

## Les questions les plus fréquemment posées

### Questions/ réponses sur les mutilations génitales féminines

## 1. Informations générales sur les mutilations génitales féminines

### 1.1 Que sont les mutilations génitales féminines ?

L'OMS définit les mutilations génitales féminines (MGF) comme des «*interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou tout autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques*».<sup>1</sup>

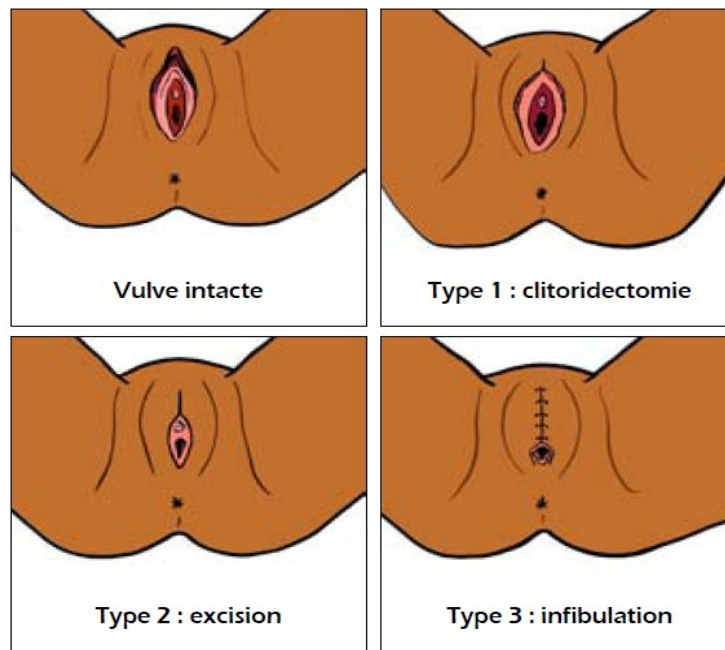
L'OMS classe les MGF en quatre types :

- Type I «Clitoridectomie» : ablation partielle ou totale du prépuce et/ou du clitoris.
- Type II «Excision» : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- Type III «Infibulation» : 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.
- Type IV : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision ou la cautérisation.

En pratique, les professionnels de la santé peuvent éprouver des difficultés à distinguer les mutilations de types I et II. Les cliniciens classent donc plus souvent les MGF en deux types : «l'excision» et «l'infibulation».

<sup>1</sup> OMS Aide mémoire n°241. Op cité.

Figure 1. Les différents types de mutilations génitales féminines



Sources : Dessins de Dimi Dumo (www.dimidumo.be) d'après des croquis de F. Richard.

### 1.2 Pourquoi pratiquer les MGF : un acte symbolique ? Un acte isolé ? Un prescrit religieux ?

Même réduite à sa plus simple expression, l'atteinte aux organes génitaux des femmes dans le cadre des MGF (et donc hors cas médical bien entendu) est une **atteinte à ses droits fondamentaux** (droit à l'intégrité physique, droit à la santé, droit à la vie aussi parfois, droit à l'égalité et la non discrimination, etc.).

L'OMS avance que «*les mutilations sexuelles féminines sont le produit de divers facteurs culturels, religieux et sociaux au sein des familles et des communautés*»<sup>2</sup>. Les communautés concernées invoquent plusieurs motifs à la pratique de l'excision ou de l'infibulation. En synthèse, il est possible de classer cet ensemble diversifié de justifications comme suit :

- **Contrôler la sexualité des femmes**

L'excision des parties les plus sensibles des organes génitaux externes, notamment le clitoris, vise notamment à amoindrir le désir sexuel de la femme, mais aussi à garantir sa virginité avant le mariage et sa fidélité / sa chasteté en tant qu'épouse, et enfin à accroître le plaisir sexuel de l'homme en rétrécissant l'orifice vulvaire.

- **Maintenir la tradition culturelle et la cohésion sociale**

Le maintien de l'héritage social et culturel passe notamment par la continuation des rites d'initiation et d'intégration des fillettes.

- **Assurer une hygiène et pourvoir à l'esthétique**

L'ablation des organes génitaux externes de la femme, réputés sales, laids ou impurs, est censée favoriser l'hygiène et rendre la femme plus attrayante.

<sup>2</sup> OMS-Aide mémoire n° 241 "Les mutilations sexuelles féminines". Février 2010. Accessed on January 23, 2012 at <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>>.

