suite à une mutilation génitale féminine (6).

I l n'y a pas de délai pour l'introduction d'une demande d'asile, même s'il est, en général, préférable d'introduire une demande au plus vite après l'arrivée sur le territoire ou dès l'apparition de la crainte.

Il se peut que la crainte ait été invoquée à la base de la demande d'asile, le plus souvent combinée avec d'autres motifs d'asile (mariage forcé, situation de guerre, ...). La crainte peut aussi n'apparaître qu'un certain temps après l'arrivée en Belgique : après une opération, après la naissance d'une fillette dans une famille qui a été sensibilisée et qui est devenue contre l'excision, ou après avoir milité de façon publique contre l'excision.

Une personne qui a déjà introduit précédemment une demande d'asile refusée, peut en introduire une nouvelle à condition d'apporter un nouvel élément (par exemple : la naissance d'une fillette après une sensibilisation anti-excision, l'arrivée d'une fillette intacte, la production d'une preuve d'identité quand celle-ci a été mise en doute précédemment, un certificat médical attestant d'une désinfibulation, ...).

Les autorités d'asile évaluent au cas par cas la crédibilité d'une demande de protection. Lorsque c'est possible, il est donc recommandé de joindre au dossier des pièces telles que :

- ☒ un certificat médical de constat de mutilation, d'intégrité ou attestant d'une opération chirurgicale ou de problèmes de santé ;
- ☒ des informations sur la situation des MGF dans le pays et au sein de l'ethnie d'origine.

Pareils documents ne sont toutefois pas indispensables. Le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) rappelle par exemple que : *L'octroi du statut de réfugié ne doit pas être soumis à la présentation d'un certificat médical attestant qu'une fillette a été ou non excisée, notamment car des examens médicaux peuvent entraîner des troubles psychologiques pour l'enfant s'ils ne sont pas entrepris d'une manière adéquate* (traduction libre) (6). Par ailleurs, plus la persécution invoquée est grave, plus les autorités d'asile ont l'obligation de participer à la charge de la preuve avec toute la compréhension et les compétences requises. Dans certains cas, la protection doit être accordée au bénéfice du doute (4,2).

Le fait que certains pays d'origine possèdent une loi qui réprime les mutilations génitales féminines n'empêche pas une demande de protection. Il faut en effet tenir compte de la capacité effective de l'Etat à faire cesser la pratique.

Le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA) organise actuellement des mesures spécifiques concernant les cas de MGF, notamment des contrôles médicaux (voir chapitre 6).

12.2 Statut de protection subsidiaire

Le statut de protection subsidiaire peut être accordé à une personne qui craint un traitement inhumain et dégradant en cas de retour dans son pays d'origine (1). Les mutilations génitales constituent, bien sûr, un traitement inhumain et dégradant. Toutefois, comme son nom l'indique, ce statut est subsidiaire : il ne se substitue pas au statut de réfugié, qui confère une plus grande protection. En conséquence, c'est bien sous l'angle de l'asile que doit être traitée une demande de protection liée à la question des mutilations génitales féminines.

12.3 Demande d'autorisation de séjour pour raison médicale



Un problème de santé physique ou psychique lié à une mutilation génitale féminine peut justifier l'introduction d'une demande de séjour pour raisons médicales (1).

Il faut pour cela démontrer que le retour de la personne dans son pays d'origine créerait un risque pour sa vie ou pour son intégrité physique, ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Cela implique qu'il ne doit pas y avoir de possibilité de recevoir effectivement un traitement adéquat dans le pays d'origine. Il faut joindre au dossier de la documentation prouvant cette impossibilité (rapports d'organisations internationales de défense des droits humains, données de l'OMS, etc.).

La demande s'effectue par lettre recommandée à l'Office des étrangers. Il faut joindre un document d'identité (en principe la copie de son passeport ou de sa carte d'identité nationale), ou démontrer l'impossibilité de fournir un document d'identité (par exemple parce qu'une procédure d'asile est en cours).

Tous les renseignements utiles concernant l'état de santé doivent être fournis. Il est conseillé d'utiliser notamment le formulaire médical type disponible sur le site de l'Office des étrangers (www.dofi.fgov.be). Un certificat plus circonstancié établi par l'association Medimmigrant est disponible sur leur site (www.medimmigrant.be).

Il est recommandé de s'adresser à un service juridique compétent en droit des étrangers ou à un-e avocat-e pour évaluer les chances de succès d'une telle demande, et pour procéder à sa rédaction. Si la demande est jugée recevable, et après un contrôle de résidence positif effectué par la police, la personne reçoit un titre de séjour provisoire dans l'attente d'une décision sur le fond.

Un refus d'autorisation de séjour pour raison médicale peut faire l'objet d'un recours devant le Conseil du Contentieux des étrangers

dans le mois de la notification de la décision. Durant ce recours, comme durant l'examen de la demande avant une décision de recevabilité, la personne n'a aucun titre de séjour.

Si le droit au séjour pour raison médicale est accordé, il est rarement définitif dès la première décision de l'office des étrangers, et devra être renouvelé chaque année durant environ quatre ou cinq ans avant de pouvoir se transformer en titre de séjour à durée illimitée (1). Tant que le séjour est octroyé sous conditions, il faudra, chaque année, démontrer que les conditions de prolongation du séjour sont toujours réunies. En pratique, cela suppose de produire un certificat médical qui atteste que la situation de la personne n'a pas changé. Si cette situation a changé, il faut démontrer que les conditions du séjour médical sont toujours remplies.

12.4 Demande d'autorisation de séjour pour raison humanitaire



Comme expliqué ci-dessus, les MGF sont à appréhender, en principe, sous l'angle de l'asile. Dans certaines situations particulières toutefois, une demande de séjour pour raisons humanitaire (une demande de régularisation) peut se justifier (1).

Ce serait, par exemple, le cas d'une personne qui n'a plus de crainte en cas de retour au pays, mais qui est particulièrement bien intégrée en Belgique et qui ne peut imaginer revivre dans un pays qui lui rappelle de mauvais souvenirs, et où elle n'a pas vraiment d'avenir au regard de toutes les possibilités qu'elle a ici.

Pour introduire avec quelque chance de succès une telle demande, l'étranger doit démontrer :

- ☒ les circonstances exceptionnelles qui justifient qu'il introduise la demande à partir du territoire de la Belgique (recevabilité);
- ☒ les motifs qui justifient la demande (fondement).

