



*rivm*

Rapport 295001017/2010

F.I.M. Pijpers | M. Exterkate | M. de Jager

Point de vue  
Prévention des Mutilations génitales  
féminines (MGF) par les services de santé  
pour la jeunesse



RIVM-rapport 295001017

Point de vue  
Prévention des Mutilations Génitales Féminines (MGF)  
Par les services de santé pour la jeunesse

F.I.M. Pijpers  
M. Exterkate  
M. de Jager

Contact:  
F.I.M. Pijpers, Centrum Jeugdgezondheid  
[FPijpers@NCJ.nl](mailto:FPijpers@NCJ.nl)

Rapport traduit du néerlandais vers le français par Delphine Boulenger  
Relecture et édition de la traduction par Fabienne Richard, sage-femme, GAMS Belgique  
(mai 2012)

Cette étude a été réalisée à la demande du Ministère de la Santé Publique, du Bien-être et des Sports

© RIVM 2010

Des parties de cette publication peuvent être reproduites à la condition de mentionner la source: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), le titre et l'année de publication'.



## Le rapport en quelques mots

Les Pays-Bas considèrent l'excision comme une forme sévère et irréparable de maltraitance et une atteinte fondamentale aux droits de l'homme et à l'intégrité physique.

Le gouvernement rejette donc l'excision: elle est interdite par la loi et se doit d'être prévenue et combattue.

Les services de santé pour la jeunesse (JGZ) jouent un rôle important dans la prévention de l'excision en entrant en dialogue avec les communautés (groupes ethniques) qui pratiquent les MGF.

C'est ce qu'établit le Point de vue Prévention des Mutilations Génitales Féminines (MGF) par les services de santé pour la jeunesse. Le point de vue a été développé par le Centre Santé de la Jeunesse du RIVM, en collaboration avec Pharos

Le point de vue a été développé à partir d'expériences menées dans les grandes villes des Pays-Bas. Les GGD (services médicaux municipaux) ont développé, en collaboration avec les communautés concernées et certains partenaires, une méthode pour aborder le sujet de l'excision, en évaluer le risque et d'apporter l'aide appropriée en cas d'intention d'excision ou en cas de problèmes si celle-ci a eu lieu. Les expériences ont permis de retirer au sujet son caractère de tabou et ont amené les parents à s'interroger sur les conséquences de l'excision pour leur(s) fille(s).

Le JGZ remplit un rôle important dans la mesure où il rentre en principe en contact avec toutes les filles dès leur naissance.

Le JGZ agit ici en étroite collaboration avec les partenaires tels que les associations à base communautaire, les sages-femmes, gynécologues, pédiatres, puéricultrices et les centres de conseil et de déclaration pour la maltraitance des enfants

L'excision est une pratique culturelle séculaire dans les pays d'Afrique et dans certains groupes de population du Proche-Orient, d'Asie et d'Amérique du Sud. Les communautés qui la pratiquent et qui ont émigré en Occident ont apporté cette coutume avec eux et les Pays-Bas ne font pas exception à la règle. Pour plus d'information: [meisjesbesnijdenis.nl](http://meisjesbesnijdenis.nl).

On utilise aux Pays-Bas le terme de mutilations génitales féminines (MGF) afin d'en souligner le caractère intolérable.

Pour établir le dialogue avec le groupe cible, les agents de prévention utilisent en pratique la terminologie moins violente de « circoncision des filles » ([meisjesbesnijdenis](http://meisjesbesnijdenis.nl))



## Résumé

Dutch society rejects Female Genital Mutilation (FGM) outright. FGM is a very serious form of child abuse, a fundamental breach of human rights and a degradation of the human body's integrity and must not be tolerated.

FGM is an age old tradition in a number of African countries, within some groups in the Middle East and Asia and also in South America. Prevalence in the latter countries is not known. Information is available on [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl). Four types of FGM are recognized.

FGM is usually performed on girls between 4 to 12 years old. Migration may influence the age at which FGM is performed.

FGM came to the Netherlands in the eighties when large groups of refugees from African countries sought asylum. FGM is still performed within these groups living in the Netherlands.

The term FGM is used in the Netherlands to express the severity of the practice in a country where FGM is not tolerated. However, professionals in prevention and care prefer to use the term 'girl circumcision' (meisjesbesnijdenis) because for some people the term FGM is so confrontational that it is not possible to talk about the subject. 'Girl circumcision' is less confrontational and provides the possibility to talk about the diverse aspects of FGM, such as criminality and the health consequences.

Youth Health Care (YHC) plays a central role in the prevention of FGM, because YHC regularly examines all girls from birth until the age of 18. YHC contributes by providing information and discussing FGM with the parents. YHC also cooperates closely with key people in the groups themselves, midwives, maternity care, GP's, gynecologists, pediatricians and the Office for Advice and Report of Child Abuse (Advies en Meldpunt Kindermishandeling).

The YHC-professional discusses all aspects of FGM, assesses the risks of FGM, acts when FGM is suspected and offers help if there are problems resulting from FGM. Providing information, both individually and in groups, about the functions of the human body, sexuality and the consequences of FGM is vital. YHC-professionals also help to get the message across that FGM is prohibited by law and that imprisonment is inevitable, because violation of the integrity of the human body, violation of the rights of the child and the health consequences are all unacceptable.



## Table des matières

Résumé		9
1	Introduction	11
1.1	Mission et méthode	11
2	Description des concepts	13
2.1	Excision des filles ou Mutilations génitales féminines (MGF)	13
2.2	Types de MGF	13
2.3	Services de Santé pour la Jeunesse	14
3	Contexte des MGF	15
3.1	Incidence et prévalence	15
3.2	Risques de santé	17
3.3	Aspects socioculturels	18
4	Contexte juridique	21
4.1	MGF et maltraitance des enfants	21
4.2	Législation néerlandaise applicable aux MGF	21
5	Méthode de travail des Services de Santé pour la Jeunesse	23
5.1	Présupposés	23
5.2	Encadrer les activités des SSJ dans l'approche élargie des MGF	23
5.3	Moments de contact	24
5.4	Conduite d'un entretien	25
5.5	Evaluation du risque	27
5.6	Enregistrement des MGF dans la base de données des JGZ	28
5.7	Déclaration contre les MGF	30
5.8	Prévenir les conséquences éventuelles d'une MGF avérée	30
5.9	Collaboration avec les sages-femmes et le personnel des maternités	32
5.10	Prévenir les conséquences éventuelles d'une MGF avérée	32
5.11	Collaboration avec le secteur de l'éducation	34
5.12	Rôle du généraliste et des autres intervenants	35
5.13	Organisations pertinentes à l'échelle nationale	35
6	Pré requis pour la mise en œuvre	37
6.1	Prévention sélective	37
6.2	Politique de l'organisation	37
6.3	Responsabilités de la commune	39



7	Références	41
8	Liste des abréviations	43
	Annexe 1: Aperçu des membres des groupes de travail, des organisations et des personnes consultées	45
	Annexe 2: Représentation des différents types de Mutilations génitales féminines	47
	Annexe 3: Eléments d'attention pour les MGF au cours des différents moments de contact	49
	Annexe 4: Mener une discussion de manière motivante	53
	Annexe 5: Modèles de phrases pour discussions sur les MGF	55

## Résumé

Les Mutilations génitales féminines (MGF) sont une forme grave et souvent irréparable de maltraitance.

Les MGF sont interdites par la loi néerlandaise en raison de leur atteinte inacceptable de l'intégrité physique des filles, des droits de l'enfant et de ses risques pour la santé.

Il s'agit d'une pratique culturelle ancienne dont l'origine n'est pas claire. L'excision n'est pas une obligation religieuse et n'est pas citée par le Coran et par la Bible. Les MGF sont pratiquées également par des personnes ayant d'autres convictions religieuses.

Suivant l'exemple de l'Organisation Mondiale de la Santé, les Pays-Bas utilisent le terme de MGF afin de souligner la gravité du problème et son caractère intolérable.

Le terme peut néanmoins être perçu comme si violent par un certain nombre de personnes pratiquant les MGF qu'une discussion sur le sujet devient impossible.

C'est donc plutôt le terme de "circoncision des filles" (meisjesbesnijdenis) que l'on a choisi d'utiliser avec les parents du groupe cible.

Il apparaît moins condamnatrice, ce qui renforce les chances de pouvoir engager une conversation.

Bannir cette forme de maltraitance et de mutilation hors des Pays-Bas implique la mise en place d'une approche globale, comprenant des mesures aussi bien préventives que répressives; de l'information et du signalement par les professionnels des services de santé pour la jeunesse et du secteur de l'éducation au suivi des déclarations par l'AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling) et à l'intervention du Conseil pour la Protection de l'Enfance, la Police et le Parquet (Openbaar Ministerie). Les organisations à base communautaire et des médiateurs issus des communautés qui pratiquent l'excision jouent un rôle important dans la prévention des MGF. Les communes sont responsables de cette politique au niveau local. La préparation de la politique relative à ce sujet est souvent confiée au service médical municipal (GGD). C'est également le GGD qui se charge d'en diriger l'exécution.

Les obstétriciens jouent un rôle important dans l'approche nationale dans la mesure où ils sont amenés à rencontrer toutes les femmes enceintes.

C'est le Service de Santé pour la Jeunesse (JGZ) qui détient le rôle central après la naissance dans la mesure où il est susceptible d'entrer en contact avec toutes les filles potentiellement à risque

Le JGZ contribue à la prévention des MGF en donnant de l'information et en engageant un dialogue.

Le JGZ travaille à la prévention des MGF en collaboration avec des partenaires du réseau tels que des organisations à base communautaire, les sages-femmes, les infirmières des maternités, les gynécologues, les pédiatres, les généralistes et l'AMK

Les moments de contact avec les enfants prévus dans le paquet minimum d'activités des services de santé pour la jeunesse (« *Basistakenpakket jeudgezondheidszorg* », BTP JGZ) sont utilisés pour aborder la question des MGF (information, discussion). Cela ne signifie pas qu'aucune attention ne doit être consacrée aux MGF entre chaque contact; il est possible de prévoir des moments de contacts supplémentaires et des visites à domicile si nécessaire.

Les contacts ont pour but de prévenir les MGF. Pour des filles excisées, il peut s'agir de réduire ou de limiter au maximum les conséquences des MGF. La discussion sur les MGF a pour but de:

- évaluer le risque qu'encourt la fille à ce moment d'être excisée;
- faire comprendre que les MGF sont un sujet normal de discussion et d'information dans les contacts avec l'équipe du JGZ, et se proposer comme interlocuteur ;
- faire comprendre que les MGF sont interdites aux Pays-Bas et remettre la déclaration contre les MGF;
- signaler les filles excisées et les conséquences de l'intervention afin de pouvoir ensuite proposer de l'aide en concertation avec l'AMK;

- Fournir de l'information sur les risques médicaux liés aux MGF; améliorer la connaissance que les filles ont de leur propre corps et le sens du lien existant entre troubles de santé et excision.

L'expérience tirée des projets pilote MGF dans six grandes villes apprend que le sujet des MGF n'est pas plus difficile à aborder que d'autres sujets difficiles ou que les problèmes niés par les parents.

Les conditions annexes suivantes sont essentielles: des compétences adéquates, une technique de discussion motivante, la connaissance du contexte, une disponibilité en temps et le Dossier Electronique Service de Santé pour la Jeunesse (DD JGZ) qui aide à l'évaluation du risque et à l'enregistrement. Le fonctionnaire dédié à la prévention de la maltraitance des enfants peut très bien être chargé aussi de la prévention des MGF.

# 1 Introduction

La société néerlandaise rejette toute forme de violence dans le cadre de relations de dépendance. Les mutilations génitales féminines (MGF) sont une forme grave et irréparable de maltraitance et sont donc condamnées à ce titre.

Les MGF constituent une violation fondamentale des droits de l'homme et de l'intégrité physique. Les MGF doivent être combattues.

Les Pays-Bas ont été confrontés avec la problématique des MGF dans les années 80 du siècle passé, avec l'arrivée de Somaliens, l'un des groupes les plus importants de réfugiés aux Pays-Bas.

Il semble que l'excision de filles somaliennes et sans doute d'autres petites migrantes habitant aux Pays-Bas continue d'être pratiquée.

A l'issue d'une discussion au Parlement, le gouvernement néerlandais a adopté en août 2005 un point de vue clair au sujet des MGF: il s'agit « *d'une forme de violence à laquelle le Cabinet souhaite le plus rapidement possible mettre un terme aux Pays-Bas.* ». Le Cabinet a fait le choix d'une politique à deux volets. On a mis en place une approche élargie comprenant des mesures aussi bien préventives que répressives ; de l'information et du signalement par les professionnels des services de santé pour la jeunesse et du secteur de l'éducation au suivi des déclarations par l'AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling) et à l'intervention du Conseil pour la Protection de l'Enfance, de la Police et du Parquet (Openbaar Ministerie).

En 2004, le groupement des Médecins pour la Santé de la Jeunesse (MSJ) ont publié une feuille de route MGF où ils indiquaient ce que devait, selon eux, être le rôle du médecin et de l'infirmier-e pour la jeunesse. Cette feuille de route a été reprise par l'AJN en collaboration avec LVSV, Actiz, V&VN, le GGD Pays-Bas, MOA et Pharos pour aboutir au protocole d'entretien MGF (Eerdenburg, 2005) [1]

En 2006 ont été lancés six projets pilotes dans six villes, avec les groupes à plus haut risque. Ces projets pilotes étaient marqués par une approche élargie combinant prévention et lutte contre les MGF, une combinaison de sensibilisation réalisée par des personnes clés issues du groupe cible et d'activités de prévention prises en charge par le JGZ. Le JGZ fait partie d'une chaîne comportant également des organisations à base communautaire, des sages-femmes, des gynécologues, des pédiatres, des médecins généralistes, les AMK et d'autres, chaîne au sein de laquelle il joue un rôle important. Les évaluations conduites par B&A (Van Koert et al., 2008) [2] et le Bureau van Montfoort (Van Burik et al., 2009) [3] ont permis de montrer que si les projets pilotes avaient permis de faire beaucoup, un certain nombre de points demandaient encore à être améliorés.

En termes de prévention collective des MGF, beaucoup d'expérience a également pu être accumulée au sein des centres de demandeurs d'asile. Peu après leur arrivée aux Pays-Bas, les arrivants sont exposés à des séances d'éducation à la santé dispensées par des médiateurs, associées à des employés du JGZ, de manière à ce que les signaux atteignent la bonne cible. Cette répartition des rôles s'est révélée extrêmement fonctionnelle.

## 1.1 Mission et mode de fonctionnement

A la suite des évaluations des projets pilotes-MGF, le Ministère de la jeunesse et la famille a chargé le RIVM/ Centre pour la santé de la jeunesse, en collaboration avec Pharos, les associations professionnelles et les services du JGZ, de rédiger un point de vue sur la prévention des MGF par les services de santé pour la jeunesse, qui intègre les autres secteurs concernés. Le point de vue est destiné à appuyer les professionnels du JGZ dans leur mission de prévention et de signalement des (conséquences des) MGF.

Un point de vue a été rédigé en collaboration avec un groupe de travail '*Prévention des MGF par le JGZ*', composé de représentants d'AJN, de la section jeunesse du V&VN, du NVDA, des projets pilotes, du GGD Pays-Bas, d'Actiz et du GGD NL/PGA. Il a été soumis à l'appréciation de la Commission de conseil en directives (RAC) des services de santé pour la jeunesse et est resté en ligne pendant un mois sur les sites Web du centre de santé pour la jeunesse, de ses organisations interprofessionnelles et de ses groupements professionnels, afin de pouvoir être consulté par le terrain.

Les commentaires ont été discutés au sein du groupe de travail et de point de vue a été révisé. Le groupe de travail s'est réuni quatre fois. Le point de vue a, pour finir, été soumis au conseil consultatif du RIVM/ Centre pour la santé de la jeunesse.

Le protocole d'entretien excision des filles (Eerdenburg, 2005) [1] forme la base du point de vue. Ce protocole d'entretien a été testé par les six villes pilotes et évalué par B&A et par Van Montfoort. Pharos a également réalisé une revue de son utilisation. Il a par ailleurs été fait usage d'un certain nombre de documents récents tels que le Protocole d'action pour les mutilations génitales féminines chez les mineures.

