

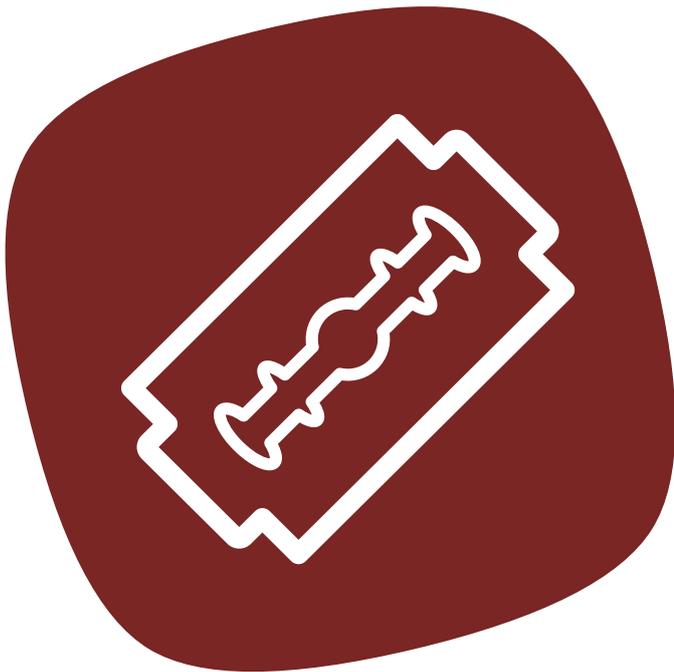


# 3

FICHE  
SPÉCIFIQUE

---

## Mutilations génitales féminines et asile





# Table des matières

<b>1. Points essentiels</b> .....	<b>1</b>
1.1. Définition.....	1
1.2. Contexte.....	2
1.3. Conséquences.....	4
<b>2. Cadre juridique</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Identification</b> .....	<b>7</b>
3.1. Points d'attention de l'intake social et médical.....	7
3.2. Signaux pour identification.....	8
3.3. Phrases types.....	8
<b>4. Démarches après identification</b> .....	<b>9</b>
4.1. Sur le plan psychosocial.....	9
4.2. Sur le plan de la santé.....	10
4.3. Sur le plan juridique.....	10
4.4. Sécurité dans le centre.....	11
<b>5. Ressources pratiques</b> .....	<b>12</b>
<b>6. Pour aller plus loin</b> .....	<b>14</b>
<b>Annexe 1</b> : Carte du monde des prévalences des mutilations génétales féminines.....	<b>15</b>
<b>Annexe 2</b> : Conseils pour les femmes demandant une désinfibulation.....	<b>16</b>



# 1 | Points essentiels

## 1.1. DÉFINITION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines (MGF) 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**<sup>1</sup>.

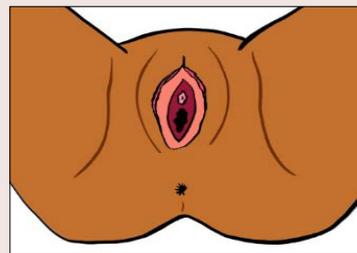
Les mutilations génitales féminines ont été classées en **quatre types**. Cette classification a été modifiée en 2007.

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

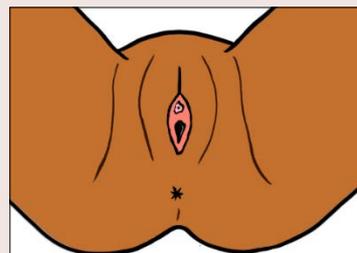
### Les différents types de mutilations génitales féminines (OMS 2007)



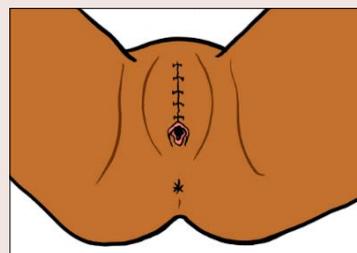
Vulve intacte



Type 1 :  
Clitoridectomie



Type 2 :  
Excision



Type 3 :  
Infibulation

Sources : Dessin de Dimi Dumo sur base des croquis de F. Richard (2009)

1 OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. (2016) Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf).



**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.e clinicien.ne qui n'est pas familier.ière 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.

## 1.2. CONTEXTE



Pour plus d'information voir la vidéo « Connaissances de base sur les MGF » sur <https://gams.be/trajec-toire-mgf> réalisées dans le cadre de la trajectoire MGF.

www

### Prévalence et distribution

Les estimations les plus récentes<sup>2</sup> estiment que 200 millions de filles et de femmes ont subi une mutilation sexuelle féminine et que 4,1 millions de filles sont à risque chaque année. La moitié de la population concernée, soit 100 millions, est répartie dans trois pays : l'Égypte, l'Éthiopie et l'Indonésie. Si la pratique est présente dans au moins 28 pays africains, elle est aussi très présente en Asie (Indonésie, Malaisie,...) mais aussi au Moyen-Orient (Irak, Iran, ...) et en Amérique Latine (Colombie, Pérou). 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.