Cette demande s'introduit par lettre recommandée adressée au bourgmestre de la commune du lieu de résidence. Il faut joindre un document d'identité (en principe la copie de son passeport ou de sa

carte d'identité nationale), ou démontrer l'impossibilité de fournir un document d'identité (par exemple parce qu'une procédure d'asile est en cours). La commune procède à une enquête de résidence via la police. Si celle-ci est positive, le dossier sera envoyé à l'office des étrangers pour décision.

Dans l'attente de la décision, l'étranger n'est pas mis en possession d'un titre de séjour provisoire. En pratique, le délai de traitement de ces demandes peut être de plusieurs mois, voire plusieurs années. Il est recommandé de s'adresser à un service juridique compétent en droit des étrangers, ou à un-e avocat-e pour évaluer les chances d'une demande et pour procéder à sa rédaction.

Une décision d'irrecevabilité ou de non fondement d'une demande de séjour humanitaire peut faire l'objet d'un recours devant le conseil du contentieux des étrangers endéans le mois de sa notification. Durant ce recours, comme durant l'examen de la demande avant une décision de recevabilité, la personne n'a aucun titre de séjour.

12.5 Aide sociale



Une personne qui est sans papiers ne peut pas prétendre au revenu d'intégration sociale (ex-minimex). Si elle ne dispose pas de moyens suffisants lui permettant de mener une vie conforme à la dignité humaine, et se trouve dans un état de besoin, elle peut, par contre, demander une aide sociale au centre public d'action sociale (CPAS) de son lieu de résidence.

L' aide accordée peut prendre différentes formes (aide financière ponctuelle ou non, repas chauds, aide à la recherche d'un emploi, aide médicale ou psychologique, etc.).

Pour justifier le besoin d'une aide médicale, il faut, en principe, présenter un certificat médical.

Des tribunaux du travail ont déjà reconnu l'impossibilité de retour - et donc un droit à l'aide sociale - à une femme qui invoquait une crainte d'excision dans son pays et qui n'était pas en procédure d'asile (et qui donc n'avait pas d'aide matérielle ou financière en tant que candidate réfugiée). Il est donc important de rester informé. Plus d'informations peuvent être obtenues notamment sur le site : www.adde.be ou via le groupe de réflexion et d'échange des praticiens de l'aide juridique (GREPA) : www.grepa.be.

Références

- 1• Moniteur Belge. Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Moniteur Belge 1980 Dec 31. Art. 48/3,48/4,9bis,9ter,13al.2.
- 2• Conseil de l'Europe. Directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004 concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale, et relatives au contenu de ces statuts [Online]. Journal officiel de l'Union Européenne 2004 Nov 30 [cited 2009 Dec 10]; L304. Articles 9,2,a) et 4.5. Available from: URL:<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:304:0012:0023:FR:PDF>
- 3• Résolution du Parlement Européen A5-0285/2001 [Online]. Parlement Européen; 2001 Jul 17 [cited 2009 Dec 10]. p. 9.
- 4• UN High Commissioner for Refugees. Guide des procédures et critères à appliquer pour déterminer le statut de réfugié au regard de la Convention de 1951 et du Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés [Online]. 1992 Jan [cited 2009 Dec 10]; 2nd ed. \$53,196. Available from: URL:<http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b32b0.html>
- 5• Verbrouck C, Jaspis P. Mutilations génitales féminines et droit d'asile, quelle protection? RDE N° 153 [Online]. Association pour les droits des étrangers; 2009 [cited 2009 Dec 10]. Available from: URL:http://www.adde.be/index.php?option=com_content&task=view&id=150
- 6• UN High Commissioner for Refugees. Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation [Online]. Geneva: UNHCR; May 2009 [cited 2009 Dec 10]. p. 9,14. Available from: URL:<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4a0c28492.html>

Chapitre 13

Orientations et contacts

Chapitre

Vous êtes médecin, infirmier-e, sage-femme, assistant-e sociale, psychologue, enseignant-e, éducateur-trice, avocat-e, ...

Dans le cadre de votre travail, vous devez conseiller et orienter des femmes victimes de mutilations génitales féminines ou des jeunes filles à risque. Voici quelques adresses et personnes ressources qui pourront vous aider. Les associations sont classées par ordre alphabétique et un pictogramme vous indique leur secteur d'activité : santé, juridique, social, traduction, travail communautaire, information, documentation ou recherche.



santé



travail communautaire



juridique



information



social



documentation

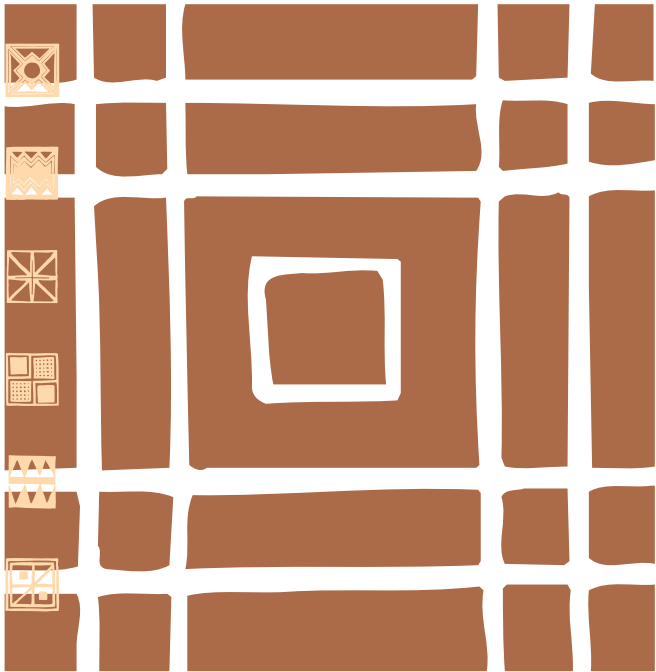


traduction



recherche

Chapitre 13



A



ADDE asbl (Association pour le droit des étrangers)

Site web : www.adde.be



Aide aux personnes déplacées asbl

Toutes les adresses en Wallonie sont sur le site :
www.aideauxpersonnesdeplacees.be



Amnesty International

Site web : www.amnestyinternational.be

B



Ba-bel - Vlaamse Tolkentelefoon

Vooruitgangstraat, 323-3 - 1030 Brussel
Tél. 02 208 06 11 • Site web : www.vlaamsetolkentelefoon.be