- **Favoriser la fécondité**

Ces pratiques sont réputées favoriser la procréation ainsi que la survie de l'enfant.

- **Suivre les préceptes religieux**

Certaines communautés musulmanes pratiquent les MGF parce que leurs membres croient en toute bonne foi que celles-ci sont exigées par l'Islam. Or, la pratique des mutilations est bien antérieure à l'avènement de la religion musulmane. Le Coran n'en fait pas mention. Par ailleurs, les MGF ne sont pas pratiquées uniquement par des musulmans, mais également par diverses communautés de chrétiens (catholiques, protestants, coptes) et d'animistes.

En outre, il faut noter que les mutilations constituent une **source de revenus et de reconnaissance sociale** pour les exciseuses, que ces dernières ne sont guère disposées à abandonner.

On observe actuellement un abaissement de l'âge de l'excision, signe que les MGF constituent de moins en moins un rite initiatique lié au passage à l'âge adulte, mais plutôt un rite d'identité. On s'y soumet pour appartenir au groupe, «*parce que notre mère a été excisée, notre grand-mère,...* C'est la *tradition*». La pression sociale est importante. La jeune fille ou la femme non excisée est considérée par son entourage comme impure. Elle est marginalisée, ne peut se marier ni même préparer les repas pour sa famille. Les femmes qui font mutiler 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.

Quelles que soient les raisons avancées pour défendre et perpétuer ces pratiques, force est de constater qu'elles constituent une violence faite aux femmes dans des contextes, certes divers, de rapports de genre inégaux. Elles atteignent gravement à l'intégrité physique et psychologique de la personne et rentrent dans le champ des violations des droits des femmes et des enfants.

### **1.3 Quelles sont les conséquences de l'excision sur les femmes/filles ? Est-ce si grave ?**

Les MGF peuvent avoir des **conséquences** dramatiques **au moment de la mutilation** même, mais sur le **long terme** et en particulier au moment de l'**accouchement**. Elles sont assimilées à la torture et sont des traitements inhumains et dégradants, contraires à de nombreuses conventions internationales, protectrices des droits humains fondamentaux. Elles posent question s'agissant d'actes réalisés sur des **enfants** (que ce soit avec ou sans leur consentement).

Selon l'OMS, les conséquences des MGF sur les femmes sont de divers ordres :

- Sur la santé à court terme (douleur, état de choc, septicémie, hémorragie pouvant entraîner la mort) et à moyen et long terme (infections urinaires, génitales et pelviennes, stérilité, difficultés menstruelles, difficultés lors de la grossesse et de l'accouchement : déchirures périnéales plus fréquentes, souffrances et morts fœtales, risque de fistules si travail bloqué).
- Sur la sexualité (rapports sexuels douloureux liés à la cicatrice et au rétrécissement de l'orifice vaginal en cas d'infibulation, mais aussi absence de plaisir et sentiment de honte liés à la prise de conscience que les MGF ne sont pas universelles et que la femme a été «amputée»).
- Sur le plan psychologique (choc émotionnel, perte de confiance, anxiété, dépression).

#### **1.4 Quelle est la différence entre la circoncision masculine et l'excision ?**

On est dans des **problématiques différentes**. Dans un cas, on parle d'une **mutilation d'un organe**. Dans l'autre de l'ablation d'un **bout de peau (le prépuce du pénis)**. Si certaines circoncisions masculines peuvent, comme les MGF, provoquer des traumatismes psychologiques ou des complications médicales, les situations ne sont pas vraiment comparables.

#### **1.5 S'agissant d'une coutume, cette pratique est-elle condamnable ? Ne devons-nous pas respecter le droit à la culture ?**

Le droit à la culture est consacré au titre de droit fondamental, que ce soit au niveau international ou dans notre constitution belge. Ce droit est toutefois à mettre en relation avec d'autres **droits fondamentaux** et notamment le droit à la vie ou à la non discrimination. Ceci implique donc un examen de proportionnalité qui conduit à tracer une frontière entre les droits. Dans cet exercice, la limite du raisonnable nous empêche d'admettre des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales ou les crimes d'honneur. **Aucun argument n'est recevable en faveur de l'excision.**

## **2. Les MGF en Belgique**

### **2.1 Pourquoi aborder la thématique des MGF en Belgique ?**

Les mutilations génitales féminines nous concernent aussi en Belgique car de nombreux migrants originaires des pays qui pratiquent l'excision vivent en Belgique, comme dans les autres pays européens.