*Directive du JGZ pour la prévention secondaire de la maltraitance des enfants.*

Les MGF constituent une forme particulière de maltraitance des enfants. Le point de vue est donc établi en accord avec la directive du JGZ pour la prévention secondaire de la maltraitance des enfants.

Les organisations collaboratrices et partenaires sont en grande partie les mêmes. La loi et la réglementation applicables la maltraitance des enfants s'appliquent également aux MGF. Le présent point de vue ne s'attarde donc pas sur cette législation. On peut la trouver dans la Directive prévention secondaire de la maltraitance des enfants. Le point de vue s'attache a contrario au cadre juridique spécifique aux MGF. Il faudra voir dans l'avenir comment synthétiser les deux documents sous la forme d'une seule directive.

## 2 Description des concepts

### 2.1 Excision ou mutilations génitales féminines (MGF)

On utilise aux Pays-Bas le terme de ‘mutilations génitales féminines’ (MGF), à l’exemple de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour établir de la manière la plus claire possible qu’il s’agit ici d’un très grave problème et que les MGF ne sont pas tolérées. Le terme anglais utilisé pour les MGF est celui de female genital mutilation (FGM) ou de female genital cutting (FGC)

L’utilisation du terme de MGF pose le problème de manière claire mais peut être trop direct pour les personnes issues des groupes pratiquant les MGF et bloquer la discussion. Dans les actions de prévention on préfère donc le terme de ‘circoncision des filles’ (« *meisjesbesnijdenis* ») dont la connotation est moins condamnatrice et qui renforce donc la possibilité de pouvoir rentrer en discussion avec ces groupes.

### 2.2 Types de MGF

La MGF est une intervention sur les organes génitaux externes pour laquelle n’existe pas de nécessité médicale. On applique la typologie suivante (OMS, 2008). Voir également les illustrations en Annexe 3.

**Type 1.** Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce. On parle ici de clitoridectomie.

**Type 2.** Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres. Egalement appelée excision.

**Type 3.** Rétrécissement de l’orifice vaginal par ablation et suture entre elles des petites et/ou des grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris. Egalement appelé infibulation.

**Type 4.** Toute autre action néfaste commise sur les organes sexuels féminins pour des raisons non médicales, telles que piquer, percer, inciser, scarifier et brûler.

Le point de vue s’intéresse aux MGF pratiquées en tant que pratique culturelle.

On utilise également les termes de ‘désinfibulation’ et de ‘ré-infibulation’. La désinfibulation consiste en un agrandissement de l’ouverture ou en une suppression de l’obstacle, en général avant le mariage ou un accouchement. La ré-infibulation consiste à recoudre les éléments restants des lèvres, entre autres après un accouchement, de telle manière que l’orifice vaginal est de nouveau diminué, jusqu’à retrouver les dimensions créées à l’origine par l’excision.

Sunna: désignerait une forme atténuée du MGF, en l’occurrence le fait de simplement piquer le clitoris jusqu’à l’apparition d’une goutte de sang. Dans la pratique au contraire, le terme de ‘sunna’ apparaît comme un terme générique, recouvrant l’ensemble des formes de MGF. Dans certains groupes on ne considère pas la ‘sunna’ comme une MGF. Il est donc toujours nécessaire d’interroger les gens jusqu’à obtenir la clarté sur ce qu’ils veulent exactement dire!

Le terme de MGF, tel que nous l’envisageons dans ce point de vue, ne désigne clairement pas les questions relatives à la correction des cicatrices résultant d’actes médicaux réguliers ou de demandes de corrections cosmétiques des organes génitaux externes. Pour ces questions, nous renvoyons au protocole-modèle Réduction des lèvres (NVPC en NVOG, 2008) [4]. Ce protocole peut être téléchargé sur <http://www.nvog-documenten.nl/>.

## 2.3 Soins de santé pour la jeunesse

Les soins de santé pour la jeunesse (JGZ) sont des soins de santé préventifs. La mission de JGZ est de favoriser, prémunir et protéger la sécurité, la croissance et le développement de l'enfant et du jeune afin de prévenir les menaces sur la santé. Le JGZ suit le développement physique, psychique, social et cognitif des jeunes et place ce développement à un niveau central, tant sur le plan individuel que de la population. Le JGZ informe par ailleurs enfants et parents sur les comportements sains, signale les (risques de) troubles et assure un suivi ou une référence adéquat(e)s. Le JGZ renforce la capacité éducative des parents en prodiguant un appui à l'éducation. Les tâches, responsabilités et prérogatives du JGZ sont établies par la Loi de Santé Publique (2008).

Le JGZ n'a pas de mission d'enquête dirigée vers la poursuite pénale des MGF, mais s'attache à la prévention des MGF en tentant de convaincre les parents de ne pas faire exciser leur fille. Le JGZ redirige également une fillette excisée vers les services d'aide adéquats.

Le JGZ prodigue également des soins aux enfants de demandeurs d'asile. Ces soins de santé préventifs pour demandeurs d'asile (PGA) sont une forme régulière de soins de santé à la jeunesse financée par d'autres sources. C'est l'Organe Central de Prise en Charge des Demandeurs d'Asile (COA) qui finance ces soins.

## 3 Contexte des MGF

### 3.1 Incidence et prévalence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime le nombre de filles et femmes excisées dans le monde à un chiffre compris entre 100 et 140 millions. 3 millions de fillettes courent chaque année le risque d'être excisées.

Les MGF sont une pratique séculaire dans 28 pays Africains (voir carte géographique), et chez certains groupements de population dans un certain nombre de pays du Proche-Orient (comme le Yémen), l'Asie (comme l'Indonésie, le Kurdistan), mais également en Amérique du Sud. La prévalence dans ces derniers pays n'est pas connue. Cette coutume s'est répandue en Europe, Australie, Nouvelle-Zélande et Amérique du Nord avec la migration des communautés pratiquant les MGF.

En Somalie, à Djibouti, en Erythrée et au Nord Soudan, c'est en général la forme la plus sévère – l'infibulation – qui est pratiquée.

L'excision est généralement pratiquée chez des fillettes. L'âge dépend des traditions locales et des circonstances, mais l'excision a généralement lieu entre 4 et 12 ans. Dans un certain nombre de cultures, on excise dès les quelques jours suivant la naissance. La MGF peut également avoir lieu quelques jours précédant le mariage. L'âge auquel les fillettes sont excisées en Somalie est compris entre 6 et 10 ans, avant les premières règles. La migration peut conduire à pratiquer l'excision à un autre âge. Des histoires circulent selon lesquelles des familles résidant aux Pays-Bas feraient envoyer leurs filles à l'étranger pour pouvoir y faire pratiquer l'intervention. Celle-ci a donc souvent lieu lors des vacances scolaires, de manière à ce que les fillettes puissent s'en remettre.

Des chiffres du Bureau Central de la Statistique (CBS) indiquent qu'au 1er janvier 2009, environ 56.000 femmes issues de pays dans lesquels les MGF sont pratiquées de longue date, résident aux Pays-Bas. Il s'agit ici surtout de femmes de Somalie, du Ghana et d'Égypte. Parmi elles, on compte quelques 25.000 filles de moins de 19 ans. Les demandeuses d'asile et les femmes et filles en séjour illégal aux Pays-Bas ne sont pas comptabilisées ici.

On ne dispose pas de chiffres exacts sur la prévalence des MGF aux Pays-Bas. Des obstétriciens (Korfker et al., 2009) [5] ont rapporté en 2008 une prévalence des MGF, par mesure rétrospective dans les cabinets de sages-femmes, de quelques 3 femmes excisées pour 1000 femmes enceintes aux Pays-Bas.

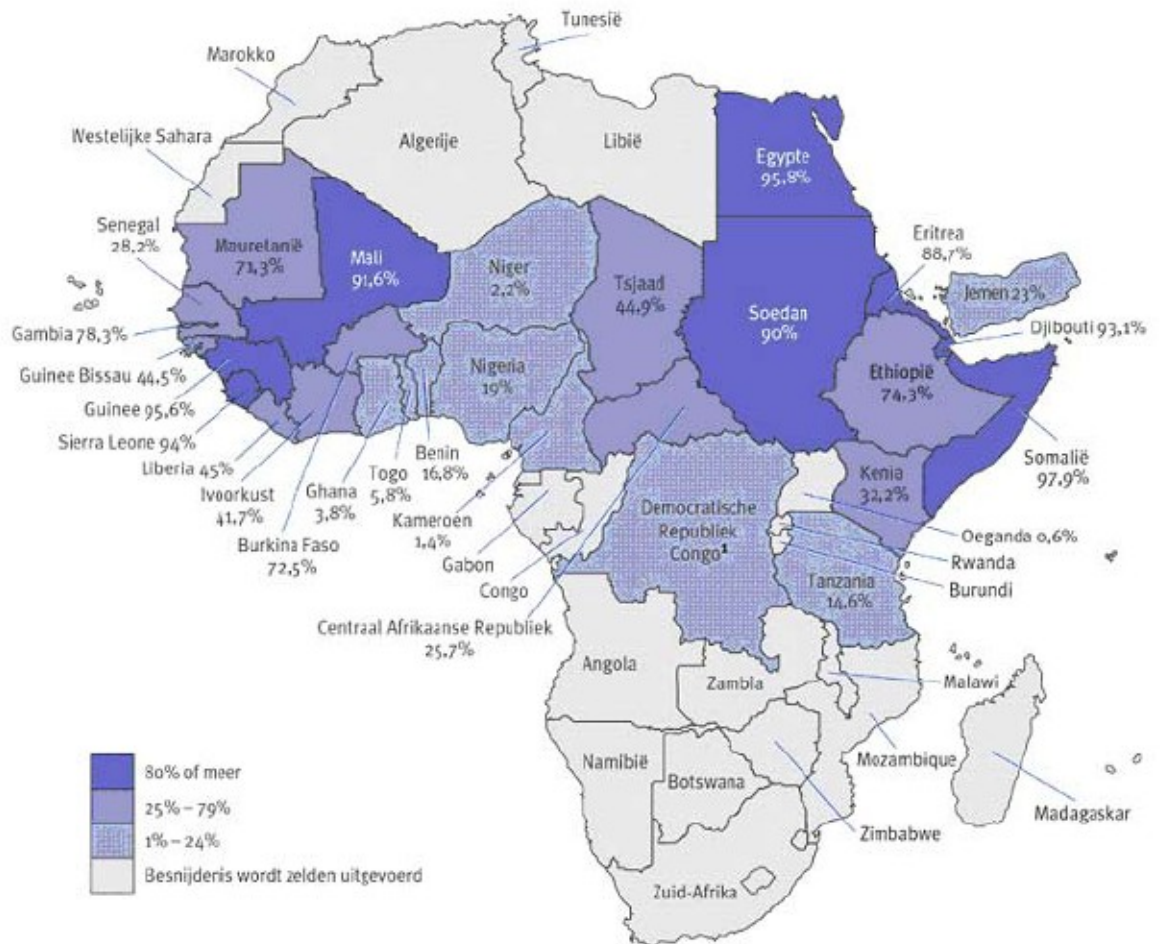
#### **Prévenir les MGF dans le pays d'origine**

La carte géographique (Figure 1) indique le pourcentage de femmes excisées dans un certain nombre de pays d'Afrique. Plus d'information peut être obtenue sur le site [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl). Des recherches ont également montré que les MGF sont pratiquées dans d'autres pays. Dans la région Kurde autonome du Nord de l'Irak 73% environ des femmes subissent une excision. On a également rapporté des cas de MGF pour les pays suivants, bien que l'on ne dispose pas de chiffres de prévalence nationale : Inde, Indonésie, Israël, Malaisie, les Emirats Arabes Unis. On rapporte en outre des cas de MGF, impossible à étayer, pour les pays suivants: Colombie, Oman, Pérou et Sri Lanka.



## Risicolanden en prevalentie meisjesbesnijdenis

Besneden meisjes en vrouwen in de leeftijd van 15 tot 49 jaar



Risicolanden op alfabet:

Benin	Eritrea	Ivoorkust	Mauritanie	Soedan
Burkina Faso	Ethiopië	Jemen	Niger	Somalië
Centraal-Afrikaanse Republiek	Gambia	Kameroen	Nigeria	Tanzania
Democratische Republiek Congo	Ghana	Kenia	Oeganda	Togo
Djibouti	Guinee	Liberia	Senegal	Tsjaad
Egypte	Guinee-Bissau	Mali	Sierra Leone	



Een initiatief van PHAROS

Dere kaart is herzien in november 2008. De gegevens zijn ontleend aan *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency Statement* (2008). Geneva: WHO.

<sup>1</sup> Voor Democratische Republiek Congo zijn geen betrouwbare onderzoeksgegevens beschikbaar. Bronnen geven een prevalentie tussen 5 en 13%.

Figure 1: Pays à risque et prévalence des MGF chez les femmes de 15 à 49 ans

Pays d'origine (CBS: 2009)	Total	Pays d'origine (CBS: 2009)	Total
Bénin	60	Kenya	654
Burkina Faso	103	Liberia	648
Rep. centrafricaine	13	Mali	67
République Démocratique du Congo	1.773	Mauritanie	46
Djibouti	54	Niger	52
Egypte	4.081	Nigeria	2.210
Erythrée	221	Ouganda	200
Ethiopie	1.843	Sénégal	307
Gambie	174	Sierra Leone	913
Ghana	3.826	Soudan	1.133
Guinée	541	Somalie	4.398
Guinée-Bissau	49	Tanzania	445
Côte d'Ivoire	269	Togo	285
Yémen	103	Tchad	26
Cameroun	491		

**Tableau 1: Filles de 0 à 19 ans résidant aux Pays-Bas, classées par pays d'origine**

### 3.2 Risques pour la santé

Les risques de plaintes physiques et de complications médicales sont importantes avec les MGF, tant durant l'intervention que par la suite. La plupart des problèmes résultent de l'infibulation. Les MGF peuvent également induire des troubles psychiques et des problèmes sexuels.

Conséquences directes pendant et directement après l'intervention :

- douleur extrême (lorsque l'intervention est pratiquée sans anesthésie);
- troubles de la miction (miction douloureuse, accumulation d'urine dans la vessie);
- perte excessive de sang;
- risques d'infection;
- risque de décès de la fille.

Suite potentielles après l'intervention:

- rapports sexuels douloureux;
- perte potentielle de la fonction et des sensations sexuelle(s);
- intervention(s) médicale(s) pour rendre possible les rapports sexuels et l'accouchement;
- troubles de la menstruation et miction difficile et/ ou douloureuse ;
- infection des voies urinaires;
- douleur chronique dans le bas-ventre;
- infertilité due à des infections gynécologiques;
- formation de cicatrices;
- examens internes difficiles (frottis);
- complications obstétriques et formation de fistule résultant dans une incontinence urinaire et anale;
- dans une phase ultérieure, problèmes psychosomatiques et psychosociaux.

### 3.3 Aspects socioculturels

La MGF est une ancienne coutume culturelle dont l'origine n'est pas claire. L'excision des filles n'est mentionnée ni dans le Coran ni dans la Bible.

Les parents font pratiquer l'excision parce que la fille n'aurait autrement aucune chance de trouver un mari, autrement dit pour garantir son avenir. Le mariage est le facteur le plus fréquemment pris en considération, après celui de la pression du groupe. Les gens sont prisonniers de leurs normes sociales : puisque tous les autres font exciser leurs filles, tout un chacun est tenu de s'y conformer. Le rituel de l'excision est considéré comme un événement joyeux, une fête qui permet à la fille d'entrer pleinement dans la communauté. Il s'agit d'une tradition séculaire et la pression familiale pour la maintenir est grande. Les raisons suivantes sont invoquées :

- l'excision contribue à déterminer l'identité féminine de la fille. Elle marque l'entrée dans le groupe qui lui est propre ou dans la société. Cela est en lien avec les opinions, les valeurs et les normes qui entourent des concepts tels que la virginité, la chasteté et la pureté ;
- l'excision 'assure' la virginité de la fille;
- l'excision renforce ses chances de mariage;
- les faire exciser semble être la seule manière pour les parents de permettre à leur filles de mener une vie respectable ;
- les filles non excisées sont considérées comme impures. On leur attribue un comportement sexuel débridé et on les rejette ;
- un certain nombre de femmes est persuadé qu'elle peuvent, grâce à la petitesse de l'orifice, donner plus de plaisir à leur mari qu'une femme non excisée. Les hommes se montrent généreux et agréables après la ré-infibulation qui suit l'accouchement. Les femmes indiquent que les hommes apprécient le fait que l'orifice soit de nouveau petit. (Gruenbaum, 2001) [6].