Bureaux d'aide juridique

Chaque barreau organise un service d'aide juridique et dispose également de services de traducteurs. Pour Bruxelles, voir le site :
www.barreaudebruxelles.be
Pour les autres arrondissements judiciaires, voir le site : www.avocat.be

C



CAI (Centre d'Action Interculturelle)

Rue Docteur Haibe, 2 - 5002 Saint-Servais (Namur)
Tél. 081 71 35 11 • Site web : www.cainamur.be



Caritas Secours International asbl - International Hulpbetoon vzw

Rue de la Charité - Liefdadigheidsstraat, 43 - 1210 Bruxelles - Brussel
Tél. 02 229 36 11 ou 02 229 36 25 • E-mail : info@caritas-int.be
Site web : www.caritas-int.be



CAW (Centra Algemeen welzijnswerk - Centre d'action sociale globale)

Toutes les adresses sont sur le site : www.caw.be



CBAR asbl – BCHV vzw (Centre Belge d'Aide aux Réfugiés-Belgish Comité voor Hulp aan Vluchtelingen)

Rue Defacqz, 1 boîte 10 - 1000 Bruxelles
Tél. 02 537 82 20 • Fax : 02 537 89 92 • E-mail : www.cbar-bchv.be



Centre des Immigrés Namur-Luxembourg (CINL)

Toutes les adresses de Wallonie sont sur le site : www.cinl.be



Centre de Planning Familial (CPF)

Pour connaître l'adresse du CPF le plus proche, téléphonez au 02 502 82 03 ou surfez sur : www.loveattitude.be (tous les CPF sont renseignés sur ce site).



Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Site César de Paepé

Consultations MGF
Rue des Alexiens, 11 (3e étage) - 1000 Bruxelles
Secrétariat - Rendez-vous : Tél. 02 506 70 91 • Infirmier-e : Tél. 02 506 70 95



CIRE asbl (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers)

Rue du Vivier, 80-82 - 1050 Bruxelles

Tél. 02 629 77 10 • Fax : 02 629 77 33

E-mail : cire@cire.irisnet.be ou coord.accueil@cire.irisnet.be

Site web : www.cire.irisnet.be



Clinique de l'Exil

Rue Docteur Haibe, 4 - 5002 Saint-Servais (Namur)

Tél. 081 73 67 22 • Fax : 081 87 71 23



COFETIS – FOSOVET

Toutes les informations sur la traduction et l'interprétariat social en français et en néerlandais

Rue du Vivier, 90 - 1050 Bruxelles

Tél. 02 629 77 39 • E-mail : contact@cofetis.be

Site web : www.fosovet.be • www.cofetis.be



Collectif liégeois contre les mutilations génitales féminines (CMGF)

c/o Centre Louise Michel asbl

Rue des Bayards, 45 - 4000 Liège

Tél. 04 228 05 06 • E-mail : mgfliege@live.be

Coordinateur du collectif : Jacques Chevalier Tél. 0476 479 388

E-mail : chevaljak@mail.be • Forum du collectif : <http://cmgf.aceboard.fr>



*** Communauté flamande**

Pour tous les services de première ligne, vous pouvez obtenir les coordonnées de ces services au numéro vert de la Communauté flamande
Tél. 1700 (numéro gratuit)



*** Communauté française**

Pour tous les services de première ligne, vous pouvez obtenir les coordonnées de ces services au numéro vert de la Communauté française
Tél. 0800 20000 (numéro gratuit)



Constats asbl

Rue Jules Vieujant, 9 - 1080 Bruxelles

Tél. 02 410 53 39 • Fax : 02 410 58 93

E-mail : constats@gmail.com • Site web : www.constats.be

D



Délégué général aux droits de l'enfant (DGDE)

Rue des Poissonniers, 11-13 boîte 5 - 1000 Bruxelles

Tél. 02.223.36.99 • E-mail : dgde@cfwb.be • Site web : www.dgde.cfwb.be

E



*** Ecoute Enfants**

Service d'écoute

Tél. 103 (numéro gratuit)



Exil asbl

Avenue de la Couronne, 282 - 1050 Bruxelles • Tél. 02 534 53 30

Fax : 02 534 90 16 • E-mail : info@exil.be • Site web : www.exil.be

G



GAMBEL vzw (Gambian - Belgian Association)

Nieuwevaart, 210b - 9000 Gent

Tél. 0495 44 46 23 • Personne de contact : Momodou Touray

E-mail : gambel.org@hotmail.com



GAMS Belgique asbl

(Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines)

Rue Traversière, 125 - 1210 St-Josse-ten-Noode

Tél. 02 219 43 40 • Personne de contact : Khadidiatou Diallo, présidente

E-mail : info@gams.be • Site web : www.gams.be



I



INTACT asbl

Conseils juridiques, orientation et soutien dans les procédures judiciaires en cas de risque ou d'excision avérée

Rue Defacqz, 1 - 1000 Bruxelles

Tél. 0479 67 19 46 (en français) • Tél. 0497 55 04 56 (en néerlandais)

Personnes de contact : Thérèse Legros et Christine Flamand

E-mail : contact@intact-association.org

Site web : www.intact-association.org



International Centre for Reproductive Health (ICRH)

De Pintelaan, 185 P3 - 9000 Gent

Tél. 09 332 35 64 • Personne de contact : Els Leye

E-mail : Els.leye@ugent.be • Site web : www.icrh.org



Institut de Médecine Tropicale

Nationalestraat, 155 - 2000 Antwerpen

Tél. 03 247 66 64 • Personne de contact : Fabienne Richard

E-mail : frichard@itg.be

K



Kinder-en jongerentelefoon

Service d'écoute

Tél. 102 (numéro gratuit) • Site web : www.kjt.org



Kinderrechtencommissaris (Kinderrechtencommissariaat)

Leuvenseweg, 86 - 1000 Brussel

Tél. 02 552 98 00 • E-mail : kinderrechten@vlaamsparlement.be

Site web : www.kinderrechtencommissariaat.be



Kruispunt Migratie-Integratie vzw (ex Vlaams Minderhedencentrum)

Vooruitgangstraat, 323 / 1 - 1030 Brussel

Tél. 02 205 00 50 • E-mail : info@kruispuntmi.be

Site web : www.kruispuntmi.be

L



La Palabre asbl

Petite Rue Malibran, 14-16 - 1050 Ixelles

Tél. 0495 99 24 27 • Personne de contact : Kadhy Koïta, présidente

E-mail : lapalabre@hotmail.com • Site web : www.la-palabre.org

M



Medimmigrant vzw

Accès aux soins de santé pour les étrangers en séjour illégal ou précaire

Tél. 02 274 14 33 ou 02 274 14 34 • Site web : www.medimmigrant.be

O



Observatoire du Sida et des Sexualités

Facultés universitaires Saint-Louis

Boulevard du Jardin Botanique, 43 - 1000 Bruxelles

Tél. 02 211 79 10 • Personne de contact : Myriam Dieleman

E-mail : observatoire@fusl.ac.be

Site web : www.observatoire-sidasexualites.be

P



Police

En cas de risque imminent, adressez-vous au poste de police le plus proche ou appelez le **101** ou le **112 (police)**.