Une étude de prévalence a été réalisée en Belgique en juin 2010 par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers à la demande du SPF Santé Publique (Dubourg & Richard 2010)<sup>3</sup>. Cette dernière 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 étaient très probablement excisées et 1975 étaient à risque de l'être. 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).

### **2.2 Avez-vous des données avérées de cas de MGF perpétrés en Belgique ?**

A l'heure actuelle, nous n'avons pas recensé de cas d'excision perpétré sur le sol belge.

Deux études menées auprès de gynécologues flamands et francophones ont cependant démontré qu'il y avait des demandes d'excision en Belgique<sup>4,5</sup>. Des parents sont venus demander à des

<sup>3</sup> DUBOURG D & RICHARD F. (2010) 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.

<sup>4</sup> LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAEYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y. & TEMMERMAN M. (2008), «Female Genital Mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists», The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 13:2, 182-190.

<sup>5</sup> GGOLFB. La gynécologie-obstétrique face aux défis de la multiculturalité. GGOLFB: Communiqué de presse 15-11-2008 (cfr. *Le Soir* du 15 novembre 2008: Pas d'interdit sur le certificat de virginité).

gynécologues et des urologues s'ils pouvaient pratiquer l'excision chez leur fille. On peut se demander vers qui ce sont tournés ces parents et si l'explication reçue par les professionnels les ont convaincus de ne pas exciser leur fille.

S'agissant d'une tradition extrêmement bien ancrée, il est illusoire de croire que la pratique cesserait par le simple fait migratoire. Plusieurs cas d'excision perpétrés sur le sol français ont déjà été jugés en France. C'est pourquoi nous ne voulons pas attendre d'avoir un cas avéré d'excision en Belgique pour sensibiliser les professionnels et les communautés concernées.

### ***2.3 Le manque de données exactes peut-il être considéré comme un facteur empêchant d'évaluer les actions mises en place pour combattre les MGF ?***

L'étude de prévalence publiée en octobre 2010 a permis de prendre conscience de l'ampleur de la problématique en Belgique et du nombre de femmes et jeunes filles concernées qui nécessitent une prise en charge spécifique. Cependant cette étude de prévalence nous renseigne principalement sur le nombre de femmes déjà excisées dans leur pays d'origine et qui sont ensuite venues s'installer en Belgique (6260). Cette étude ne nous renseigne pas sur l'incidence de l'excision en Belgique, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas sur le sol belge ou lors d'un retour au pays pendant les vacances. Ces données sont beaucoup plus difficiles à obtenir car elles impliquent un signalement par un professionnel, par un membre de la famille.

De peur des représailles, les membres de la famille iront difficilement signaler un cas d'excision. Du côté des professionnels, le manque de formation et la peur d'enfreindre le secret professionnel rendent le signalement difficile.

Le premier enjeu de l'éradication des MGF suppose une **plus large connaissance** de la problématique par tous les acteurs concernés, des structures étatiques, aux particuliers en passant par les associations, les enseignants, les médecins, les avocats, etc.

Une fois que tous les acteurs concernés connaîtront la problématique, il sera plus facile de recenser des données exactes. Mais cela n'empêche pas l'action au quotidien, que du contraire.

### ***2.4 Comment la pratique des MGF est-elle venue en Belgique ?***

A l'heure de la globalisation et de la circulation des personnes, les problèmes de santé ou les problèmes de droits humains ne sont plus cantonnés à une seule région du monde ou un seul pays. Les mutilations génitales féminines sont ainsi devenues une problématique en Europe et dans les différents pays qui accueillent des communautés originaires de pays qui pratiquent l'excision.

L'étude de prévalence réalisée en 2010 révèle 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 majorité des femmes qui sont venues pour la première fois au GAMS en 2011 étaient originaires de Guinée Conakry. Dans les années 2000, la majorité des femmes fréquentant le GAMS venaient de Djibouti et de Somalie.

Des femmes sont venues se réfugier en Belgique pour fuir un conflit armé, une persécution politique et au contact avec d'autres femmes européennes et le GAMS Belgique ont découvert que les MGF ne sont pas le lot de toutes les femmes dans le monde. Pour beaucoup d'entre elles c'est une révélation.