Les prévalences spécifiques par ethnie et région sont disponibles sur le site Demographic Health Survey Program pour une trentaine de pays qui pratiquent les MGF.<sup>3</sup>



Voir carte du monde en annexe

### Qui pratique l'excision et à quel âge ?

Dans les pays d'origine, les mutilations sont pratiquées le plus souvent par des exciseuses traditionnelles, mais aussi par des matrones (accoucheuses traditionnelles) ou des barbiers, et parfois par des médecins ou sages-femmes bien que la médicalisation des mutilations génitales féminines soit interdite par l'OMS.

Dans les pays occidentaux qui accueillent des communautés originaires de ces pays, des filles peuvent encore être à risque d'être excisée. Les familles font appel à une exciseuse expatriée ou envoient leur fille en « vacances » au pays pour qu'elle subisse l'excision.

Les mutilations sont pratiquées généralement entre 4 ans et 14 ans, mais elles peuvent être aussi réalisées à quelques mois de vie ou juste avant le mariage. On observe ces dernières années un abaissement de l'âge de l'excision. Une des raisons est de cacher la pratique aux yeux des autorités comme beaucoup de pays ont légiféré contre la pratique.

### Pourquoi l'excision est pratiquée ?

Plusieurs raisons sont invoquées par les communautés concernées pour justifier ces pratiques. 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<sup>4</sup>.

2 UNICEF (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. Retrieved from <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern>.

3 DHS Surveys <https://dhsprogram.com/Publications/Publications-by-Country.cfm>.

4 Gillette-Frenoy I (1992). L'excision et sa présence en France: Etude ethno-sociologique. Paris: GAMS.



- **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. Certaines filles sont ré-excisées avant le mariage si on s'aperçoit que cela n'a pas été bien fait. Certaines mères reconnaissent 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 et grossesse avant le mariage. Dans le cadre de mariages polygames, 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)<sup>5</sup>. 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<sup>6</sup>.
- 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.

5 Andro A, Lesclingand M (2007). Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Popul Soc; 438. Retrieved from [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19106/438.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf).

6 GAMS Belgique (2016) : Mutilations sexuelles, Guide des idées reçues, Bruxelles. Retrieved from <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/tool/mutilations-sexuelles-deconstruire-les-idees-recues>.



### 1.3. CONSÉQUENCES

#### Conséquences des mutilations génitales féminines

Les MGF peuvent impacter la qualité de vie de la femme et de ses proches ayant un effet tant au niveau physique, qu'au niveau psychologique. Les conséquences possibles sont à évaluer au cas par cas.

Les complications **physiques immédiates**<sup>7</sup> :

- Douleurs intenses, accompagnées de peur, d'angoisse pouvant entraîner un état de choc ;
- Hémorragies risquant d'entraîner la mort.
- Infections des plaies ;
- Rétention des urines ;
- Lésions des organes voisins ;
- Risque de transmission du VIH (lors d'excision en groupe avec le même instrument).

Les complications physiques à **long terme** :

- Infections urinaires, génitales, calculs urinaires, neurinomes ;
- Difficultés à uriner, douleurs pendant les règles, incontinence ;
- Douleurs au niveau de la cicatrice, kyste, abcès ;
- Problèmes liés à la grossesse et l'accouchement (travail bloqué, déchirures, fistules) ;
- Troubles de la sexualité (pour les 2 partenaires) ;
- Infections des trompes, stérilité.

→ Voir la fiche transversale 3 « Impacts des violences basées sur le genre sur la santé » pour plus de détails sur la mémoire traumatique.

Les conséquences **psychologiques et sexuelles**<sup>8</sup>

- Etat de stress post-traumatique (sidération, effroi, impuissance, sentiment d'étrangeté, expérience proche de la mort) au moment de l'excision ;
- Dissociation psychique ;
- Sentiment de trahison et à long terme, perte de confiance, estime de soi amoindrie, méfiance, ... ;
- Troubles du comportement ;
- Syndrome de stress post-traumatique ;
- Dépression ;
- Perturbation de l'image corporelle, l'image de soi ;
- Trouble de la sexualité (évitement des rapports sexuels, isolement, vaginisme, incapacité à ressentir du plaisir, diminution du désir sexuel,...).

7 WHO (2020). Factsheet on FGM. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

8 GAMS Belgique (2016). Femmes, excision et exil. Quel accompagnement thérapeutique possible, Bruxelles. Retrieved from <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-Femmes-excisionWEB.pdf>.



# 2 | cadre juridique

→ Voir la fiche transversale 2 « Mesures de protection internationale et nationale concernant les violences basées sur le genre » pour retrouver les textes internationaux, européens et nationaux s'appliquant à tous les types de VBG. Sont mentionnés ici les textes spécifiques aux mutilations génitales féminines.