Prisma VoG

Neustraße, 53 - 4700 Eupen

Tél. 087 74 42 41 • E-mail : prisma.frauenzentrum@gmx.net

Site web : www.prisma-frauenzentrum.be

S



Service d'aide à la jeunesse de la Communauté flamande

Comités Bijzondere Jeugdzorg

Site web : www.jongerenwelzijn.be



Service d'aide à la jeunesse de la Communauté française

Toutes les adresses se trouvent sur le site : www.aidealajeunesse.cfwb.be



Service d'aide à la jeunesse de la Communauté germanophone

Jugendhilfedienst der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Hostert, 22 - 4700 Eupen

Tél. 087 74 49 59 • E-mail : jhd@dgov.be



Service d'aide juridique Infor Droits de la Free Clinic asbl

Chaussée de Wavre, 154 a - 1050 Bruxelles

Tél. 02 512 13 14 • Fax : 02 502 66 83

E-mail : freeclinic@brutele.be • Site web : www.freeclinic.be



Service Droit des Jeunes asbl

Service juridique spécialisé en droit des jeunes
Rue Van Artevelde, 155 - 1000 Bruxelles
Tél. 02 209 61 61 • Fax : 02 209 61 60
E-mail : bruxelles@sdj.be- secretariat.bxl@sdj.be
Toutes les adresses de Wallonie se trouvent sur leur site : www.sdj.be



SENSOA vzw

Kipdorpest, 48a - 2000 Antwerpen
Tél. 03 238 68 68
Meersstraat, 138d - 9000 Gent
Tél. 09 221 07 22 • E-mail : info@sensoa.be
Site web : www.sensoa.be



SOBSI vzw (Somalisch - Belgische Sociale Integratie)

Dapperheidstraat, 21 - 9000 Gent
Tél. 0498 83 64 03 • Personne de contact : Abdirashid Issa Noah
E-mail : sobsi@representative.com



SOS Enfants

Appelez le 02 542 14 10 pour obtenir les coordonnées du centre le plus proche ou surfez sur le site : www.federationssosenfants.be

U



Universitair Ziekenhuis Gent

FOHCUS, consultation pour femmes vulnérables, vendredi de 14h à 16h
Département de Gynécologie-Obstétrique
De Pintelaan, 185 - 9000 Gent
Tél. 09 332 37 98

V



Vertrouwenscentra Vlaanderen

Appelez le 106 (télé-onthaal) pour obtenir les coordonnées du centre le plus proche ou surfez sur le site : www.kindermishandeling.org



Vluchtelingenwerk Vlaanderen vzw (ex-OCIV Overlegcentrum voor integratie van vluchtelingen vzw)

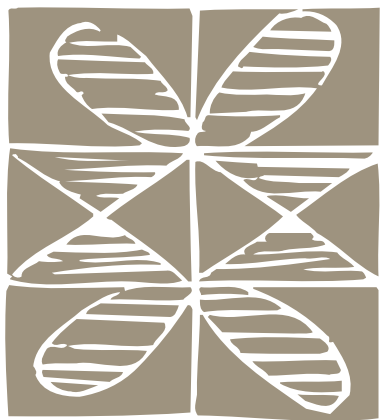
Gaucheretstraat, 164 - 1030 Bruxelles
Tél. 02 274 00 20 • Fax : 02 201 03 76
E-mail : info@vluchtelingenwerk.be
Site web : www.vluchtelingenwerk.be

Y



Yapaka

Coordination de l'Aide aux enfants victimes de maltraitance du Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles
Tél. 02 413 25 69 • Site web : www.yapaka.be



Conclusion

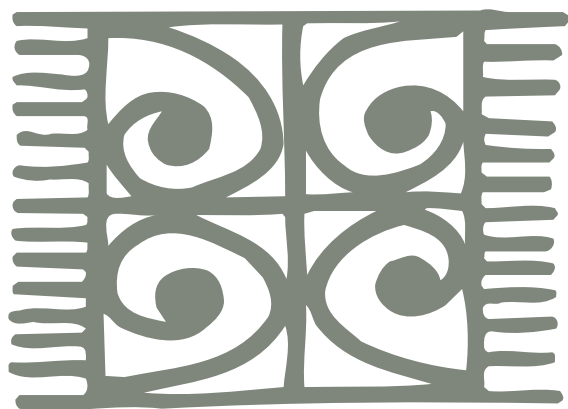
Conclusion

Ce guide fournit des informations qui permettent aux professionnels de mieux connaître la problématique des mutilations génitales féminines, de mieux prendre en charge les femmes qui les ont subies et de participer aux efforts de prévention. Nous avons essayé d'apporter suffisamment d'éléments dans la première partie pour mieux comprendre le contexte des mutilations génitales féminines dans les pays d'origine, et ici en Europe. La deuxième partie donne des recommandations pratiques sur la prise en charge et la prévention.

Cette pratique touche de si nombreux aspects (sociologiques, médicaux, psychologiques) qu'elle nécessite une approche globale et coordonnée avec les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes et de leurs familles.

Ce guide ne peut remplacer l'expérience de terrain acquise au fil des ans au contact des communautés concernées. N'hésitez donc pas à échanger avec d'autres collègues plus expérimentés ou à rencontrer les associations à base communautaire. Nous vous invitons également, si vous voulez approfondir vos connaissances ou continuer la réflexion, à consulter les sources d'information complémentaires (rapports, livres, films, sites Internet) proposées ci-après.

L'objectif principal du guide est de montrer qu'il est possible d'aborder la question des mutilations génitales féminines avec les familles, dans le souci de la femme et de l'enfant. Chaque professionnel-le, dans son champ de compétence, peut contribuer à une meilleure prise en charge et prévention des mutilations génitales féminines. ■



Sources d'information supplémentaires

Documents de référence

Tous ces documents sont accessibles sur Internet en introduisant leur titre (en gras) dans un moteur de recherche ou en recopiant l'adresse URL mentionnée.