D'autres femmes fuient volontairement leur pays pour échapper à un mariage forcé ou une excision. Certaines viennent pour protéger leur fille toujours intacte.

### 3. Les MGF et la loi belge

#### 3.1 Les MGF sont-elles interdites en Belgique ?

La Belgique a légiféré en matière de MGF en adoptant une disposition spécifique du code pénal.

Depuis 2001, l'article 409 du code pénal punit quiconque aura **pratiqué, facilité ou favorisé** toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe **féminin** (remarquons qu'on a donc expressément évacué la question de la circoncision masculine), ou **tenté** de le faire, **avec ou sans consentement de celle-ci**.

Le fait que la victime soit mineure est une **circonstance aggravante** (comme l'importance des séquelles, le but de lucre et de manière générale les situations de dépendance).

Le **délai de prescription** de 10 ans ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime atteint l'âge de 18 ans (article 21*bis* du code de procédure pénale).

Comme en France, le **secret professionnel** est levé dans certains cas (article 458*bis* du code pénal) et toute personne, professionnel ou simple citoyen qui ne signale pas le danger qu'encourt une fillette menacée de mutilations sexuelles, que celles-ci soient prévues en Belgique ou à l'étranger, se rend coupable de non-assistance à personne en danger (article 422*bis* du code pénal).

Par ailleurs, toute personne qui a participé à une mutilation sur une mineure, y compris **dans un autre pays que la Belgique**, peut être poursuivie en Belgique à condition que l'auteur se trouve sur le territoire (article 10*ter* du code de procédure pénale).

Le **droit pénal** est un outil de solidarité indispensable et efficace, qu'il s'agisse de législations spécifiques comme c'est le cas dans de nombreux pays africains et européens ou de la mise en œuvre de l'arsenal existant comme c'est le cas en France.

Des droits humains fondamentaux étant bafoués, il est à tout le moins indispensable d'affirmer qu'il s'agit d'une **pratique interdite** qui ne souffre aucune cause de justification possible. Interdit, c'est interdit. Point.

La loi pénale ne suffit certainement pas à éradiquer l'excision mais elle peut y contribuer. Elle est utilisée par les militants des associations dans leur travail de prévention comme une preuve supplémentaire des dangers de l'excision (puisque c'est interdit). Au Sud, comme au Nord, l'interdiction renforce la légitimité de leurs actions.

L'information et la répression effective débouchent sur une augmentation de dénonciations explicites et *in fine*, permettent d'épargner plus d'enfants.

#### 3.2 Est-il nécessaire d'avoir une loi spécifique pour condamner les MGF ?

**Non.** En France, il n'y a pas de loi spécifique. Pourtant il y a déjà eu une quarantaine de procès pour des cas d'excision depuis les années 70 et cela sur base de la disposition du code pénal qui punit, comme chez nous, les **coups et blessures volontaires** avec la circonstance aggravante qu'ils entraînent une mutilation.

Ceci étant dit, l'avantage d'avoir chez nous adopté une disposition spécifique est **d'évacuer l'argument du relativisme culturel**. (« *Je ne savais pas. C'est dans ma culture et donc je ne suis pas coupable* »).

Chez nous, la loi a posé l'interdit. Les questions d'ignorance et culturelles interviennent donc uniquement après le constat de la violation de la loi pénale, au stade de la **détermination de la peine** (les circonstances atténuantes éventuelles).

### ***3.3 Pourquoi il y a-t-il eu tant de procès en France et aucun en Belgique ?***

Il y a tout d'abord très probablement des **motifs historiques**. La France connaît depuis plus longtemps que la Belgique une immigration originaire de ses anciennes colonies en Afrique de l'Ouest, soit des pays à forte prévalence de MGF. Elle a donc été confrontée plus tôt au problème par rapport à la Belgique qui connaissait, à la même époque, une immigration essentiellement venue d'Afrique centrale, région où ne se pratique quasiment pas les MGF (sauf aujourd'hui comme arme de guerre mais c'est une autre problématique encore). C'est plus récemment que la Belgique a connu une immigration originaire de la corne de l'Afrique (Somalie, Djibouti,...) ou plus récemment encore venue de Guinée.

De plus, cela peut s'expliquer par des **difficultés de détection**.