Beaucoup de femmes ont le sentiment que les troubles suivant l'excision ne sont non pas causés par l'excision mais sont liés au fait d'être une femme. Cela s'accompagne souvent d'une méconnaissance du corps humain et de son fonctionnement. Il est donc nécessaire d'accorder de l'attention à l'information sur le corps humain (biologie) et sur la sexualité.

Le fait que le lien ne soit pas fait entre les problèmes de santé et l'excision rend une discussion sur la non-excision difficile. Une discussion sur le fait que les MGF ne sont pas tolérées aux Pays-Bas est possible lorsque les femmes font le lien entre l'excision et les risques pour la santé. Il faut néanmoins avoir conscience du fait que, comme dans beaucoup de cas où une mauvaise nouvelle est annoncée, peut s'amorcer un processus où le sujet passe successivement par la colère, le rejet, le sentiment de culpabilité avant qu'il puisse être question d'acceptation.

De plus en plus de pays africains d'élèvent contre les MGF. Le protocole de Maputo (2003) [7] a pour but de renforcer et favoriser les droits des femmes sur le continent africain. On y condamne les violences faites aux femmes, dont les MGF : 45 des 53 pays d'Afrique ont entretemps signé le protocole et 27 l'ont ratifié, parmi lesquels 13 pays où les MGF sont pratiquées.

**Protocol to The African Charter On Human And Peoples' Rights On The Rights Of Women In Africa**

**Article 5b of the Elimination of Harmful Practices**

States Parties shall prohibit and condemn all forms of harmful practices which negatively affect the human rights of women and which are contrary to recognized international standards. States parties shall take all necessary legislative and other measures to eliminate such practices, including:

b) prohibition, through legislative measures backed by sanctions, of all forms of female genital mutilation, scarification, medicalization and para-medicalisation of female genital mutilation and all other practices in order to eradicate them.

**Cadre 1: Le protocole de Maputo**



## 4 Contexte juridique

### 4.1 MGF et maltraitance des enfants

Les MGF sont une forme grave de maltraitance des enfants. Toute la législation applicable à la maltraitance des enfants, tel la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)<sup>1</sup> est applicable aux MGF. Plus d'informations peuvent être trouvées dans la Directive JGZ pour la prévention secondaire de la maltraitance des enfants, téléchargeable sur [www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen](http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen). Le point de vue ne revient pas sur cette législation et cette réglementation pour éviter les doublons et les risques de contradiction. Ce chapitre décrit par contre la législation spécifique aux MGF.

Les médecins/ pédiatres membres de la fédération KNMG peuvent, en cas d'incertitudes sur les implications d'une action, demander conseil sur la ligne d'information pour médecins du KNMG (+31 30-2823322). Le KNMG dispose d'un code de signalement pour la maltraitance des enfants. Les infirmiers pédiatriques membres de V&VN peuvent à cet effet s'adresser à la Coupole du personnel infirmier et soignant des Pays-Bas (V&VN, tel +31 30-2919050). Le V&VN développe actuellement un code de signalement pour infirmiers et soignants. On peut en guise d'alternative avoir recours au juriste de sa propre organisation.

### 4.2 Législation applicable aux MGF aux Pays-Bas

Les MGF sont considérées comme une atteinte au droit à la vie, à l'interdiction de la torture, au droit à la santé et au droit à l'intégrité physique. Ceci découle de traités internationaux et régionaux tels que la Charte du droit des femmes des Nations-Unies, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

#### **CIDE Article 19 Protection contre la maltraitance des enfants**

L'enfant a droit à une protection contre toutes les formes de maltraitance physique et mentale, d'abandon ou de négligence aussi bien au sein de la famille qu'en dehors de celle-ci. Les pouvoirs publics prennent des mesures en vue de les prévenir et de les signaler et assurent leur prise en charge.
--

#### **Cadre 2: CIDE Article 19 Protection contre la maltraitance des enfants**

Les pouvoirs publics néerlandais ont, comme un certain nombre d'autres pays européens, interdit toutes les formes de MGF. Aux Pays-Bas, les MGF sont passible de peines comme forme de maltraitance (art. 300-304, 307, 308 Code Pénal, WvSr). Elles sont passibles d'une peine maximale de prison de douze ans ou d'une amende de maximum 74 000 euros.

Lorsque l'intervention est pratiquée par un non médecin, n'en ayant pas reçu l'ordre de la part d'un médecin, elle tombe en outre sous le coup la loi BIG (loi sur les métiers) en tant que pratique illégale d'un acte réservé. Les médecins qui apportent leur collaboration à une excision peuvent par ailleurs être jugés sur la base du code de déontologie médicale.

<sup>1</sup> [www.kinderrechten.nl](http://www.kinderrechten.nl)

La peine de prison peut être augmentée d'un tiers si une MGF est pratiquée par un des parents lui-même sur sa propre fille, ou sur un enfant sur lequel il a l'autorité, ou dont il prend soin ou qu'il élève comme s'il appartenait à sa famille (art. 304 sub 1 WvSr). Les parents sont également passibles de peines s'ils donnent l'ordre, financent ou fournissent des moyens pour réaliser une MGF est pratiquée et/ou s'ils apportent leur concours lors de l'excision. Ces agissements sont considérés par le droit pénal néerlandais comme incitation, connivence ou complicité (art. 47 en 48 WvSr).

#### *Poursuites*

Un suspect peut être poursuivi pour une MGF pratiquée à l'étranger pour peu que le suspect ait la nationalité néerlandaise ou dispose d'un logement ou d'un lieu de résidence fixe aux Pays-Bas (WvSr 1<sup>er</sup> février 2006).

Le délai de prescription a été rallongé à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009. Une femme a la possibilité de déclarer son excision jusqu'au moment où elle a atteint l'âge de 38 ans.

Les pouvoirs publics n'ont pas l'autorité pour forcer des groupes de citoyens à collaborer à un examen physique dans le but de repérer les MGF. Des preuves obtenues lors d'un contrôle forcé seront donc déclarées nulles par le juge. Cette mesure est donc inefficace pour le dépistage et la poursuite des MGF.

#### *Examen médical d'une mineure*

L'examen médical des mineures est un point qui requiert l'attention. Le placement sous tutelle (OTS) limite l'autorité des parents mais leur accord demeure nécessaire pour pratiquer un examen médical si la fille a moins de douze ans. L'autorisation des parents peut être remplacée par celle du juge pour enfants. Le Bureau Jeugdzorg (Bureau d'aide à la jeunesse) peut en faire la requête sur la base de l'art. 1:264 BW. Si la fille a douze ans mais moins de seize ans c'est aussi bien l'autorisation des parents que celle de la fille qui est requise pour l'examen médical. Si la fille a seize ans ou plus, l'autorisation des parents n'est plus nécessaire. Voir également le protocole d'action MGF chez les mineures.

#### *Droit des étrangers*

Dans le droit des étrangers le risque d'excision peut être un motif de droit de séjour. Le lien entre questions de santé, risques de maltraitance et droit de séjour est complexe et il n'est donc pas du ressort des services de santé pour la jeunesse de fournir de l'information sur le droit des étrangers. Lorsqu'au cours d'un entretien avec un demandeur ou une demandeuse d'asile ou un autre étranger est établi un lien entre droit de séjour aux Pays-Bas et excision féminine, vous pouvez conseiller au parent ou à la jeune fille de poser ces questions à l'aide juridique.

## 5 Méthode de travail des services de santé pour la jeunesse

### 5.1 Présupposés

Les enfants ont aux Pays-Bas droit à la protection des pouvoirs publics.

Toutes les formes de MGF sont interdites par la loi aux Pays-Bas, en vue de protéger la santé de l'enfant.

Le JGZ joue un rôle central dans la prévention des MGF dans la mesure où il peut potentiellement rentrer en contact avec l'ensemble des filles. Le JGZ peut contribuer à prévenir les MGF en faisant de la sensibilisation et en engageant le dialogue. Le JGZ travaille ici en étroite collaboration avec les partenaires de la chaîne tels que les organisations à base communautaires, les sages-femmes, les gynécologues, les pédiatres, le personnel des maternités, les médecins généralistes et les AMK.

Le rôle du professionnel du JGZ est permettre d'aborder le sujet des MGF, d'évaluer le risque de MGF, d'entreprendre une action en cas de (suspicion de) MGF planifiée et d'apporter de l'aide en cas de problèmes éventuels suivant l'excision. La sensibilisation individuelle comme collective, par exemple sur le fonctionnement du corps humain, la sexualité et les conséquences des MGF constitue une part importante de la prévention des MGF.

Les employés du JGZ dispensent un discours univoque établissant que les MGF de tout type sont interdites par la loi néerlandaise, en raison de leur atteinte inacceptable à l'intégrité physique des filles, aux droits de l'enfant et des risques pour la santé dont elles sont porteuses. Les MGF sont un délit.

*En cas de (menace de) MGF: toujours effectuer une déclaration auprès de l'AMK, sauf si...*

Les MGF appartiennent au champ de la maltraitance des enfants. On attend donc d'un professionnel du JGZ qu'il/ elle agisse, en cas de suspicion d'une MGF sur le point d'être, ou déjà pratiquée, en conformité avec le Code national de signalement maltraitance des enfants (*Meldcode Kindermishandeling*) et qu'il/elle le déclare toujours auprès de l'AMK (*Advies-en Meldpunt Kindermishandeling* - Centre de conseils et de déclaration pour la maltraitance des enfants), sauf s'il/ elle a de très sérieuses raisons pour ne pas le faire.

### 5.2 Encadrer les activités du JGZ au sein de l'approche globale de prévention et répression des MGF

Un ensemble de mesures préventives et répressives a été mise en place pour bannir cette forme grave de maltraitance des enfants aux Pays-Bas. Au niveau local, ce sont les communes qui sont responsables de cette politique. La préparation de la politique et le suivi de son application ont été confiés au service médical municipal (GGD).

En tant que pratique culturelle, les MGF ne peuvent pas disparaître par le simple fait d'une pression extérieure. C'est la raison pour laquelle l'implication de médiateurs issus des communautés concernées est importante. Les médiateurs remplissent un rôle important, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté. Ils se rendent chez les gens et organisent des réunions de sensibilisation.

La visite à domicile, parce qu'elle est plus intime, offre des opportunités et des possibilités de dialogue. Elle offre de bonnes opportunités pour un entretien confidentiel, plus que lors de réunions de sensibilisation. Ces visites à domicile et ces réunions peuvent être l'occasion de repérer de nouveaux médiateurs communautaires.



Le recrutement de médiateurs est également réalisé par les organisations à base communautaire. Un profil type a été réalisé par Pharos et la Fédération des associations somaliennes aux Pays-Bas (FSAN). Les projets pilotes ont démontré que l'efficacité des visites à domicile est renforcée lorsque l'on a investi dans la formation et les compétences des médiateurs. Pharos peut, en collaboration avec FSAN, organiser des formations et des remises à niveau pour ces médiateurs.

Il est devenu de plus en plus clair avec l'expérience acquise par les projets pilotes que l'implication des chefs religieux est cruciale dans le combat contre les MGF. Ils ont non seulement beaucoup d'influence mais ils ont également une grande capacité à toucher les gens au sein de leur communauté. Ils sont par excellence en position de remettre en cause les prétendues considérations religieuses relatives aux MGF. Il est néanmoins important que les chefs religieux et les organisations à base communautaire délivrent le même message.

Les projets pilote MGF ont également appris qu'il était possible aux organisations à base communautaire d'atteindre un plus grand nombre de personnes et un groupe plus large en alternant des réunions spécifiques sur les MGF et des réunions thématiques à plus large spectre, des activités de détente et des festivités intégrant sensibilisation et discussion sur les MGF.

### 5.3 Moments de contact

Le sujet des MGF n'est **pas abordé une seule fois mais à plusieurs reprises**. Il existe plusieurs moments de contact avec les enfants dans le Paquet minimum des services de santé à la jeunesse (BTP JGZ) (Dunnink 2008) [8] au sein desquels la discussion sur les MGF peut commodément s'insérer. Cela ne signifie pas qu'aucune attention ne doit être accordée aux MGF entre chaque contact prévu par les textes. Des moments supplémentaires de contact et des visites à domicile peuvent également être mis(e)s en place. Cela dépendra du déroulement des premiers contacts et des discussions sur le sujet.

Le but des contacts réside dans la prévention des MGF (prévention primaire). La prévention d'une aggravation des conséquences de la MGF (prévention secondaire) peut être d'actualité chez les filles qui ont déjà été excisées.

Les buts de la sensibilisation et de la discussion sur les MGF sont:

- évaluer le risque que court la fille à ce moment -là d'être excisée;
- indiquer clairement que les MGF sont un sujet normal de discussion et de sensibilisation au cours des contacts avec l'équipe du JGZ et vous proposer comme interlocuteur;
- indiquer clairement que les MGF sont interdites aux Pays-Bas et donner une copie de la déclaration contre les MGF;
- signaler les filles excisées et les conséquences de l'intervention pour pouvoir ensuite proposer de l'aide en concertation avec l'AMK;
- donner de l'information sur les risques médicaux des MGF et stimuler la connaissance du propre corps et la conscience du lien existant entre troubles de la santé et excision.

Les moments de contact au cours desquels le sujet des MGF peut être abordé sont:

- 1ère visite à domicile/ visite de prise en charge;
- 1ère visite dans un Centre de protection maternelle et infantile (Consultatiebureau) aux alentours de l'âge de 4 semaines.
- moment de contact aux alentours de 18 mois;
- moment de contact à 3 ans et 9 mois;
- moment de contact à 5 ans;
- moment de contact à 10 ans;
- moment de contact de la deuxième classe de l'enseignement secondaire;

- moment de contact dans l'enseignement spécialisé;
- moment de contact supplémentaire en cas de signaux de:
  - o professeurs ou autres,
  - o existence d'une sœur plus jeune,
  - o JGZ lui-même;
- moment de contact pour enfants de demandeurs d'asile.

Un point qui réclame l'attention est qu'après le moment de contact à l'âge de 12-13 ans, le JGZ ne dispose plus de moments de contact fixes avec les jeunes. Mais le JGZ conserve la possibilité de re-convoquer les enfants en cas de signaux. Dans le cas où ce groupe s'avère important, le JGZ doit négocier avec la commune pour créer une offre particulière pour ce groupe à risque.

Le paquet minimum d'activités du JGZ pour les enfants demandeurs d'asile de 0-19 ans (PGA) détaille les moments de contact et les activités spécifiques pour ce groupe-cible. Les 0-4 ans dépendent du paquet régulier. Pour les 4-19 ans ce sont les moments de contact (sur base d'âge, non de contenu) à l'œuvre dans l'enseignement spécialisé qui valent. Pour les enfants demandeurs d'asile venant d'arriver, il est prévu un entretien par un infirmier, un examen médical par un pédiatre et le programme de (re)vaccination. Le paquet minimum d'activités pour demandeurs d'asile est disponible sur [www.ggd Kennisnet.nl/35376](http://www.ggd Kennisnet.nl/35376).

L'Annexe 4 décrit un certain nombre de points spécifiques d'attention pour les différents moments de contact.

#### *Liste alphabétique de référence pour jeunes à risque*

Toutes les communes ont l'obligation, au plus tard au 1er janvier 2011, de travailler avec une liste alphabétique de référence. Cette liste alphabétique de référence a pour but de mettre en contact les professionnels travaillant avec les mêmes jeunes. Elle peut être utilisée pour les MGF, pour entrer en contact avec les autres intervenants impliqués dans le suivi de la jeune fille à risque.

## 5.4 Conduite d'un entretien

Il n'est ni possible, ni souhaitable de fournir une grille d'entretien à suivre à la lettre. Chaque discussion sera différente. Certains principes doivent néanmoins être mentionnés.

Les sujets sensibles sont un défi pour les compétences en communication des médecins et infirmier-es. Dans le cas des MGF, il est évidemment également nécessaire d'avoir des connaissances sur les MGF. L'expérience accumulée dans les projets pilotes montre qu'il n'est pas plus difficile d'aborder le sujet des MGF que celui d'autres sujets sensibles tels que la maltraitance des enfants ou les problèmes d'éducation.