Informations générales

OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. **Eliminating female genital mutilation. An interagency statement.** World Health Organization; 2008.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

Chiffres

Yoder PS, Khan S. **Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total.** Calverton (USA): Macro International Inc; 2008 (DHS Working Papers; 39)

<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf>

PRB. **Female genital mutilation/cutting: data & trends.** Washington (USA): USAID/Bridge/PRB; 2010.

<http://www.prb.org/pdf10/fgm-wallchart2010.pdf>

Aspects socioculturels

Plan International. **Traditions et droits: l'excision en Afrique de l'Ouest.** Dakar (Sénégal): Plan Ltd; 2006.

<http://www.planbelgique.be/uploads/1224311427-traditions-et-droits—excision-en-afrique-de-l'ouest-backend.pdf>

UNICEF. **Coordinated strategy to abandon female genital mutilation/cutting in one generation: a human rights-based approach to programming, Technical note.** New York: United Nations Children's Fund; 2007.

http://www.childinfo.org/files/fgmc_Coordinated_Strategy_to_Abandon_FGMC__in_One_Generation_eng.pdf

Aspects médicaux

Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical.

Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains. *Lancet* 2006;367:1835-41 (traduction de la version originale en anglais)

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-fr.pdf>

WHO. **Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation.** Geneva: World Health Organization

Department of Reproductive Health and Research; 2001.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.2.pdf

Toubia N. **Caring for Women with Circumcision: A Technical Manual for Health Care Providers.** New York: Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women; 1999. (Payant, sur commande).

Aspects juridiques

UNHCR. **Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation.** Geneva: UN High Commissioner for Refugees; 2009.

<http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4a0c28492.pdf>

Leye E, Sabbe A. **Responding to female genital mutilation in Europe. Striking the right balance between prosecution and prevention. A review of legislation.** Gent (Belgium): International Center For Reproductive Health; 2009.

<http://www.icrh.org/publications/responding-to-female-genital-mutilation-in-europe>

Livres

- Dirie W, Miller C. *Fleur du désert.* Paris: Albin Michel; 1998.
- Khady. *Mutilée.* Paris : Oh ! Editions; 2005.
- Bah D. *On m'a volé mon enfance.* Paris : Anne Carrière; 2006.
- Bellas Cabane C. *La coupure : l'excision ou les identités douloureuses.* Paris : La Dispute; 2008.
- Arras MN. *Entière ou la réparation de l'excision.* Paris : Editions Chèvre feuille étoilée; 2008.
- Prolongeau H. *Victoire sur l'excision : Pierre Foldes, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées.* Paris : Albin Michel; 2006.
- Henry N, Weil-Curiel L. *Exciseuse. Entretien avec Hawa Gréou.* Paris : City Editions; 2007.

Web

Sur ces sites, vous trouverez des informations complémentaires sur les MGF et des liens vers d'autres sources de données.

Belgique :

- GAMS Belgique : www.gams.be
- La Palabre : www.la-palabre.org
- Le collectif liégeois contre les MGF : <http://cmgf.aceboard.fr>
- INTACT : www.intact-association.org
- International Centre for Reproductive Health : www.icrh.org

Hollande :

- Meisjesbesnijdenis : www.meisjesbesnijdenis.nl
- No game : www.no-game.nl
- Pharos : www.pharos.nl

France :

- Fédération nationale GAMS : www.federationgams.org

Europe :

- European Network for the Prevention of Female Genital Mutilation : www.euronet-fgm.org

- Amnesty International END FGM European campaign : www.endfgm.eu
- Résolution du Parlement Européen, mars 2009 :
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+XML+V0//EN>

International :

- Equality Now : www.equalitynow.org
- OMS : http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/index.html
- UNICEF : http://www.childinfo.org/fgmc_profiles.html
- Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles (CIAF) : www.iac-ciaf.net

Vidéos

Mon enfant, ma sœur, songe à la douleur**Un film de Violaine de Villers**

Film d'auteur - 2005 - Belgique - 53 minutes - DVD

Production : Centre Vidéo de Bruxelles, RTBF, WIP, DGCI, ISKRA avec l'aide du Centre du Cinéma et de l'Audiovisuel et les télédiffuseurs wallons

Distribution : Centre Vidéo de Bruxelles

Rue de la Poste, 111 - 1030 Bruxelles

Tél. 02 221 10 50 • Fax 02 221 10 51 • E-mail : info@cvb-videxp.be

Site web : www.cvb-videxp.be/cvb

Secrets de femmes et paroles d'hommes**Un film d'Eric D'Agostino et Marc Dacosse**

Documentaire - 2009 - Belgique (Mali) - 43 minutes - Vidéo

Production : Respect • Site web : www.respect-ev.org

Distribution : GSARA asbl

Tél. 02 250 13 10 • E-mail : sandra.demal@gsara.be

My sis will be safe: youth against FGM -**Ma sœur sera en sécurité : la jeunesse contre les MGF****Un film de Pharos**

Documentaire - 2009 - Ethiopie, Burkina Faso, Pays Bas - 3x20 minutes - Vidéo

Production : Los imagos

Site web : www.losimagos.nl

Distribution : Pharos (gratuit, à commander sur le site web)

Site web : www.pharos.nl

The secret pain**Un film de Mette Knudsen**

Documentaire - Lyngby - 2006 - 75 minutes - dvd

Production : Angel Films

Distribution : Angel Films

Tél. +45 25 59 99 51 • E-mail : peter@angelfilms.dk • Site web : www.angelfilms.dk

Discussion on female genital mutilation**Un film de Mohamed Ahmed Hagi**

Documentaire - 2005 - Utrecht - 45 minutes - dvd

Production : Fatusch Productions

Distribution : Fatusch Productions

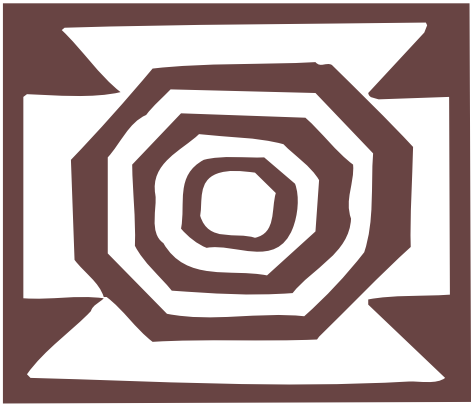
E-mail : info@fatusch.nl • Site web : www.fatusch.nl

The Broken Silence**Un film de Esther Heller**

Documentaire - Copenhagen - 2003 - 35 minutes - Vidéo

Distribution : Esther Heller

E-mail : heller@hellertv.dk



Lexique

Lexique

Chéloïde : excroissance de la peau au niveau d'une cicatrice (suite à une brûlure ou à une incision de la peau) qui se présente sous la forme d'un bourrelet. Les chéloïdes sont plus fréquentes chez les personnes à peau noire.

Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris ou du prépuce du clitoris.

Déchirure périnéale : déchirure plus ou moins sévère du périnée (ensemble des tissus qui constituent le plancher du petit bassin soutenant le vagin, la vessie et le rectum) lors de l'accouchement par voie basse.

Désinfibulation : intervention consistant à sectionner la cloison formée par l'accolement ou la suture des grandes lèvres sur la ligne médiane pour ouvrir l'accès à l'orifice externe du vagin et ainsi permettre la pratique des rapports sexuels vaginaux et l'accouchement. La désinfibulation permet aussi de libérer le méat urinaire afin de retrouver une miction normale.

Enucléation : intervention consistant à extraire une tumeur.

Epithélialisation : reconstruction de la peau lors de la cicatrisation.

Excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres de la vulve, avec ou sans excision des grandes lèvres.

Fistules : abouchement anormal d'une cavité dans une autre au cours d'un processus évolutif pathologique. Les fistules génitales sont de deux types : fistules entre le rectum et le vagin (recto-vaginales) ou entre la vessie et le vagin (vésico-vaginales). Elles peuvent être dues entre autres à la rétention prolongée de la tête de l'enfant dans le vagin lors d'un accouchement long et difficile.

Iatrogène : se dit des troubles provoqués par un traitement médical ou un médicament.

Incontinence : émission incontrôlée d'urine (incontinence urinaire) ou de matières fécales (incontinence fécale).

Infection sexuellement transmissible : maladie infectieuse qui se transmet entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels (oraux, vaginaux ou anaux).

Infection urinaire, génitale ou pelvienne : prolifération anormale d'agents infectieux (dont bactéries) respectivement dans le système urinaire (qui comprend notamment les reins, la vessie, l'urètre), dans le système génital et dans la région pelvienne (bassin et petit bassin).

Infibulation : accolement et suture des petites lèvres ou des grandes lèvres de la vulve, avec ou sans ablation du clitoris, laissant une petite ouverture pour que l'urine et les menstruations puissent s'écouler.

Marsupialisation : technique chirurgicale de drainage d'un abcès ou d'un kyste, que l'on ouvre vers l'extérieur. Après incision de l'abcès ou du kyste, les berges sont cousues à la peau et l'ouverture ainsi créée permet un drainage optimal du contenu.

Matrone : accoucheuse traditionnelle sans formation médicale.

Miction : expulsion naturelle de l'urine.

Narcose : anesthésie générale.

Névrome : tumeur développée aux dépens d'un nerf périphérique. Dans le cas des MGF, ce terme désigne des tumeurs situées au niveau de l'extrémité du nerf qui a été coupé lors de l'excision ; ils peuvent être très douloureux.

Obstétrique : spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet l'étude et la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

Parité : nombre de naissances viables qu'a eu une femme (à partir de 22 semaines de grossesse ou enfant pesant plus de 500 g).

Prévalence : nombre de personnes atteintes d'une affection donnée, dans une population donnée, à un moment donné.

Reconstruction du clitoris : technique chirurgicale qui a pour but de reconstruire un clitoris *d'aspect normal, en bonne position et sensible* en ramenant à la surface le moignon du clitoris enfoui sous la cicatrice.

Rachianesthésie : technique d'anesthésie locorégionale qui permet, suite à l'injection d'anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien, d'obtenir une anesthésie des parties du corps situées sous la ligne d'injection (en général le petit bassin et les jambes).

Réinfibulation : nouvelle suture des grandes lèvres de la vulve précédemment sectionnées lors d'une désinfibulation. La réinfibulation est pratiquée le plus souvent après l'accouchement mais également lors d'une deuxième union (p. ex. remariage d'une veuve) ou lorsque la première infibulation s'est désunie spontanément (p. ex. suite à un problème de cicatrisation).

Souffrance fœtale : altération des fonctions vitales du fœtus (absence de prise de poids, ralentissement du cœur, diminution des mouvements). On distingue la souffrance chronique pendant la grossesse, caractérisée par un retard de croissance du fœtus, de la souffrance aiguë caractérisée par un ralentissement du cœur. Les souffrances chronique et aiguë peuvent aboutir à la mort du fœtus (*in utero*) si aucune prise en charge n'est proposée (repos, traitement médicamenteux, césarienne, etc.).

Statut de séjour : modalité fixée par la loi permettant à un étranger de résider en Belgique et d'accéder ou non, pleinement ou de manière restreinte, au marché du travail et à l'aide sociale.

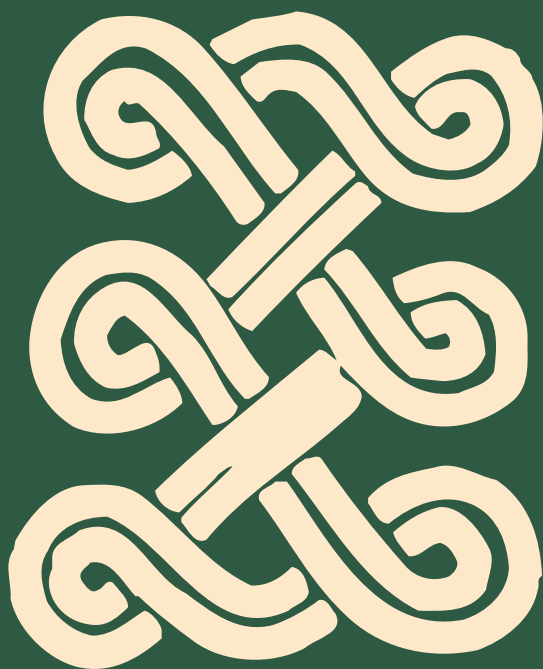
Titre de séjour : carte délivrée à tout étranger de plus de 12 ans ayant obtenu un droit ou une autorisation de séjourner temporairement ou définitivement en Belgique.