## En droit international

La communauté internationale reconnaît les mutilations génitales féminines comme une **violation grave des droits humains**. Différentes conventions internationales ont été ratifiées par la Belgique et de nombreux pays :

- **CEDAW** - Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (13 janvier 1984) ;
- **Charte africaine des droits de l'homme et des peuples** (21 octobre 1986) à laquelle ont adhéré plus de cinquante états africains ;
- **Convention internationale sur les droits de l'enfant** (1990) ;
- **Protocole de Maputo** (adopté en juillet 2003) : ce protocole vient en complément de la Charte africaine pour promouvoir les droits fondamentaux des femmes en Afrique et veiller à la protection de ces droits ;
- **Convention d'Istanbul** : convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (ratifiée en 2016 par la Belgique).

De nombreux pays répriment les mutilations sexuelles féminines en Europe, mais aussi en Afrique : Sénégal, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo, etc...

## En droit belge

### Interdiction pénale en Belgique

Pour protéger les filles et les femmes, la Belgique s'est munie d'une disposition pénale spécifique aux MGF entrée en vigueur en 2001.

L'article 409 du code pénal prévoit :

§ 1<sup>er</sup>. 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. Sera puni de la même peine quiconque aura incité à la pratique de toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin ou aura, directement ou indirectement, par écrit ou verbalement fait, fait faire, publié, distribué ou diffusé de la publicité en faveur d'une telle pratique.

§ 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 de travail personnel de plus de quatre mois, 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 § 1<sup>er</sup> 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 §§ 1<sup>er</sup> à 4 sera doublé s'il s'agit d'un emprisonnement, et augmenté de deux ans s'il s'agit de réclusion.

#### Principe d'extraterritorialité :

Lorsque **l'infraction** (article 409 du code pénal) **a été commise à l'étranger sur une personne mineure** (et qu'il y a des éléments constitutifs pour la Belgique), l'auteur (qui a pratiqué, facilité ou favorisé une MGF) pourra être poursuivi, à condition d'être trouvé sur le territoire belge (article 10 ter et article 12 du Code d'instruction criminelle).



# 3 | Identification

→ Voir la fiche transversale 4 « Entretien individuel » pour tous les conseils de base sur la conduite d'un entretien avec une personne victime ou potentiellement victime de VBG.

## 3.1. POINTS D'ATTENTION DE L'INTAKE SOCIAL ET MÉDICAL

L'identification est faite lors de l'intake social et/ou médical dans les 30 jours après l'arrivée dans un centre d'accueil collectif, un accueil individuel ou un centre d'observation et d'orientation (COO) pour les MENA. En fonction du déroulement de l'entretien, l'identification relative aux MGF peut se faire lors d'une deuxième ou troisième entrevue (pour établir le lien de confiance).

### Identification lors de l'intake social

Outils :

- Carte de prévalence des MGF
- Trajectoire MGF et check-list développées en 2017 (réédition prévue en 2020)

- Voir la femme seule (sans la présence d'un autre membre de sa famille) pour qu'elle ait la liberté de s'exprimer ;
- Préférer la présence d'une interprète formée aux violences liées au genre si la personne ne maîtrise pas suffisamment la langue (préparer l'entretien avec l'interprète) ;
- Etape 1 : Vérifiez si la fille ou la femme est originaire d'un pays qui pratique les mutilations génitales féminines ;
- Etape 2 : Si oui, posez les questions pour savoir si la fille ou la femme a déjà été excisées ou si elles sont à risque de l'être ;
- Etape 3 : Remplir la check-list afin de pouvoir coordonner les actions avec vos collègues du médical.



Tous les documents sur la trajectoire MGF sont disponibles sur <https://gams.be/trajectoire-mgf>

www

### Identification lors de l'intake médical

Outils :

- La carte mondiale des prévalences de MGF (voir annexe 1)
- La plastifiée A3 avec les différents types d'excision
- La trajectoire MGF et la check-list

Comme pour l'intake social, repartez de la carte du monde qui est l'indicateur le plus objectif. Si le médecin du centre est formé, il peut pratiquer une inspection visuelle de la vulve pour déterminer le type de MGF et répondre aux questions médicales éventuelles.

Lors de la discussion et avant l'examen médical :

- Proposez à la femme de regarder la fiche plastifiée A3 (demandez-lui son consentement) ;
- Invitez la femme à mettre son doigt sur la case qui correspond à l'apparence physique de sa vulve ;
- N'insistez pas si la femme ne sait pas. Si elle ne sait pas, dites-lui qu'on va lui expliquer après l'examen médical ;
- Prévenez que l'examen ne fait pas mal, que c'est avec les yeux (inspection visuelle), qu'on ne met rien à l'intérieur (ni toucher vaginal, ni spéculum).

Après l'examen médical :

- Utilisez la fiche verte A3 pour lui expliquer ce que vous avez vu et ce qui a été coupé chez elle ;
- Demander-lui si elle a des questions.