## **4. Les MGF et l'asile**

### ***4.1 Peut-on obtenir l'asile pour fuir un risque de MGF dans son pays d'origine ?***

En vue de se conformer à ses engagements internationaux sur le plan de la protection des droits fondamentaux, la Belgique est tenue d'accorder une protection internationale à une personne (souvent une fillette et sa famille) qui risque d'être victime de MGF en cas de retour dans son pays d'origine ou à des femmes excisées qui risquent d'être ré-excisées ou qui connaissent un traumatisme lié à cette forme de violence.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le droit d'asile.

Suite aux développements de la jurisprudence, de la doctrine et l'élaboration de lignes directrices par le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR), il est aujourd'hui admis en Belgique que la crainte d'une MGF peut entrer dans le champ d'application de la Convention de Genève et donc donner droit, dans certains cas, à l'octroi du statut de réfugié.

Lorsqu'une famille se voit reconnaître la qualité de réfugié sur base de la crainte d'excision d'une petite fille intacte, les autorités d'asile invitent la personne responsable de l'enfant à la soumettre à un examen médical annuel pour vérifier son intégrité physique.

### ***4.2 Y a-t-il un lien entre l'augmentation des demandes d'asile en Belgique et les MGF ? Risque-t-on de voir débarquer toutes les femmes victimes de MGF/à risque de l'être en Belgique ? N'y a-t-il pas***

**un abus dans les demandes d'asile en Belgique invoquant les MGF alors que ce n'est pas toujours le cas ?**

Les demandes d'asile pour ce motif varient selon les années.

En 2008, 185 dossiers traités par le CGRA pour ce motif, dont 141 protections octroyées.

En 2009, 160 dossiers traités, dont 102 protections octroyées.

En 2010, 210 dossiers traités, dont 113 protections octroyées.

En 2011, les données officielles ne sont pas encore publiées.

Ces chiffres restent très minimes par rapport à l'ensemble des demandes d'asile.

Les MGF sont une persécution au sens de la Convention de Genève et peuvent justifier le **droit à l'asile**.

Toutefois, la procédure d'asile en Belgique est extrêmement **sévère**. Chaque dossier, chaque situation est examinée **au cas par cas**. Seules les personnes qui ont besoin d'une protection en reçoivent une de sorte qu'en pratique, les abus apparaissent être très rares.

Au contraire, nous pensons que des personnes qui se sont déjà vu refuser le droit d'asile avaient pourtant réellement besoin d'une protection.

La procédure d'asile présente un caractère anxiogène pour le candidat réfugié. Les candidats réfugiés ont des **difficultés** à parler des traitements subis en raison de différents facteurs : psychologiques, culturels, tabous, manque d'habitude de prendre la parole vis-à-vis d'administrations au regard des exigences de la procédure d'asile qui impose pourtant d'être capable de « dire » sa crainte.

Dans l'examen d'une demande d'asile, le **risque d'incompréhension mutuelle** est d'autant plus grand qu'il s'agit de pratiques qui nous sont totalement étrangères et dont les effets néfastes se camouflent souvent derrière des comportements qui peuvent heurter nos conceptions si nous ne comprenons pas leur origine.

Un **examen adéquat** des demandes de protection nécessite une **formation** poussée des agents du commissariat général aux réfugiés, chargés d'évaluer le bien-fondé d'une demande d'asile. Mais aussi des avocats, des travailleurs sociaux, des juges...

Comme l'a souligné le juge **Serge Bodart** en conclusion de son ouvrage consacré à « la protection internationale des réfugiés en Belgique », « **le droit des réfugiés n'a pas vocation à répondre aux problèmes ou aux défis posés par les flux migratoires mondiaux. (...) [II] n'est pas et ne doit pas être un instrument de politique migratoire, au niveau local ou international. En tant qu'il fixe des règles abstraites et de portée générale, en tant qu'il garantit des droits subjectifs face aux pouvoirs publics, il faut nécessairement qu'il échappe aux considérations statistiques et démographiques** ». (S. BODART, *La protection internationale des réfugiés en Belgique*, Bruxelles, Bruylant, 2008, pp. 331 et ss.).

En matière administrative, le statut de réfugié doit être accordé si le risque d'excision (ou de ré-excision/infibulation) est détecté pour une femme ou une fillette. C'est prévu par la Convention de Genève, la loi belge, les **principes directeurs sur la protection internationale du UNHCR et la directive européenne sur l'asile**.