Vasoconstricteur : substance qui agit de façon à rétrécir les vaisseaux sanguins et réduire localement le flot sanguin.

Adapté du lexique des *Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique*, Dieleman M, Richard F, Martens V, Parents F. Bruxelles; GAMS Belgique: 2009.



Annexes



Annexe 1.

Prévalence des MGF par pays

© 2010 Population Reference Bureau (PRB)

			Prevalence by Geographic Area (%)			
			Urban	Rural	Lowest Region	Highest Region
Benin	DHS	2006	9.3	15.4	0.1	58.8
Burkina Faso	MICS	2006	76.0	71.2	—	—
Cameroon	DHS	2004	0.9	2.1	0.0	5.4
Central African Rep.	MICS	2008	20.9	29.3	5.5	76.9
Chad	DHS	2004	47.0	44.4	3.5	92.2
Côte d'Ivoire	MICS	2006	33.9	38.9	12.6	88.0
Djibouti	MICS	2006	93.1	95.5	—	—
Egypt	DHS	2008	85.1	95.5	66.3	92.9
Eritrea	DHS	2002	86.4	90.5	81.5	97.7
Ethiopia	DHS	2005	68.5	75.5	27.1	97.3
Gambia	MICS	2005/06	72.2	82.8	44.8	99.0
Ghana	MICS	2006	1.7	5.7	0.5	56.1
Guinea	DHS	2005	93.9	96.4	86.4	99.8
Guinea-Bissau	MICS	2006	39.0	48.2	28.7	92.7
Kenya	DHS	2008-09 ^c	16.5	30.6	0.8	97.5
Liberia	DHS	2007	39.5	72.0	0.9	86.6
Mali	DHS	2006	80.9	87.4	0.9	98.3
Mauritania	MICS	2007	59.7	84.1	26.6	98.1
Niger	DHS	2006	2.1	2.3	0.1	12.0
Nigeria	DHS	2008 ^d	36.8	25.6	2.7	53.4
Senegal	DHS	2005	21.7	34.4	1.8	93.8
Sierra Leone	MICS	2006	86.4	97.0	80.8	97.0
Somalia	MICS	2006	97.1	98.4	94.4	99.2
Tanzania	DHS	2004/05	7.2	17.6	0.8	57.6
Togo	MICS	2006	4.1	7.3	1.0	22.7
Uganda	DHS	2006	0.2	0.7	0.1	2.4
Yemen	PAPFAM	2003	33.1	40.7	—	—

Sources d'enquêtes principales : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ; Enquêtes en grappe à indicateur multiple (MICS), UNICEF ; Projet panarabe pour la santé familiale (PAPFAM - Project for Family Health).

	Data Source		Traditionally Performed (%)	Medically Performed (%)	National Law
Benin	DHS	2006	99.0	0.6	●
Burkina Faso	MICS	2006	—	—	●
Cameroon	DHS	2004	89.0	4.0	◐
Central African Rep.	MICS	2008	—	—	●
Chad	DHS	2004	94.2	2.7	◐
Côte d'Ivoire	MICS	2006	95.2 ^b	0.5 ^b	●
Djibouti	MICS	2006	—	—	●
Egypt	DHS	2008	66.3	31.9	●
Eritrea	DHS	2002	94.5	0.6	●
Ethiopia	DHS	2005	—	—	●
Gambia	MICS	2005/06	—	—	○
Ghana	MICS	2006	—	—	●
Guinea	DHS	2005	88.7	10.0	●
Guinea-Bissau	MICS	2006	—	—	◐
Kenya	DHS	2008-09 ^c	—	—	●
Liberia	DHS	2007	—	—	○
Mali	DHS	2006	91.7	2.5	◐
Mauritania	MICS	2007	—	—	●
Niger	DHS	2006	97.0	0.5	●
Nigeria	DHS	2008 ^d	73.6	8.9	○
Senegal	DHS	2005	92.5	0.6	●
Sierra Leone	MICS	2006	—	—	○
Somalia	MICS	2006	—	—	○
Tanzania	DHS	2004/05	89.1 ^b	2.0 ^b	●
Togo	MICS	2006	—	—	●
Uganda	DHS	2006	—	—	●
Yemen	PARFAM	2003	—	—	○

Légende :

- Lois interdisant expressément la mutilation génitale féminine ;
- Pas de lois ;
- ◐ Pas de lois spécifiques, mais existence de dispositions générales du code pénal ayant été appliquées à la mutilation génitale féminine ou susceptibles de l'être.
- Données non disponibles
- a Le total (tous types de mutilations génitales féminines) excède 100 % en raison de la multiplicité des réponses données,
- b Expérience des filles,
- c Calculs spéciaux par les services du PRB.

Annexe 2. Les conventions internationales et régionales

Instruments juridiques internationaux et régionaux sur les droits de l'homme et textes ayant fait l'objet d'un consensus offrant une protection et prévoyant des mesures de sauvegarde contre les mutilations sexuelles féminines (sources : rapport interinstitutions des Nations Unies de 2008 : Eliminer les mutilations sexuelles féminines).

Conventions internationales

- Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée le 10 décembre 1948. Résolution 217 de l'Assemblée générale. UN Doc. A/810.
- Convention relative au statut des réfugiés, adoptée le 28 juillet 1951 (entrée en vigueur : le 22 avril 1954).
- Protocole relatif au statut des réfugiés, adopté le 31 janvier 1967 (entrée en vigueur : le 4 octobre 1967).
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté le 16 décembre 1966 (entrée en vigueur : le 23 mars 1976).
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté le 16 décembre 1966 (entrée en vigueur : le 3 janvier 1976).
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979 (entrée en vigueur : le 3 septembre 1981).
- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée et ouverte à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 39/46 du 10 décembre 1984 (entrée en vigueur : le 26 juin 1987).
- Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989. Résolution 44/25 de l'Assemblée générale. 44 UN GAOR Supp. n° 49, UN Doc. A/44/49 (entrée en vigueur : le 2 septembre 1990).
- Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale n° 14, 1990, L'excision ; recommandation générale n° 19, 1992, Violence à l'égard des femmes ; et recommandation générale n° 24, 1999, Les femmes et la santé.
- Comité des droits de l'homme. Observation générale n° 20, 1992. Interdiction de la torture et des traitements cruels.
- Comité des droits de l'homme. Observation générale n° 28, 2000. Égalité des droits entre hommes et femmes. CCPR/C/21/rev.1/Add.10.
- Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14, 2000. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. UN Doc. E/C.12/2000/4.
- Comité des droits de l'enfant. Observation générale n° 4, 2003. La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant. CRC/GC/2003/4.