Le sujet des MGF est introduit de manière ouverte et active lors d'un premier contact avec une famille à risque, comme un sujet de conversation normal et structuré au sein des services de santé pour la jeunesse. Il doit devenir normal de poser la question pour chaque fille concernée, tout comme le JGZ s'enquiert à chaque nouvelle naissance de la situation de logement, du contexte familial et de l'hérédité. Si un employé du JGZ considère le fait d'aborder le sujet comme évident et l'introduit de cette manière, la charge émotionnelle s'en trouve diminuée d'autant.

S'il y a barrière linguistique, il est conseillé de recourir à des interprètes assermentés (féminins de préférence) connaissant le sujet, ou à des médiateurs issues de la même communauté.

Les points suivants requièrent l'attention dans un entretien sur les MGF, comme dans tout entretien: montrez du respect pour la personne, sa culture et la situation;

- montrez de la patience et respectez le dilemme dans lequel se trouvent les mères/ parents;
- faites-en sorte que les personnes se sentent en sécurité;
- investissez du temps et des efforts pour construire une relation de confiance avec les personnes concernées;
- introduisez la thématique de manière ouverte et active;
- invitez-vous comme un interlocuteur qui a une connaissance sur le sujet;
- mettez-vous dans une position d'apprenant et posez des questions.

Pensez aux possibilités suivantes pour faciliter l'entretien sur les MGF:

- ayez recours aux moments de contact prévus dans le paquet minimum des JZG;
- ayez si nécessaire recours à la possibilité d'une visite supplémentaire sur des signes de risque;
- associez le conjoint et d'autres membres importants de la famille à la conversation sur le sujet;
- évitez la question 'pourquoi' parce qu'elle est porteuse de reproches et ne suscitera pas de réaction ouverte ;
- faites usage des possibilités offertes par l'environnement social, telles que médiateurs issus de la communauté (même langue, même culture);
- faites usage des réseaux et associations qui se préoccupent des MGF;
- faites usage pendant l'entretien de la ligne d'interprétariat ou d'un interprète bien familiarisé avec le sujet;
- conservez au sujet un caractère vivant en revenant par exemple sur des entretiens ou des séances de sensibilisation plus ancien(ne)s. Dans une culture, ce sont les aspects positifs qui comptent : la fête, de meilleures perspectives de mariage, '*j'en suis*', '*c'est beau*'.

Plus d'attention est souhaitable lorsque la mère est elle-même excisée, dans la mesure où le risque d'excision pour la fille est alors plus grand.

Il est important de ne pas sur-questionner le(s) parent(s) sur ce sujet pour éviter que ne s'installe une résistance ou pour éviter un rejet immédiat.

Il est pourtant important de savoir continuer à interroger. Il est nécessaire pour cela de disposer de la connaissance de certaines techniques de conversation et de connaître les différences culturelles, dans la mesure où existe un risque important d'obtenir des réponses 'socialement correctes'. Ne soyez pas trop vite satisfait car il est nécessaire de se former une image complète des choses pour pouvoir correctement évaluer le risque de MGF. En d'autres mots : ce n'est que lorsque tous les éléments ont été passés en revue que le risque peut être correctement évalué. La pratique des projets pilotes montre que l'on a trop vite tendance à caractériser le risque comme 'absent', alors même que trop de choses restent encore inconnues pour pouvoir se prononcer de la sorte de manière fondée. Prêtez garde à ce que les autres sujets du JGZ puissent suffisamment être traités.

La question sur les MGF peut par exemple commodément être amenée par une phrase d'introduction au sein de la thématique grossesse et accouchement. Cela permet d'éviter une mise en relation directe avec la maltraitance des enfants et de garder la conversation ouverte. L'annexe 6, « Mener un entretien motivationnel », fournit à titre de soutien un certain nombre de questions et de réactions de parents aux questions posées.

Les parents sont parfois gagnés par la frustration lorsqu'au troisième enfant leur est posée la question des MGF comme s'il n'en avait pas été question auparavant. Cela ennuie en effet toujours les parents lorsque l'on réclame des informations connues ; cela est également le cas pour toutes les autres questions qu'il est nécessaire de passer en revue pour constituer le dossier d'un nouvel enfant.

S'il y a plusieurs enfants au sein d'une famille qui courent le risque d'une MGF et qu'ils sont pris en charge par différentes équipes du JGZ, il faudra décider de qui et quand mènera l'entretien sur les MGF.

Un problème qui peut se poser ici est que la consultation des dossiers des autres enfants ne soit pas autorisée, parce que le règlement sur la vie privée ne le prévoit pas encore correctement. Une alternative possible est alors de demander leur autorisation aux parents pour pouvoir consulter les dossiers des frères et sœurs.

## 5.5 Evaluation du risque

Toutes les questions ne peuvent bien sûr pas obtenir de réponse dès le premier contact, mais elles doivent être abordées au fur et à mesure des contacts afin de permettre une bonne évaluation du risque que court une fille d'être excisée. L'importance du risque d'excision chez une fille peut être évaluée à partir de l'inventaire de risques suivant :

1. le pays d'origine de la mère est un pays à risque pour les MGF (voir tableau 1 ou [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl));
2. le pays d'origine du père est un pays à risque pour les MGF (voir tableau 1 ou [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl));
3. la mère de la fille est excisée (communication de l'obstétricien ou information provenant de l'anamnèse);
4. les sœurs sont excisées;
5. le conjoint et les membres directs de la famille sont favorables à l'excision;
6. pression de l'environnement: famille ayant beaucoup de famille aux Pays-Bas qui exerce une pression en vue de la pratique de la MGF et/ ou famille disposant de nombreux contacts au sein du groupe ethnique et le groupe exerce une pression et/ ou la personne de confiance, grand soutien de la mère quand il s'agit de questions de femmes, exerce une pression;
7. visites régulières (de la famille) de l'étranger: famille qui se rend régulièrement en visite (familiale) à l'étranger, et plus particulièrement dans le pays d'origine;
8. famille peu ou mal intégrée: ne parle pas le néerlandais, pas ou peu de contacts sociaux, au chômage.

Le risque augmente en fonction du nombre de facteurs de risque établis. Les points 3 et 4 en particulier sont des facteurs de risque lourds.

Il est par ailleurs important de prendre les points suivants en considération.

- Les groupes au sein desquels des filles sont susceptibles d'être excisées peuvent avoir une origine sociale, culturelle (haut ou bas niveau d'éducation) et religieuse différente. Ils peuvent également avoir un statut de réfugié ou de migrant.
- Il peut y avoir une différence avec le pays d'origine en matière d'âge auquel la MGF est pratiquée. On ne peut pas considérer les données disponibles pour les pays d'origine comme une vérité absolue valant pour les Pays-Bas. Les conditions de migration peuvent modifier la situation actuelle. Par exemple, si une enfant aurait habituellement dû être excisée dans le pays d'origine entre 5 et 10 ans, cela ne signifie pas automatiquement que l'enfant ne court aucun risque aux Pays-Bas entre 0 et 5 ans.
- Soyez vigilants avec les mariages mixtes. Pensez par exemple à un parent d'une nationalité autre que néerlandaise avec un parent africain. L'expérience des projets pilotes montrent que l'on passe encore souvent à côté d'enfants à risques, sous prétexte entre autres que la mère est blanche. Les parents ne connaissent en outre par forcément leurs opinions respectives au sujet des MGF.

## 5.6 Enregistrement des MGF dans la base de données du JGZ

### *Base de données*

La base de données du JGZ (BDS JGZ) contient le maximum d'éléments et de possibilités de réponses pour la constitution d'un dossier médical au sein des services de santé pour la jeunesse. Chaque organisation JGZ décide, avec le fournisseur de son dossier électronique JGZ (DD JGZ) de la manière dont les rubriques et éléments apparaissent et également de quels éléments de la BDS sont repris dans la DD JGZ.

Les rubriques sont constituées d'éléments, assortis de possibilités de réponse (listes à choix multiples ou champs de texte libres).

La structure de la BDS JGZ est constituée de deux sortes de rubriques: données constantes et données longitudinales. Les données constantes sont en principe établies une fois pour toutes et rarement modifiées. Les données longitudinales sont enregistrées en fonction de l'âge de l'enfant aux différents moments de contact et ne valent que pour le moment de l'enregistrement.

L'appellation des rubriques, des éléments et des possibilités de réponse doivent être les mêmes dans chaque dossier électronique. C'est la seule manière de garantir l'uniformité. La structure par contre peut être présentée de manière différente dans le DD JGZ, selon la manière de fonctionner de l'organisation JGZ qui l'a fait établir.

Ce paragraphe décrit les items de la BDS JGZ. Le logiciel utilisé détermine la manière dont les items à enregistrer apparaissent à l'écran. Les items à enregistrer apparaîtront de préférence en association avec le terme de MGF.

### *Facteurs de risque à enregistrer*

Facteurs de risque vérifiés oui/non

- mère issue d'un pays à risque: oui, non, inconnu

Un certain nombre de DD JGZ place le pays d'origine dans les données à caractère personnel.

- père issu d'un pays à risque: oui, non, inconnu

Un certain nombre de DD JGZ place le pays d'origine dans les données à caractère personnel.

S'il est question d'un pays à risque ou si vous avez d'autres raisons de pressentir un risque possible (par exemple si les parents ne viennent pas d'un pays à risque mais que le nouvel ami de la mère en vient, ou si d'autres sources indiquent un risque de MGF: par exemple chez les kurdes irakiens), passez en revue les facteurs de risque ci-dessous pour évaluer le risque de MGF.

- mère excisée:
  - o 1. excisée
  - o 2. inconnu
- une ou plusieurs sœurs excisée(s):
  - o 1. oui
  - o 2. inconnu
- la famille effectue régulièrement des visites (familiales) à l'étranger:
  - o 1. oui
  - o 2. inconnu
- famille soumise à une forte pression familiale ou environnementale:
  - o 1. oui
  - o 2. inconnu

- Famille pas encore ou mal intégrée:
  - o 1. oui
  - o 2. inconnu
- Autre(s), .... (indiquer quels autres facteurs de protection ou de menace sont à l'œuvre pour l'évaluation du risque pour la fille d'être excisée)

#### *Evaluation du risque*

- risque de MGF en ce moment; voir cadre pour définitions:
  - o 0. inconnu
  - o 1. Pas de risque
  - o 2. Risque possible
  - o 3. Risque réel
  - o 4. Suspicion de MGF avérée, préciser dans les éclaircissements sur quoi est basée la suspicion
  - o 5. MGF constatée, préciser dans les éclaircissements de quelle forme il s'agit

#### *La fille est excisée*

Si la fille est excisée, cela est consigné sous la section organes sexuels/ développement sexuel. En cas de MGF avérée, indiquez qui l'a établi dans le champ du DD JGZ réservé aux remarques générales.

*Pour les risques 2, 3, 4 et 5 ou si la fille est excisée, noter sous la section intervention quelle action a été entreprise*

- moment de contact supplémentaire sur indication
- concertation avec l'AMK
- déclaration auprès de l'AMK
- autres, .....

#### *Déclaration contre les MGF*

Indiquer si la déclaration contre les MGF a été donnée

#### *Conclusion*

Indiquer brièvement dans le dossier quelles ont été les conclusions et quelles sont les étapes suivantes. Mentionner s'il y a eu concertation avec le fonctionnaire JGZ référent MGF ou s'il y a eu implication d'un médiateur.

#### **Définitions du risque de MGF à l'heure actuelle**

- Pas de risque: la fille ne court pas de risque d'être excisée.
- Risque possible: la fille court en ce moment un risque possible d'être excisée, le risque d'excision n'est pas (encore) exclu, mais il n'existe en ce moment pas de risque réel d'excision.
- Risque réel: la fille court en ce moment un risque réel d'être excisée, le risque que le(s) parent(s) fasse(nt) exciser sa/ leur fille n'est pas exclu, il existe des signaux (tirés de l'entretien ou provenant de tiers) qui laissent présager d'une excision imminente.
- Suspicion de MGF avérée: certains signaux (tirés de l'entretien ou provenant de tiers) laissent entendre que la fille est excisée.
- MGF constatée: la MGF a été constatée par le JGZ lui-même ou par un généraliste/ médecin spécialiste qui en a fait part au JGZ.

#### **Cadre 3: Définitions du risque de MGF à l'heure actuelle**

## 5.7 Déclaration contre les MGF

Le Ministère de la santé publique, du bien-être et des sports (MSP) a développé la déclaration contre les MGF en concertation avec le Ministère de la justice et les acteurs de terrain.

Les acteurs du terrain sont FSAN (organisation à base communautaire), VON (organisations pour les réfugiés), GGD NL (JGZ), ActiZ (JGZ), KNOV (sages-femmes), NVOG (gynécologues), KNMG (médecins), MOgroep Jeugdzorg (AMKs), AJN (pédiatres), V&VN section jeunesse (personnel infirmier et soignant) en Pharos (Centre de connaissances).

Le JGZ peut donner la déclaration contre les MGF du Ministère de la justice et du MSP aux parents. Le but de cette déclaration est de soutenir les parents contre la pression de la famille dans le pays d'origine. Elle donne aux parents issus de pays à risque une preuve que les MGF sont passibles de peines aux Pays-Bas. La présentation pour signature de la déclaration aux parents s'accompagne d'une discussion sur les risques et les conséquences des MGF. Un objectif secondaire de la Déclaration contre les MGF est donc bien de rendre les parents mieux conscients de la pénalisation et de la nocivité des MGF.

La déclaration est donnée aux parents lorsqu'il est clair que les parents ne veulent pas faire exciser leur fille.

Cela peut être clair dès le premier entretien ou plus tard. La déclaration n'est pas conçue comme un moyen de pression pour convaincre les parents.

En plus du néerlandais, de l'anglais et du français, la déclaration est disponible en somalien, en arabe, en amharique (Ethiopie) et en tigrigna (Erythrée).

La déclaration et son mode d'emploi sont disponibles sur [www.ggd Kennisnet.nl](http://www.ggd Kennisnet.nl). La déclaration dans les langues mentionnées ci-dessus peut être trouvée sous le numéro 55178, son mode d'emploi sous le numéro 55176.

## 5.8 Prévention des conséquences éventuelles d'une MGF avérée

L'excision peut s'accompagner de troubles psychiques – mais pas nécessairement. Une étude de 2010 (Vloeberghs et al., 2010) [9] sur les conséquences psychiques, sociales et relationnelles des MGF a montré que des troubles dépressifs et de l'anxiété étaient constatés chez un tiers des personnes interrogées. Un sixième des personnes interrogées souffrait de troubles liés au traumatisme. Les conséquences sociales sont liées à des sentiments de honte, de colère et d'exclusion découlant de l'excision. Il apparaît en outre que le silence est plus habituel et socialement acceptable que le fait de parler, générateur quant à lui d'incertitude et/ ou de tensions. Dans la sphère relationnelle, on mentionne des troubles liés aux relations sexuelles (douleurs lors de l'acte sexuel) et dans la relation avec les hommes. Les troubles sévères s'expliquent par une combinaison de facteurs. La combinaison d'une infibulation, d'un souvenir encore vif, d'une migration à un âge déjà avancé, d'un faible niveau d'éducation et de langue, d'un soutien imparfait de la part du conjoint s'accompagne de troubles sévères.

Le risque de troubles physiques et médicaux est, comme nous l'avons déjà dit, important dans le cas de MGF, aussi bien pendant qu'après l'intervention. L'infibulation est responsable des plaintes les plus nombreuses.

Conséquences directes pendant et après l'intervention : douleur extrême (lorsque l'intervention se fait sans anesthésie) ; troubles lors de la miction (douleur lors de la miction, accumulation d'urine dans la vessie) ; pertes de sang excessives ; risque d'infection ; risque de décès de la fille.

Conséquences potentielles après l'intervention : rapports sexuels douloureux ; perte potentielle de la fonction et des sensations sexuelles ; intervention médicale pour permettre les rapports sexuels et l'accouchement ; troubles de la menstruation et miction difficile et/ ou douloureuse ; infection des voies urinaires ; douleurs chroniques du bas-ventre ; stérilité liée aux infections gynécologiques ; formation de cicatrices ; examen interne (frottis) difficile ; complications obstétriques et formation de fistules résultant en une incontinence urinaire et anale.