## 5. Prévention-détection

### **5.1 Comment lutter depuis la Belgique contre une pratique qui est vue comme une norme sociale dans les pays où les MGF sont pratiquées ? A quoi cela sert-il d'agir chez nous ?**

Les gens et **les associations qui se mobilisent sur le terrain réclament que l'on agisse chez nous aussi**. Nos actions soutiennent leurs actions.

Souvent, ce qui manque c'est **l'accès à l'information**. Si on n'a pas été sensibilisé à l'école, par une ONG, par un voyage à l'étranger... il n'est pas rare qu'une femme africaine découvre le problème à son arrivée dans le pays où elle immigré pour quelque motif que ce soit. L'opposition à la pratique peut ainsi naître à l'étranger et justifier une impossibilité de rentrer (risque d'excision ou de ré-excision, risque de représailles, etc.).

Les personnes dans cette situation ont aussi **besoin de soutien** pour tenir le coup dans leur opposition à leur tradition.

Le **rappel de l'interdit** par la loi, les associations, les médecins agit dans ce sens. Le rôle de l'entourage, des professionnels est très important (professeur, centre PMS, médecin, travailleur de rue, etc.)

Il y a **d'autres initiatives de soutien** : par exemple **le projet d'INTACT** avec les « travel clinics ». Il s'agit de délivrer un document apposé d'un cachet officiel que la famille qui retourne au pays peut présenter à la communauté pour appuyer leur avertissement : *« si vous excisez ma fille à mon insu, voyez le papier, il dit que je peux aller en prison quand je rentre en Belgique »*.

Le **travail de prévention et de soutien du GAMS** est très utile aussi dans ce sens (suivi individuel et activités de groupe).

### **5.2 Pourquoi est-ce difficile de détecter les MGF ou risques de MGF ?**

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la difficulté de détecter les MGF :

- 1) **la pression sociale**, la **crainte de représailles**, le caractère **tabou** de la pratique au sein des communautés concernées,
- 2) le **malaise des professionnels** (médecins, enseignants, éducateurs,...) qui, constatant le risque de mutilation ou une mutilation, s'interrogent sur leur rôle, leur obligation ou pas au secret professionnel, l'intérêt de l'enfant, l'approche la plus adéquate...
- 3) le **manque d'information et de formation** des acteurs judiciaires au sens large (y compris la police) qui ne sont pas outillés pour détecter les situations de danger.

Que faire alors ?

Le premier enjeu de l'éradication des MGF suppose une **plus large connaissance** de la problématique par tous les acteurs concernés, des structures étatiques aux particuliers en passant par les associations, les enseignants, les médecins, les avocats, etc.

**Toutes les actions sont complémentaires** et c'est à tout niveau qu'il faut agir (éducatif, social, médical, etc.)

C'est notamment pour répondre aux difficultés de détection (ci-dessus) qu'a été créée en 2009 l'**asbl INTACT** par des médecins, des avocats, des juristes, des professeurs d'université,...

### **5.3 Que faire en cas de détection ?**

INTACT a réalisé une brochure spéciale, pour savoir que faire en cas de détection de MGF, intitulée « *Le secret professionnel face aux mutilations génitales féminines* ». Elle est téléchargeable sur le site web d'INTACT.

Les MGF sont une forme de maltraitance, au même titre que d'autres formes de violences (viol, coups et blessures,...). Bien qu'issues de coutumes différentes, elles ne doivent pas être appréhendées autrement que les formes de violences que nous connaissons. Ainsi, les règles et les procédures applicables lorsqu'un enfant est en danger doivent être appliquées.

Toutefois, Si une MGF est constatée ou lorsque l'on craint qu'une fillette soit en danger, l'asbl INTACT ([www.intact-association.org](http://www.intact-association.org), tél : 02/539.02.04) ou le GAMS Belgique ([www.gams.be](http://www.gams.be), tél : 02/219.43.40) peuvent être contactés.

### **5.4 Comment protéger une fillette qui risque d'être excisée, éventuellement en cas de retour dans son pays d'origine?**

La protection des petites filles peut être prise en compte sur le plan civil : en urgence, **le juge des référés** peut être amené à interdire que l'enfant quitte le territoire, à condition, bien sûr, que le risque de mutilation soit établi de façon sérieuse.

En cas d'extrême nécessité, pour protéger une petite fille de sa propre famille, le Procureur du Roi pourrait demander **au juge de la jeunesse** de la retirer de son milieu familial et de la confier à des tiers.