Instruments juridiques régionaux

- Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, adoptée le 4 novembre 1950 (entrée en vigueur : le 3 septembre 1953).
- Convention américaine relative aux droits de l'homme (entrée en vigueur : le 18 juillet 1978).
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul), adoptée le 27 juin 1981. Organisation de l'Unité africaine. Doc. CAB/LEG/67/3/Rev.5 (1981), 21 I.L.M. 58 (1982) (entrée en vigueur : le 21 octobre 1986).
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée le 11 juillet 1990. Organisation de l'Unité africaine. Doc. CAB/LEG/24.9/49 (entrée en vigueur : le 29 novembre 1999).
- Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo), adopté le 11 juillet 2003, Assemblée de l'Union africaine (entrée en vigueur : le 25 novembre 2005).

Annexe 3. Dispositions légales applicables aux MGF en droit pénal belge

Coups et blessures volontaires (code pénal)

Art. 398. Quiconque aura volontairement fait des blessures ou porté des coups sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de vingt-six francs à cent francs, ou d'une de ces peines seulement.

En cas de préméditation, le coupable sera condamné à un emprisonnement d'un mois à un an et à une amende de cinquante francs à deux cents francs.

Art. 399. Si les coups ou les blessures ont causé une maladie ou une incapacité de travail personnel, le coupable sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de cinquante francs à deux cents francs.

Le coupable sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cent francs à cinq cents francs, s'il a agi avec préméditation.

Art. 400. Les peines seront un emprisonnement de deux ans à cinq ans et une amende de deux cents francs à cinq cents francs, s'il est résulté des coups ou des blessures, soit une maladie paraissant incurable, soit une incapacité permanente de travail personnel, soit la perte de l'usage absolu d'un organe, soit une mutilation grave.

La peine sera celle de la réclusion de cinq ans à dix ans, s'il y a eu préméditation.

Mutilations génitales féminines (code pénal)

Art. 409. § 1er. Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de trois ans à cinq ans.

La tentative sera punie d'un emprisonnement de huit jours à un an.

§ 2. Si la mutilation est pratiquée sur une personne mineure ou dans un but de lucre, la peine sera la réclusion de cinq ans à sept ans.

§ 3. Lorsque la mutilation a causé une maladie paraissant incurable ou une incapacité permanente de travail personnel, la peine sera la réclusion de cinq ans à dix ans.

§ 4. Lorsque la mutilation faite sans intention de donner la mort l'aura pourtant causée, la peine sera la réclusion de dix ans à quinze ans.

§ 5. Si la mutilation visée au § 1er a été pratiquée sur un mineur ou une personne qui, en raison de son état physique ou mental, n'était pas à même de pourvoir à son entretien, par ses père, mère ou autres ascendants, toute autre personne ayant autorité sur le mineur ou l'incapable ou en ayant la garde, ou toute personne qui cohabite occasionnellement ou habituellement avec la victime, le minimum des peines portées aux §§ 1er à 4 sera doublé s'il s'agit d'un emprisonnement, et augmenté de deux ans s'il s'agit de réclusion.

Non-assistance à personne en danger (code pénal)

Art. 422bis. Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un an et d'une amende de cinquante à cinq cents francs ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'abstention pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'abstention ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques. La peine prévue à l'alinéa 1er est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge.

Secret professionnel (code pénal)

Art. 458. Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

Art. 458bis. Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles ... 409 ... qui a été commise sur un mineur, peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, à condition qu'elle ait examiné la victime ou recueilli les confidences de celle-ci, qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de l'intéressé et qu'elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Obligation de dénoncer, pour un fonctionnaire (code de procédure pénale)

Art. 29. Toute autorité constituée, tout fonctionnaire ou officier public, qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquerra la connaissance d'un crime ou d'un délit, sera tenu d'en donner avis sur-le-champ au procureur du Roi près le tribunal dans le ressort duquel ce crime ou délit aura été commis ou dans lequel l'inculpé pourrait être trouvé, et du transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

Compétence extra-territoriale (code de procédure pénale)

Art. 10ter. Pourra être poursuivie en Belgique toute personne qui aura commis hors du territoire du Royaume :

... 2° une des infractions prévues aux articles 372 à 377 (attentat à la pudeur, viol) et 409 (mutilations génitales féminines), du même Code si le fait a été commis sur la personne d'un mineur; ...

Art. 12. ...la poursuite des infractions dont il s'agit dans le présent chapitre n'aura lieu que si l'inculpé est trouvé en Belgique ...

Prescription (code de procédure pénale)

Art. 21. ... l'action publique sera prescrite après dix ans, ... à compter du jour où l'infraction a été commise, selon que cette infraction constitue un crime ...

Art. 21bis. Dans les cas visés aux articles ... 409 ... du Code pénal, le délai de prescription de l'action publique ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de dix-huit ans... En cas de correctionnalisation d'un crime visé à l'alinéa précédent, le délai de prescription de l'action publique reste celui qui est prévu pour un crime.

Tous ces éléments textuels et multimédias constituent la propriété exclusive de l'Etat belge ou, le cas échéant, d'un tiers qui a marqué son accord à leur utilisation par l'Etat.

Sauf indication contraire, ces éléments peuvent être reproduits gratuitement sans autorisation préalable moyennant mention de la source et uniquement à la condition qu'il s'agisse d'un usage strictement privé et non commercial.

Achévé d'imprimer en juin 2011.

Ce guide s'adresse à **tous les professionnels en contact avec les communautés susceptibles de pratiquer les mutilations génitales féminines** : professionnels de santé, travailleuses et travailleurs psychosociaux, personnel des milieux d'accueil de la petite enfance, enseignantes et enseignants, juristes, policiers et policières, ...

La **première partie** de ce guide constitue une **base commune d'informations** qui s'adresse à tous les professionnels.

La **seconde partie** concerne des **situations** et des **recommandations plus spécifiques** à certaines professions.



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Direction générale

Soins de Santé primaires et Gestion de Crise

Eurostation II - Place Victor Horta 40 bte 10 - 1060 Bruxelles

Tél. : 02/524 97 97 (contact center) - Fax : 02/524 98 16

info@health.belgium.be - www.health.belgium.be