Dans les COO pour MENA, l'identification se fera plus souvent lors de l'intake médical où

il est plus aisé de poser des questions liées à l'intimité et la sphère sexuelle :

### Explication sur les « fausses » ou simulacres d'excisions pour protéger les filles

Il peut arriver lors de l'examen des organes génitaux externes en vue d'établir le certificat MGF (modèle CGRA), que le ou la médecin ne retrouve aucune cicatrice sur la vulve ou une toute petite incision sur la capuchon du clitoris (type IV dans la classification de l'OMS). La femme a pourtant un souvenir très vif de son excision : le lieu, la douleur, le sang, les brûlures en urinant

et présente tous les symptômes d'une femme excisée. Ceci est plus fréquent quand une sœur, une cousine est décédée de l'excision et que la mère veut protéger son enfant en demandant à l'exciseuse ou à l'agent de santé (dans le cas de la médicalisation) de couper moins. Il faut rassurer la femme, lui dire qu'on la croit, que sa mère a voulu la protéger.

## 3.2. SIGNAUX POUR IDENTIFICATION

Ces indicateurs peuvent vous aider à identifier différentes situations relatives à une MGF. Toutefois, ces éléments sont non exhaustifs :

### Éléments en faveur d'une excision déjà pratiquée :

- Fille ou femme originaire d'un pays où l'excision est fréquente (voir carte du monde) ou plus précis, d'une ethnie qui pratique l'excision ;
- Douleurs importantes lors des règles ;
- Station prolongée dans les toilettes pour uriner ;
- Infections vaginales et urinaires à répétition.

### Éléments en faveur d'un risque d'excision pour les filles encore intactes :

- Mère excisée ou père d'une ethnie qui excise ;
- Sœur(s) ainée(s) excisée(s) ;

- Tante ou grand-mère exciseuse ;
- Décès d'une personne protectrice (qui protégeait la fille de l'excision jusque-là), remariage des parents, ... ;
- Mariage programmé (où l'excision est exigée pour le mariage).

### Éléments en faveur d'une ré-excision :

- Excision jugée mal faite, « pas propre » si les petites lèvres n'ont pas été complètement coupées ;
- Comportement de l'enfant jugé trop « exubérant », désobéissant ou curieuse ;
- Infibulation qui s'est réouverte peu de temps après la première infibulation ou après un accouchement (on réinfibule pour retrouver le même aspect) ;
- « Réparation » d'un viol (on veut cacher le fait que la fille n'est plus vierge en l'infibulant serrée).

## 3.3. PHRASES TYPE

- **Pour les femmes adultes :** « Vous venez de [remplacer par le pays d'origine], il y a une tradition qui se pratique chez les filles (excision, female circumcision en anglais - ne pas dire mutilation). Pouvez-vous m'en parler ? Qu'en pensez-vous pour vos filles ? »
- **Pour les adolescentes :** « Qu'est-ce que tu sais de l'excision ? Comment en as-tu entendu parler ? »
- **Pour les enfants :** « Est-ce que tu as entendu parler, chez toi ou chez des amies, d'une tradition pendant laquelle on coupe une fille en bas, là où tu fais pipi ? Parle-moi de ça. »



# 4 | Démarches après identification

## Préambule

La personne demandeuse de protection internationale (DPI) reçoit des informations sur l'accompagnement qui peut être offert dans les différents domaines. Elle décide elle-même des aspects de cette offre qu'elle souhaite utiliser. La seule exception à cette règle concerne les actions dans les situations d'urgence aiguë.

Au sein de la structure d'accueil, cette offre d'accompagnement peut être organisée par différent.e.s collaborateurs.rices

ou services. Des partenaires extérieurs peuvent être également sollicités.

La structure d'accueil organise des canaux de concertation et de communication entre les différent.e.s professionnel.le.s afin de coordonner au maximum l'offre.

Si la personne ne veut pas entamer davantage de démarches, rester à l'écoute et disponible et l'inviter à revenir quand elle sera prête.



Une checklist a été élaborée pour guider les intervenant-e-s à travers les différentes étapes (voir <https://gams.be/trajec-toire-mgf>).

www

La règle est que toutes les informations **doivent** être données à la femme, mais que c'est la **femme qui choisit** de suivre la trajectoire ou pas.

## 4.1. SUR LE PLAN PSYCHOSOCIAL

### Outils :

- Dépliants du GAMS
- Liste des médecins formés à la problématique des MGF (CGRA)
- Check-list MGF
- Guide d'entretien pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou avec leur famille [www.strategiesconcertees-mgf.be/tool/kit-mgf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/tool/kit-mgf)
- Donner **systématiquement** une information sur les MGF/violences sexuelles : impact sur la santé, droits et protection des filles/femmes, associations spécialisées ;

- Orienter vers le **service médical ou un médecin extérieur formé** sur la question qui répond aux besoins médicaux et dresse un certificat d'excision ou de non excision. Informer la femme qu'elle doit le transmettre à son avocat et son AS ;
- Evaluer les **besoins de soutien psychologique** et orienter au sein du réseau (voir cartographie des services) ;
- Orienter vers une **antenne** du GAMS (Bruxelles, Namur, Liège, Anvers) pour un premier entretien et présentation des activités (ateliers communautaires, atelier femmes enceintes, etc.)<sup>9</sup>, complément d'information par rapport aux MGF ;

<sup>9</sup> Il est important de faire parvenir au GAMS les coordonnées exactes de l'AS en charge du dossier de la fille/femme dans la structure d'accueil pour le bon suivi du dossier ainsi que l'annexe 26.