### **5.5 La Belgique est-elle prête à réagir en cas de MGF ou de risque de MGF ?**

Il est **positif** que la Belgique soit aujourd'hui **de plus en plus consciente** de la nécessité de cerner et de contrôler le phénomène sur notre territoire. Un volet sur les MGF a été introduit dans le **plan d'action national** des violences faites aux femmes.

Les trois ministres de la santé et de l'action sociale de langue francophone (Région Wallonne, Communauté française, COCOF) soutiennent les initiatives des différents acteurs œuvrant dans la lutte contre les MGF via notamment les stratégies concertées nées en 2008 ayant 2 objectifs principaux :

- L'amélioration de la qualité des interventions et de la concertation entre tous les acteurs œuvrant dans la prévention et la prise en charge des MGF
- La reconnaissance et le soutien des interventions présentes et futures par les instances politiques et administratives concernées.

Les membres des stratégies concertées MGF travaillent actuellement sur l'élaboration de protocoles permettant la détection de cas de MGF ou de fillettes à risque, au sein d'un groupe de travail réunissant des professionnels de santé et des membres d'associations en contact avec le public cible ([www.strategiesconcertees-mfg.be](http://www.strategiesconcertees-mfg.be)).

La Belgique est concernée mais les mesures ratifiées sur papier doivent se réaliser concrètement maintenant en renforçant notamment les actions d'information et de sensibilisation tant des populations concernées que des professionnels et du grand public.

## **6. Prise en charge**

### **6.1 Quel dispositif de prise en charge est mis en place pour les victimes de MGF en Belgique ?**

A l'heure actuelle, le GAMS Belgique propose un suivi individualisé avec des professionnelles (psychologue et animatrices issues des pays où il y a des MGF) comprenant une prise en charge psychologique. INTACT s'occupe de la partie juridique de la prise en charge. Le Collectif Liégeois pour l'abolition des MGF propose également des suivis individualisés au sein du Planning Louise Michel. Mais à l'heure actuelle, il n'existe pas de prises en charge médicale et psychologique spécifiques aux MGF reconnues comme telles par le SPF santé publique et l'INAMI. Un projet de centres de prise en charge globale des femmes excisées avec sexologue, psychologue, sage-femme, gynécologue est à l'étude pour une reconnaissance par l'INAMI au niveau des CHU de St-Pierre et Gand.

### **6.2 Peut-on faire réparer son excision en Belgique ?**

On ne répare jamais une excision qui est un **acte irréversible**.

Il y a par contre fréquemment des opérations de **désinfibulation** (réouverture médicalisée de la fermeture vulvaire chez les femmes infibulées).

En France, la sécurité sociale rembourse depuis 2006, l'opération de « reconstruction » du clitoris. Cette opération ne consiste pas réellement à reconstruire un nouveau clitoris mais à dégager le moignon du clitoris qui est enfouie derrière la cicatrice de l'excision. Le clitoris est en effet un organe

très long (8 à 10 cm). L'exciseuse en coupant ne sectionne que la partie externe, apparente, mais la partie interne du clitoris est toujours là.

Le remboursement de cette opération en Belgique est actuellement en discussion à l'INAMI.

Le **Conseil Supérieur de la Santé** qui a étudié la question a toutefois estimé que l'opération devait s'accompagner de tout un suivi, notamment sexologique et s'effectuer au sein de **centres médicaux agréés**.

### ***6.3 Comment réagissent les professionnels belges à des demandes d'excision et de ré-infibulation après l'accouchement ?***

Le nombre de femmes excisées qui accouchent en Belgique est en constante augmentation et a été multiplié par trois au cours des dix dernières années. Il s'élevait à 600 en 2007 selon les données de naissances enregistrées par l'ONE et K&G.<sup>6</sup>

En 2003, une enquête réalisée à Liège auprès de sages-femmes et de gynécologues (55 répondants/132 questionnaires envoyés), montrait que 45,5 % des répondants (25/55) avaient rencontré un ou des cas de MGF au cours des deux dernières années. Sept demandes de ré-infibulation ont été rapportées et 5 ont été pratiquées.<sup>7</sup>

En 2006, une enquête réalisée auprès de gynécologues flamands (334 répondants/724 questionnaires envoyés) montrait que 58,4 % des répondants (195/334) avaient vu en consultation une ou des femmes ou des filles mutilées.<sup>8</sup>

- Parmi 328 répondants, six ont reçu une demande d'excision et 13 ont été questionnés pour savoir si l'excision pouvait se faire en Belgique.
- Parmi 168 répondants confrontés à une ou des femmes infibulées, 27 % ont fait face à une demande de ré-infibulation : 18 l'ont fait, dont 7 ont pratiqué une ré-infibulation totale.