Un professionnel du JGZ impliqué dans le suivi d'une fille qui a été excisée demandera en premier lieu s'il y a des plaintes et la renverra si nécessaire vers les services d'assistance médicale ou psychique. Il est également important de donner de l'information sur les problèmes éventuels et sur l'endroit où trouver de l'aide le cas échéant. Comme le réclame la directive JGZ sur la prévention secondaire de la maltraitance des enfants et le code de signalement maltraitance des enfants du KNMG, l'excision est toujours déclarée à l'AMK lorsque (existe la suspicion qu') elle a été pratiquée alors que la fille vivait déjà aux Pays-Bas. Il est certainement souhaitable de prêter attention à des sœurs plus jeunes au sein de la famille, il faudra évaluer le risque de MGF pour les enfants plus jeunes.

Il est nécessaire, en cas de troubles et de complications chez une fille qui a subi une MGF, d'explorer sérieusement le lien entre les troubles et la MGF. Une femme n'est une 'femme bien' (respectable) dans son pays d'origine que si elle a été excisée. Aux Pays-Bas on la considère comme mutilée. Il est donc essentiel d'avoir une attitude ouverte pour créer la possibilité d'un entretien sur les troubles et leurs conséquences. Il faut tenir compte de l'histoire migratoire et de l'origine de la patiente en question. On cherche à savoir quels facteurs psychologiques, physiologiques ou sexuels jouent un rôle. On accorde également de l'attention dans l'entretien aux éventuelles conséquences cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales des troubles dans la vie quotidienne.

On pose explicitement la question de savoir s'il y a eu des expériences traumatiques autour de l'excision et d'éventuelles expériences (sexuelles) traumatiques durant une guerre et la fuite.

Gardez à l'esprit que la cause de troubles psychiques peut être multifactorielle, en lien avec diverses expériences traumatiques dans le pays d'origine et également en lien avec l'histoire de la fuite elle-même. L'analyse des troubles psychiques s'avère souvent difficile et nécessite le recours à un spécialiste.

#### *MGF récente*

Il peut s'avérer nécessaire, chez une fille(tte) ayant récemment subi une MGF et en concertation avec l'AMK de d'abord se préoccuper d'une prise en charge. Celle-ci sera dans un premier temps assurée par un pédiatre avec le soutien de gynécologues et éventuellement d'urologues ou de chirurgiens plastiques.

Pensez lors d'un entretien suivant une MGF récente à l'influence potentielle des facteurs suivants:

- type de MGF;
- âge auquel la fille a été excisée;
- circonstances dans lesquelles l'excision a été pratiquée: avec ou sans anesthésie, où?;
- quelle est la connaissance de la fille et des parents au sujet du corps humain?;
- conviction: qu'est-ce que la fille pense elle-même de l'excision?;
- culture en elle-même: avec quelle facilité les gens en parlent-ils?;
- migration vers des pays où l'excision est interdite;
- usage de substances (qat entre autres).

Voir le modèle de protocole médical pour femmes et filles ayant subi une MGF (Pharos, 2010) [10] pour plus d'informations. Le protocole-type est disponible sur <http://www.nvog.nl>.



## 5.9 Collaboration avec les sages-femmes et le personnel des maternités

Les sages-femmes, conformément au point de vue KNOV (Société royale néerlandaise des sages-femmes) sur les MGF (van der Stouwe 2007) [11], font un signalement lors de la prise en charge si la femme enceinte vient d'un pays où les MGF existent et demandent si la femme est excisée.

Au cours de la grossesse, la sage-femme ou le gynécologue aborde le sujet de la mutilation génitale de la patiente en relation avec d'éventuels plaintes physiques et la conduite à tenir au moment de l'accouchement. Après la naissance d'une fille, la sage-femme ou le gynécologue aborde le sujet de l'excision potentielle de la fille nouveau-né. Il discute à cette occasion:

- des risques pour la santé et le bien-être des filles et femmes;
- de l'interdiction et de la pénalisation des MGF aux Pays-Bas;
- du contenu, de l'objectif et de la tâche du JGZ en matière de prévention des MGF. Si le dossier de l'enfant a été transmis au pédiatre, c'est le pédiatre qui se charge de cette tâche.

A la sortie de la maternité ou lorsque le suivi du post-partum est terminé, la sage-femme passe le relais au JGZ et au généraliste. Elle mentionne, entre autres, à cette occasion l'excision de la mère. Pour la transmission d'informations à des tiers, la sage-femme demande comme il est d'usage l'autorisation de la patiente. Si elle refuse, la sage-femme peut se concerter avec l'AMK au sujet des étapes suivantes.

La transmission au JGZ d'informations sur les risques potentiels dans une famille avec un enfant nouveau-né se fait de préférence par le canal des sages-femmes et infirmières de la maternité, ainsi qu'il en a été convenu à l'origine à l'échelle nationale (RIVM, 2010) [12]. Il s'agit ici de données pertinentes pour le JGZ pour lui permettre de délivrer des soins adéquats dans l'intérêt de l'enfant. Dans le cas de MGF on indique en tout cas si la mère est excisée et quelles sont ses idées sur les MGF. L'application de ces directives sera plus facile au niveau régional lorsque la transmission électronique sera possible. Ceci est en cours. Un point sensible concerne la transmission des informations par les gynécologues. Il est souhaitable de pouvoir passer des accords avec les gynécologues établis dans les différentes régions au sujet des naissances dont ils assurent le suivi.

Si le dossier de l'enfant a été transmis au pédiatre, c'est le pédiatre au départ qui transmet les données au JGZ (Werkgroep NVK en AJN, 2009) [13]. Il est souhaitable que ces accords nationaux avec les pédiatres soient confirmés au niveau régional.

Si un risque de MGF est repéré par une sage-femme ou une infirmière de la maternité, un signalement est alors transmis en concertation au JGZ. En cas de désaccord entre les deux, chaque partie agit selon sa propre expertise et son sens des responsabilités. Toutes deux peuvent transmettre un signalement au JGZ.

## 5.10 Prévenir les conséquences éventuelles d'une MGF avérée

Il est nécessaire, après le signalement d'un risque possible persistant, d'un risque réel ou d'une MGF avérée, de faire le plus rapidement une déclaration auprès de l'AMK. Chaque AMK a un fonctionnaire référent pour les MGF. Chaque AMK applique le protocole d'action 'Mutilations génitales féminines chez les mineures' (Pharos, 2009)[14].

L'AMK accepte en principe toujours de recevoir une déclaration de menace de MGF ou de MGF pratiquée.

L'AMK mène ensuite une enquête et décide soit d'une aide sur base volontaire, soit d'une aide dans le cadre de la contrainte, soit de déposer plainte.

Le médecin-conseil de l'AMK conseille sur la nécessité d'un examen médical par un médecin disposant d'une expertise pédiatrique ou médico-légale.

Le numéro de téléphone national est le **(+31) 0900 – 123 123 0**.

### **Mode de fonctionnement de l'AMK après une déclaration**

Après avoir reçu une déclaration, l'AMK lance une enquête et engage le dialogue avec les parents et les enfants impliqués.

L'AMK se concerta si nécessaire avec la police (des mœurs) et va directement effectuer une visite à domicile, avec ou sans la police. Lorsque les parents ne maîtrisent pas la langue néerlandaise, il est fait appel à un interprète par le canal de la centrale des interprètes. Lors de la discussion avec les parents, l'AMK discute du contenu de la déclaration.

#### **A. Une suspicion de menace de MGF**

Après conclusion de l'enquête, trois conclusions sont possibles:

- Les parents peuvent exclure le risque de manière convaincante.
- Les parents déclarent ne pas avoir l'intention de faire exciser leur(s) fille(s), mais l'AMK conserve un doute.
- Les parents déclarent avoir peut être l'intention de faire exciser leur(s) fille(s) dans le futur.

L'AMK agira en fonction de la conclusion de l'enquête.

#### **B. Une suspicion de MGF avérée**

Les points suivants sont de mise en cas de confirmation de la suspicion:

- Il est très important de voir quelle prise en charge médicale et psychosociale peut être mise en œuvre pour la fille.
- Le médecin conseil de l'AMK conseille de faire pratiquer un examen médical centralisé (par un médecin disposant à la fois d'une expertise pédiatrique et médico-légale). On doit ici s'efforcer de pratiquer cet examen en une fois pour ne pas en alourdir le poids pour l'enfant.
- S'il y a des petites sœurs dans la famille, on réalise pour elles également une évaluation de risque.
- S'il semble être question d'une MGF pratiquée, l'AMK déclare toujours l'affaire auprès du Conseil pour la Protection de l'Enfance (Raad voor de Kinderbescherming). L'AMK peut ensuite déposer plainte auprès de la police.
- Si les parents ne donnent pas leur autorisation pour l'examen médical, le Conseil de la Protection de l'Enfance enquête pour savoir si une mesure de protection de l'enfance doit être demandée pour le rendre possible.
- S'il est très probable qu'une MGF a été pratiquée, le Conseil dépose une plainte auprès de la Police. La Police établit un procès-verbal, le transmet au Parquet (Openbaar Ministerie) qui décide d'éventuelles poursuites.

Source: 'Protocole d'action Mutilations génitales féminines chez les mineures' [13].

### **Cadre 4: Mode de fonctionnement de l'AMK après un signalement**

## 5.11 Collaboration avec le secteur de l'éducation

Les enfants sont à l'école cinq jours par semaine. Le professeur ou l'enseignant sait comment un enfant se conduit et fonctionne habituellement pendant les heures de classe. Les changements de conduite et de fonctionnement sont un signal important mais qui peut avoir de nombreuses causes.

Un enseignant ou un professeur qui soupçonne une MGF doit agir conformément au code de signalement, car il s'agit de fait d'une forme de maltraitance des enfants. Cela implique de demander conseil à l'AMK et d'entrer en concertation avec un collègue au sein de l'école.

Il est souhaitable que le JGZ convienne avec les écoles que ces dernières prennent contact avec le JGZ s'il y a des doutes sur l'absence d'une fille issue d'un pays à risque ou si elle change d'école, s'il y a des signaux indiquant que le comportement de la fille a changé, ou s'il y a d'autres signaux (voir cadre 5). Lorsqu'une école décide d'impliquer le JGZ, le contact est pris avec le médecin scolaire. Celui-ci peut organiser un contact supplémentaire (plusieurs fois si nécessaire), pour parler à l'enfant et aux parents, pour examiner l'enfant et le renvoyer si nécessaire auprès d'un autre praticien.

### Signaux potentiels à l'école d'une menace de MGF

- Des rumeurs circulent sur une excision à venir chez une fille
- Des vacances à l'étranger sont prévues.
- Un déménagement est imminent.
- La fille laisse entendre prudemment quelque chose.
- Elle se plaint d'avoir mal au ventre.
- Elle ne parvient pas à bien se concentrer.
- Elle est silencieuse et repliée sur elle-même.
- Elle réagit de manière fermée ou distante.
- Elle évite les examens de santé.

### Cadre 5: Signaux potentiels à l'école d'une menace de MGF

Si le médecin ou l'infirmier scolaire lui-même soupçonne qu'une fille court le risque d'être excisée, il peut demander au professeur d'être attentif à des signaux éventuels.

Le JGZ peut au sujet des MGF également entretenir des contacts avec le fonctionnaire de la scolarité obligatoire.

#### *Points méritant une attention particulière dans la collaboration avec les écoles*

Histoires et rumeurs ne constituent pas toujours de bons signaux. Essayez d'abord de savoir d'où viennent rumeurs et histoires. Un piège habituel est de considérer toutes vacances comme des 'vacances à risque' ou d'interpréter toute maladie pendant les vacances comme 'maladie de l'excision'.

Réalisez bien qu'habitent également aux Pays-Bas des parents issus d'Afrique qui sont contre l'excision et qui le proclament. Ils ne veulent pas faire exciser leur fille.

Soyez attentifs à ce que la fille ne devienne pas victime de sa propre franchise. Essayez, en concertation avec l'école, de faire en sorte que les signaux puissent être discutés avec les parents.

## 5.12 Rôle du généraliste et d'autres intervenants

Le généraliste et d'autres intervenants peuvent demander aux femmes issues de pays à risque si elles sont elles-mêmes excisées et si (d'autres de) leurs filles le sont. (Pharos, 2009) [13]. Ils demandent également ce que les parents pensent de l'excision. Ils discutent avec la femme:

- des risques des MGF pour la santé et le bien-être des filles et des femmes;
- de l'interdiction et de la pénalisation des MGF aux Pays-Bas;
- du contenu, de l'objectif et de la tâche du JGZ en lien avec la prévention des MGF.

## 5.13 Organisations pertinentes à l'échelle nationale

Le Focal Point est joignable le mardi et le jeudi de 10h00 à 14h00.

Voir <http://www.meisjesbesnijdenis.nl/focalpoint/informatieadvies>. Le numéro de téléphone est le (+31) 030 234 9800. On peut également remplir un formulaire de demande auquel est répondu le jour suivant. Il est également possible de poser une question par e-mail via [focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl](mailto:focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl).

Chaque AMK a un ou plusieurs fonctionnaires référents pour les MGF. Le Conseil pour la Protection de l'Enfance a deux fonctionnaires nationaux référents pour les MGF.

Pharos, en collaboration avec la Fédération pour les Associations Somaliennes aux Pays-Bas (FSAN), a formé plusieurs femmes et hommes d'origine - entre autres - somalienne, pour permettre de parler des MGF et faire de la sensibilisation à ce sujet. Les noms de ces médiateurs peuvent être demandés à FSAN. Téléphone: 020-4861628, e-mail: [info@tegenvrouwenbesnijdenis.nl](mailto:info@tegenvrouwenbesnijdenis.nl).

Un interprète est indépendant, neutre et est soumis au secret professionnel. L'utilisation d'interprètes professionnels permet d'éviter l'ingérence non souhaitable de proches. On peut généralement demander ad hoc un interprète téléphonique pour la plupart des langues. Les demandes ad hoc peuvent se faire auprès du centre national des interprètes à Hengelo. Téléphone : 074-2555233. On peut réserver un interprète par téléphone au 074-2555222. Il est néanmoins souhaitable d'indiquer au centre des interprètes qu'il s'agit de MGF.

Plus d'information sur les gynécologues ou sages-femmes compétents en matière de MGF, s'adresser à Pharos par le biais du numéro de téléphone ou de l'adresse e-mail ci-dessus.

Les GGD des projets pilotes d'Amsterdam, Rotterdam, La Haye, Utrecht, Tilburg et Eindhoven ont accumulé une grande expérience en matière de prévention des MGF. Ces GGD disposent de fonctionnaires référents pour les MGF qui sont en mesure de répondre aux questions de leurs collègues.



## 6 Prérequis pour la mise en œuvre

Comme toute mise en œuvre, la mise en œuvre du Point de vue Prévention des MGF requiert une approche de gestion de projet satisfaisante et d'importants prérequis tels que la formation des professionnels du JGZ et une estimation réaliste du temps nécessaire pour l'exécution de la politique (durée des consultations, travail en réseau,...).

Ce chapitre décrit un certain nombre de prérequis. Les GGD d' Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Rotterdam, Tilburg en Utrecht peuvent fournir de l'information pour le développement de politiques locales en matière de MGF.

### 6.1 Prévention sélective

La prévention des MGF est une prévention sélective, c'est à dire dirigée vers un groupe spécifique doté de caractéristiques propres. Les activités MGF appartiennent donc dans un premier temps à l'arsenal propre du BTP-JGZ et doivent être intégrées à la politique locale de prévention des MGF. L'implication du JGZ ne suffit pas à elle-seule. D'autres activités devront également être déployées telles que des réunions de sensibilisation, l'implication de médiateurs des groupes concernés et des accords avec les acteurs du réseau. Les activités du JGZ devront faire l'objet d'une concertation avec la commune.

### 6.2 Gestion de l'organisation

Pour que le JGZ puisse exécuter correctement le programme de prévention des MGF, l'organisation du JGZ devra s'assurer d'un certain nombre de prérequis internes et d'une bonne intégration à la politique locale et aux accords existants avec la chaîne de partenaires.

#### *Education et formation*

L'expérience avec les techniques d'entretien est primordiale. Les répondants interrogés dans le cadre de l'évaluation du Protocole d'entretien MGF réalisé par Pharos ont indiqué qu'il était nécessaire d'accorder beaucoup d'attention aux techniques de l'entretien motivationnel.

Il sera bon d'intégrer le Point de vue Prévention des MGF au programme de formation des nouveaux personnels de la JGZ.