- Demander l'autorisation à la femme de pouvoir communiquer ces informations au service social/médical pour une bonne coordination (voir en annexe les conditions du secret professionnel partagé).

**Si la personne ne souhaite pas** aller plus loin dans la trajectoire, rester à l'écoute de ses besoins et demandes car elle peut changer d'avis au cours de son trajet d'asile.

## 4.2. SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

Outils :

- ↳ **Modèle certificat médical du CGRA**

[www.cgra.be/fr/formulaires/certificat-medical](http://www.cgra.be/fr/formulaires/certificat-medical)



- ↳ **Check-list MGF**

- Remplir le modèle type du certificat médical MGF fourni par le CGRA (disponible sur le site du CGRA)<sup>10</sup> pour **la femme déjà excisée ET également pour les filles intactes (et à risque d'excision)** ;
- Prendre en charge les complications éventuelles (infections urinaires, vaginales, prurits, douleurs pendant les règles) ;
- Référer vers un des deux centres spécialisés pour les MGF (CeMAViE à Bruxelles/Vrouwenkliniek à Gand) si besoin d'un suivi médical spécialisé ou multidisciplinaire (désinfibulation, kyste d'inclusion dermique, chéloïdes,...) ;
-  Voir dans **l'annexe 2** les conseils à donner pour les femmes demandant la désinfibulation (pour les femmes avec un type III, infibulation).

### Comment remplir le certificat MGF du CGRA ?

Circonstancier le certificat médical : décrire ce qui a été coupé (et pas juste cocher le type) car il peut y avoir des variations, décrire également les complications médicales et psychologiques et le traitement proposé.

Pour une femme infibulée enfant et désinfibulée suite à un viol, un accouchement ou lors du premier rapport sexuel par l'exciseuse, il faut cocher la case « désinfibulée » et pas type II.

Pour une incision sur le clitoris sans ablation de tissu (voir encadré sur les « fausses » excision), il faut cocher type IV.

## 4.3. SUR LE PLAN JURIDIQUE

Outils :

- ↳ **Lettre type à envoyer à l'avocat (avec les explications et les références sur les MGF)**
- ↳ **Dépliant : Pas d'excision pour ma fille,**
- ↳ **Passeport STOP MGF**
- Informer les filles/femmes que les mutilations génitales féminines ou de telles craintes peuvent être un motif de l'asile dans la procédure de demande de protection internationale ;

<sup>10</sup> Certificat médical CGRA disponible sous format pdf sur le site du CGRA : <http://www.cgra.be/fr/formulaires/certificat-medical>.



- Si l'avocat.e n'est pas spécialisé.e dans la problématique de l'excision, il est possible de lui faire parvenir un courrier (voir lettre type en annexe) avec les références du manuel pratique à l'usage des avocats sur les MGF dans le cadre d'une demande d'asile<sup>11</sup> ;
- Si le dossier est complexe, proposer à l'avocat.e un soutien juridique de GAMS de préférence avant l'audition au CGRA ou avant un recours au CCE ;
- Préparer la personne à aborder son excision/toutes les violences ou maltraitements subies ou craintes à l'audition ;
- Faire de la prévention/assurer une sensibilisation auprès des parents qui ont des filles à risque.

#### Avant l'audition au CGRA et au CCE :

- **Planifier** un rendez-vous de **suivi** afin de vérifier que les différentes étapes de la trajectoire (voir checklist en annexe) ont été correctement mises en place avec la personne et qu'elle est prête pour son audition (chronologie du récit, violences de genre déjà verbalisées, certificat(s) médical(aux) transmis) ;

#### 4.4. SÉCURITÉ DANS LE CENTRE

##### Cas des femmes qui désirent se faire désinfibuler :

- Garantir la confidentialité absolue autour des raisons des consultations ou hospitalisations car il y a parfois une très grande pression et de la discrimination par les autres membres de la communauté vivant dans le centre qui jugent les femmes qui ont recours à la désinfibulation ;
- Prévoir un changement de centre en cas de fuite sur la raison de l'hospitalisation et si la pression est trop grande.

- Vérifier si la fille/femme, souhaite être **accompagnée** par une personne de confiance lors de l'entretien.

##### Quand des parents ont obtenu un statut de réfugié pour protéger leur(s) fille(s) des MGF et quittent le centre :

- Expliquer la procédure de suivi du CGRA des filles à risque d'excision (convocation au CGRA pour rappel à la loi ; suivi médical annuel pour vérifier l'intégrité des organes sexuels externes).

##### Pour toutes les familles originaires des pays à risque (même n'ayant pas obtenu une protection internationale sur base des MGF) :

- Rappeler la loi belge sur l'interdiction de pratiquer des MGF en Belgique (article 409 du code pénal) ou à l'étranger (principe d'extraterritorialité) ;
- Assurer un relais vers l'ONE/K&G ou le centre PSE/CLB de l'école afin de veiller à une prévention efficace des MGF chez les filles intactes après la sortie.