En 2007, un sondage réalisé auprès de 254 membres du Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) révèle que huit demandes d'excision ou d'infibulation ont été formulées cette année-là.<sup>9</sup>

On constate donc que certains professionnels ont accepté de faire une ré-infibulation après un accouchement, ce qui pourrait être passible de poursuites selon la loi spécifique belge. Cette interdiction de ré-infibuler a été de nouveau ré-explicité dans le nouveau guide pour les professionnels (SPF santé publique) qui est actuellement en cours de diffusion dans les hôpitaux belges.

## **7. International**

---

<sup>6</sup> DUBOURG D & RICHARD F. (2010) ; op cité.

<sup>7</sup> MAGER F. & NORIEGA TONTOR C. (2003), Les mutilations génitales féminines, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Institut St-Julienne, Liège.

<sup>8</sup> LEYE E. et al. (2008). Op cité.

<sup>9</sup> GGOLFB 2008. op cité

### **7.1 Dans les pays concernés, y a-t-il des avancées ?**

Oui.

Il existe une organisation internationale « Le **comité inter-africain** » qui regroupe toutes les associations actives en matière de MGF de part le monde et qui fait du lobbying depuis des années entre autre pour que les Etats du monde entier, et des pays les plus concernés, **légifèrent** pour interdire la pratique.

Des pays comme le **Burkina Faso** font beaucoup d'efforts et on rendu la problématique publique : numéro vert pour signaler des excisions, poursuites judiciaires, formations des médecins,... Cependant le combat est difficile car la loi et la répression ont eu pour effet de déplacer certaines excisions dans les pays limitrophes. Des familles burkinabè ont ainsi fait exciser leurs filles au Mali où il n'y a pas de loi, ce qui démontre la nécessité d'agir partout.

Au Sénégal, l'association TOSTAN qui a une approche globale et structurelle en travaillant avec les populations sur les droits humains, la place de la femme, l'éducation à la santé,... a permis l'abandon de l'excision dans des villages entiers. C'est la seule alternative, si on veut que les jeunes filles non excisées puissent se marier avec des jeunes garçons de leur communauté, il faut que tout le monde dans le village soit convaincu de l'intérêt d'abandonner la pratique : les parents, mais aussi les grands-parents.

Si des Etat interdisent théoriquement les MGF, cela ne suffit toutefois pas à arrêter le phénomène. S'il existe des lois, elles ne sont pas toujours effectives en pratique (trop de cas à réprimer, craintes de représailles, corruption, difficultés économiques, ...). Cela justifie d'ailleurs que des personnes ont parfois besoin d'une protection en Belgique quand bien même leur pays d'origine interdit en théorie les MGF car en pratique, les choses sont bien différentes : la pression sociale est plus forte. Les poursuites ou les sanctions sont inexistantes. Les moyens de protection encore moins.

### **7.2 Pourquoi, malgré l'intensification des efforts visant à réduire/abandonner la pratique des MGF, les prévalences de MGF restent élevées ?**

Les MGF se perpétuent dans beaucoup de pays par tradition. Etre excisée est une norme sociale dans les pays où cette tradition est toujours perpétuée. Abolir une norme sociale ne se fait pas en un jour, il s'agit d'un changement profond des mentalités et pour cela, il faut que les gens comprennent que ces actes ont des conséquences néfastes graves sur la santé physique et mentale.

### **7.3 Comment mettre fin aux MGF ?**

**L'éradication des MGF passera nécessairement par la mise en œuvre d'actions à tous les niveaux** (juridique, mais aussi médical, éducatif, social, économique, politiques de développement, etc.).

On sait comment éradiquer les pratiques traditionnelles néfastes, par **une stratégie globale et internationale**. Il manque juste la **volonté** et les **moyens**. Leur éradication est **possible**. Ainsi en a-t-il été, par exemple, de la pratique des **pieds bandés en Chine**.

Ces violences ne pourront être éradiquées que par **l'éducation** et, s'agissant de **violences contre les femmes, par le renforcement de leur position dans la société (l'empowerment) et leur capacité à conquérir l'égalité**.