#### *Investissement en temps*

Un prérequis important pour une mise en œuvre de bonne qualité de la politique est de disposer suffisamment de temps à cet effet. Il s'agit ici de temps durant les moments de contact mais également pour la collaboration avec les autres parties concernées.

Le Point de vue suggère un certain nombre de moments de contact fixes au cours desquels le médecin ou l'infirmier évalue le risque de MGF chez les filles dont un des parents ou les deux parent(s) sont nés dans un pays à risque. Les conclusions possibles sont:

0. Pas de risque
1. Risque possible
2. Risque réel
3. Suspicion de MGF avérée
4. MGF constatée.

En l'absence de risque, on n'entreprend pas d'autre action que l'enregistrement jusqu'au prochain moment de contact préétabli. Des étapes suivantes sont définies en cas de risque possible ou réel, de menace et de MGF constatée, souvent en collaboration avec l'AMK.

L'importance du nombre de filles du groupe-cible habitant dans la commune joue un rôle dans l'appréciation du temps nécessaire. Il s'agit de filles dont au moins un des parents est issu d'un pays à risque pour les MGF. Ce sont les filles à risque auprès desquelles le Point de vue doit être mis en œuvre. Une commune peut obtenir des données sur le nombre de filles du groupe-cible du GBA ou du CBS. Le cadre 6 fournit à titre d'exemple les pourcentages de filles à risque tirés des registres de 2009 du GGD d'Amsterdam.

Les registres du GGD Amsterdam (2009) montrent que :

- 75% des filles à risques de 0-4 ans 'ne courent pas de risque pour le moment', 23% un 'risque possible' et 2% un 'risque réel'
- 92% des filles à risques de 4-19 ans 'ne courent pas de risque pour le moment', 7% un 'risque possible' et 1% un 'risque réel'

#### **Cadre 6: Pourcentage de filles à risque GGD Amsterdam**

##### *Fonctionnaire référent pour la prévention des MGF*

La prévention des MGF requiert une attention constante. La faiblesse de la prévalence dans la plus grande partie des Pays-Bas peut résulter d'un manque d'attention et d'expertise dans ces zones.

C'est au fonctionnaire dédié à la prévention des MGF de maintenir l'attention sur ce sujet, entre autres en:

- formant les (nouveaux) employés du JGZ;
- évaluant régulièrement le protocole;
- discutant les cas avec le personnel médico-social de la JGZ;
- entretenant des contacts avec les administrateurs et les cadres au sujet des points à problème;
- maintenant un bon contact avec les partenaires de la chaîne d'intervention;
- soumettant des rapports.

L'organisation de tout cela peut varier selon les services JGZ. Certaines tâches peuvent être dévolues au médecin ou à l'infirmier membres du personnel, ou au médecin ou à l'infirmier référent pour la maltraitance des enfants. Les tâches relatives au travail en réseau peuvent commodément être confiées au fonctionnaire référent pour la maltraitance des enfants parce que les MGF sont une forme particulière de maltraitance des enfants et que les acteurs de la chaîne d'intervention sont à peu près les mêmes.

##### *Evaluation du risque, enregistrement, BDS JGZ et DD JGZ*

La prévention des MGF chez une enfant peut rarement être couverte avec une certitude absolue par une seule et unique activité. Il faut habituellement plusieurs entretiens et moments de contact pour y parvenir. La consignation des facteurs de risques dans la BDS JGZ et le DD JGZ, qui soutient l'évaluation du risque et l'enregistrement, est d'une importance cruciale.

## 6.3 Responsabilités de la commune

La commune a aussi des responsabilités dans la mise en œuvre de la politique de prévention des MGF.

Les responsabilités de la commune sont:

- accords et concertation régulière avec les acteurs de la chaîne d'intervention;
- établissement et opérationnalisation d'une carte sociale régionale;
- assurance que les prérequis soient remplis pour que les médiateurs des communautés concernées puissent sensibiliser leur propre groupe-cible.

### *Accords et concertation régulière avec les acteurs de la chaîne d'intervention*

Il est important que tous les membres concernés de la chaîne d'intervention tels que les associations de migrants, les services JGZ 0-4 ans, les services JGZ 4-19 ans, l'AMK, la Police, le Conseil de la Protection de l'Enfance, les gynécologues, les sages-femmes, les généralistes, les pédiatres et les responsables des maternités soient régulièrement invités à se réunir pour clarifier les conduites à tenir et les mettre en œuvre. Un moyen de le faire est de discuter le processus sous forme de cas. Il peut être dans les tâches du fonctionnaire référent MGF du JGZ d'en prendre l'initiative.

### *Carte sociale régionale*

La prévention des MGF ne peut réussir que si toutes les personnes concernées collaborent et savent quels messages elles donnent les unes les autres et quelles activités sont entreprises. Une carte sociale actualisée de la zone de responsabilité est dans ce cas un moyen important.





## 7 Références

1. Eerdenburg-Keuning, I.A. van (2005) Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis. AJN, Lisse.
2. Koert, J. van, R. Rottier, M. Bosch-van Toor (2008) Samen voor één doel: het voorkomen van besnijdenis van dat kleine meisje” Drie jaar pilots VGV (vrouwelijke genitale verminking) en nu? Evaluatie met een handreiking voor beleidsmakers. B&A Consulting bv, Den Haag.
3. Burik, A.E. van, A.M. Persoon (2009) Opbrengsten pilotprojecten VGV. Eindrapport procesevaluatie preventieprojecten VGV. Van Montfoort, Woerden.
4. Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) (2008) Modelprotocol Labiumreductie. Counseling en behandeling van vrouwen met een verzoek om reductie van de labia minora. NVOG-NVPC.
5. Korfker, D., M. Snijder, S. Detmar (2009) Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van Vrouwenbesnijdenis of (VGV) Vrouwelijke Genitale Verminking in de verloskundigenpraktijk in 2008. TNO, Leiden.
6. Gruenbaum, E. (2001) The Female Circumcision Controversy. An Anthropological Perspective. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
7. Assembly of the Union of African States. Protocol to the African Charter on human and peoples' rights on the rights of women in Africa. Union of African States, Maputo, 11 July 2003.
8. Dunnink, T., W. Lijs (2008) Rapport Activiteiten BTP JGZ per Contactmoment. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, Bilthoven.
9. Vloeberghs, Erick, Jeroen Knipscheer, Anke van der Kwaak, Zahra Naleie, Maria van den Muijsenbergh (2010) Versluisde pijn, Een onderzoek naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis, Pharos, Utrecht.
10. Pharos (2010) Concept-Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV). Pharos, Utrecht.
11. Stouwe, R. van der (2007) Standpunt Vrouwelijke genitale verminking. KNOV, Utrecht.
12. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. Richtlijn Overdracht Verloskundigen, Kraamzorg, JGZ. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. Bilthoven 2010
13. Werkgroep NVK-AJN. SAMENWERKEN EN AFSTEMMEN. Samenwerking van kinderafdelingen van ziekenhuizen en jeugdgezondheidszorg van thuiszorginstellingen. Aanbevelingen en aandachtspunten bij het opstellen van een protocol over de overdracht van gegevens van kinderen met een gezondheidsrisico. Rapport van de werkgroep van de NVK en AJN 'Overdracht en samenwerking bij pre- en dysmatuur geboren kinderen en andere kinderen met een gezondheidsrisico'. AJN, Lisse 2009.
14. Pharos (2010) Handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen, Uitleg en handvatten bij Ketenaanpak. Pharos, Utrecht april.

### Sites web:

[www.nvog-documenten.nl](http://www.nvog-documenten.nl)  
[www.maputoprotocol.org](http://www.maputoprotocol.org)  
[www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen](http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen)  
[www.kinderrechten.nl](http://www.kinderrechten.nl)  
[www.ggd Kennisnet.nl](http://www.ggd Kennisnet.nl)  
[www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl)  
[www.kindermishandeling.nl](http://www.kindermishandeling.nl)  
[www.kindermishandeling.info](http://www.kindermishandeling.info)  
[www.tegenvrouwenbesnijdenis.nl](http://www.tegenvrouwenbesnijdenis.nl)



## 8 Liste des acronymes

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland/ Médecins des soins de santé pour la jeunesse Pays-Bas
Actiz	Koepelorganisatie van Thuiszorgorganisaties in Nederland/ organisation coupole des organisations d'aide à domicile aux Pays-Bas
AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling/ Centres de conseils et de déclaration maltraitance des enfants
BDS JGZ	Basisdataset Jeugdgezondheidszorg/ Base minimale de données JGZ
BTP JGZ	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg/ Paquet minimum de tâches JGZ
BW	Burgerlijk Wetboek/ Code civil
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek/ Bureau central de la statistique
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers/ Organe central de prise en charge des demandeurs d'asile
DD JGZ	Digitale Dossier Jeugdgezondheidszorg/ Dossier électronique JGZ
FGC	Female Genital Mutilation
FMG	Female Genital Cutting
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie/ Administration communale de base
IRVK /CIDE	International Verdrag inzake de Rechten van het Kind/Convention Internationale des Droits de l'Enfant
JGZ	Jeugdgezondheidszorg/ soins/services de santé pour la Jeunesse
FSAN	Federatie Somalische Associaties Nederland/ Fédération des associations somaliennes aux Pays-Bas
GGD Nederland	Organisation coupole des GGD aux Pays-Bas
GGD NL/PGA	GGD Nederland, section soins de santé préventifs aux demandeurs d'asile
KNMG	Koninklijke Maatschappij voor de Geneeskunde/ Société royale pour la médecine
LVS	Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen/ Association nationale des infirmiers sociaux
MOA	Medische Opvang Asielzoekers/ Prise en charge médicale demandeurs d'asile
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten/ Association néerlandaise des assistants médicaux
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde/ Association néerlandaise de pédiatrie
OM	Openbaar Ministerie/ Parquet
RAC	Richtlijn Advies Commissie/ Commission des Conseils et Directives
RvK	Raad voor de Kinderbescherming/ Conseil pour la Protection de l'Enfance
Point de vue	Un point de vue est un document comportant des recommandations, des conseils et des instructions d'action en soutien à la prise de décision des professionnels de la santé ; il repose sur un inventaire de la pratique en cours, conjugué à des discussions et à l'élaboration d'opinions et a pour objectif d'explicitier la manière d'atteindre une action efficace et effective.
MGF	Mutilations génitales féminines
VIR	Verwijs Index Risicojongeren/ index pour la référence des jeunes à risque
VON	Vluchtelingen-Organisaties Nederland/Organisation des réfugiés des Pays-Bas
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland/ Personnel infirmier et soignant des Pays-Bas
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens/ Loi sur la protection des données personnelles
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg/ loi sur les métiers
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WvSr	Wetboek van Strafrecht/ Code pénal



## Annexe 1: Aperçu des membres du groupe de travail, des organisations et personnes consultées

### Membres du groupe de travail

- A. Nielen et P. van Velsen pour les projets pilotes MGF
- H. Sachse et A. Nielen pour l’AJN
- J. Sietsma et H. Duys pour la section jeunesse du V&VN
- Y. van Straten pour le NVDA
- K. Slinger pour le GGD NL/PGA.
- S. Neppelenbroek/T. Hummeling pour le GGD Pays-Bas
- J. de Vries pour Actiz

### Organisations et personnes consultées

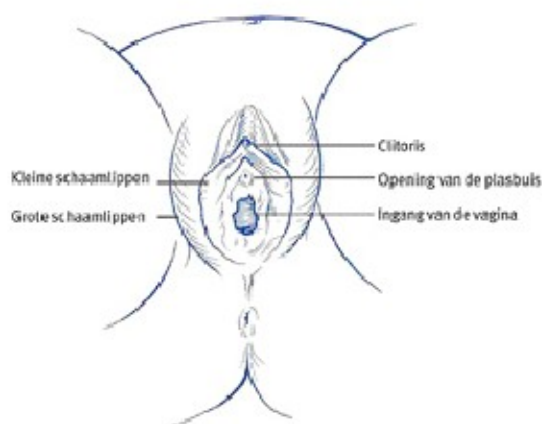
FSAN	Z. Naleie	FSAN
Gynécologues	C. Vos	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
Inspection	F. van Leerdam	IGZ
MO-groep Jeugdzorg	A. Derksen	Chargé de mission
Projets pilotes	M. Ekkelboom	Chef de projet Prévention MGF Amsterdam
	J. Jansen	Chef de projet Prévention MGF La Haye
	E. Ndiaga	Chef de projet Prévention MGF Eindhoven
	S. den Dulk	Chef de projet Prévention MGF Rotterdam
	T. Hummeling	Chef de projet Prévention MGF Utrecht
Sages-femmes	M. Overmars	Chef de projet Prévention MGF Tilburg
	M. Aitink	KNOV
VNG	I. Aalhuizen	KNOV
	W. Hoddenbagh	Chargé de mission



## Annexe 2: Illustration des différents types de Mutilation Génitale Féminine

### Typen meisjesbesnijdenis

Normale vrouwelijke genitale anatomie



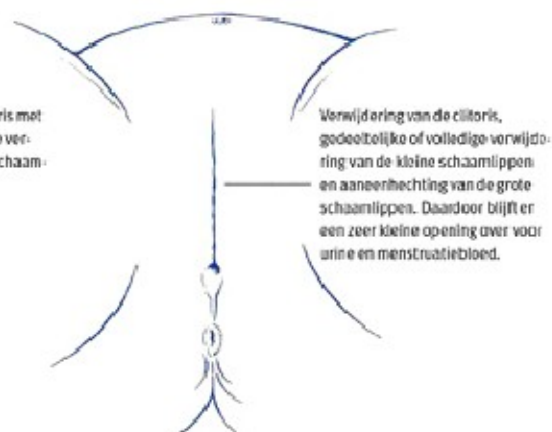
Clitoridectomie



Excisie



Infibulatie



**Focal point**  
meisjes-  
besnijdenis

Een initiatief van PHAROS

Bron: met toestemming overgenomen uit: American Academy of pediatrics, Committee on Bioethics, Female Genital Mutilation Pediatrics 102, no 1 (July 1998): 153-156. Illustratie: J. Swiatecki.





## Annexe 3: points d'attention MGF au cours des différents moments de contact

Cette annexe décrit un certain nombre de points méritant attention pour chaque moment de contact.

Vérifiez avec les parents et/ ou la fille s'il a déjà été question de ce sujet. Poursuivez à partir de là avec des questions supplémentaires ou bien de la sensibilisation.

Les enfants de demandeurs d'asile peuvent s'insérer dans tous les moments de contact.

### 1. Première visite à domicile (après le dépistage périnatal)

Cette visite a divers objectifs tels que le fait de faire connaissance, de donner des explications au sujet du JGZ, de l'équipe JGZ, de la confidentialité, des plaintes, voir comment se portent la mère et l'enfant, effectuer un inventaire des risques et évaluer les besoins en termes de soins.

#### *Préparation à la visite à domicile*

Annoncez lors de la prise de rendez-vous que vous allez poser des questions d'ordre personnel et dites que vous aimeriez pouvoir parler sans être interrompu, sans qu'il y ait de visiteurs. Dites que vous préféreriez cela, même si les parents disent que cela ne leur pose pas de problème. Soulignez le fait que cet entretien constitue la base de futurs entretiens. Vérifiez à l'avance s'il est nécessaire de recourir à un interprète.

#### *Moment pour aborder la question des MGF*

La question des MGF peut commodément être abordée comme sous-ensemble des questions portant sur la grossesse et l'accouchement.

Vous évitez ainsi la mise en relation directe avec la maltraitance des enfants et maintenez ainsi la conversation ouverte.

### 2. Première visite au Centre de protection maternelle et infantile

Pendant cette visite, l'accent porte sur l'anamnèse et l'examen médical.

#### *Moment pour aborder la question des MGF*

Se conformer aux points soulignés lors de la première visite à domicile et au rapport de la sage-femme

L'infirmier-e a rédigé une note dans le dossier à ce sujet à propos de la visite à domicile dont on peut déduire et/ ou noter qu'il y a déjà eu des séances de sensibilisation.

Ce n'est vraisemblablement que dans de très rares cas que l'on pourra au cours de cette consultation savoir clairement ce que le(s) parent(s) pense(nt) de l'excision de leur fille.

Donner une copie de la Déclaration contre l'excision.