→ Voir la fiche transversale 6 « Sécurité dans le centre d'accueil » pour les mesures générales. Sont reprises ici les mesures spécifiques aux mutilations génitales féminines.

##### Cas des filles intactes potentiellement à risque d'être excisées :

- Peu de risque qu'une mutilation génitale se passe dans le centre ou au cours de la période de la procédure d'asile ;
- Risque plus grand à la sortie du centre (surtout pour les enfants ne bénéficiant pas d'une protection internationale sur base des MGF) ;
- Donner les messages de prévention à la sortie et faire le relais avec les professionnel.le.s qui accompagneront la famille (ONE, PSE, Médecin de famille) dans le cadre du secret professionnel partagé.

<sup>11</sup> Les mutilations génitales féminines dans le cadre d'une demande d'asile : Manuel pratique à l'usage des avocats. Retrieved from <https://www.intact-association.org/images/ouils/manuel-avocats-2014.pdf>.



# 5

## Ressources pratiques

### ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES À BASE COMMUNAUTAIRE

GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines)

#### Mission

- Premier accueil ;
- Accompagnement individuel (social, juridique, psychologique) sur RDV ;
- Médiation interculturelle et traduction (pool de relais communautaires formé.e.s aux VBG) ;
- Ateliers communautaires (femmes, hommes, jeunes, enfants, femmes enceintes) ;
- Formations pour les professionnel.le.s
- Expertise et plaidoyer.

#### Contacts

Le GAMS Belgique couvre tout le territoire national

#### Bruxelles (siège social) :

6 rue Gabrielle Petit,  
1080 Molenbeek  
+ 32 2 219 43 40  
[info@gams.be](mailto:info@gams.be)  
[www.gams.be](http://www.gams.be)

#### Antenne Namur :

60 Rue Henri Lecocq,  
5000 Namur - Salzinnes  
+32 493 49 29 50

#### Antenne Liège + permanences à Verviers :

65, Quai de Rome  
4000 Liège  
+ 32 479 586 946

#### Permanences à Anvers, Gand et Leuven (Huis van het Kind)

+ 32 495 93 93 18



Pour connaître l'ensemble des organisations liées à la thématique de la fiche, consultez le mapping des organisations via le site ACCESS EU : <https://www.we-access.eu/fr/carte>.

www

### CENTRES MÉDICAUX MULTIDISCIPLINAIRES DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES EXCISÉES AGRÉÉS PAR L'INAMI/RIZIV

#### Mission

- accompagnement individuel multidisciplinaire : médical, psychologique et sexologique ;
- traitement chirurgical de séquelles d'excision (désinfibulation, ablation d'un kyste)
- reconstruction du clitoris ;
- Établissement de certificats médicaux MGF dans le cadre de la procédure de demande de protection internationale.

Tous les services de ces centres sont accessibles pour les femmes DPI sauf la reconstruction du clitoris qui ne fait pas partie de la liste des chirurgies prises en charge pendant la trajectoire de demande de protection internationale. Les femmes qui la souhaitent pourront la faire après avoir obtenu le statut de réfugiée.

#### Contacts

Au 31 décembre 2019, il n'existe que deux centres agréés au niveau national pouvant proposer la reconstruction du clitoris avec une approche holistique.



**CeMAViE (Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision), CHU ST-Pierre, Bruxelles**  
Site Porte de Hal. 320 Rue Haute, 1000 Bruxelles  
(consultations le mardi matin)  
+ 32 2 535 47 14  
<https://www.stpierre-bru.be/fr/services-medicaux/gynecologie-obs-tetrique/320-rue-haute-1/cemavie-mutilations-genitales-feminines-1>

**Multidisciplinair Centrum Genitale Mutilatie, Vrouwenkliniek UZ Gent**  
C. Heymanslaan B, 9000 Vrouwenkliniek Polikliniek P3-P4  
(consultations mercredi matin)  
+ 32 9 332 37 82 / + 32 09 332 37 85  
<http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20patienteninformatiefolders/MCGM-pati%C3%ABnten.pdf>

### **AUTRES SERVICES POUVANT ACCOMPAGNER DES FILLES ET FEMMES CONCERNÉES PAR LES MGF**

Plusieurs services (centres de planning familial, maisons médicales, hôpitaux, psychologues indépendant.e.s, ...) ont des équipes formées sur les MGF qui sont capables d'accompagner des femmes excisées.