### 3. Moment de contact aux alentours de 18 mois au Centre de protection maternelle et infantile

Ce moment de contact, selon la région, a lieu chez le médecin ou l'infirmier.  
Les objectifs généraux peuvent donc varier.

#### *Moment pour aborder la question des MGF*

Lors de cette consultation, différents sujets tirés du paquet de base des soins de santé à la jeunesse sont à l'ordre du jour, auxquels l'évaluation du risque de MGF peut être reliée. On peut, dans les régions où l'on utilise lors de cette consultation une liste de questions pour les parents (avec des questions sur l'enfant, sur les parents et sur l'environnement) se raccrocher à cette liste. Une fois la discussion sur la liste de questions terminée se présente potentiellement une bonne occasion de revenir aux MGF. Toutes les autres choses importantes ont alors été abordées.

Les questions peuvent être intégrées aux sous-ensembles suivants:

- éducation des enfants, communication avec le conjoint, événements (dispute au sein de la famille);
- questions sur l'environnement (autres personnes importantes pour la prise en charge et/ ou l'éducation de l'enfant);
- une fois la discussion de la liste de questions terminée se présente potentiellement une bonne occasion de revenir aux MGF. Toutes les autres choses importantes ont alors été abordées.

Une brochure dans la langue propre peut être à sa place ici (*'Mes parents disent non'*). Vous donnez la brochure dans le but de répéter l'information dont il a déjà été question. Les parents peuvent relire ce qui a été discuté à la maison. Si la mère ou le père ne sait pas lire, la brochure peut être utilisée pour lire et discuter avec le conjoint ou la personne de confiance. Vous pouvez également vous proposer comme interlocuteur et indiquer les possibilités existant pour le(s) parent(s) d'obtenir de l'information par des associations de la même culture et même langue. Vous pouvez aider les parents à franchir le pas.

La brochure peut de nouveau être donnée lors des contacts suivants avec une adaptation des possibilités existant à ce moment-là dans le cadre de la carte sociale.

#### **4. Moment de contact à 3 ans et 9 mois au Centre de protection maternelle et infantile**

Ce moment de contact a lieu, selon la région, chez le médecin ou l'infirmier. Les objectifs généraux peuvent donc varier. C'est le dernier moment de contact fixe au Centre de protection maternelle et infantile. C'est un bon moment pour aborder la question des MGF parce qu'une relation s'est tissée avec les parents.

Dans le résumé du rapport aux parents il peut être indiqué clairement ce qui a déjà été dit des MGF et quelle est l'opinion des parents à ce sujet.

#### *Moment pour aborder la question des MGF*

Résumez ce qui a été dit au sujet des MGF. Contrôlez auprès des parents que ce qui a été intégré au résumé est exact.

On conseille, pour une fille au sujet de laquelle existent des doutes ou un risque réel d'excision, d'organiser un bon transfert d'information auprès de l'enseignant de l'école primaire et de l'équipe scolaire JGZ.

#### **5. Moment de contact à l'école Groupe 2**

On travaille à ce moment-là avec les notions de groupes à risque et de facteurs de risque dans le but de sélectionner les élèves pour un examen 'complet': le fait que l'inventorisation du risque de MGF doive être revue est une raison pour convoquer la fille avec le(s) parent(s).

Si un des parents vient d'un pays à risque, la fille tombera toujours sous la catégorie à risque de MGF, même si les parents ont déclaré auparavant être contre l'excision.

#### *Moment pour aborder la question des MGF*

Le fait de parler de la transmission du JGZ 0-4 est une manière neutre d'aborder le sujet des MGF si cela est fait lors du premier contact avec examen complet après la transmission. Si vous laissez tomber le sujet, il sera beaucoup plus difficile à reprendre et les parents se sentiront plus vite et plus facilement l'objet de soupçons.

#### *Débriefing avec l'enseignant*

Dans le cas d'une fille issue du groupe à risque, il pourra être prêté attention lors du débriefing avec l'enseignant aux signaux indiquant une excision imminente ou la suspicion qu'une fille a bien été excisée. Cette sensibilisation peut être appuyée par la brochure '*Indicateurs des signes de MGF*'. Donnez la brochure '*Indicateur des signes de MGF*' à l'enseignant s'il ne l'a pas encore. L'enseignant doit pouvoir y trouver directement qui et comment contacter lorsque des signaux indiquent une MGF éventuelle.

### **6. Moment de contact à l'école Groupes 6/7**

On travaille à ce moment-là avec les notions de groupes à risque et de facteurs de risque dans le but de sélectionner les élèves pour un examen 'complet': le fait que l'inventorisation du risque de MGF doive être revue est une raison pour convoquer la fille avec le(s) parent(s).

Si un des parents vient d'un pays à risque, la fille tombera toujours sous la catégorie à risque de MGF, même si les parents ont déclaré auparavant être contre l'excision.

#### *Moment pour aborder la question des MGF*

Les questions peuvent s'intégrer aux questions sur la menstruation et le développement sexuel telles qu'elles apparaissent dans la liste de questions et/ ou à l'information tirée des contacts précédents.

Cet entretien s'effectue avec un parent ET la fille.

#### *Débriefing avec l'enseignant*

Chez une fille issue d'un groupe à risque, on pourra dans le débriefing avec l'enseignant, comme pour les élèves du groupe 2, prêter attention aux signaux indiquant une excision imminente ou la suspicion qu'une fille a bien été excisée.

### **7. Moment de contact enseignement secondaire (en général classe 2)**

On travaille à ce moment-là avec les notions de groupes à risque et de facteurs de risque dans le but de sélectionner les élèves pour un examen 'complet': le fait que l'inventorisation du risque de MGF doive être revue est une raison pour convoquer la fille. De préférence avec le(s) parent(s).

Si un des parents vient d'un pays à risque, la fille tombera toujours sous la catégorie à risque de MGF, même si les parents ont déclaré auparavant être contre l'excision.

#### *Moment pour aborder la question des MGF*

Les entretiens en enseignement secondaire ont lieu en règle générale avec la fille seule. Il est souhaitable que le parent soit là lorsque que le sujet des MGF est abordé. Les questions peuvent s'intégrer aux questions sur la menstruation et le développement sexuel telles qu'elles apparaissent dans la liste de questions et/ ou à l'information tirée des contacts précédents avec les parents.

#### *Le(s) parents doivent-ils être informés de ce qui a été discuté?*

Les intérêts de l'enfant sont toujours au centre des préoccupations. La situation n'est pas différente de celle qui prévaudrait en cas de (suspicion) de maltraitance des enfants.

### *Débriefing avec l'école*

On peut, pour une fille issue d'un groupe à risque, prêter attention dans le débriefing, en général avec le coordinateur des enseignants, aux signaux indiquant une excision imminente ou la suspicion qu'une fille a bien été excisée. En discuter ne peut se faire qu'avec l'accord de la fille.

## **8. Moment de contact pour primo-arrivantes**

L'offre des organisations d'aide à domicile et des services médicaux municipaux (GGD) comporte une enquête sur l'inventorisation des risques des élèves primo-arrivants. Une partie des élèves primo-arrivants a un premier moment de contact au sein des Soins de santé préventifs pour demandeurs d'asile (PGA), après quoi une transfert est effectué vers les services du JZG. Une fille issue d'un pays dans lequel les MGF sont pratiquées doit être convoquée par un PGA. De préférence avec le(s) parent(s).

Si l'entretien sur les MGF n'a pas eu lieu lors de la prise en charge d'une fille demandeuse d'asile, cela doit se faire à un autre moment.

Les choses se passent de la même manière pour les autres nouveaux arrivants/ nouveaux primo-arrivants.

Pour les filles âgées de 0 à 10 ans, voir les moments de contact 0-4, groupes 2 et 6/7 de l'enseignement primaire. Pour l'âge de l'enseignement secondaire, voir les moments de contact pour l'enseignement secondaire. Il y a de grandes chances pour que la fille soit déjà excisée, mais cela n'est pas nécessairement le cas. Réalisez bien qu'une menace de MGF peut être la raison de leur fuite et de leur demande d'asile aux Pays-Bas.

### *Moment pour aborder la question des MGF*

Les questions sur (les troubles de) la menstruation et la miction peuvent être une bonne entrée en matière.

### *Si la fille est excisée*

Si la fille est excisée, l'entretien a pour but de:

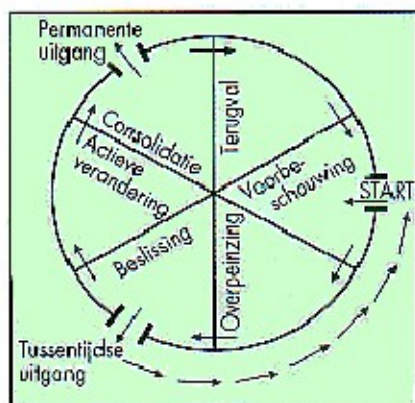
- reconnaître à temps les troubles associés à l'excision;
- offrir une assistance appropriée et si nécessaire référer les filles qui ont des questions et/ ou des troubles à la suite d'une excision;
- prévenir les MGF chez les sœurs plus jeunes ;
- permettre de parler des MGF pour contribuer à l'abandon de l'excision (elles sont de futures mères qui peuvent éviter l'excision chez leur propre fille !).

## Annexe 4: Techniques d'entretien motivationnel

Les principes de la conduite d'un entretien motivationnel sont à la base de l'entretien sur les MGF.

### Le modèle

Un changement, dans ce cas-ci, un changement de comportement par rapport à l'excision des filles, se déroule comme un processus. Il s'agit de fait d'un modèle de type porte à tambour (voir figure) dans lequel le parent doit régler un certain nombre de choses dans chaque segment de la porte à tambour avant qu'il/elle ne puisse continuer. Le parent traverse consciemment ou inconsciemment différentes phases avant de parvenir à un choix définitif. Le rôle de l'intervenant est d'aider le parent dans ce cheminement. Il est essentiel pour l'intervenant de pouvoir indiquer dans quelle phase du processus de changement (le cercle) le parent se trouve. Cette phase détermine les interventions de l'intervenant et leur succès ou leur échec.



### Les phases

On doit se poser constamment la question de savoir dans quelle phase la mère et/ ou le père se trouve.

#### *Phase 1: précontemplation (prémices)*

La mère/ le père n'est pas conscient(e) du problème. On ne fait pas la relation entre excision et problèmes de santé. La sensibilisation peut susciter une résistance. Il est important de consolider l'image de soi.

#### *Phase 2: contemplation*

La mère/ le père est conscient(e) du problème. Il est important de donner de l'information sur les risques pour la santé après une excision et sur la législation néerlandaise, les droits et la protection de l'enfant. Les pour et les contre sont évalués pour parvenir à une décision. L'opinion des autres (père et/ ou mère, famille, entourage, groupes d'entraide) est également importante.

#### *Phase 3: décision*

La mère et/ ou le père prend la décision de faire ou de ne pas faire exciser la fille. Selon la décision, il faudra de la sensibilisation supplémentaire ou au contraire du soutien.

#### *Phase 4: changement actif ou action*

Le soutien de l'intervenant est nécessaire.

#### *Phase 5: consolidation*

Le choix est constitutif du comportement de la personne.

Il peut toujours y avoir 'rechute', auquel cas les mêmes phases doivent de nouveau être traversées.

### Questions lors des différentes phases

#### Phase 1 et 2

La mère et/ ou le père voient-ils l'excision (des filles) comme un problème?

#### Phase 2

Que pense la mère et/ ou le père de l'excision des filles?

Que sait la mère et/ ou le père des risques pour la santé et de la loi?

Quelle influence a la famille (aux Pays-Bas et dans le pays d'origine) et l'entourage?

#### Phase 3

La mère et/ ou le père peut-il prendre la décision de manière indépendante? Se sent-elle/ il suffisamment sûr(e) d'elle/ de lui?

#### Phase 4

Quel soutien peut être offert?

#### *Exemple de questions à poser à partir du groupe 6/7*

Sur les règles:

- Combien de jours durent tes pertes de sang?
- As-tu le sentiment que le sang s'écoule normalement?
- Combien de temps as-tu mal, plusieurs jours par exemple, plusieurs heures?
- Qu'est-ce qui t'aide à supporter cette période?

Questions sur les troubles lorsque la fille est excisée:

- Évaluez la connaissance du corps humain.
- As-tu des troubles? Quels troubles?
- D'où viennent ces troubles?
- Combien de temps cela dure-t-il lorsque tu dois uriner? (ne demandez pas si uriner se passe normalement car il est normal pour une fille ou femme excisée qu'uriner dure longtemps). Est-ce que tu arrives aussi à uriner rapidement ?
- As-tu l'impression qu'il reste encore de l'urine si bien que tu dois de nouveau uriner avant de quitter les toilettes ?
- Est-ce que tu perds de l'urine quand tu dois courir?

#### *Exemple de questions pour l'enseignement secondaire*

Si les parents sont présents, on peut utiliser les questions mentionnées pour le groupe 6/7.

La fille ne veut pas être excisée mais a peur que cela n'arrive malgré tout.

Donnez-lui des outils, comme la ligne téléphonique des enfants et le numéro de l'AMK pour qu'elle soit en mesure de faire quelque chose par elle-même. Peut-elle s'adresser au directeur ou au professeur principal ? Y a-t-il d'autres gens en qui elle a confiance et qui pourraient l'aider ?

## Annexe 5: Exemples de phrases pour des entretiens sur les MGF

L'objectif de l'entretien sur les MGF est double: obtenir une réponse à la question de savoir si la fille court le risque d'être excisée, et clarifier le fait que l'excision des filles est un fait grave et passible de peines et est nocif pour la santé. On souhaite savoir, lorsque l'on n'a pas suivi une fille depuis la naissance, si elle est déjà excisée afin de la référer en cas de troubles, mais également pour pouvoir protéger les sœurs plus jeunes de l'excision.

Faites passer le message général suivant: toutes les formes d'excision des filles sont interdites par la loi aux Pays-Bas en lien avec les droit/ la protection de l'enfant et des risques pour la santé.

Vous vous proposez également comme interlocuteur et expliquez ce qu'est le rôle du JGZ: les MGF sont passibles de peines et nocives pour la santé et constituent donc un sujet de conversation et de sensibilisation à l'occasion des contacts avec le JGZ. Vous proposez également votre aide.

Les phrases-type ont pour but de clarifier quels sont les facteurs importants à étudier pour pouvoir évaluer le risque. Ce afin d'éviter qu'on n'estime trop vite et à tort qu'il n'existe pas de risque d'excision.

Il s'agit des facteurs de risque suivants:

- la mère est-elle excisée ?;
- les sœurs plus âgées sont-elles excisées ?;
- que pense la mère de l'excision de sa fille ?;
- que pense le père de l'excision de sa fille ?;
- qu'est-ce que la famille ou d'autres personnes importantes pour la famille de la fille aux Pays-Bas, pensent de l'excision ? ;
- qu'est-ce que la famille des deux parents dans le pays d'origine pense de l'excision ?;
- les deux parents sont-ils au courant des problèmes de santé que l'excision peut provoquer ? ;
- les deux parents sont-ils au courant du fait que l'excision est passible de peines aux Pays-Bas ?;

### Questions d'introduction

*On ne sait pas si la mère est excisée, mais elle vient d'un pays où les MGF sont pratiquées:*

- 'Je voudrais encore vous demander quelque chose sur un sujet en lien avec le pays dont vous venez. Beaucoup de filles sont excisées au... (mentionner le pays d'origine). Que pensez-vous de l'excision? Que signifie l'excision pour vous ?'
- 'Je sais que (certaines) femmes dans votre pays (nommer le pays d'origine) sont excisées et estiment que c'est important. Êtes-vous vous-même excisée? Qu'est-ce que vous en pensez? Pouvez-vous m'en dire plus?'
- 'J'ai/ mon collègue a parlé avec vous de la situation de votre enfant et de votre famille. Nous venons d'aborder une série de sujets importants. Un autre sujet dont j'aimerais parler avec vous est celui de l'excision des filles.'
- 'Est-il de tradition dans votre communauté de faire exciser les filles?'



*On sait (transmission ou dossier) que la mère est excisée*

- 'Je lis dans la transmission de la sage-femme, du gynécologue ou de l'infirmière de la maternité que vous êtes excisée ? Pouvez-vous m'en dire plus ?
- 'Je lis dans la transmission de la sage-femme, du gynécologue ou de l'infirmière de la maternité qu'il/ elle a parlé avec vous de l'excision. Pouvez-vous m'en dire plus?'
- 'Je lis dans la transmission de la sage-femme, du gynécologue ou de l'infirmière de la maternité que vous êtes excisée et que cela a posé des problèmes durant la grossesse/ l'accouchement. Pouvez-vous m'en dire plus?'
- 'Vous avez parlé (à l'occasion de la visite à domicile ou de la précédente consultation) avec mon collègue de l'excision et des traditions dans votre pays ou raconté à mon collègue que vous êtes excisée. Mon collègue vous a également dit que nous en parlerions avec vous à différents moments. Comment vous sentez-vous par rapport au fait de parler de l'excision? Voulez-vous encore raconter quelque chose à ce propos ou avez-vous des questions? Vous pouvez toujours vous adresser à moi plus tard si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide.'
- 'L'excision est interdite aux Pays-Bas parce qu'elle peut provoquer de nombreux problèmes de santé. Il y a heureusement plus de connaissances sur le sujet aux Pays-Bas ces derniers temps et il existe des médecins femmes qui peuvent aider en cas de problèmes provoqués par l'excision.'
- 'Avez-vous déjà parlé de l'excision avec votre conjoint? Savez-vous ce qu'il en pense?'

*Il a déjà été question de MGF avec (l'un des) parents*

- 'J'ai (ou mon collègue a) déjà parlé avec vous de l'excision, qu'en pensez-vous et qu'en pense votre conjoint?' On peut ici continuer à questionner pour savoir ce qu'en pensent les personnes importantes de l'entourage.
- 'Vous arrive-t-il de parler de l'excision avec votre conjoint? Que pensez-vous et que pense votre conjoint de l'excision? Voulez-vous ou votre conjoint veut-il faire exciser votre fille?'
- Il y a une opportunité dans la foulée de faire de la sensibilisation sur les risques pour la santé, les droits/ la protection de la petite fille.
- 'J'ai (ou mon collègue a) a parlé avec vous de la situation de votre enfant et de votre famille et nous venons d'aborder une série de sujets importants. Un autre sujet dont vous avez déjà parlé avec moi ( ou avec mon collègue), est l'excision. Je souhaitais y revenir encore brièvement.'
- 'Vous m'avez dit alors que vous étiez excisée, souhaitez-vous m'en dire plus? Est-il de tradition dans votre communauté de faire exciser les filles? Les sœurs plus âgées de cette fille sont-elles excisées ? Vous ou votre conjoint souhaitez-vous faire exciser votre fille?'

*Conversation avec la fille elle-même (dans le cas où on ignore si elle est ou non excisée)*

- 'Il a été question dans les conversations avec ta mère, ton père ou tes parents d'excision. Est-ce qu'il vous arrive d'en parler à la maison?'
- 'Sais-tu s'il est habituel dans ta famille de faire exciser les filles?'
- 'Connais-tu une personne de ton entourage qui soit excisée?'
- 'Que penses-tu de l'excision des filles? Positif/négatif?'
- 'As-tu déjà lu ou vu quelque chose à propos de l'excision, par exemple sur internet ou à la télévision?'
- 'Ta mère ou tes parents (ou famille) souhaitent-ils que tu sois excisée? Si oui, qu'est que tu en penses? Souhaites-tu toi même être excisée?'
- 'Peux-tu (en cas de rejet de l'excision) trouver du soutien auprès de gens en qui tu as confiance?'

## Questions d'approfondissement

### *Si la mère dit qu'elle n'est pas excisée*

- 'N'êtes-vous vraiment pas excisée, même pas un petit peu?'
- 'Les autres femmes de votre communauté elles, sont-elles excisées? Comment vivez-vous le fait de ne pas être excisée?'

### *Si la mère est bien excisée*

- 'De quelle manière êtes-vous excisée?' Laissez la mère décrire ou, si cela est possible faites lui montrer sur une image de quelle forme d'excision il s'agit. Les parents disent parfois 'un petit peu excisée', ce qui s'avère souvent correspondre à une clitoridectomie
- 'A quel âge avez-vous été excisée?'
- 'Est-il de tradition dans votre communauté de faire exciser les filles?'
- 'Qu'est-ce que l'excision signifie pour vous?'
- 'Quelle importance a-t-elle pour vous?'
- 'J'ai entendu dire qu'il s'agissait dans certains pays d'un beau jour, d'un jour de fête. En est-il de même dans votre pays? Pouvez-vous en dire plus à ce sujet?'
- 'Avez-vous des troubles physiques à la suite de votre excision? Par exemple des douleurs en urinant ou lors de rapports sexuels?'
- 'Êtes-vous parfois triste ou sombre parce que vous êtes excisée?'
- 'Quels sont vos projets et ceux de votre conjoint pour votre fille? Voulez-vous ou votre conjoint veut-il faire exciser votre fille?'

### *Interroger sur la famille, que la mère soit excisée ou qu'elle ne le soit pas*

- 'Votre mère est-elle excisée? La mère de votre mari/ conjoint est-elle excisée?'
- 'S'il y a des sœurs plus âgées: 'Les sœurs plus âgées de cette fille sont-elles excisées?'
- 'Vos sœurs sont-elles excisées? Et celles de votre mari?'
- 'Les enfants de vos (belles) sœurs sont-ils excisés?' Tout ceci donne idée des traditions en vigueur dans la famille.
- 'Connaissez-vous vous-même des femmes qui sont excisées, des amies par exemple?'
- 'Savez-vous comment ces femmes ont été excisées?'
- 'Savez-vous à quel âge elles ont été excisées?'

## **Questions qui peuvent être posées pour clarifier l'influence d'autres personnes de l'entourage et de la famille, également celle dans le pays d'origine, sur la décision des parents (posez ces questions aussi si les parents indiquent ne pas vouloir faire exciser leur fille)**

- 'Allez-vous parfois en visite familiale à l'étranger? Qui allez-vous voir? Quand et avec qui y allez-vous? Votre fille y réside-t-elle aussi sans vous?'
- 'Qu'est-ce que les personnes de votre entourage pense de l'excision?'
- 'Avez-vous des contacts avec votre (belle) famille, ici ou à l'étranger? Que pensent vos (beaux) parents, vos (belles) sœurs et (beaux) frères de l'excision?'
- 'Veulent-ils que votre fille soit excisée? Qu'est-ce que cela vous fait?'
- 'L'excision est-elle un sujet dont on parle dans la famille?'
- 'Vous arrive-t-il de parler d'excision avec votre conjoint? Qu'est-ce que votre conjoint pense de l'excision?'
- 'Savez-vous ce que votre (belle) mère/ (belle) sœur/ amies pensent du fait de faire ou ne pas faire exciser les filles?'
- 'Si la famille souhaite que vous fassiez exciser votre fille, avez-vous le moyen de faire en sorte que cela n'arrive pas? Avez-vous besoin d'aide à cet effet? Avez-vous déjà une copie de la déclaration contre l'excision des filles?'

### **Lorsque vous revenez sur une conversation précédente**

- 'Je lis dans le dossier de votre enfant que vous êtes excisée et que vous voulez faire exciser votre fille. C'est encore ce que vous pensez ? Et qu'en pense votre conjoint ? Et votre famille?'
- 'Je lis dans le dossier de votre enfant que vous n'êtes pas excisée et que vous ne voulez pas faire exciser votre fille. [Souligner positivement!] C'est encore ce que vous pensez ? Et que pense votre conjoint de l'excision des filles? Qu'en pense votre entourage? Avez-vous encore des contacts avec votre famille dans votre pays d'origine? Qu'y pense-t-on de l'excision? A quel âge cela est-il habituel?'
- 'Je lis dans le dossier de votre enfant que vous êtes excisée et que vous hésitez à faire ou ne pas faire exciser votre fille. Qu'en pensez-vous maintenant?'

### **Une déclaration à l'AMK doit être mentionnée aux parents:**

- 'J'ai parlé de l'excision de votre fille et vous n'avez pas levé l'inquiétude que j'ai de vous voir faire exciser votre fille. Je vais faire part de mon inquiétude à un collègue et le déclarer à l'AMK.'

### **Conversation avec la fille elle-même (lorsqu'on ne sait pas si elle est ou non excisée)**

- 'Ta mère ou tes parents (ou ta famille) veulent-ils que tu sois excisée? Si oui, qu'est-ce que tu en penses? Souhaites-tu toi-même être excisée?'
- 'Peux-tu (en cas de rejet de l'excision) trouver du soutien auprès de gens en qui tu as confiance?'

### **Questions sur les troubles lorsque la fille est excisée**

- 'T'arrive-il d'avoir mal quelque part? As-tu parfois mal au ventre? As-tu mal quand tu dois uriner?'
- 'D'où viennent les troubles?'
- 'Combien de temps mets-tu à uriner?' [Ne demandez pas si uriner se passe normalement car il est normal pour une fille ou femme excisée, qu'uriner prenne du temps.]
- 'Parviens-tu aussi à uriner rapidement?'
- 'As-tu la sensation que de l'urine reste, si bien que tu dois de nouveau uriner avant de quitter les toilettes?'
- 'Perds-tu de l'urine lorsque tu dois courir?'
- (question à une fille plus âgée) 'Que penses-tu du fait d'être excisée?' Il est bon, si une fille trouve que l'excision est une chose bonne et normale parce qu'une fille non excisée deviendrait une trainée, de donner de l'information à la fille en considérant le fait qu'elle deviendra elle-même mère dans quelques années.

### **Après les règles:**

- Combien de jours durent tes pertes de sang?
- As-tu le sentiment que le sang s'écoule normalement?
- Combien de temps as-tu mal, plusieurs jours par exemple, plusieurs heures?
- Qu'est-ce qui t'aide à supporter cette période?

## Réactions possible des parents

La réaction de la mère ou du père décidera à chaque fois de la manière dont vous devez poursuivre l'entretien. Prêtez aussi surtout attention à la communication non verbale.

*Le parent raconte qu'il ne fera pas exciser la fille.*

Souligner positivement.

- 'Qu'en pense votre conjoint?'
- 'Qu'en pensent les autres personnes de votre entourage? Y a-t-il des personnes importantes pour les soins à votre enfant ou son éducation? Y a-t-il une personne particulière à qui vous demandez conseil?'
- 'Où habite votre famille? Qu'en pense-t-elle?'
- Voir 2 'Questions pouvant être posées pour déterminer l'influence d'autres personnes dans l'entourage' pour plus d'exemples de phrases.

*Si le parent ne répond pas aux questions ou se met en colère*

- Nommer les sentiments des parents (peur, incertitude, méfiance, colère).
- 'Je remarque qu'il est difficile d'en parler pour le moment.'
- 'Vous ne voulez pas en parler pour le moment. Je peux le comprendre. Je veux juste que vous sachiez que l'excision des filles est interdite aux Pays-Bas et que cela vaut pour toutes les formes. C'est un fait grave et passible de peines pour lequel vous pouvez aller en prison. Même si vous le faites faire à l'étranger. Je note dans le dossier que je vous en ai fait part.'
- 'Je reviendrai sur le sujet une autre fois. Je serai heureux de pouvoir alors m'entretenir avec vous.'

*Le parent se ferme et dit qu'il trouve difficile d'en parler*

- 'Vous dites/je vois qu'il vous est difficile de parler au sujet de l'excision. Je peux comprendre que vous trouviez cela difficile. C'est un sujet compliqué à aborder. Que trouvez-vous plus particulièrement difficile à ce sujet? Y a-t-il quelqu'un avec qui vous pouvez en parler?' [Faire le lien si possible avec des médiateurs ou des personnes clé issus de la même culture et même langue]
- 'Je reviendrai sur le sujet une autre fois. Je serais heureux de pouvoir alors m'entretenir avec vous.'

*Un parent dit qu'il/ elle ne veut pas en parler, 'ça ne vous regarde pas', et ne veut rien vous dire.*

Nommer les sentiments de la mère/ des parents (peur, agressivité, incertitude) et expliquer encore une fois pourquoi vous le demandez. Mettre l'accent sur la prévention des risques pour la santé pour faire réfléchir la mère et garder le dialogue ouvert. La discussion des risques pour la santé est plus particulièrement indiquée en cas d'infibulation ou d'excision ; nommer ensuite les droits/ la protection de la fille. Pour les types de mutilation moins sévères (type I), l'accent sera mis sur les droits/ la protection de la fille. Respectez ensuite le souhait et indiquez que la mère, si elle souhaite elle-même en parler ou a des questions, peut toujours revenir sur le sujet.

*Le parent vous demande ce que vous allez faire de cette information.*

'Nous parlons avec vous d'excision des filles parce que cela est porteur de risques pour la santé de votre fille et parce que cela est passible de peines. Nous l'écrivons afin que mes collègues sachent ce dont nous avons parlé et qu'il n'aient pas à le demander de nouveau.'

*Un parent dit qu'il/ elle ne veut pas que sa fille soit excisée, Mais son mari/ sa femme et sa famille/ son entourage le veulent.*

Souligner positivement.

Évaluez l'urgence du risque. Discutez des possibilités de vous entretenir avec l'autre conjoint (visite à domicile) avec l'aide de l'implication de personnes clé ou de médiateurs. Demandez conseil à l'AMK avant d'engager cette discussion (vous n'êtes pas obligé de citer le nom de l'enfant/ des parents). Demandez quelles sont les autres possibilités de soutien ou les personnes importantes autour de la famille ou dans la communauté.

[Il est ici question de risque potentiel ou réel. Déclarer à l'AMK en cas de risque réel ou de risque potentiel persistant.]

*Un parent dit qu'il/ elle ne veut pas que sa fille soit excisée, mais vous avez le sentiment qu'il s'agit d'une réponse diplomatique.*

- 'Je vous entend dire que vous ne voulez pas faire exciser votre fille. Je peux imaginer que vous avez à cet égard des sentiments mélangés. Est-ce bien ce que vous voulez ou le faites-vous parce que c'est interdit aux Pays-Bas ?'
- 'Je comprends que vous ne voulez pas faire exciser votre fille, j'aimerais revenir encore là-dessus plus tard parce qu'il s'agit d'une décision très difficile qu'on ne prend pas à la légère.'
- Insistez sur les risques pour la santé et sur le fait que la loi néerlandaise l'interdit. Soyez clair sur ce que vous notez dans le dossier.
- [Il s'agit ici de risque potentiel. Vous pouvez songer, comme action de suite, à une discussion en présence du père ou à l'implication de personnes clé ou d'un médiateur. Déclarer à l'AMK en cas de risque potentiel persistant.]

*Le père/ la mère dit qu'il/ elle veut faire exciser sa fille.*

- 'Je comprends que vous voulez faire exciser votre fille. J'ai entendu dire que cela était important dans votre pays d'origine.'
- Insistez sur les conséquences néfastes pour la santé de la fille. Puis sur le fait que les droits de l'enfant à une protection sont réglés par la loi aux Pays-Bas. Soyez clair au sujet de la loi.
- Le changement de comportement sous la pression sociale est très difficile et la loi et le sens de l'autorité peuvent former une première base pour avancer malgré tout.
- 'Quand voulez-vous faire exciser votre fille?'
- 'Vous racontez que vous voulez faire exciser votre fille. Cela m'inquiète. Vous savez que cela est interdit aux Pays-Bas et que cela est néfaste pour la santé de votre fille. Je vais faire part de mon inquiétude à l'AMK. Ils prendront alors contact avec vous.'
- [Il s'agit ici d'un risque réel. Vous pouvez songer, comme action de suite, à une discussion en présence du père ou à l'implication de personnes clé ou d'un médiateur. Prenez aussi contact avec le fonctionnaire référent pour les MGF du JGZ et de l'AMK pour conseil et/ ou déclaration. Dites aux parents si vous déposez une déclaration auprès de l'AMK.]

*La fille ne veut pas être excisée mais a peur que cela n'arrive malgré tout.*

- Enquêtez-vous de savoir qui peut l'aider au sein de son propre réseau ou faites intervenir une aide professionnelle.
- Demandez conseil à l'AMK ou faites une déclaration. Si vous faites une déclaration, dites-le à la jeune fille. Discutez avec l'AMK de la manière de respecter la vie privée de la jeune fille et dites à la jeune fille ce dont vous avez convenu à ce sujet.
- Assurez-vous que la jeune fille arrive aux services d'assistance et appelez la plus tard pour vous assurer que cela va toujours.



***rivm***







RIVM

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)