Pour trouver le service le plus proche, aller sur le site : [we-access.eu](http://we-access.eu)





# 6

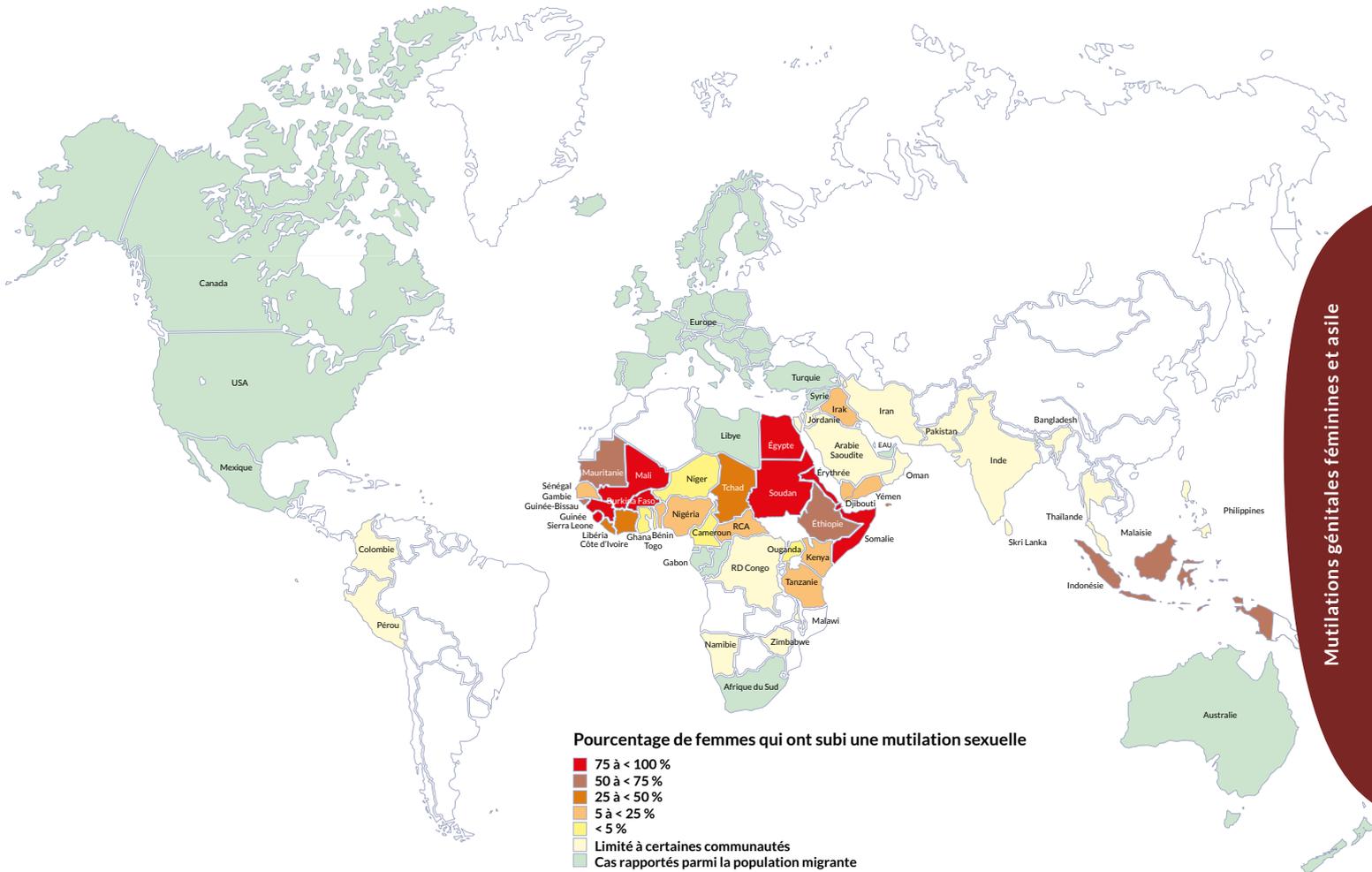
## Pour aller plus loin

- ↳ Chevalier C (2016). **Etude de jurisprudence relative à l'évaluation des demandes d'asile fondées sur des violences de genre**, Bruxelles, INTACT. Retrieved from <http://www.intact-association.org/images/analyses/Studie-Charlotte.pdf>
- ↳ Conseil de l'Europe (2017). **Guide de bonnes et prometteuses pratiques visant à prévenir et à combattre les mutilations génitales féminines et le mariage forcé** (tel qu'adopté par CDDH lors de sa 87<sup>e</sup> réunion, 6-9 juin 2017). Retrieved from <https://rm.coe.int/mutilations-genitales-feminines-et-mariage-force/16807baf90>
- ↳ GAMS Belgique (2016). **Femmes, excision et exil. Quel accompagnement thérapeutique possible**, Bruxelles. Retrieved from <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-Femmes-excisionWEB.pdf>
- ↳ INTACT (2014). **Les mutilations génitales féminines dans le cadre d'une demande d'asile : Manuel pratique à l'usage des avocats**, Bruxelles, 2014. Retrieved from <https://www.intact-association.org/images/outils/manuel-avocats-2014.pdf>
- ↳ OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. **Eliminating female genital mutilation. An interagency statement**. Geneva, World Health Organisation. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf)
- ↳ Réseau des Stratégies Concertées de lutte contre les MGF (2014). **Guide d'entretien pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou leur famille**, GAMS Belgique, Bruxelles. Retrieved from [http://www.strategies-concertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC\\_MGF\\_Collection\\_Entretiens\\_web.pdf](http://www.strategies-concertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC_MGF_Collection_Entretiens_web.pdf)
- ↳ WHO. **Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook**. Geneva, 2018. Retrieved from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>



# ANNEXE 1

## CARTE DU MONDE DES PRÉVALENCES DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES



Source: based on DHS, MICS - March 2016 and other nationally representative surveys.

© GAMS Belgique 2016

Mutilations génitales féminines et asile



## ANNEXE 2

### CONSEILS POUR LES FEMMES DEMANDANT UNE DÉSINFIBULATION

La désinfibulation consiste à ouvrir la vulve au niveau de la cicatrice afin d'agrandir l'ouverture vulvaire et ainsi réduire les complications et douleurs liées à l'infibulation (infections récurrentes, douleurs lors des rapports sexuels ou rapports impossibles, douleurs pendant les règles). Elle ne vise pas à reconstruire le clitoris ou les petites lèvres.

Il est possible de réaliser une désinfibulation sous anesthésie générale ou loco-régionale en ambulatoire (one-day)<sup>12</sup>.

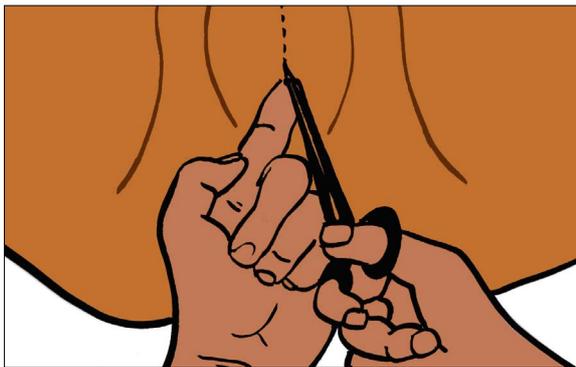


Figure 5. Désinfibulation

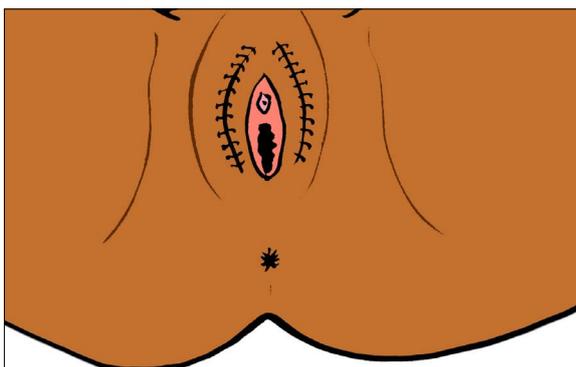


Figure 6. Après la désinfibulation

**L'opération de désinfibulation fait partie des soins remboursés pour les personnes demandeuses d'asile.**

C'est une intervention facile d'un point de vue chirurgical mais qui représente beaucoup pour une femme qui a été infibulée toute sa vie et qui peut avoir l'impression de trahir sa culture.

Il est primordial de laisser le temps de réflexion en pré-opératoire et de donner des explications claires avec une interprète formée afin que la femme concernée puisse donner son consentement éclairé (ne jamais désinfibuler le jour de la première visite chez le gynécologue).

**Pour les femmes enceintes, on peut le faire au 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse ou lors de l'accouchement.**

Les suites post-opératoires sont généralement simples :

- Traitement antalgique : paracétamol 3 X 1g/j et/ou diclofenac 3X 50 mg/j pendant les repas.
- Soins locaux : Mains propres + Hacdil sur compresses stériles 5 X 5 cm 2/jour.
- Prévoir une visite de contrôle 3 semaines après l'opération.

Il est par contre très important de prévenir la personne des changements post-opératoires : miction qui fait du bruit et règles qui paraissent plus rouges et plus abondantes.

<sup>12</sup> WHO (2018) Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva, World Health Organisation. Retrieved from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>.



## Publié à Bruxelles en décembre 2019

Cette fiche « Mutilations génitales féminines et asile » fait partie d'un ensemble de 15 fiches destinées aux professionnel.le.s du réseau d'accueil pour mieux comprendre les violences de genre dans le cadre de l'asile et agir en conséquence.

Cette publication a été élaborée, produite, éditée et publiée par le GAMS Belgique, en partenariat avec Intact et l'European Family Justice Center Alliance (EFJCA) avec la contribution de plusieurs associations (isala asbl, La Voix des femmes asbl, Le Monde selon les femmes asbl, Merhaba vzw, Payoke vzw, SOS Viol asbl), dans le cadre du projet « Gender-Based Violence and Asylum : an integrated approach ». Le projet a été financé par le programme Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF) de la Commission européenne (D.G. Migration and Home Affairs).

L'ensemble des fiches et des personnes qui ont contribué à ce travail peut se retrouver sur le lien [www.gbv-asylum-hub.be](http://www.gbv-asylum-hub.be) 

## Editeur responsable



### **GAMS Belgique - GAMS België**

Rue Gabrielle Petit, 6 - 1080 Bruxelles  
[www.gams.be](http://www.gams.be)  
[info@gams.be](mailto:info@gams.be)

## Soutien financier



Towards a more integrated migration policy, made possible by the AMIF



## Partenaires